

- Учебник

- для медицинских училищ и колледжей

В.А. Медик, В.И. Лисицин

# ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

4-е издание,  
переработанное и дополненное



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
**ГЭОТАР-Медиа**  
решения для медицинского  
образования

Крупнейшая компания, работающая в сфере  
медицинского и фармацевтического образования  
в России и странах СНГ

## КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ ЦЕНТРОВ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

### УЧЕБНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

Анатомические и биологические модели

Тренажеры, манекены и симуляционные модели  
для отработки практических умений (врачебных  
и сестринских):

- сердечно-легочная реанимация
- первая помощь при травмах и кровотечениях
- физикальное обследование
- хирургические манипуляции
- инвазивные процедуры
- родовспоможение
- уход за больными
- ультразвуковая диагностика
- стоматология

Расходные материалы  
и медицинские инструменты  
для симуляционного  
оборудования

Полный спектр виртуальных  
симуляторов

### УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- наглядные пособия  
(плакаты и атласы)
- мультимедийные  
материалы
- виртуальные пациенты

### МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Тел.: (495) 921-39-07 (доб. 612),  
e-mail: [info@geotar-med.ru](mailto:info@geotar-med.ru)  
[www.geotar-med.ru](http://www.geotar-med.ru)



### УЧЕБНЫЙ КОМПЛЕКС **Sanator** ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ 3D



3D-моделирование визуальных проявлений  
по 136 болезням и синдромам 19 органов  
в режиме реального времени  
[www.patan3d.su](http://www.patan3d.su)

# ЭЛЕКТРОННЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ СПРАВОЧНИК



*Нужна информация  
по лекарственному препарату?  
Мы ее вам предоставим!*



[www.lsgeotar.ru](http://www.lsgeotar.ru)

## ЭЛЕКТРОННО-БИБЛИОТЕЧНАЯ СИСТЕМА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ



### КОНСУЛЬТАНТ СТУДЕНТА

ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

[www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru)

### КОНТЕНТ

- Учебники, учебные пособия
- Практикумы
- Атласы
- Тестовые вопросы и ситуационные задачи
- Практические умения
- Мультимедийные материалы

### МОБИЛЬНАЯ ВЕРСИЯ

[m.studmedlib.ru](http://m.studmedlib.ru)



+мобильные  
приложения

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

тел.: (495) 921-39-07 (доб. 526), (917) 550-49-19

e-mail: [chmarov@geotar.ru](mailto:chmarov@geotar.ru)



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»

• Учебник  
• для медицинских училищ и колледжей

**В.А. Медик, В.И. Лисицин**

# **ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

4-е издание,  
переработанное и дополненное

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» в качестве учебника для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования по группе специальностей «Здравоохранение и медицинские науки» по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»

Регистрационный номер рецензии 449 от 15 сентября 2015 года  
ФГАУ «Федеральный институт развития образования»



**Москва**  
**ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА**  
**«ГЭОТАР-Медиа»**  
**2017**



**Авторы:**

*Медик Валерий Алексеевич* — д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН, зав. кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и общей гигиены Института медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, заслуженный врач РФ, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники;  
*Лисицин Виктор Иванович* — канд. мед. наук, доц. кафедры общественного здоровья, здравоохранения и общей гигиены Института медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого.

**Рецензент:**

*Щепин Олег Прокопьевич* — д-р мед. наук, проф., акад. РАН, заслуженный деятель науки РФ.

**Медик, В. А.**

М42 Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. — 4-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 496 с. : ил.

ISBN 978-5-9704-4284-5

В учебнике, подготовленном в соответствии с учебной программой по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», рассмотрен широкий круг вопросов, касающихся здоровья населения, управления и экономики в здравоохранении. Показана роль среднего медицинского персонала в организации работы больничных, амбулаторно-поликлинических учреждений, скорой медицинской помощи. Особое внимание уделено вопросам оплаты труда, правовой и социальной защиты средних медицинских работников, соблюдению моральных принципов и этических норм в их профессиональной деятельности.

Теоретический материал сопровождается заданиями для самостоятельной работы, включающими контрольные вопросы, тестовые задания, задачи-эталоны и задачи для самостоятельного решения.

Для студентов факультетов высшего сестринского образования медицинских вузов, медицинских колледжей и медицинских училищ, преподавателей системы высшего и среднего медицинского образования, средних медицинских работников, занимающих руководящие должности в учреждениях здравоохранения.

УДК 614.2(470+571)(075.32)  
ББК 51.1(2Рос)я723-1

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

© Медик В.А., Лисицин В.И., 2016  
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2017  
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,  
оформление, 2017

ISBN 978-5-9704-4284-5

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие .....	8
Основные термины .....	10
Список сокращений .....	16
<b>Глава 1. Исторический очерк о здравоохранении России .....</b>	<b>17</b>
Задания для самостоятельной работы .....	30
<b>Глава 2. Общественное здоровье как важнейший социальный     и экономический потенциал государства .....</b>	<b>36</b>
2.1. Сохранение и улучшение общественного здоровья как фактор экономического благополучия государства .....	36
2.2. Основные принципы охраны здоровья населения .....	38
2.3. Основные понятия здоровья населения .....	38
2.4. Факторы, определяющие здоровье населения .....	39
2.5. Медико-социальные аспекты демографии .....	41
2.6. Заболеваемость .....	53
2.7. Инвалидность .....	61
2.8. Физическое здоровье .....	64
2.9. Качество жизни, связанное со здоровьем .....	71
Задания для самостоятельной работы .....	73
<b>Глава 3. Правовые и организационные основы     профессиональной деятельности .....</b>	<b>114</b>
3.1. Общие положения .....	114
3.2. Система законодательства об охране здоровья граждан .....	117
3.3. Права граждан в области охраны здоровья .....	122
3.4. Правовое положение медицинских и фармацевтических работников .....	125
3.5. Виды медицинской помощи .....	134
3.6. Номенклатура организаций здравоохранения .....	136
Задания для самостоятельной работы .....	141
<b>Глава 4. Основы экономики здравоохранения .....</b>	<b>154</b>
4.1. Общие положения .....	154
4.2. Источники финансирования здравоохранения .....	155
4.3. Оплата труда в здравоохранении .....	156
4.4. Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения .....	160
4.5. Медицинская, социальная и экономическая эффективность здравоохранения .....	171
4.6. Формирование рыночных отношений в здравоохранении .....	176
Задания для самостоятельной работы .....	185

<b>Глава 5. Основы медицинского страхования граждан</b> .....	195
5.1. Общие положения .....	195
5.2. Обязательное медицинское страхование .....	197
5.3. Добровольное медицинское страхование .....	205
Задания для самостоятельной работы .....	207
<b>Глава 6. Основы управления здравоохранением</b> .....	214
6.1. Общие положения .....	214
6.2. Принципы управления .....	216
6.3. Стили управления .....	219
6.4. Методы управления .....	220
6.5. Технология принятия управленческого решения .....	221
Задания для самостоятельной работы .....	223
<b>Глава 7. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи</b> .....	225
7.1. Основные задачи Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи .....	225
7.2. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи .....	228
Задания для самостоятельной работы .....	229
<b>Глава 8. Медицинские кадры со средним профессиональным образованием</b> .....	233
8.1. Общие положения .....	233
8.2. Статистика трудовых ресурсов .....	234
Задания для самостоятельной работы .....	242
<b>Глава 9. Организация работы среднего медицинского персонала в амбулаторно-поликлинических учреждениях</b> .....	249
9.1. Организация работы среднего медицинского персонала городской поликлиники для взрослых .....	249
9.2. Организация работы среднего медицинского персонала городской поликлиники для детей .....	257
9.3. Организация работы среднего медицинского персонала женской консультации .....	262
9.4. Организация работы среднего медицинского персонала центров общей врачебной (семейной) практики .....	266
9.5. Статистика амбулаторно-поликлинических учреждений ...	269
Задания для самостоятельной работы .....	275
<b>Глава 10. Организация работы среднего медицинского персонала в больничных учреждениях</b> .....	299

10.1. Организация работы среднего медицинского персонала городской больницы для взрослых .....	300
10.2. Организация работы среднего медицинского персонала детской городской больницы (детского отделения центральной районной больницы) .....	306
10.3. Организация работы среднего медицинского персонала дневного стационара .....	308
10.4. Организация работы среднего медицинского персонала родильного дома, перинатального центра .....	310
10.5. Статистика больничных учреждений .....	318
Задания для самостоятельной работы .....	322
<b>Глава 11. Организация работы среднего медицинского персонала скорой медицинской помощи .....</b>	<b>337</b>
11.1. Общие положения .....	337
11.2. Задачи скорой медицинской помощи .....	338
Задания для самостоятельной работы .....	344
<b>Глава 12. Паллиативная медицинская помощь .....</b>	<b>353</b>
12.1. Общие положения .....	353
12.2. Организация паллиативной медицинской помощи в России .....	357
12.3. Организация деятельности кабинета паллиативной медицинской помощи .....	359
12.4. Организация деятельности дневного стационара паллиативной медицинской помощи .....	360
12.5. Организация деятельности отделения паллиативной медицинской помощи .....	362
12.6. Подготовка кадров для системы паллиативной медицинской помощи .....	364
Задания для самостоятельной работы .....	365
<b>Глава 13. Особенности организации работы среднего медицинского персонала в учреждениях здравоохранения сельской местности .....</b>	<b>367</b>
13.1. Организация работы среднего медицинского персонала комплексного терапевтического участка .....	367
13.2. Организация работы среднего медицинского персонала центральной районной больницы .....	372
13.3. Организация работы среднего медицинского персонала областной (краевой, окружной, республиканской) больницы .....	374
Задания для самостоятельной работы .....	376

Оглавление	<b>Глава 14. Экспертиза трудоспособности</b> .....	381
	14.1. Общие положения .....	381
	14.2. Экспертиза временной нетрудоспособности .....	382
	14.3. Экспертиза стойкой нетрудоспособности .....	385
	Задания для самостоятельной работы .....	387
	<b>Глава 15. Роль средних медицинских работников в организации     медицинской профилактики</b> .....	391
	15.1. Факторы риска .....	391
	15.2. Виды профилактических мер .....	396
	Задания для самостоятельной работы .....	399
	<b>Глава 16. Информатизация в здравоохранении</b> .....	402
	16.1. Общие положения .....	402
	16.2. Информационные ресурсы в здравоохранении .....	405
	16.3. Классификация медицинских информационных систем .....	407
	Задания для самостоятельной работы .....	414
<b>Глава 17. Этика в профессиональной деятельности среднего     медицинского персонала</b> .....	416	
17.1. Моральные принципы в профессиональной деятельности средних медицинских работников .....	416	
17.2. Этические нормы взаимоотношений среднего медицинского работника и пациента .....	422	
17.3. Основные проблемы биоэтики .....	429	
Задания для самостоятельной работы .....	432	
<b>Глава 18. Обеспечение санитарно-эпидемиологического     благополучия населения и защиты прав потребителей     на потребительском рынке</b> .....	434	
18.1. Общие принципы обеспечения санитарно- эпидемиологического благополучия населения .....	434	
18.2. Общие принципы защиты прав потребителей на потребительском рынке .....	437	
18.3. Органы, осуществляющие государственный санитарно- эпидемиологический надзор и контроль в сфере защиты прав потребителей на потребительском рынке .....	437	
Задания для самостоятельной работы .....	441	
<b>Глава 19. Организация здравоохранения в зарубежных странах</b> ....	443	
19.1. Социально-экономические модели здравоохранения .....	443	
19.2. Всемирная организация здравоохранения .....	448	
Задания для самостоятельной работы .....	451	



Приложения .....	452
Приложение 1 .....	452
Приложение 2 .....	455
Приложение 3 .....	460
Приложение 4 .....	464
Приложение 5 .....	467
Ответы на тестовые задания .....	486
Список рекомендованной литературы .....	490
Предметный указатель .....	491

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Происходящие в нашей стране процессы реформирования здравоохранения повышают требования к подготовке высококвалифицированных кадров работников здравоохранения со средним профессиональным и высшим сестринским образованием. В связи с этим особую актуальность приобретает написание современных учебников и учебных пособий по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение». Необходимой методологической базой для этого являются утвержденные Министерством образования и науки РФ в 2014 г. федеральные государственные образовательные стандарты среднего профессионального образования по специальностям «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело», а также утвержденный в 2011 г. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки «Сестринское дело» (квалификация «Бакалавр»).

Вниманию читателей предлагается учебник по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», написанный В.А. Медиком и В.И. Лисициным. При создании данного учебника авторы руководствовались требованиями федеральных государственных образовательных стандартов, запросами общества в подготовке высококвалифицированного среднего медицинского персонала, а также собственным многолетним опытом преподавания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение».

При написании учебника авторы исходили из необходимости комплексного рассмотрения теоретических и практических вопросов, относящихся к оценке состояния общественного и индивидуального здоровья, а также деятельности как всей системы здравоохранения, так и отдельного медицинского учреждения, каждого медицинского работника.

В учебнике рассмотрен широкий круг вопросов, касающихся здоровья населения, управления в здравоохранении и экономики здравоохранения. Показана роль среднего медицинского персонала в организации работы больничных, амбулаторно-поликлинических учреждений, скорой медицинской помощи. Особое внимание уделено вопросам оплаты труда, правовой и социальной защиты средних медицинских работников, соблюдению моральных принципов и этических норм в их профессиональной деятельности.

Материал учебника направлен на формирование у студентов общих и профессиональных компетенций в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами нового поколения.

Учебник имеет четкую структуру изложения, состоит из 19 глав, включающих современный дидактический аппарат, а также основные формы первичной учетной медицинской документации и образцы их заполнения. Авторы уделили особое внимание формированию навыков статистического анализа основных показателей общественного здоровья и деятельности системы здравоохранения. Для этого в практической части учебника, наряду с методикой расчета статистических показателей, даны рекомендуемые значения, которые помогут студентам правильно интерпретировать результаты, полученные при решении ситуационных задач.

Теоретический материал каждой главы учебника сопровождается заданиями для самостоятельной работы, включающими контрольные вопросы, тестовые задания, задачи-эталон и задачи для решения.

В помощь преподавателю авторы включили в приложение образовательные компетенции, рассматривая их как комплекс требований к образовательной подготовке студентов, выраженных совокупностью взаимосвязанных смысловых ориентаций, знаний, умений, навыков и опыта, необходимых для осуществления профессиональной деятельности.

Учебник включает в себя необходимый объем современной информации по вопросам общественного здоровья и здравоохранения, предусматривает формирование новых подходов к преподаванию дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение», что необходимо для подготовки высококвалифицированных работников со средним профессиональным и высшим сестринским образованием.

*Авторы*

## 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.

**Балансовая стоимость** — стоимость основных средств, по которой они учтены в бухгалтерском балансе организации здравоохранения.

**Банкротство** — признанная арбитражным судом или официально объявленная учредителями неспособность организации удовлетворять требования кредиторов по оплате товаров и услуг, включая неуплату обязательных платежей в бюджет и внебюджетные фонды в течение трех месяцев с момента наступления даты их исполнения.

**Биоэтика** — соединение биологических знаний и человеческих ценностей.

**Восстановительная помощь** — особый вид помощи членам семьи и родственникам, ухаживающим за тяжелобольным близким человеком.

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

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

**Демография** (от греч. *demos* — народ, *grapho* — писать) — наука, изучающая воспроизводство населения как процесс непрерывного изменения его численности и структуры в ходе смены одного поколения другим.

**Деонтология** (от греч. *deon* — должное, долг и *logos* — учение, слово) — учение о должном поведении медицинских работников.

**Здоровье** — состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

**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.

**Информационные ресурсы в здравоохранении** — бумажные, электронные или иные носители информации о здоровье населения и деятельности организаций здравоохранения, содержащиеся в библиотеках, архивах, фондах, файлах, базах данных и других информационных источниках.

**Исчерпанная (истинная) заболеваемость** — общая заболеваемость по обращаемости, дополненная случаями заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах, и данными о причинах смерти.

**Качество жизни, связанное со здоровьем**, — интегральная характеристика физического, психологического и социального состояния больного, основанная на его субъективном восприятии.

**Конкуренция** — состязание между экономическими субъектами, борьба за рынки сбыта товаров и услуг с целью получения более высоких доходов, прибыли, других выгод.

**Ликвидность активов** — способность финансовых, материальных, нематериальных ресурсов быстро и легко реализовываться для погашения денежных обязательств организации.

**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.

**Медицинская демография** — один из разделов общей демографии, который изучает взаимосвязь воспроизводства населения с медико-социальными факторами и разрабатывает на этой основе меры медицинского, социального, правового характера, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшение здоровья населения.

**Медицинская статистика** — один из разделов биostatистики, изучающей основные закономерности и тенденции здоровья населения, здравоохранения с использованием методов математической статистики.

**Медицинская услуга** — структурный элемент профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, санаторно-курортной, санитарно-эпидемиологической, рекреационной, лекарственной, протезно-ортопедической и других видов помощи в сфере товарно-денежных отношений, имеющих 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 статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)**, — система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки.

**Менеджмент** — рациональное управление современным производством для достижения его высокой эффективности и оптимального использования ресурсов.

**Оборотные средства в здравоохранении (оборотный капитал, оборотные фонды, оборотные ресурсы)** — одна из частей активов организаций здравоохранения, необходимых, в дополнение к основным средствам, для производства медицинских товаров и услуг.

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

**Ожидаемая продолжительность жизни при рождении** — гипотетическое число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся или числу живущих определенного возраста при условии, что на всем протяжении жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой же, какой она была в том году, для которого производилось исчисление.

**Основные средства в здравоохранении (основной капитал, основные фонды, основные ресурсы)** — одна из составных частей активов организаций здравоохранения, которые длительное время используются для производства медицинских товаров и услуг, постепенно перенося на них свою стоимость.

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

**Паллиативная медицина** — область здравоохранения, занимающаяся улучшением качества жизни больных с прогрессирующими хрони-

ческими заболеваниями при ограниченных или исчерпанных возможностях специализированного лечения.

**Пассивы бухгалтерского баланса** — часть бухгалтерского баланса, отражающая совокупность источников денежных средств и обязательств организации, за счет которых сформированы ее активы.

**Первичная заболеваемость** — совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году зарегистрированных при обращении населения за медицинской помощью случаев заболеваний.

**Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП)** — основной, доступный и бесплатный для каждого гражданина вид медицинского обслуживания, который включает в себя лечение при наиболее распространенных болезнях, а также травмах, отравлениях и других неотложных состояниях; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование населения; осуществление мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, а также 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 отклонений в состоянии здоровья и заболеваний.

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

**Платежеспособность** — способность физических и юридических лиц выполнять обязательства по платежам, установленные в договорах и законодательными актами.

**Поддерживающее (сопроводительное) лечение** — комплекс мер, направленных на предотвращение и устранение клинических проявлений основного заболевания или побочных эффектов, связанных с лечением.

**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.

**Реновация** — процесс замещения выбывающих в результате физического и морального износа основных средств новыми.

**Рождаемость** — естественный процесс возобновления населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом деторождений в конкретной популяции за определенный период времени.

**Рынок** — совокупность экономических отношений, проявляющихся в сфере обмена товаров и услуг, в результате которых формируются спрос, предложение и цена в условиях конкуренции.

**Рынок медицинских товаров и услуг** — сегмент рынка, представляющий медицинские товары и услуги для сохранения и улучшения здоровья населения.

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

**Скрининг** — массовое обследование населения и выявление лиц с заболеваниями или с начальными признаками заболеваний.

**Смертность населения** — процесс вымирания населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом смертей в конкретной популяции за определенный период времени.

**Собственные оборотные средства (собственный оборотный капитал)** — важнейший источник формирования оборотных средств, который обеспечивает финансовую самостоятельность организации для эффективного ведения экономической 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.

**Статистика здоровья** — раздел медицинской статистики, изучающий здоровье населения в неразрывной связи с факторами, на него влияющими.

**Третичная профилактика или реабилитация** — комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса больного.

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

**Управленческое решение** — директивный акт целенаправленного воздействия на объект управления, основанный на анализе достоверных данных и содержащий алгоритм достижения цели.

**Факторы риска** — факторы, потенциально опасные для здоровья человека, способствующие возникновению заболеваний.

**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 другие физические характеристики.

**Финансовая устойчивость организации здравоохранения** — характеристика стабильности финансового положения организации, которая достигается высокой долей собственного капитала в структуре используемых финансовых ресурсов.

**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** — это 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 и предназначенных для обеспечения функционирования и развития системы здравоохранения.

**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 определении потребности пациента в видах медицинской помощи и мерах социальной защиты.

**Ятрогения** — болезни или психогенные реакции, вызванные неправильным поведением медицинских работников, а также их действиями (последствия диагностических оперативных вмешательств, лекарственная болезнь и др.).

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АПУ	— амбулаторно-поликлинические учреждения
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВН	— временная нетрудоспособность
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ДЖЕЛ	— должная жизненная емкость легких
ДМС	— добровольное медицинское страхование
ЖЕЛ	— жизненная емкость легких
ЗН	— злокачественные новообразования
ИМТ	— индекс массы тела
ИС	— информационная система
ИР	— информационные ресурсы
ЛПУ	— лечебно-профилактическое учреждение
МКБ	— Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем
МСЭ	— медико-социальная экспертиза
ОМС	— обязательное медицинское страхование
ПМСП	— первичная медико-санитарная помощь
СМО	— страховая медицинская организация
СМП	— скорая медицинская помощь
СНИЛС	— страховой номер индивидуального лицевого счета
СПИД	— синдром приобретенного иммунодефицита
УК	— Уголовный кодекс
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ФАП	— фельдшерско-акушерский пункт
ЦРБ	— центральная районная больница
ЦОВП	— центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики
ЭИБ	— электронная история болезни



# ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК О ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ

У отечественного здравоохранения большая и славная история. На протяжении нескольких столетий, со времени создания в годы царствования Ивана Грозного Аптекарского приказа (1581) — первого государственного учреждения, здравоохранение России было преимущественно государственным.

В 1721 г. руководство медицинским делом было возложено на медицинскую канцелярию. Следуя рекомендациям близких к императорскому двору медиков (Н. Бидлоо, Р. Эрскин, И. Блюментрост), Петр I способствовал развитию государственного медицинского дела, что выгодно отличало нашу страну от многих европейских государств того времени.

В годы царствования Екатерины II, во второй половине XVIII в., государственной медициной стала веждать Медицинская коллегия (1763—1803). Она была призвана осуществлять наблюдение за медицинской и лекарственной помощью населению, руководить подготовкой медицинских кадров, контролировать деятельность государственных и частных аптек, а также рассматривать и оценивать научные труды российских врачей.

В начале XIX в. управление медико-санитарным делом передали в ведение Министерства внутренних дел, в составе которого был образован Медицинский департамент с научно-медицинским органом — Медицинским советом. Главной деятельностью Медицинского департамента стал врачебный и санитарный контроль.

Кардинальные перемены произошли после зарождения земской медицины (1864) — оригинальной, не имевшей аналогов в мире системы организации медицинской помощи. Позднее, когда были сформулированы «обязанности казны и частных владельцев» промышленных предприятий, в стране появилась фабричная медицина. В 80-х годах XIX в. (по образцу земской) возникла городская медицина.

В 1904 г. вместо Медицинского департамента в Министерстве внутренних дел были созданы Управление главного врачебного инспектора и Отдел народного здравия и общественного призрения, вошедший в состав Главного управления по делам местного хозяйства. Однако эта реформа не сделала управление здравоохранением страны более эффективным.

Созданное в сентябре 1916 г. Главное управление государственного здравоохранения (на правах министерства) возглавил Г.Е. Рейн, но оно просуществовало лишь до Февральской революции 1917 г.

Многие идеи, рожденные земской медициной и включенные в законопроекты Комиссии Г.Е. Рейна, были плодотворно использованы в системе советского здравоохранения.

После Февральской и Октябрьской революций 1917 г. начался новый этап развития государственной медицины с коренным реформированием и консолидацией всего медико-санитарного дела. В 1918 г. было создано единое государственное здравоохранение, объединившее все ранее существовавшие системы и формы российской медицины. Охраной здоровья населения страны стал руководить Наркомздрав — первое в мире министерство здравоохранения, которое возглавил Н.А. Семашко, выдающийся врач, ученый, организатор.

Государственная система здравоохранения, которая начала формироваться во главе с Н.А. Семашко, во многом продолжала и развивала лучшие традиции земской медицины, а также других систем — городской, фабрично-заводской, железнодорожной, военной, страховой медицины и др. В частности, были взяты на вооружение такие основополагающие принципы земской медицины, как бесплатность и общедоступность медицинской помощи, профилактическое направление, единство науки и практики, участие населения в мероприятиях по охране здоровья. Все это на новом этапе исторического развития составило сущность государственной медицины России.

Профилактическое направление здравоохранения стало основной чертой системы охраны и укрепления здоровья населения России. Профилактику, как считал Н.А. Семашко, надо понимать не узко, как ведомственную задачу органов здравоохранения, а широко и глубоко

ко — как заботу государства об укреплении здоровья народа. Этот принцип последовательно реализовывался с первых лет существования Наркомздрава. Об этом свидетельствовали первые декреты: о мероприятиях по борьбе с сыпным тифом, о мерах борьбы с эпидемиями, об обязательном оспопрививании, о санитарной охране жилищ и др.

Сразу после окончания Гражданской войны был выдвинут лозунг: «От борьбы с эпидемиями — к оздоровлению труда и быта», подразумевавший оздоровление не только условий производства, но и быта трудящихся.

В середине 20-х годов XX в. были разработаны основные теоретические положения диспансеризации, в последующем созданы новые виды лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) — специализированные диспансеры (туберкулезные, психоневрологические, наркологические, венерологические), ночные и дневные санатории, профилактории, введено диспансерное обслуживание рабочих крупных промышленных предприятий. Диспансерное наблюдение матери и ребенка стали осуществлять в детских и женских консультациях, консультативных объединениях и др.

С первых дней существования Наркомздрава органы здравоохранения уделяли большое внимание подготовке квалифицированных медицинских кадров. Уже к 1922 г. в дополнение к существовавшим медицинским факультетам при университетах в Москве, Юрьеве (Тарту), Казани, Харькове, Санкт-Петербурге, Киеве, Одессе, Томске было открыто 12 новых, главным образом на периферии — в Астрахани, Нижнем Новгороде, Иркутске, Краснодаре, Самаре, Омске. Позднее (1930 г.) медицинские факультеты были преобразованы в самостоятельные медицинские институты. К 1940 г. практически во всех союзных республиках были медицинские институты.

Принцип единства медицинской науки и практики здравоохранения непосредственно связан с его государственным характером. Многие выдающиеся ученые России — И.П. Павлов, Н.Ф. Гамалея, Д.К. Заболотный, В.М. Бехтерев, Н.Н. Бурденко, М.П. Кончаловский, Е.Н. Павловский, А.Н. Сысин, Л.А. Тарасевич и др. — приняли участие в развитии отечественной науки.

Несмотря на экономические трудности 1920-х годов, государство находило силы и средства для развития приоритетных научных направлений, жизненно важных для страны. В 1920 г. был организован Государственный институт народного здравоохранения — первое комплексное научно-исследовательское учреждение страны, объединившее 7 институтов (питания, контроля вакцин и сывороток, микробиологический, тропический, биохимический, экспериментальной биологии и санитарно-гигиенический).

В 30-е годы XX в. в стране происходили крупные социально-экономические изменения (коллективизация, форсированная индустриализация). Еще в предшествующее десятилетие сформировался классовый подход к медицинскому обслуживанию населения. Это особенно подчеркивалось в постановлении 1929 г. «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян». Рациональная организация медицинской помощи стала рассматриваться как фактор подъема производительности труда, снижения потерь рабочего времени. Ведущая роль в этих условиях отводилась здравпунктам, на которые возлагалось не только оказание первой медицинской помощи, но и проведение широких профилактических мероприятий на производстве.

Активное вовлечение женщин в сферу промышленного и сельскохозяйственного производства потребовало от органов здравоохранения эффективной охраны материнства и младенчества.

С 1939 г. на промышленных предприятиях стали создаваться медико-санитарные части, оснащенные всем необходимым для лечебно-профилактической и санитарно-эпидемиологической деятельности. Одновременно увеличилось число сельских врачебных участков.

К концу 1930-х годов в стране резко возросло количество стационаров и больничных коек. Заметные успехи были достигнуты в борьбе с социальными болезнями. Проведение целевых медицинских осмотров, система учета и динамического наблюдения за больными способствовали снижению заболеваемости туберкулезом, венерическими болезнями, раннему выявлению и эффективному лечению больных, резкому сокращению количества больных с тяжелыми формами.

До начала Великой Отечественной войны была создана материально-техническая база здравоохранения, подготовлено большое количество врачей и средних медицинских работников; получила развитие медицинская промышленность; больших успехов достигла медицинская наука. Вместе с тем дальнейшему развитию здравоохранения серьезно мешали экономические проблемы страны. На работе Наркомздрава, как и других органов и учреждений здравоохранения, негативно сказывались последствия массовых репрессий.

В годы Великой Отечественной войны задачи здравоохранения существенно изменились. Приоритет получили вопросы медицинской помощи раненым, охраны здоровья детей, медицинского обслуживания тружеников тыла, противоэпидемические мероприятия. В стране была создана система лечения раненых и больных воинов, организована широкая сеть эвакуационных госпиталей.

Увеличилось количество медико-санитарных частей на промышленных предприятиях, выросло число детских медицинских учреж-

дений. Санитарно-профилактическая служба поставила действенную преграду на пути эпидемий инфекционных болезней.

Медицинская наука внесла весомый вклад в дело победы. В годы войны были найдены эффективные способы лечения вяло заживающих ран (В.П. Филатов, А.А. Богомолец), разработаны отечественные антибиотики для борьбы с сепсисом (З.В. Ермольева и др.), внедрена новая методика лечения травм нервной системы (Н.Н. Бурденко) и др. Несмотря на тяжелейшие условия, именно в это время была учреждена Академия медицинских наук СССР (1944), объединившая деятельность ведущих научных институтов страны.

Медицинские работники спасли жизнь и восстановили здоровье многих миллионов защитников Родины. В строй возвратились более 72% раненых и 90% больных. Низкая летальность среди раненых, предотвращение эпидемий в действующей армии стали невиданными в истории войн итогами деятельности российского здравоохранения.

Послевоенные годы с восстановлением народного хозяйства ознаменовались внедрением ряда принципиально новых форм медицинского обслуживания.

В 1946 г. народные комиссариаты здравоохранения СССР и РСФСР были реорганизованы в министерства здравоохранения. Важным и целесообразным организационным мероприятием стало объединение амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) и больниц в единые ЛПУ (1947–1949), что способствовало укреплению материально-технической базы, улучшению показателей деятельности больниц и повышению преемственности медицинской помощи. Однако в ходе объединения ЛПУ в ряде регионов были допущены некоторые просчеты, а именно не всегда учитывались территориальные особенности размещения медицинских учреждений, региональная структура и уровень заболеваемости населения.

Наряду с дальнейшим ростом количества медицинских учреждений и увеличением числа врачей начала складываться система организации медицинской помощи сельскому населению.

В послевоенные годы быстро развивалась санитарно-эпидемиологическая служба, увеличилось количество санитарно-эпидемиологических станций, усилилась работа по охране источников водоснабжения, воздушного бассейна и почвы, по согласованию проектов промышленного и гражданского строительства с органами здравоохранения.

В 50-е годы XX в. повысилась роль Академии медицинских наук как высшего научного медицинского учреждения страны, ее научно-исследовательских институтов. Эти годы ознаменовались рядом важных открытий, внесших значительный вклад в совершенствование здравоохранения. В частности, были разработаны и начали при-



меняться хирургические методы лечения пороков сердца, завершена работа по ликвидации малярии как массового заболевания. Были предложены новые методы консервирования крови, оригинальные кровезаменители, вакцины и сыворотки для профилактики и лечения ряда инфекционных болезней, разработаны методы использования в медицинской практике радиоактивных изотопов, изучен патогенез лучевой болезни, заложены основы космической медицины. Большое внимание стали уделять созданию крупных больниц на 600 коек и более, а также организации специализированной медицинской помощи.

Экономический рост страны и научно-технический прогресс в середине 1960-х годов стали основой значительного улучшения показателей здоровья населения. Были определены новые задачи здравоохранения и созданы благоприятные условия для укрепления его материально-технической базы. Происходили взаимосвязанные и взаимообусловленные процессы интеграции и дифференциации медицинских знаний. В практическом здравоохранении это сказалось, в первую очередь, на дифференциации терапевтической службы и выделении в самостоятельные специальности кардиологии, ревматологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, нефрологии и др.

В сельской местности в эти годы происходила существенная реорганизация медицинской помощи населению — повсеместное создание центральных районных больниц, организация в них специализированных отделений (терапевтических, хирургических, педиатрических и др.). Специализация медицинской помощи коснулась и АПУ.

70-е годы прошлого столетия стали важным этапом в развитии и совершенствовании терапевтической помощи. Вступили в строй сотни новых, мощных, отвечающих современным требованиям АПУ, рассчитанных на более чем 500 посещений в смену; было начато строительство крупных многопрофильных ЛПУ на 1000 коек, больниц скорой помощи на 800—900 коек с отделениями реанимации, крупных онкологических диспансеров и др.

Высококвалифицированную помощь сельскому населению стали оказывать преимущественно центральные районные больницы, многие из которых обеспечивали поликлиническую (консультативную) помощь не только сельскому, но и городскому населению.

К этому времени относится начало строительства крупных научных лечебно-диагностических центров онкологического, кардиологического, акушерско-гинекологического, аллергологического, гастроэнтерологического, пульмонологического, профиля, центров хронического гемодиализа и др.

Большую профилактическую работу в эти годы проводили все службы здравоохранения. Диспансерным наблюдением охватывались все контингенты населения. С каждым годом расширялись масштабы проводимых профилактических (скрининговых) медицинских осмотров с целью раннего выявления и своевременного лечения лиц с социально значимыми заболеваниями, прежде всего туберкулезом, злокачественными опухолями, заболеваниями сердечно-сосудистой системы и др. На базе крупных многопрофильных больниц создавали хорошо оснащенные диагностические центры, укомплектованные высококвалифицированными специалистами.

Сознавая бесперспективность дальнейшего экстенсивного развития здравоохранения, Министерство здравоохранения серьезное внимание уделяло работе по оптимизации структуры сети больниц и поликлиник, рациональному использованию коечного фонда, его научно обоснованной профилизации, а также обеспечению преемственности лечения больных в поликлинике и стационаре.

Прогресс здравоохранения был непосредственно связан с дальнейшим углублением специализации медицинской помощи, отражавшей основной вектор развития медицины в те годы. Однако развитие этого сложного процесса требовало определенных условий, соответствующих организационных форм и значительных материальных затрат, не всегда возможных в условиях финансирования здравоохранения по остаточному принципу.

В те годы многое делалось для укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения, обеспечения их современной диагностической аппаратурой. Однако, несмотря на принимаемые решения, строительство типовых лечебных учреждений, особенно в сельской местности, финансировалось недостаточно, срывались сроки их ввода в эксплуатацию.

Историческим этапом в развитии государственной системы здравоохранения стало принятие закона «Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» (1969), в котором были сформулированы права и обязанности органов государственной власти, общественных организаций и граждан в сфере охраны здоровья. Охрана материнства и детства стала приоритетным направлением в здравоохранении нашей страны.

В конце 1970-х годов система здравоохранения стала испытывать трудности, связанные, прежде всего, с недостаточным финансированием. По обеспеченности врачебными кадрами к 1980 г. страна занимала первое место в мире, но сохранялась диспропорция между врачебными и средними медицинскими кадрами. Довести это соотношение до запланированного уровня 1:4 так и не удалось. Сеть меди-

цинских училищ расширялась медленно, мало делалось для улучшения системы усовершенствования средних медицинских работников.

В начале 1980-х годов перед Министерством здравоохранения была поставлена грандиозная задача — охватить диспансерным наблюдением все население страны. Однако со временем стало ясно, что сил и средств для перехода ко всеобщей диспансеризации нет, а эффективность ее проведения в таком масштабе не была достаточно обоснована. Поэтому от реализации этой идеи в полном объеме пришлось отказаться. В то же время в обществе, среди медицинской общественности зрело понимание необходимости радикальных изменений в здравоохранении.

Необходимость реформирования здравоохранения стала очевидной еще в 1970-е годы прошлого века, когда отчетливо стали проявляться тенденции к ухудшению состояния здоровья населения. Однако в силу ряда причин реформа здравоохранения началась лишь во второй половине 1980-х годов с внедрением нового хозяйственного механизма. В связи с нарастающим противоречием между масштабом задач, стоящих перед здравоохранением страны, и уровнем финансирования отрасли был проведен ряд экономических экспериментов по расширению прав руководителей органов и учреждений здравоохранения, применению экономического стимулирования в работе учреждений. К этому времени относятся также проведение экспериментов по бригадной форме организации и оплаты труда медицинского персонала, интенсификация использования коечного фонда крупных стационаров. К сожалению, эта работа не была завершена, хотя и сыграла определенную роль в выработке новых экономических подходов к управлению здравоохранением.

В конце 1980-х — начале 1990-х годов кризис политической и социально-экономической системы страны особенно сильно сказался на здравоохранении. Застой, обозначившийся еще в 1970-е годы, все более усугублялся. Жизнь настойчиво требовала изменения механизмов финансирования, использования экономических методов в управлении здравоохранением, более широкого привлечения не только государственных, но и частных источников финансирования. На фоне преувеличения в обществе успехов здравоохранения и замалчивания его недостатков проявлялось справедливое недовольство населения качеством медицинской помощи, профессиональной культурой медицинских работников, обозначился кризис доверия к врачу, медицине. Предстоял большой и трудный поиск новых путей развития здравоохранения. Совершенствованию системы охраны здоровья населения должны были способствовать стимулирование качества работы медицинского персонала, оценка его деятельности по конечному результату, укрепление первичного звена здравоохранения.

В этот период у руководства Министерством здравоохранения, медицинской общественности созрело убеждение в необходимости серьезных изменений в здравоохранении. Разработанная в 1990–1991 гг. программа его реформирования базировалась, в основном, на существовавшей системе, но принципиально менялся подход к управлению: вместо экстенсивных, количественных оценок в здравоохранении предлагались интенсивные, качественные показатели. Одновременно были заложены основы перехода к обязательному медицинскому страхованию (ОМС), внедрялись новые (на основе соглашений о взаимодействии) формы взаимоотношений федеральных органов управления здравоохранением с самостоятельно действующими органами управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации.

Политические изменения, смена экономической стратегии страны, распад СССР привели в начале 1990-х годов к серьезным проблемам в системе здравоохранения. Это было время обвального дефицита финансирования учреждений здравоохранения. Недостаток средств восполнялся бартерными (на основе взаимозачетов) схемами обеспечения ЛПУ лекарственными средствами, продуктами питания, медицинским оборудованием. Задержки в выплате заработной платы работникам здравоохранения достигали 6–8 и более месяцев. И в это очень непростое время работники здравоохранения делали все возможное, чтобы обеспечить бесперебойное функционирование медицинских учреждений и оказание медицинской помощи населению. Предпринимались серьезные попытки по приведению системы здравоохранения в соответствие со сложившейся ситуацией, продолжались упорные поиски путей ее дальнейшего развития. Объяснение феномена того, что в этот период в здравоохранении не произошли системные необратимые сбои, следует, вероятно, искать в огромном запасе прочности, который она унаследовала от советской системы здравоохранения.

Правовой базой для проведения реформ в здравоохранении в то время стали законы «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (1991) и «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993).

В эти годы в России был осуществлен ряд законодательных и административных мер, которые можно рассматривать в качестве предпосылок для формирования особой стратегии в отношении детей. Такая мера потребовалась в связи со значительным обострением проблем охраны здоровья детей на фоне углубления кризисных процессов в социально-экономической сфере. Важным этапом стало принятие Федерального закона от 24 июля 1998 г. «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», который имел

стратегическое значение. Закон предусматривал не только меры здравоохранения, но и обязывал защищать детей от рекламы алкогольной продукции и табачных изделий, от распространения печатной продукции, аудио- и видеопродуции, пропагандирующей насилие и жестокость, порнографию, наркоманию, токсикоманию, антиобщественное поведение. Однако этих мер было явно недостаточно, поэтому в начале XXI в. ситуация в сфере охраны здоровья детей оставалась одной из наиболее острых. Продолжался рост хронических форм соматических видов патологии и психических расстройств, числа врожденных пороков развития. На фоне роста ранее неизвестных инфекций, таких как вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), увеличилась заболеваемость туберкулезом, гепатитом С, сифилисом и др. Большое распространение получили алкоголизм, наркомания, отмечалось снижение показателей физического развития детей.

Указанные процессы подтверждают известный, но еще недостаточно учитываемый в стратегии национального развития факт, что здравоохранение является не единственным сектором, ответственным за укрепление здоровья, поскольку основные причины, определяющие неблагополучие детей, относятся к социальной и экономической сферам.

В начале 1990-х годов в силу происходящих в стране политических процессов в медицинской отрасли произошел крутой поворот от централизованной системы управления к децентрализованной с появлением автономно действующих региональных систем здравоохранения. В развитии здравоохранения 1990-х годов ясно просматриваются два периода: до и после введения Закона РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации».

Начальный период (1990–1993) характеризовался разрушением старой административно-командной системы. основополагающими принципами реформы в это время были: децентрализация управления, демонополизация государственного сектора здравоохранения, многоукладность форм собственности организаций здравоохранения, многоканальность финансирования и внедрение рыночных механизмов в сфере медицинских товаров и услуг. Все принципы вводились бессистемно, без должной научной и правовой поддержки. Поэтому в этот период демонтажа старой и формирования новой системы управления народно-хозяйственным комплексом страны здравоохранение оказалось в глубоком кризисе. Значительно снизился объем профилактической работы, сокращались программы научно-медицинских исследований, опережающими темпами развивался частный сектор здравоохранения, отмечался лавинообразный рост платных услуг в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, нарастало недовольство населения качеством и доступ-

ностью медико-санитарной помощи. Ученые и медицинские работники испытывали разочарование в результатах социально-экономической реформы.

Второй период реформ здравоохранения связан с внедрением Закона РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» (1993), который в значительной степени изменил управление и финансирование отрасли, а также взаимоотношения пациентов и медицинских работников.

В условиях формирования конкурентной среды в здравоохранении существенно снизилась господствующая роль производителя медицинских услуг и возросли роль пациента и внимание к его запросам. Централизованное планирование здравоохранения трансформировалось в разработку политики в области охраны здоровья населения с акцентом на государственное урегулирование здравоохранения и обеспечение качества медицинской помощи.

Дальнейшим шагом в формировании идеологической и нормативной правовой базы для реформирования здравоохранения стала разработка «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», которая была одобрена Постановлением Правительства РФ 5 ноября 1997 г. №1387. В Концепции были определены положения о сохранении и улучшении здоровья населения, а также о сокращении прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения.

Позднее распоряжением Правительства РФ от 31 августа 2000 г. №1202-р была утверждена «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года», которая развивала основные положения, изложенные в Концепции 1997 г. Необходимо отметить, что в этих основополагающих документах обоснование приоритетов в сфере охраны здоровья базировалось на строгом научном анализе здоровья населения и деятельности системы здравоохранения.

На основе «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» и «Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года» был разработан целый ряд федеральных целевых программ, таких как «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», «Скорая медицинская помощь», «Планирование семьи», «Безопасное материнство», «Дети России» и др. Аналогичные целевые программы были приняты в ряде субъектов РФ (Москва, Санкт-Петербург, Новгородская, Свердловская, Самарская, Липецкая области, Чувашская Республика, Ставропольский край и др.).

Принятие решений о разработке целевых медико-социальных программ на федеральном и региональном уровнях было своевременным и крайне необходимым шагом. Их реализация обеспечила (в непростых условиях социально-экономических преобразований и децентрализации управления отраслью) стабилизацию, а по отдельным направлениям — улучшение состояния здоровья населения, повышение эффективности функционирования системы здравоохранения, качества и доступности населению медицинской помощи.

В этот же период времени, начиная с 1998 г., в практику управления здравоохранением на федеральном и региональном уровнях вошло ежегодное утверждение программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Это позволило обеспечить баланс между обязательствами государства по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и выделяемыми для этого ресурсами. Однако сохраняющийся дефицит ее финансирования из бюджетов всех уровней и фондов ОМС не позволил в полной мере реализовать эту правильную во всех отношениях идею.

Некое улучшение ситуации в здравоохранении, начиная с 2005 г., связано с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье». Впервые за многие годы отрасль получила значительные государственные вложения, в результате чего улучшилось оснащение учреждений здравоохранения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) диагностическим оборудованием, санитарным транспортом; началось поэтапное повышение оплаты труда работников здравоохранения первичного звена; увеличился охват населения вакцинацией; расширилась программа диспансеризации работающего населения.

Однако ожидавшихся радикальных положительных перемен в здравоохранении в результате принимаемых мер не произошло. Следует признать, что в управлении здравоохранением не удалось обеспечить рациональное разграничение полномочий и координацию действий властных структур разного уровня. Необоснованно снизилась роль федеральных органов управления здравоохранением, по-прежнему отсутствовала четкая, научно обоснованная стратегия развития отрасли. Система здравоохранения субъектов РФ функционировала на основе эмпирически складывающихся региональных моделей развития. Это имело как положительные, так и отрицательные последствия. Положительные заключались в том, что лучше учитывались региональные особенности здоровья населения и функционирующей сети учреждений здравоохранения. Отрицательные — нарушалась организационно-функциональная целостность системы здравоохранения РФ, что приводило, прежде

всего, к возникновению проблем в получении бесплатной медицинской помощи жителями других субъектов РФ.

Говоря о проблемах и недостатках того периода, нельзя не упомянуть о тех позитивных изменениях, которые происходили в системе здравоохранения РФ в конце XX — начале XXI веков.

Реализация государственной политики в сфере здравоохранения, выполнение федеральных и региональных медико-социальных программ позволили достичь определенных результатов по сохранению здоровья граждан, улучшению деятельности системы здравоохранения в период 2000–2013 гг. Проведение дополнительной иммунизации населения привело к снижению инфекционной заболеваемости населения по 29 нозологическим формам, в том числе по дифтерии — в 2 раза, кори — в 6 раз, эпидемическому паротиту — на 18%, брюшному тифу — на 45%, трихинеллезу — на 30%, клещевому вирусному энцефалиту — на 10%. С 2000 г. наметился перелом в негативных тенденциях показателя рождаемости и несколько позднее — показателя смертности населения. За период 2003–2013 гг. общий коэффициент смертности снизился с 16,4 до 13,0‰, а общий коэффициент рождаемости повысился с 10,2 до 13,2‰. Начиная с 2004 г., появилась положительная тенденция в изменении такой важной характеристики в оценке демографической ситуации в целом и деятельности службы родовспоможения в частности, каким является коэффициент материнской смертности. В период 2000–2012 гг. значение этого показателя снизилось с 39,7 до 11,5 (на 100 тыс. родившихся живыми). Снижение коэффициента материнской смертности происходило на фоне выраженного снижения частоты абортов, показатель которых за этот период уменьшился с 50,5 до 25,6 (на 1000 женщин фертильного возраста). К особо значимым результатам реализации комплекса мер по охране здоровья материнства и детства следует отнести выраженную положительную динамику коэффициентов младенческой и перинатальной смертности. За этот период значение коэффициента младенческой смертности уменьшилось с 15,3 до 8,6‰, а уровень перинатальной смертности сократился с 13,2 до 9,98‰. Удалось обеспечить управляемость эпидемиологической ситуацией по туберкулезу, что выразилось в снижении смертности от туберкулеза и стабилизации показателя первичной заболеваемости всеми формами активного туберкулеза на уровне 68,2 (на 100 тыс. населения). Значительно снизилась первичная заболеваемость населения РФ сифилисом и гонореей.

Работа по реформированию системы здравоохранения, реализация территориальных программ госгарантий, безусловно, сыграли положительную роль в реструктуризации (оптимизации) сети ЛПУ. Использование нормативно-подушевого принципа планирования и



финансирования медицинской помощи, оказываемой гражданам РФ в рамках территориальных программ госгарантий, позволило улучшить управление объемами медицинской помощи и добиться их сбалансированности по отдельным видам.

Однако, несмотря на некоторые позитивные изменения в состоянии здоровья населения и в деятельности системы здравоохранения РФ, остается много нерешенных проблем. Они касаются, прежде всего, сохраняющегося несоответствия между обязательствами государства по предоставлению гражданам России бесплатной медицинской помощи и выделяемыми на эти цели финансовыми ресурсами. Нарастает коммерциализация государственного и муниципального здравоохранения как следствие отсутствия эффективно действующих механизмов государственного регулирования в этой сфере. Крайне медленно происходит адаптация медицинских работников к рыночным механизмам системы мотивации труда, остается нерешенным ряд вопросов, связанных с социальной и профессиональной защитой.

По-прежнему большое влияние на состояние общественного здоровья оказывают поведенческие факторы и вредные привычки: распространенность алкоголизма, табакокурения, отсутствие интереса к занятиям физической культурой среди значительной части населения. У большей части российских граждан отсутствует мотивированное ценностное отношение к собственному здоровью как к необходимому жизненному ресурсу.

Сегодня перед государством и медицинской общественностью стоит выбор путей дальнейшего развития системы здравоохранения РФ. Первый — сокращение обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и, как следствие этого, увеличение доли частного сектора в медицине. Второй — усиление роли государства в управлении и финансировании здравоохранения и, таким образом, обеспечение в полном объеме конституционных прав граждан на получение гарантированной бесплатной медицинской помощи. От этого выбора во многом зависит судьба РФ как социального государства, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека.

## **ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы и тестовые задания.
3. Подобрать в сети Интернета источники по истории отечественного здравоохранения и составить библиографию.

4. Подготовить мультимедийные презентации или рефераты по следующим темам:

- роль Аптекарского приказа в становлении государственной медицины Московского государства (XV—XVII вв.);
- подготовка врачей и первая Лекарская школа при Аптекарском приказе;
- Н.А.Семашко — первый нарком здравоохранения;
- ликвидация особо опасных инфекций в СССР;
- медицина в годы Великой Отечественной войны;
- медики — Герои Советского Союза;
- проблемы отечественного здравоохранения и реформа здравоохранения, начатая в 90-е годы XX столетия;
- приоритеты современного здравоохранения в РФ;
- проблемы здравоохранения вашего региона.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что способствовало зарождению государственного здравоохранения (XVI в.)?

2. Перечислите учреждения в России, способствующие развитию государственной системы здравоохранения в XVII — начале XX вв.

3. Назовите систему оказания медицинской помощи населению России, которая зародилась в 60-е годы XIX в.

4. Какое значение сыграла Октябрьская революция 1917 г. для дальнейшего развития государственной системы здравоохранения в России?

5. Назовите год создания единой системы государственного здравоохранения и название учреждения, осуществлявшего управление советским здравоохранением.

6. Назовите имя выдающегося врача, ученого, организатора, который возглавил создание государственной системы здравоохранения после революции 1917 г.

7. Перечислите главные принципы, положенные в основу формирования государственной системы здравоохранения в СССР.

8. Назовите имена выдающихся русских ученых, способствовавших становлению советской медицинской науки и здравоохранения.

9. Как называлось первое советское медицинское научно-исследовательское учреждение, организованное в 1920 г.?

10. Расскажите о развитии советского здравоохранения в годы, предшествовавшие началу Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.

11. Раскройте роль здравоохранения в победе советского народа в годы Великой Отечественной войны.

12. Расскажите о развитии советского здравоохранения в послевоенный период до 90-х годов XX в.

13. Назовите основные причины, способствовавшие развитию кризиса советского здравоохранения в конце XX в.

14. Перечислите основные нормативные правовые документы, способствовавшие совершенствованию и развитию здравоохранения РФ в течение последнего десятилетия XX в. и начала XXI в.

15. Расскажите о современном состоянии здравоохранения вашего региона и РФ в целом.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите только один правильный ответ.

1. Назовите этап исторического развития нашей страны, при котором отечественное здравоохранение приобрело государственный характер:

- 1) в период становления государственности на Руси;
- 2) в период становления фабрично-заводской медицины;
- 3) во времена Ивана Грозного (XVI в.);
- 4) в годы Советской власти;
- 5) в годы правления Петра I.

2. Назовите государственное учреждение, положившее начало формированию государственного здравоохранения в России:

- 1) Государева аптека;
- 2) Аптекарская канцелярия;
- 3) Государева канцелярия;
- 4) Медицинская канцелярия;
- 5) Аптекарский приказ.

3. Назовите государственные учреждения, занимавшиеся государственным здравоохранением в различные периоды отечественной истории (установите соответствие между каждым элементом левой колонки и цифровыми данными правой колонки), определите правильное сочетание:

А — Медицинский департамент	а — 1916 г.
Б — Медицинская коллегия	б — 1918 г.
В — Главное управление государственного здравоохранения	в — 1721 г.
Г — Медицинская канцелярия	г — 1811 г.
Д — Народный комиссариат здравоохранения	д — 1763 г.

- 1) Гг, Ав, Да, Вб, Бд;
- 2) Ва, Бд, Гв, Аб, Дг;
- 3) Бв, Га, Дб, Вг, Ад;
- 4) Аг, Бд, Дб, Гв, Ва;
- 5) Гв, Ад, Да, Вб, Бг.

4. Медицинский департамент в России с 1803 г. находился в ведении:

- 1) Министерства здравоохранения;
- 2) Министерства общественного призрения;
- 3) Министерства внутренних дел;
- 4) Министерства иностранных дел;
- 5) Министерства образования.

5. Назовите этап исторического развития России, когда был предложен и теоретически обоснован принцип бесплатности медицинской помощи:

- 1) на I съезде Пироговского общества (1885);
- 2) в период деятельности русских революционеров (1859–1861);
- 3) в период Февральской и Октябрьской революций в России (1917);
- 4) на I Всероссийском съезде медико-санитарных отделов (1918);
- 5) в период становления земской медицины как системы (1870).

6. Назовите руководителя Главного управления государственного здравоохранения России:

- 1) М.В. Ломоносов;
- 2) И.Л. Блюментрост;
- 3) Р.К. Эрскин;
- 4) Г.Е. Рейн;
- 5) Н.И. Пирогов.

7. Назовите основные формы организации медицинской помощи в России во второй половине XIX в.:

- 1) земская, государственная, городская;
- 2) государственная, фабричная, сельская;
- 3) земская, городская, фабрично-заводская;
- 4) сельская, государственная, фабрично-заводская;
- 5) городская, сельская, заводская.

8. Назовите первого руководителя Народного комиссариата здравоохранения и основоположника советской системы здравоохранения:

- 1) Г.Е. Рейн;
- 2) З.П. Соловьёв;
- 3) Р.К. Эрскин;
- 4) Н.А. Семашко;
- 5) М.И. Барсуков.

9. Назовите основные принципы советского здравоохранения, имеющие историческое значение не только для России, но и для всей мировой системы здравоохранения:

- 1) государственный характер; профилактическая направленность; бесплатность; общедоступность; участие населения в

- мерах по охране здоровья; единство медицинской науки и практики здравоохранения;
- 2) страховая медицина; государственный характер; профилактическая направленность; финансовый контроль; бесплатность;
  - 3) равноправие государственной и частной системы здравоохранения; страховая медицина; финансовый контроль; бесплатность; единство медицинской науки и практики здравоохранения;
  - 4) бесплатность; доступность; профилактическая направленность; финансовый контроль; равноправие государственной и частной системы здравоохранения; участие населения в мерах по охране здоровья;
  - 5) страховая медицина; равноправие государственной и частной системы здравоохранения; финансовый контроль; профилактическая направленность; бесплатность.
10. Назовите дату основания первого научно-исследовательского учреждения советского периода и название этого учреждения:
- 1) 1918 г. — Академия медицинских наук СССР;
  - 2) 1923 г. — Государственный институт народного здравоохранения;
  - 3) 1924 г. — Государственный институт народного здравоохранения;
  - 4) 1920 г. — Институт экспериментальной медицины;
  - 5) 1920 г. — Государственный институт народного здравоохранения.
11. Назовите долю возвращения в строй раненых и больных в годы Великой Отечественной войны 1941– 1945 гг.:
- 1) 60% и 90%;
  - 2) 72% и 90%;
  - 3) 76% и 85%;
  - 4) 72% и 95%;
  - 5) 82% и 96%.
12. Назовите дату основания учреждения, объединившего деятельность ведущих научных институтов страны, его название и фамилию первого его президента:
- 1) 1938 г. — Академия медицинских наук СССР, Н.А. Семашко;
  - 2) 1923 г. — Государственный институт народного здравоохранения, Н.Н. Бурденко;
  - 3) 1924 г. — Институт экспериментальной медицины СССР, А.Л. Мясников;
  - 4) 1944 г. — Академия медицинских наук СССР, Н.Н. Бурденко;
  - 5) 1944 г. — Государственный институт народного здравоохранения, Н.Н. Бурденко.

13. Назовите дату реорганизации Наркомздрава в Министерство здравоохранения СССР:

- 1) 1938 г.;
- 2) 1923 г.;
- 3) 1924 г.;
- 4) 1952 г.;
- 5) 1946 г.

14. Назовите правовую базу для реформ, проводимых в 1990-х годах в здравоохранении РФ:

- 1) Закон «Об основных гарантиях прав ребенка» 1998 г.;
- 2) «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ» 1997 г.;
- 3) «Концепция охраны здоровья населения РФ на период до 2005 года» 2000 г.;
- 4) «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» 1993 г.;
- 5) «Основы законодательства о здравоохранении» 1969 г.

15. Назовите правовую базу реформирования здравоохранения, способствовавшую становлению совершенно новых отношений в системе здравоохранения, проводимых в 1990-х годах в РФ:

- 1) «Основы законодательства о здравоохранении» 1969 г.;
- 2) «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» 1997 г.;
- 3) Закон «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» 1993 г.;
- 4) «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» 1993 г.;
- 5) «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года» 2000 г.

# **ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ВАЖНЕЙШИЙ СОЦИАЛЬНЫЙ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ГОСУДАРСТВА**

## **2.1. СОХРАНЕНИЕ И УЛУЧШЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ФАКТОР ЭКОНОМИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ГОСУДАРСТВА**

Здоровье — важнейший фактор общественного и экономического развития во всех политических системах. Однако наибольшую значимость потребность в здоровье приобретает в странах с социально ориентированной рыночной экономикой. Основная цель общественно-политических систем с социально ориентированной рыночной экономикой — достижение высокого уровня качества жизни населения, важнейшей составной частью которого служит сохранение и укрепление здоровья. В таких системах потребность в здоровье становится системообразующим фактором, а сама общественно-политическая система мотивирует человека к укреплению индивидуального здоровья.

Сохранение и укрепление здоровья является не только самоцелью индивидуума, но и одним из факторов национальной безопасности.

Здоровье оказывает прямое воздействие на производительность труда. Будучи неотъемлемым свойством трудовых ресурсов, здоровье наряду с другими качественными характеристиками рабочей силы (образованием, квалификацией) оказывает существенное влияние на темпы социально-экономического развития общества. Состояние здоровья населения определяет не только благополучие отдельных семей, предприятий, регионов, но и оказывает непосредственное воздействие на уровень важнейших макроэкономических показателей (валовой внутренний продукт, национальный доход и др.) государства в целом.

Не вызывает сомнения тот факт, что в современном обществе не только социально-экономические условия влияют на здоровье населения, но и здоровье в немалой степени влияет на экономику в целом.

Общие экономические потери (экономический ущерб), которые несет общество в связи с заболеваемостью населения, делятся на прямые и косвенные.

К *прямым экономическим потерям* вследствие заболеваемости относятся затраты на оказание медицинской помощи (амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное лечение), санитарно-эпидемиологическое обслуживание, научно-исследовательскую работу, подготовку кадров. К этой же категории затрат относят пособия по социальному страхованию при временной утрате трудоспособности и пенсии по инвалидности.

*Косвенные экономические потери* — это потери в связи со снижением производительности труда в результате заболеваемости, инвалидизации, смертности населения в трудоспособном возрасте. Необходимо также учитывать тот факт, что косвенные потери во много раз превышают экономический ущерб вследствие прямых экономических потерь.

По данным исследователей, на долю прямых экономических потерь приходится около 10% общего экономического ущерба из-за болезней, в то время как косвенные потери составляют почти 90%. Организация медицинских оздоровительных мероприятий, нацеленных на снижение уровня заболеваемости (вакцинация населения, например, или вакцинация детей против инфекционных заболеваний), профилактика травматизма, профилактические осмотры с целью раннего выявления заболеваний, диспансеризация работающих контингентов населения значительно уменьшают экономический ущерб вследствие заболеваний. Снижение заболеваемости после проведения активных медицинских оздоровительных мероприятий и сокращение экономического ущерба вследствие снижения заболеваемости определяют экономический эффект здравоохранения.



## 2.2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Основными принципами охраны здоровья населения в соответствии с Федеральным законом РФ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» являются:

- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- приоритет охраны здоровья детей;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- доступность и качество медицинской помощи;
- недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- соблюдение врачебной тайны.

## 2.3. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В практической деятельности медицинский работник обычно оценивает здоровье отдельного человека, однако для принятия управленческих решений необходимо анализировать здоровье определенных, часто многочисленных групп людей. Правильно собранные статистические данные о здоровье населения служат основой для анализа и планирования оздоровительных мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения на государственном и муниципальном уровнях, разработки современных форм и методов работы организаций здравоохранения, контроля эффективности их деятельности.

В современной литературе существует большое количество определений здоровья, однако основным, признанным во всех странах служит определение Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В принятом в 1948 г. Уставе ВОЗ записано: «Здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

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

Для оценки здоровья определенной группы людей или населения в целом принято использовать следующие группы индикаторов:

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

Кроме того, для комплексной оценки здоровья отдельных пациентов и населения в целом выделяют следующие 5 групп здоровья:

- I группа — здоровые;
- II группа — здоровые лица, у которых отсутствует какая-либо хроническая болезнь, но наблюдаются различные функциональные отклонения, снижение иммунологической резистентности, частые острые заболевания и др.;
- III группа — больные с длительно текущими (хроническими) заболеваниями при сохраненных, в основном, функциональных возможностях организма;
- IV группа — больные с длительно текущими (хроническими) заболеваниями со снижением функциональных возможностей организма;
- V группа — тяжелые больные, нуждающиеся в соблюдении постельного режима.

## 2.4. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Здоровье населения обусловлено комплексным воздействием факторов, определяющих образ жизни человека и состояние среды его обитания (атмосферного воздуха, воды, почвы, уровня благосостояния общества и др.).

Принята следующая классификация факторов, определяющих состояние здоровья населения:

- социально-экономические (образ жизни, условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние и т.д.);
- социально-биологические (возраст, пол, наследственность и т.д.);
- эколого-климатические (состояние воздуха, воды, почвы, уровень солнечной радиации и т.д.);

– медико-организационные (качество, эффективность, доступность медико-социальной помощи и т.д.).

Разделение факторов на приведенные группы весьма условно, так как обычно человек подвергается комплексному воздействию взаимосвязанных и обуславливающих друг друга факторов. В настоящее время, по мнению известного ученого академика Ю.П. Лисицына, принято считать, что здоровье на 50% и более зависит от условий и образа жизни, на 20% — от состояния (загрязнения) окружающей внешней среды, на 20% — от генетических факторов и на 10% — от состояния здравоохранения (рис. 2.1). Причем одни факторы позитивно влияют на состояние здоровья населения; другие, наоборот, оказывают отрицательное воздействие.



**Рис. 2.1.** Доля отдельных факторов риска в формировании здоровья населения (академик РАН Ю.П. Лисицын, 2010)<sup>1</sup>.

Факторы, потенциально опасные для здоровья человека, способствующие возникновению заболеваний, называются факторами риска. В отличие от непосредственных причин заболеваний (вирусы, бактерии и т.д.), факторы риска действуют опосредованно, создавая неблагоприятный фон для возникновения и развития болезней.

Таким образом, главная задача государства в целом и здравоохранения в частности заключается в разработке и реализации комплекса профилактических мероприятий по снижению воздействия факторов риска и усилению позитивных факторов, обуславливающих здоровье населения.

Более подробно о роли средних медицинских работников в организации медицинской профилактики изложено в главе 15.

<sup>1</sup> Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 517 с.

## 2.5. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕМОГРАФИИ

В оценке общественного здоровья важное значение имеют показатели демографических процессов, которые изучаются демографией. Демография (от греч. *demos* — народ, *grapho* — писать) — наука, которая изучает воспроизводство населения как процесс непрерывного изменения его численности и структуры в ходе смены одного поколения другим. Одним из разделов этой науки является медицинская демография.

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

Статистическое изучение воспроизводства населения ведется в двух направлениях:

- статика населения;
- динамика населения.

Статика населения изучается по следующим основным признакам: пол, возраст, социальные группы, профессия, брачное состояние, национальность, образование, гражданство, место жительства, плотность населения на определенный (критический) момент времени. Эти данные получают из переписей населения и специальных выборочных исследований. Они необходимы, прежде всего, для анализа и перспективного планирования социально-экономического развития страны.

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

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

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

На основании расчета доли лиц в возрасте 0–14; 15–49; 50 лет и старше можно определить возрастной тип населения. Различают следующие типы возрастных структур населения (рис. 2.2):

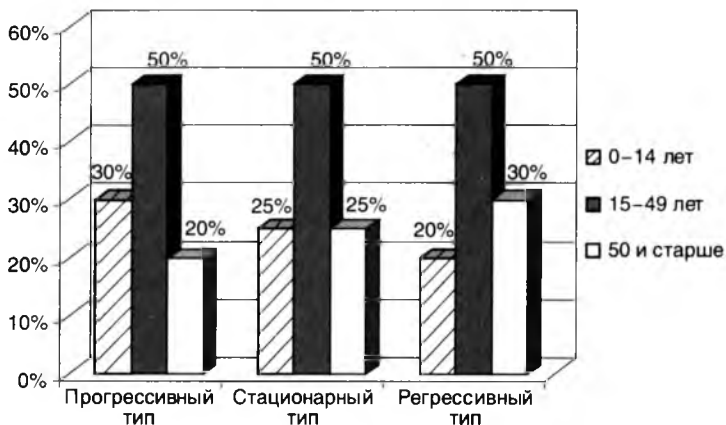


Рис. 2.2. Типы возрастных структур населения

- прогрессивный;
- стационарный;
- регрессивный.

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

Стационарным называется тип, при котором доля детей равна доле лиц в возрасте 50 лет и старше.

Регрессивным типом принято считать население, в котором доля лиц в возрасте 50 лет и старше превышает долю детского населения.

Прогрессивный тип народонаселения обеспечивает дальнейшее увеличение численности населения, регрессивный тип угрожает нации депопуляцией. На сегодняшний день в целом по России сложился регрессивный тип населения: доля населения в возрасте 0–14 лет составляет 15,0%, а старше 50 лет — 31%.

Динамика населения характеризуется изменением численности и структуры населения в силу следующих основных причин:

- механическое движение населения (миграция);
- естественное движение населения.

**Механическое движение населения.** Среди процессов, характеризующих население, важное место отводится механическому движению населения (миграции). Под воздействием миграции меняется численность и возрастно-половой состав населения на отдельных административных территориях и в населенных пунктах.

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 внутренней миграции относятся перемещения в пределах одной страны между административными или экономико-географическими районами, населенными пунктами и т.д.

По хронологическим признакам выделяют:

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

*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.

*Временная миграция* предполагает временное переселение на какой-то достаточно длительный срок. Обычно это связано с работой вахтовым методом или по контракту (переселения рабочих из одной страны в другую, в удаленные и малообитаемые районы Севера и др.).

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

*Маятниковая миграция* — это регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы своего постоянного места проживания.

**Естественное движение населения.** Изменение численности и структуры населения в динамике происходит также из-за его естественного движения, под которым понимается совокупность процессов рождаемости, смертности и естественного прироста, обеспечивающих возобновление и смену поколения. Основными показателями естественного движения населения являются:

- рождаемость;
- смертность;
- естественный прирост населения.

На рис. 2.3 представлена динамика этих показателей в России за последние годы. Начиная с 1992 г. уровень смертности превысил уровень рождаемости, определив, тем самым, отрицательный прирост (противоестественную убыль) населения.

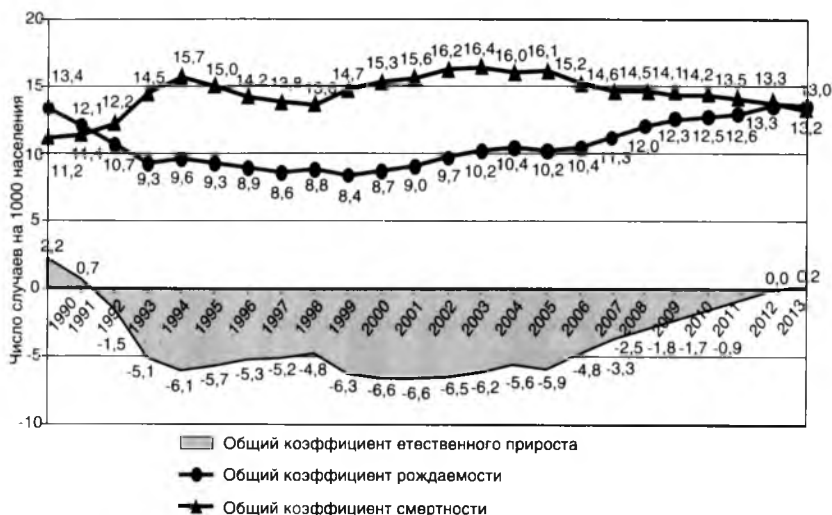


Рис. 2.3. Динамика показателей естественного движения населения Российской Федерации (1990–2013)

*Рождаемость* — естественный процесс возобновления населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом деторождений в конкретной популяции за определенный период времени.

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.

**Статистический учет рождений.** Согласно российскому законодательству, все дети в течение месяца 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 учреждением здравоохранения, в котором 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 и медицинских учреждениях, где работает врачебный персонал, «Медицинское свидетельство о рождении»

составляется обязательно врачом. В сельской местности в учреждениях здравоохранения, где нет врачей, оно может быть выдано акушеркой или фельдшером, принимавшими роды.

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

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

**Статистика живорожденности.** Учреждения здравоохранения осуществляют регистрацию в медицинской документации всех родившихся живыми и мертвыми, имеющих массу тела при рождении 500 г и более. В органах ЗАГСа подлежат регистрации как живорожденные:

- 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;
- родившиеся живыми с массой тела от 500 до 999 г в тех случаях, если они прожили более 168 ч после рождения.

*Недоношенными* считаются дети, родившиеся при сроке беременности менее 37 нед и имеющие признаки недоношенности.

*Доношенными* считаются дети, родившиеся при сроке беременности от 37 до 40 нед.

*Переношенными* считаются дети, родившиеся при сроке беременности от 41 до 43 нед и имеющие признаки перезрелости.

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

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

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

**Статистические показатели рождаемости.** Для статистического анализа рождаемости применяют ряд показателей:

- общий коэффициент рождаемости;
- специальный коэффициент рождаемости (плодовитости).



Наиболее широко используемым показателем является **общий коэффициент рождаемости**, который рассчитывается как отношение абсолютного числа рождений к среднегодовой численности населения за определенный период (чаще всего за год). Это отношение для наглядности умножается на 1000 и измеряется в промилле (‰):

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

В настоящее время уровень рождаемости в России по шкале, приведенной в табл. 2.1, оценивается как низкий, несмотря на незначительный рост коэффициента рождаемости с 1999 г. В 2013 г. этот показатель составил 13,2‰ (см. рис. 2.3).

Таблица 2.1. Схема оценки общего уровня рождаемости

Общий коэффициент рождаемости (на 1000 населения)	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

Величина общего коэффициента рождаемости зависит не только от интенсивности рождаемости (среднего числа родившихся живыми), но и от целого ряда демографических характеристик, в первую очередь от возрастно-половой и брачной структур населения. Поэтому он дает лишь самое первое, приближенное представление об уровне рождаемости. Чтобы элиминировать влияние этих демографических характеристик, рассчитывают другие, уточняющие показатели рождаемости.

Специальный коэффициент рождаемости (плодовитости) рассчитывается как отношение числа родившихся за год к среднегодовой численности женщин репродуктивного возраста (15–49 лет) и выражается в промилле (‰):

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

Для более детального анализа рождаемости рассчитывают частные возрастные показатели рождаемости.

**Смертность населения** — процесс вымирания населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом смертей в конкретной популяции за определенный период времени.

**Организация учета случаев смерти.** В соответствии с законодательством РФ все случаи смерти подлежат регистрации в органах ЗАГС по месту жительства умершего или по месту наступления смерти. Для регистрации случаев смерти врач или фельдшер заполняет «Медицинское свидетельство о смерти» (ф. 106/у-08), без которого выдача трупа из патологоанатомического отделения больницы или бюро судебно-медицинской экспертизы запрещается. «Медицинское свидетельство о смерти» выдается не позднее 3 сут с момента наступления смерти или обнаружения трупа.

**Статистические показатели смертности.** Чтобы получить полное представление о состоянии смертности населения, рассчитывают и анализируют следующие показатели:

- общий коэффициент смертности;
- коэффициент материнской смертности;
- показатели детской смертности:
  - коэффициент младенческой смертности;
  - коэффициент перинатальной смертности;
  - коэффициент мертворождаемости;
- показатели летальности.

**Общий коэффициент смертности** рассчитывается как отношение общего числа умерших за год к среднегодовой численности населения. Это отношение умножается на 1000 и измеряется в промилле (‰):

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

Начиная с 2004 г., этот показатель сохраняет тенденцию к снижению и составил в 2013 г. 13,0 на 1000 населения (см. рис. 2.3). По шкале, приведенной в табл. 2.2, уровень смертности населения в РФ оценивается как средний.

Таблица 2.2. Схема оценки показателя смертности

Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	Уровень смертности
До 7	Очень низкий
7–10	Низкий
11–15	Средний
16–20	Высокий
21 и выше	Очень высокий

Помимо общего коэффициента смертности рассчитываются *коэффициенты смертности от отдельных заболеваний*: ишемической болезни сердца, травм и отравлений, злокачественных новообразований (ЗН) и др. Например, смертность от острого инфаркта миокарда исчисляется как отношение числа умерших от данного заболевания к среднегодовой численности населения и выражается в промилле (‰):

$$\text{Смертность от острого инфаркта миокарда} = \frac{\text{Число умерших от острого инфаркта миокарда}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Важное значение в разработке и реализации комплекса мер по снижению смертности населения имеет анализ показателя структуры причин смерти, которая представлена на рис. 2.4.

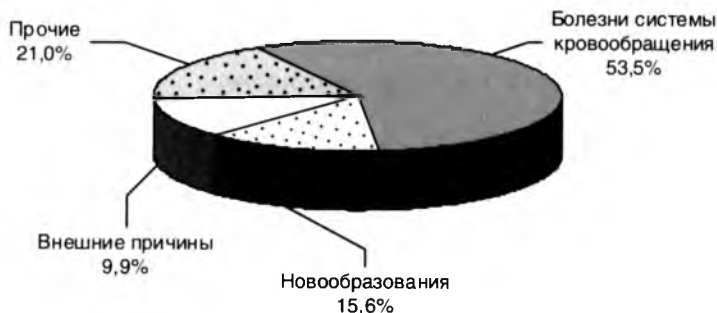


Рис. 2.4. Структура причин смертности населения Российской Федерации (2013)

На первом месте среди всех причин смертности — болезни системы кровообращения (53,5%), на втором — новообразования (15,6%), на третьем — внешние причины (9,9%). Эти заболевания составляют около 80% всех причин смертности населения РФ.

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

*Материнская смертность* — смерть женщины, наступившая в период беременности, независимо от ее продолжительности и локализации, или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или внезапно возникшей причины.

Случаи материнской смертности подразделяются на две группы:

- смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами (смерть в результате осложненного течения беременности, родов и послеродового периода, а также в результате диагностических вмешательств и неправильного лечения);
- смерть, косвенно связанная 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).

Коэффициент материнской смертности рассчитывается по следующей формуле и измеряется в сантиметилле:

$$\text{Коэффициент материнской смертности} = \frac{\text{Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, а также родильниц (в течение 42 дней после прекращения беременности)}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 100\,000.$$

Данный показатель позволяет оценить все потери беременных (от абортов, внематочной беременности, акушерской экстрагенитальной патологии в течение всего периода гестации), а также рожениц и родильниц в течение 42 дней после окончания беременности. За последние 15 лет в России этот показатель снизился с 44,2 до 11,4 случаев (на 100 000 родившихся живыми) (рис. 2.5).

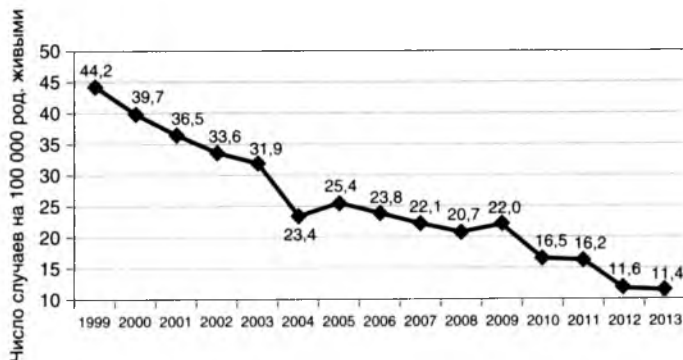


Рис. 2.5. Динамика показателя материнской смертности в Российской Федерации (1999–2013)

Одной из причин материнской смертности являются аборты. Из числа умерших от абортов более 1/4 умирает в возрасте до 25 лет. В структуре причин смерти женщин от абортов ведущую роль играют сепсис и кровотечения.

Снижение показателя абортов с 50,5 в 2000 г. до 24,5 в 2013 г. (на 1000 женщин фертильного возраста) привело к уменьшению материнской смертности.

**Детская смертность.** Показатели детской смертности характеризуют не только состояние здоровья детского населения, но и уровень социально-экономического благополучия общества в целом. Правильный и своевременный анализ детской смертности позволяет разработать ряд конкретных мер по улучшению здоровья беременных и детей, оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий, работу местных органов управления здравоохранением по охране материнства и детства.

Детская смертность имеет сложную структуру, которая определяется, в основном, причинами смерти и возрастом умерших детей. В статистике детской смертности принято выделять следующие группы показателей:

- показатели смертности детей на первом году жизни (младенческая смертность);
- показатели смертности детей в возрасте от 1 года до 17 лет включительно.

*Младенческая смертность*, будучи важнейшей составляющей детской смертности, рассчитывается по следующей формуле и выражается в промилле (‰):

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

За последние 15 лет этот показатель в РФ имел стойкую тенденцию к снижению и составил 8,2 в 2013 г. (рис. 2.6).

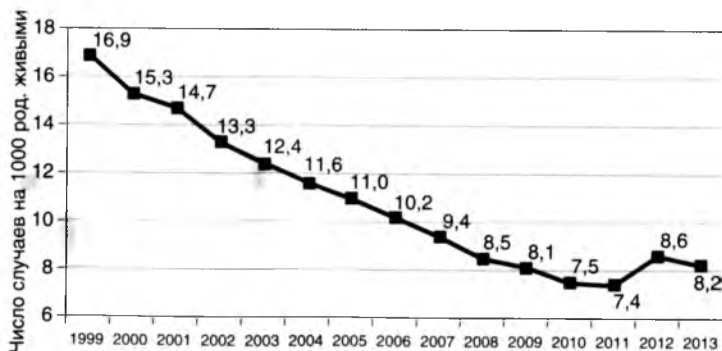


Рис. 2.6. Динамика показателя младенческой смертности в Российской Федерации (1999–2013)

В соответствии с рекомендациями ВОЗ при анализе здоровья детей выделяют *перинатальный период*. Он, в свою очередь, включает в себя три периода:

- антенатальный (с 22-й недели беременности до родов);
- интранатальный (период родов);
- ранний неонатальный (первые 168 ч жизни ребенка).

Смертность детей в перинатальном периоде характеризуется *коэффициентом перинатальной смертности*, который рассчитывается как отношение суммы числа родившихся мертвыми и числа умерших в первые 168 ч жизни к числу родившихся живыми и мертвыми:

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

Этот показатель за последние годы также имел тенденцию к снижению и составил в 2013 г. 9,6%. Анализ перинатальной смертности позволяет оценить преемственность в работе акушерской и педиатрической служб.

Смертность в антенатальном и интранатальном периодах в сумме дают *мертворождаемость*, коэффициент которой рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{Коэффициент мертворождаемости} = \frac{\text{Число родившихся мертвыми}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000.$$

Основные причины мертворождаемости в РФ: осложнения со стороны плаценты и пуповины, осложнения беременности и родов у матери, инфекции, врожденные аномалии развития плода, а также состояние матери, не связанные с настоящей беременностью.

Для регистрации смерти в перинатальном периоде заполняется «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (ф. 106-2/у-08).

Помимо показателей смертности, в оценке здоровья населения, проживающего на административных территориях, используются *показатели летальности от отдельных заболеваний*, которые рассчитываются иначе. Так, если для расчета коэффициента смертности в качестве среды берут население, то при расчете показателя летальности такой средой служат больные. Например, летальность от острого инфаркта миокарда рассчитывается по следующей формуле и выражается в процентах (%):

$$\text{Летальность от острого инфаркта миокарда} = \frac{\text{Число умерших от острого инфаркта миокарда}}{\text{Число заболевших острым инфарктом миокарда}} \times 100.$$

Для анализа качества лечения больных, находящихся в больничных учреждениях, используют другой, отличный от предыдущих показателей смертности и летальности, — *показатель летальности в стационаре*. Этот показатель рассчитывают по следующей формуле и выражают в процентах (%):

$$\text{Летальность в стационаре} = \frac{\text{Число умерших в стационаре}}{\text{Число выживших (выписанных + умерших) из стационара больных}} \times 100^*$$

*Примечание.* \* Показатель рассчитывают по отдельным нозологическим формам и возрастно-половым группам больных.

Показатель летальности в стационаре позволяет комплексно оценить уровень организации лечебно-диагностической помощи в стационаре, использование современных медицинских технологий, ответственность в работе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений.

Коэффициент естественного прироста населения служит наиболее общей характеристикой демографической ситуации и исчисляется как разность между показателями рождаемости и смертности по следующей формуле:

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

Отрицательный естественный прирост свидетельствует о явном неблагополучии в обществе, и его принято называть *противоестественной убылью населения*. Такая демографическая ситуация обычно характерна для периода войн, экономических кризисов и других потрясений. Отрицательный естественный прирост (противоестественная убыль) ведет к сокращению численности постоянного населения страны и другим неблагоприятным демографическим явлениям.

За всю историю России (не считая периода войн) в 1992 г. в стране был отмечен отрицательный естественный прирост (противоестественная убыль) населения, который сохранялся до 2012 г. Переломным моментом стал 2013 г., когда впервые за последние 20 лет естественный прирост населения стал положительным и составил 0,2‰ (см. рис. 2.3).

Важнейшая задача общества — создать необходимые социально-экономические условия для воспроизводства населения, превышения уровня рождаемости над смертностью.

Одним из показателей, используемых для комплексной оценки общественного здоровья, является *ожидаемая продолжительность жизни при рождении*. Под этим показателем следует понимать 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 исчисляемом году. Этот показатель характеризует жизнеспособность населения в целом, он не зависит от особенностей возрастной структуры населения и пригоден для анализа и сравнения данных по разным административным территориям и странам в динамике. Его нельзя путать со средним возрастом умерших или средним возрастом населения.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении рассчитывается на основании имеющихся повозрастных показателей смертности путем построения специальных *таблиц смертности (дожития)* для реального или гипотетического поколения. В 2013 г. этот показатель в РФ для мужчин составил 65,1 года, для женщин — 76,3.

Таким образом, для демографической ситуации в России конца прошлого — начала нынешнего века характерны депопуляционные процессы. Причем наблюдается депопуляция основного этноса страны — русских, а это не только этническая, но и общегосударственная политическая, социальная и экономическая проблема.

С учетом этого Указом Президента РФ №1351 от 9 октября 2007 г. утверждена «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», которая направлена на увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, рост рождаемости, регулирование внутренней и внешней миграции, сохранение и укрепление здоровья населения и улучшение на этой основе демографической ситуации в стране.

## 2.6. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

Заболеваемость населения является важнейшей составляющей комплексной оценки здоровья населения. Учет заболеваемости ведется практически всеми медицинскими учреждениями. Анализ заболеваемости необходим для выработки управленческих решений как на федеральном, так на региональном и муниципальном уровнях управления системой здравоохранения. Только на его основе возможно правильное планирование и прогнозирование развития сети учреждений здравоохранения, оценка потребности в различных видах ресурсов. Показатели заболеваемости служат одним из критериев оценки качества работы медицинских учреждений, системы здравоохранения в целом.



Основными источниками получения информации о заболеваемости населения являются следующие:

- регистрация случаев заболеваний при обращении населения за медицинской помощью в организации здравоохранения;
- регистрация случаев заболеваний при проведении медицинских осмотров;
- регистрация случаев заболеваний и причин смерти по данным патологоанатомических и судебно-медицинских исследований.

Учет заболеваемости по данным обращаемости населения за медицинской помощью в организации здравоохранения ведется на основании разработки «Талона амбулаторного пациента» (ф. 025-6(7)/у-89; 025-10/у-97; 025-11/у-02; 025-1/у) или «Единого талона амбулаторного пациента» (ф. 025-8/у-95). Талоны заполняются 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 заполняются 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 на основании данных «Талона амбулаторного пациента».

Однако данные заболеваемости населения (по обращаемости) за медицинской помощью не всегда носят объективный характер. Поэтому для более полной оценки общественного здоровья показатели заболеваемости по данным обращаемости необходимо уточнять и дополнять. Для этого используют данные о заболеваемости населения, полученные в результате проводимых медицинских осмотров.

Результаты медицинских осмотров фиксируют в «Карте подлежащего периодическому осмотру» (ф. 046/у) — для лиц, проходящих обязательные периодические осмотры, в «Медицинской карте амбулаторного больного» (ф. 025/у-87, 025/у), в «Истории развития ребенка» (ф. 112/у), «Медицинской карте ребенка» (ф. 026/у), «Медицинской карте студента вуза, учащегося среднего специального учебного заведения» (ф. 025-3/у).

В зависимости от поставленных задач и используемых организационных технологий медицинские осмотры подразделяют на:

- предварительные медицинские осмотры;
- периодические медицинские осмотры;
- целевые медицинские осмотры.

*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.

Цель *периодических медицинских осмотров* заключается в динамическом наблюдении за состоянием здоровья работающих в условиях воздействия профессиональных вредностей, своевременном установлении начальных признаков профессиональных заболеваний, выявлении общих заболеваний, препятствующих продолжению работы с вредными опасными веществами и производственными факторами.

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

Наиболее эффективен массовый медицинский осмотр, проводимый бригадой специалистов. Однако такие осмотры связаны с необходимостью привлечения значительных кадровых, финансовых, материальных ресурсов.

Поэтому стремление охватить медицинскими 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*. Понятие «скрининг» берет начало от английского слова *screening*, что в переводе означает просеивание, отсев, отбор.

*Скрининг* — массовое обследование населения и выявление лиц с заболеваниями или с начальными признаками заболеваний. Основная цель скрининга — провести первичный отбор лиц, требующих углубленного обследования, консультации узких специалистов, формирования групп повышенного риска заболевания тем или иным видом патологии. Как правило, целевые (скрининговые) медицинские осмотры проводят в несколько этапов.

В результате проводимых медицинских осмотров рассчитывают *показатель патологической пораженности*:

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

При хорошо спланированных и проведенных медицинских осмотрах дополнительно выявляют 2000–2500 случаев заболеваний (на 1000 населения), которые не служили причиной обращения пациентов в медицинские учреждения. Эти дополнительно выявленные на медицинских осмотрах заболевания учитывают для расчета *показателя исчерпанной заболеваемости населения*. Кроме того, для получения полной и объективной картины заболеваемости населения должны регистрироваться и случаи заболеваний, которые привели к гибели больного, но не стали причиной его обращения в лечебно-диагностические учреждения при жизни. Эти случаи регистрируют при патологоанатомических и судебно-медицинских исследованиях.

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

При изучении *общей заболеваемости* учитывают все случаи заболеваний, зарегистрированные со знаком (+) и знаком (–). Со знаком (+) регистрируют все заболевания, отнесенные к первичной заболеваемости. Со знаком (–) регистрируют первые в данном году обращения по поводу хронического заболевания, выявленного в предыдущие годы.

Среди показателей для работающего населения выделяют *заболеваемость профессиональными болезнями и заболеваемость с временной утратой трудоспособности*, которые занимают особое место в статистике заболеваемости в силу большой социально-экономической значимости.

Основным нормативным документом, который используется во всех странах мира для изучения заболеваемости и причин смертности, служит МКБ. МКБ — это система группировки болезней и патологических состояний, которая пересматривается и утверждается ВОЗ примерно каждые 10 лет. В настоящее время у нас в стране, как и во всем мире, действует Международная классификация десятого пересмотра — МКБ-10 (табл. 2.3).

Таблица 2.3. Классы болезней (Международная классификация болезней десятого пересмотра)

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 классифицированные 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

С учетом источников и методов получения данных в статистике заболеваемости рассчитывают следующие основные показатели:

- первичная заболеваемость;
- общая заболеваемость (распространенность, болезненность);
- исчерпанная (истинная) заболеваемость.

**Первичная заболеваемость** — это 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:

$$\text{Первичная заболеваемость} = \frac{\text{Число впервые в жизни зарегистрированных случаев заболеваний}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

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

**Общая заболеваемость (распространенность, болезненность)** — это 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 по обращаемости рассчитывается по следующей формуле:

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

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

Информация об обращаемости населения за медицинской помощью, сведения, полученные в результате медицинских осмотров, разработка данных о причинах смерти характеризуют лишь различные стороны многопланового показателя заболеваемости и взятые в отдельности не дают возможности для его комплексной оценки. Поэтому наиболее полной характеристикой заболеваемости населения следует считать показатель **исчерпанной (истинной) заболеваемости**, который включает в себя: заболевания, зарегистрированные при обращении населения за медицинской помощью в организации здравоохранения; заболевания, выявленные дополнительно при медицинских осмотрах; данные о причинах смерти, которые при жизни больного не были зарегистрированы в организациях здравоохранения. Рассчитывают этот показатель по следующей формуле:

$$\text{Исчерпанная (истинная) заболеваемость} = \frac{\begin{array}{l} \text{Число всех заболеваний, выявленных в данном году (по обращаемости)} \\ \text{+} \\ \text{Число заболеваний, выявленных дополнительно на медицинских осмотрах}^1 \\ \text{+} \\ \text{Число заболеваний, вызвавших смерть больного}^1 \end{array}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

На рис. 2.7 этот показатель представлен в виде «айсберга», где надводная часть — заболевания, по поводу которых население обращается в лечебно-профилактические учреждения, а подводная — те случаи заболеваний, которые выявляют только при проведении медицинских осмотров или после смерти больного. С учетом того, что при медицинских осмотрах выявляют значительное число хронических заболеваний (45% от «исчерпанной» заболеваемости населения), необходимо особое внимание обращать на тщательную организацию и проведение медицинских осмотров. По результатам специально проведенного исследования жителей Новгородской области этот показатель составил 3812,0‰.



Рис. 2.7. «Исчерпанная» (истинная) заболеваемость населения Новгородской области (число случаев заболеваний на 1000 жителей) по результатам специально проводимых исследований

<sup>1</sup> Учитываются заболевания, по поводу которых не было зарегистрировано обращений в организации здравоохранения.

Аналогично эти показатели можно рассчитать для отдельных классов болезней и нозологических форм. Тогда в числитель берут не общее число всех заболеваний, а лишь число случаев по данному классу болезней или нозологической форме. Например, показатель общей заболеваемости населения болезнями системы кровообращения можно рассчитать по следующей формуле:

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

Для анализа заболеваемости важно знать не только уровень показателя, но и его структуру по отдельным болезням и возрастно-половым группам.

Структура общей заболеваемости взрослого населения представлена на рис. 2.8.

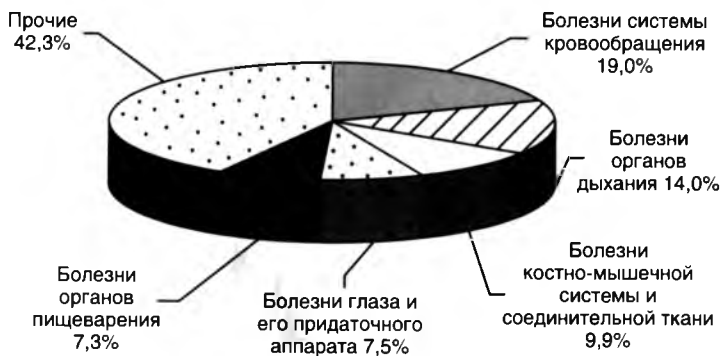


Рис. 2.8. Структура общей заболеваемости взрослого населения Российской Федерации (2013)

На первом месте в структуре показателя общей заболеваемости взрослого населения находятся болезни системы кровообращения (19,0%); на втором — болезни органов дыхания (14,0%), на третьем — болезни костно-мышечной системы (9,9%).

Структура общей заболеваемости детского населения отличается от таковой у взрослого (рис. 2.9). На первом месте в структуре показателя общей заболеваемости детского населения находятся болезни органов дыхания (53,0%), на втором — болезни органов пищеварения (6,1%), на третьем — болезни глаза и его придаточного аппарата (5,1%).

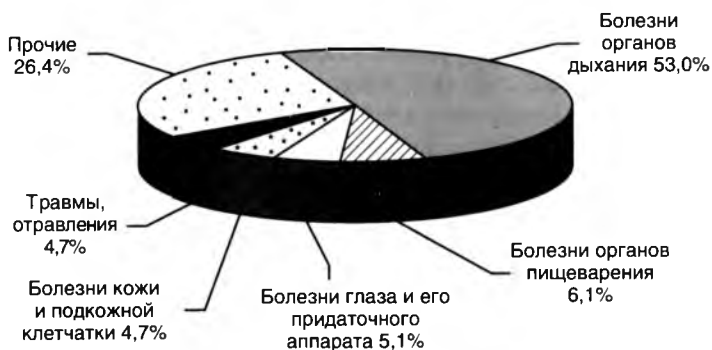


Рис. 2.9. Структура общей заболеваемости детского населения Российской Федерации (2013)

## 2.7. ИНВАЛИДНОСТЬ

Не все заболевания можно вылечить, поэтому в отдельных случаях болезнь приводит человека к инвалидности. Показатели инвалидности являются важным медико-социальным индикатором общественного здоровья, характеризуют экологическое состояние территории, качество проводимых профилактических мероприятий, уровень социально-экономического развития общества.

По оценкам экспертов ВОЗ, инвалиды составляют около 10% населения земного шара, из них — более 100 млн детей. В РФ на учете в органах социальной защиты населения состоят свыше 10 млн инвалидов. Ежегодно впервые признаются инвалидами свыше 1 млн человек.

Слово *инвалид* происходит от латинского *invalidus* — слабый, немощный. *Инвалидом* 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.

Признание человека инвалидом возможно только при проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ), которую осуществляют федеральные государственные учреждения — бюро МСЭ. В зависимости от степени нарушения функций организма и жизнедеятельности устанавливают три *группы инвалидности*.

- *1 группа инвалидности*: стойкие и значительно выраженные нарушения функций организма, обуславливающие необходи-



мость в постоянной посторонней помощи, уходе или надзоре. В некоторых случаях инвалиды I группы могут выполнять отдельные виды труда в специально созданных условиях.

- *II группа инвалидности*: стойкие выраженные функциональные нарушения, которые не вызывают необходимость в постоянной посторонней помощи. Больные полностью и длительно нетрудоспособны; в отдельных случаях больным разрешают труд в специально созданных условиях или на дому.
- *III группа инвалидности*: стойкие и незначительно выраженные расстройства функций организма, приводящие к снижению трудоспособности. Такие больные нуждаются в изменении условий труда.

В структуре инвалидности I группа составляет 16,5%; II группа — 40,1%; III группа — 43,4% случаев.

В зависимости от обстоятельств наступления инвалидности при проведении МСЭ определяют следующие причины инвалидности.

- *Инвалидность вследствие общего заболевания*. Общее заболевание является наиболее частой причиной инвалидности, за исключением случаев, непосредственно связанных с профессиональными заболеваниями, трудовым увечьем, военной травмой и т.д.
- *Инвалидность в связи с «трудовым увечьем»*. «Трудовое увечье» как причину инвалидности устанавливают гражданам, инвалидность которых наступила вследствие повреждения здоровья из-за несчастного случая на производстве.
- *Инвалидность вследствие профессионального заболевания* устанавливают гражданам, инвалидность которых наступила вследствие острых и хронических профессиональных заболеваний.
- *Инвалидность с детства*. Лицо в возрасте до 18 лет, признанное инвалидом, получает статус «ребенок-инвалид». При достижении возраста 18 лет и старше этим лицам устанавливают «инвалидность с детства».
- *Инвалидность у бывших военнослужащих*. Устанавливают при заболеваниях и травмах, связанных с выполнением военных обязанностей.
- *Инвалидность вследствие радиационных катастроф*. Устанавливают гражданам, инвалидность которых наступила вследствие ликвидации аварии на объектах с радиоактивной опасностью (Чернобыльская АЭС, ПО «Маяк» и др.).

В целях динамического наблюдения за состоянием здоровья и прогноза развития компенсаторных и адаптационных возможностей

инвалидов проводят их систематическое переосвидетельствование. Переосвидетельствование инвалиды II и III групп проходят ежегодно, инвалиды I группы — один раз в два года. Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливают мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет, инвалидам со стойкими необратимыми морфологическими изменениями и нарушениями функций и систем организма, а также при неэффективности проводимых реабилитационных мероприятий в течение, как минимум, 5 лет.

При наличии показаний к направлению больного на МСЭ лечебно-профилактические учреждения оформляют «Направление на МСЭ» (ф. 088/у-97).

Для анализа инвалидности рассчитывают следующие *основные показатели*:

- первичная инвалидность;
- структура первичной инвалидности по заболеваниям.

Уровень инвалидизации населения оценивают с помощью *показателя первичной инвалидности*, который рассчитывают по следующей формуле:

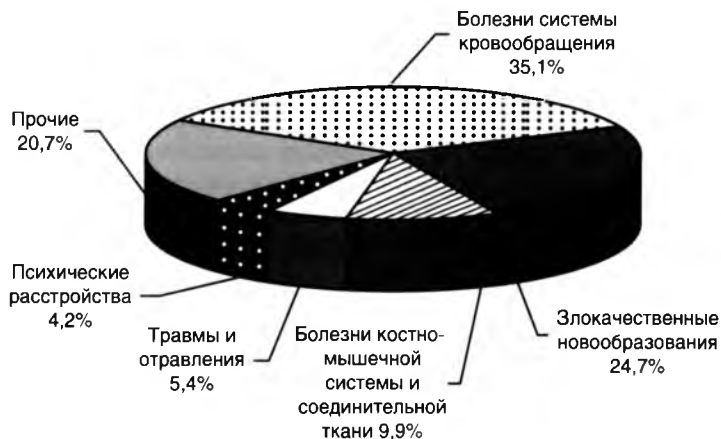
$$\text{Первичная инвалидность} = \frac{\text{Общее число лиц (лиц трудоспособного возраста) за год, впервые признанных инвалидами}}{\text{Общая численность лиц (лиц трудоспособного возраста) административной территории}} \times 10\,000.$$

В 2013 г. в РФ этот показатель составил 64,8 на 10 тыс. населения.

Для анализа инвалидности по причинам заболевания рассчитывают *показатель структуры первичной инвалидности по заболеваниям*:

$$\text{Структура первичной инвалидности по заболеваниям} = \frac{\text{Число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами по данному заболеванию в отчетном году}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных инвалидами}} \times 100.$$

В структуре первичной инвалидности взрослого населения первое место занимают болезни системы кровообращения, далее идут ЗН, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, травмы всех локализаций, психические расстройства, которые составляют около 80% в структуре всех причин первичной инвалидности населения (рис. 2.10).



**Рис. 2.10.** Структура причин первичной инвалидности взрослого населения Российской Федерации (2013)

## 2.8. ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Физическое здоровье является важным признаком, определяющим уровень здоровья населения. Показатели физического здоровья используют для выявления антропометрических маркеров риска ряда заболеваний, для 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 служат важными критериями в определении годности к воинской службе и роду войск, широко используются в судебно-медицинской практике.

Физическое здоровье изучают 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.

#### **Основные методы изучения физического здоровья человека:**

- антропоскопия (описание тела в целом и отдельных его частей);
- антропометрия (измерение размеров тела и отдельных его частей);
- антропозизиометрия (определение физиологического состояния, функциональных возможностей организма).

*Антропоскопию* проводят на основе анализа данных визуального осмотра человека. Оценивают тип телосложения, состояние опорно-двигательного аппарата, кожных покровов, степень развития мускулатуры, отложений жира, 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: волосистости на лобке и в подмышечной области, развитию молочных желез и времени появления менструаций у девочек.

*Антропометрию* проводят с помощью предназначенных для этого инструментов (антропометра, ростомера, сантиметровой ленты, различных циркулей и т.д.). 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 в положении 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 показатели, выведенные путем сопоставления различных антропометрических признаков. Этими коэффициентами пользуются для оценки физического здоровья индивидуумов, комплексной оценки здоровья населения, отбора в спортивные секции и др. К основным антропометрическим показателям относят следующие.

*Индекс Кетеля* — индекс массы тела (ИМТ):

$$ИМТ = \frac{m}{l_0^2},$$

где  $m$  — масса тела (кг),  $l_0$  — рост в положении стоя (м).

Указанный показатель вычисляют при росте наблюдаемого не ниже 150 см и характеризует степень упитанности (табл. 2.4).

**Таблица 2.4.** Схема оценки уровней индекса массы тела

Значение ИМТ	Оценочный уровень
ИМТ < 18,5	Низкая масса тела
18,5 ≤ ИМТ < 25	Нормальная масса тела
25 ≤ ИМТ < 30	Избыточная масса тела
30 ≤ ИМТ < 35	I степень ожирения
35 ≤ ИМТ < 40	II степень ожирения
ИМТ ≥ 40	III степень ожирения

*Показатель Эрисмана ( $P_{Эр}$ )* дает возможность оценить *пропорциональность развития грудной клетки* (табл. 2.5):

$$P_{Эр} = l_c - 0,5 \times l_p$$

где  $l_c$  — длина окружности грудной клетки в паузе (см),  $l_p$  — рост в положении стоя (см).

**Таблица 2.5.** Схема оценки уровней показателя Эрисмана

Испытуемые	Значение показателя	Оценочный уровень
Новорожденные	8–10 см	Хорошее развитие
Дети в возрасте 1 года	12–13 см	Хорошее развитие
Мужчины	≥ 6 см	Хорошее развитие
	< 6 см	Узкая грудная клетка
Женщины	≥ 3,5 см	Хорошее развитие
	< 3,5 см	Узкая грудная клетка

*Коэффициент состояния осанки  $K_{co}$*  дает возможность оценить состояние позвоночника (табл. 2.6):

$$K_{co} = \frac{\text{ширина плеч (см)}}{\text{длина дуги спины (см)}} \times 100\%$$

**Таблица 2.6.** Схема оценки уровней коэффициента состояния осанки

Значение $K_{co}$	Оценочный уровень
85 ≤ $K_{co}$ < 100	Сутулость
100 < $K_{co}$ < 110	Нормальная осанка
$K_{co}$ < 85 или $K_{co}$ ≥ 110	Признаки сколиоза

*Антропoфизиoметрию* проводят с использованием специальных антропoфизиoметрических методов исследования и приборов (динамометров, угломеров, велоэргометров, спирографов и др.), оценивая, например, силу кисти и становую силу, жизненную емкость легких (ЖЕЛ), физическую работоспособность человека и др.

При измерении параметров физического здоровья для получения точных результатов необходимо соблюдать ряд стандартных условий, а именно: измерения должны проводиться в утреннее время, при оптимальном освещении, наличии исправного инструментария, с использованием унифицированных методик и техники измерения.

К основным антропoфизиoметрическим показателям относят следующие.

*Коэффициент становой динамометрии* ( $K_{cd}$ ) помогает оценить зависимость между массой тела и мышечной силой (табл. 2.7):

$$K_{cd} = \frac{P_s}{m} \times 100\%,$$

где  $P_s$  — становая динамометрия (кг),  $m$  — масса тела (кг).

Таблица 2.7. Схема оценки коэффициента становой динамометрии

Значение $K_{cd}$ (%)	Оценочный уровень
$K_{cd} < 175$	Малая сила
$175 \leq K_{cd} < 190$	Сила ниже средней
$190 \leq K_{cd} < 210$	Средняя сила
$210 \leq K_{cd} < 225$	Сила выше средней
$K_{cd} \geq 225$	Большая сила

*Коэффициент силы кисти* ( $K_{ck}$ ) дает возможность оценить силу рук:

$$K_{ck} = \frac{P_n}{m} \times 100\%,$$

где  $P_n$  — показатель силы кисти (кг),  $m$  — масса тела (кг).

Этот показатель определяется отдельно для левой и правой кистей.

Таблица 2.8. Схема оценки коэффициента силы кисти

Испытуемые	Значение показателя (%)	Оценочный уровень
Мужчины	$K_{ck} < 70$	Малая сила
	$70 \leq K_{ck} < 75$	Средняя сила
	$K_{ck} \geq 75$	Большая сила
Женщины	$K_{ck} < 50$	Малая сила
	$50 \leq K_{ck} < 60$	Средняя сила
	$K_{ck} \geq 60$	Большая сила

ЖЕЛ дает возможность определить, насколько развита дыхательная функция грудной клетки.

При дыхании в покое объем вдыхаемого и выдыхаемого воздуха, в среднем, равен 0,5 л. Это так называемый дыхательный объем. После обычного выдоха в легких еще остается воздух, который при максимальном выдохе составляет 1,0–1,5 л. Этот объем воздуха называют резервным. Объем воздуха, который позволяют вдохнуть в легкие свыше дыхательного объема, называют дополнительным.

Суммарный объем воздуха (дыхательный + резервный + дополнительный) называют ЖЕЛ. Таким образом, ЖЕЛ — объем воздуха, выходящего из легких при максимально глубоком выдохе после максимально глубокого вдоха.

Индивидуальные значения ЖЕЛ зависят от пола, возраста, роста, окружности грудной клетки, степени физического развития, состояния экологии. У здоровых нетренированных мужчин значения ЖЕЛ колеблются в интервале 3200–5500 мл, у женщин — 2500–5000 мл. У спортсменов показатели ЖЕЛ существенно выше — 5000–6500 мл. С возрастом происходит ухудшение функций легких и, как следствие, снижение ЖЕЛ.

В качестве эталонного значения используют значение показателя должная ЖЕЛ (ДЖЕЛ), который вычисляют в зависимости от пола, массы и роста индивидуума. Обычно ДЖЕЛ находят по формулам отдельно для мужчин и женщин.

$$\begin{aligned} \text{Мужчины: ДЖЕЛ} &= 40 \times (\text{рост в см}) + 30 \times (\text{масса в кг}) - 4400; \\ \text{женщины: ДЖЕЛ} &= 40 \times (\text{рост в см}) + 10 \times (\text{масса в кг}) - 3800. \end{aligned}$$

Считается, что отклонение ЖЕЛ от ДЖЕЛ в пределах 15% — это норма; отклонение значения ЖЕЛ от ДЖЕЛ свыше 15% служит индикатором возможных заболеваний легких.

*Физическая работоспособность* — потенциальная возможность человека выполнить максимум физической работы без нарушения механизмов адаптации.

*Проба Руфье* используется для оценки работоспособности лиц старших возрастных групп (табл. 2.9). Метод основан на подсчете частоты пульса, зафиксированной на различных этапах восстановления после относительно небольших нагрузок. С этой целью используют 30 приседаний за 45 с. Пульс определяют после 5 мин отдыха в положении лежа за 15 с до нагрузки, в первые и последние 15 с восстановления (результат умножают на 4). Для оценки работоспособности по приведенной ниже формуле рассчитывают показатель Руфье ( $P_{\text{руф}}$ ):

$$P_{\text{руф}} = \frac{(P_1 + P_2 + P_3) - 200}{10},$$

где  $P_1$  — исходная частота пульса;  $P_2$  — частота пульса сразу после нагрузки;  $P_3$  — частота пульса в конце первой минуты восстановления.

Таблица 2.9. Схема оценки пробы Руфье

Значение показателя пробы Руфье	Уровень работоспособности
≤3	Высокий
4–6	Хороший
7–10	Посредственный
11–15	Удовлетворительный
≥16	Плохой

Оценка физического здоровья индивидуума или группы населения осуществляется путем сравнения их показателей с региональными стандартами и определения степени отклонений от средних величин. Для получения региональных стандартов физического здоровья проводят обследование больших групп практически здоровых людей различного возраста и пола. Следует помнить, что общепринятых стандартов физического здоровья не существует. Различные условия жизни в разных климато-географических зонах, в городах и сельской местности, а также этнические особенности во многом определяют различия в уровне физического здоровья населения.

Различные методические подходы к оценке морфологических и функциональных особенностей организма человека привели к созданию многочисленных классификаций конституциональных типов. В медицинской практике наибольшее распространение получила классификация, согласно которой выделяют три основных *типа телосложения*:

- нормостенический тип, характеризующийся пропорциональными размерами тела и гармоничным развитием костно-мышечной системы;



- астенический тип, который отличается стройным телом, слабым развитием мышечной системы, преобладанием продольных размеров тела и размеров грудной клетки над размерами живота, а длины конечностей — над длиной туловища;
- гиперстенический тип, отличающийся хорошей упитанностью, длинным туловищем и короткими конечностями, относительным преобладанием поперечных размеров тела и размеров живота над размерами грудной клетки.

Для оценки физического здоровья детей Р.Н. Дороховым и И.И. Бахрахом (1975) разработана классификация соматотипов, которая проводится по специальным центильным таблицам. Принадлежность ребенка к одному из трех соматотипов (микросоматический, мезосоматический, макросоматический — рис. 2.11) рассчитывают, исходя из суммы номеров процентильных интервалов, полученных для роста, массы тела, длины окружности грудной клетки.



Рис. 2.11. Соотношения соматических типов детей в Российской Федерации

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:

- улучшение питания детей (увеличение потребления животных белков и жиров, витаминов, концентратов для вскармливания грудных детей);
- более интенсивная инсоляция;

- урбанизация (ускорение темпов городской жизни возбуждает центральную нервную систему и активизирует ее гонадотропные функции);
- генетический эффект (постоянное смешивание населения, гетеролокальные браки и др.).

Несмотря на наличие различных гипотез, не вызывает сомнения тот факт, что на акселерацию влияет суммарное взаимодействие физико-химических, биологических и социальных факторов. Акселерация не может рассматриваться однозначно как положительный или отрицательный процесс. Она ставит много проблем перед современной медициной и обществом:

- более раннее биологическое созревание, которое наступает до социальной зрелости и гражданской дееспособности (более раннее начало половой жизни, рост количества «юных» матерей, аборт у несовершеннолетних и т.д.);
- необходимость установления новых норм трудовой, физической нагрузки, питания, нормативов детской одежды, обуви, мебели и др.;
- нарастающая вариабельность всех признаков возрастного развития, полового созревания, необходимость установления новых границ между нормой и патологией.

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.

## 2.9. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ

В последние годы для оценки уровня социально-экономического благополучия в обществе все чаще стали использовать понятие *качество жизни* как интегральную оценку индивидуумом своего положения в жизни общества, соотношения этого положения со своими целями и возможностями. Другими словами, качество жизни отражает уровень комфортности человека в обществе и базируется на следующих основных компонентах:

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

Применительно к медицине оценка «качество жизни» связана со здоровьем как интегральная характеристика физического, психологического и социального состояния человека, основанная на его субъективном восприятии действительности.

Исследования качества жизни, связанного со здоровьем, позволяют изучить влияние заболевания и результатов его лечения на показатели качества жизни больного в целом.

Самым эффективным методом оценки качества жизни служит социологический опрос населения путем получения стандартных ответов на стандартные вопросы. Для этого используют различные опросники (анкеты). Они могут быть общими, применяемыми для оценки качества жизни населения в целом, и специальными, используемыми для оценки качества жизни при конкретных заболеваниях. Причем, задача медицинской сестры (фельдшера, акушерки) — научиться под руководством врача правильной организации заполнения этих анкет пациентами и интерпретации полученных данных.

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, срабатывает так называемый синдром телохранителя. Во втором случае проявляется «синдром благодетеля», реальный уровень качества жизни у больного завышается. Поэтому в большинстве случаев только сам пациент может определить, что хорошо, а что плохо в оценке его состояния.

Распространенной ошибкой служит использование показателя качества жизни, связанного со здоровьем, в качестве критерия оценки 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 отражает не тяжесть течения процесса, а то, как пациент воспринимает свое заболевание.

Таким образом, исследование качества жизни, связанного со здоровьем, служит достаточно эффективным инструментом оценки состояния больного, планирования его лечения.

## ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы и тестовые задания.
3. Разобрать задачи-эталоны.
4. Решить задачи для самостоятельной работы.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Раскройте значение здоровья в общественном и экономическом развитии страны.
2. Назовите виды экономических потерь в связи с заболеваемостью.
3. Перечислите основные принципы охраны здоровья населения.
4. Дайте определение понятия «здоровье», сформулированного в Уставе ВОЗ.
5. Перечислите группы индикаторов, которые принято использовать для оценки здоровья населения в целом.
6. Назовите 5 групп здоровья, используемых для комплексной оценки здоровья отдельных пациентов.
7. Дайте определение понятия «фактор риска» заболевания.
8. Назовите классификацию факторов, определяющих состояние здоровья населения.
9. Дайте определение медицинской демографии.
10. Что является основой для изучения статистики населения?
11. Назовите типы возрастных структур населения.
12. Что такое динамика населения? Дайте характеристику механическому движению населения.
13. Дайте определение понятий «рождаемость» и «смертность».
14. Как проводится статистический учет случаев рождений и случаев смерти?
15. Назовите статистические показатели рождаемости. Какова динамика рождаемости в РФ?
16. Назовите статистические показатели смертности. Какова структура и динамика смертности в РФ?
17. Чем отличается показатель смертности от показателя летальности от отдельных заболеваний?
18. Дайте определение «материнской смертности» и назовите методику расчета показателя.

19. Назовите группы показателей, характеризующих детскую смертность.
20. Что такое «естественный прирост (противоестественная убыль)» населения, как он рассчитывается? Какая ситуация сложилась в РФ в конце XX — начале XXI вв. с естественным приростом населения?
21. Дайте определение показателя «ожидаемая продолжительность жизни при рождении».
22. Для каких целей используются данные о заболеваемости населения?
23. Дайте определение понятий «первичная заболеваемость»; «общая заболеваемость»; «патологическая пораженность»; «исчерпанная заболеваемость».
24. Назовите основные первичные учетные статистические документы, используемые при изучении заболеваемости.
25. Дайте определение видам медицинского осмотра.
26. Дайте определение понятия «скрининг». Какое значение имеет скрининг для изучения заболеваемости населения?
27. Какие существуют правила регистрации заболеваний?
28. Какой нормативный документ используется во всех странах мира для изучения заболеваемости и причин смертности, аналитической обработки данных, проведения международных сравнений? Какова его структура?
29. Дайте характеристику человека, принятого считать инвалидом.
30. Перечислите группы инвалидности и дайте им характеристики.
31. Назовите причины инвалидности в зависимости от обстоятельств наступления инвалидности.
32. Какие заболевания определяют структуру инвалидности?
33. Назовите основные статистические показатели, используемые для анализа инвалидности, и способы их расчета.
34. Каково значение показателей физического здоровья для оценки уровня здоровья населения?
35. Дайте определение понятия «гомеостаз».
36. Дайте определение понятия «физическая работоспособность». Назовите основные показатели, ее характеризующие.
37. Назовите три основных типа телосложения.
38. Дайте определение понятия «акселерация». Назовите ее причины.
39. Дайте определение понятиям «качество жизни» и «качество жизни, связанное со здоровьем». В чем их различие?

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите только один правильный ответ.

1. Назовите основные направления демографии:
  - 1) численность населения по различным возрастно-половым группам;
  - 2) статика и динамика населения;
  - 3) естественное и механическое движение населения;
  - 4) состав и миграция населения;
  - 5) маятниковая и внутренняя миграция.
2. Статика населения изучает:
  - 1) рождаемость, смертность и воспроизводство населения;
  - 2) плодовитость населения по полу, возрасту;
  - 3) численность и состав населения по социальным и биологическим признакам;
  - 4) миграцию в различных регионах страны;
  - 5) географические особенности рождаемости и состава населения.
3. Динамика населения изучает:
  - 1) механическое и естественное движение населения;
  - 2) механическое движение и смертность населения;
  - 3) воспроизводство населения;
  - 4) миграционные процессы и рождаемость населения;
  - 5) естественное движение и рождаемость населения.
4. Назовите показатели, характеризующие естественное движение населения:
  - 1) естественный прирост; ожидаемая продолжительность жизни при рождении; заболеваемость; смертность;
  - 2) рождаемость; смертность; естественный прирост населения; ожидаемая продолжительность жизни при рождении;
  - 3) рождаемость; брачность; разводимость; младенческая смертность; первичная заболеваемость;
  - 4) рождаемость; смертность; первичная заболеваемость; общая заболеваемость;
  - 5) брачная плодовитость; общая смертность; рождаемость; патологическая пораженность.
5. Назовите данные, необходимые для вычисления общего коэффициента рождаемости:
  - 1) число родившихся живыми и мертвыми в данном году; число родившихся живыми в данном году;
  - 2) число родившихся живыми в данном году; число родившихся живыми в предыдущем году;
  - 3) число родившихся живыми в данном году; среднегодовая численность населения;

- 4) число родившихся живыми и мертвыми в данном году; среднегодовая численность населения;
- 5) среднегодовая численность населения в данном году; среднегодовая численность населения в предыдущем году.
6. Назовите первичный статистический документ, регистрирующий случай рождения и используемый для изучения рождаемости:
  - 1) История родов (ф. 096/у);
  - 2) Статистическая карта выбывшего из стационара (ф. 066/у-02);
  - 3) Медицинское свидетельство о рождении (ф. 103/у-08);
  - 4) История развития новорожденного (ф. 097/у);
  - 5) Индивидуальная карта беременной и родильницы (ф. 111/у).
7. Назовите данные, необходимые для вычисления общего коэффициента смертности:
  - 1) среднегодовая численность населения в данном году; среднегодовая численность населения в предыдущем году;
  - 2)  $\frac{2}{3}$  умерших в данном году +  $\frac{1}{3}$  умерших в предыдущем году; среднегодовая численность населения;
  - 3) число умерших за год; число родившихся живыми в данном году;
  - 4) число умерших в данном году; среднегодовая численность населения;
  - 5) число умерших в данном году; число родившихся живыми и мертвыми в данном году; численность населения в определенном возрасте.
8. Для расчета структуры причин смертности необходимо знать:
  - 1) число умерших от всех причин; общее число родившихся и умерших за год;
  - 2) общее число умерших в данном году; среднегодовую численность населения;
  - 3) число умерших от определенной причины за год; среднегодовую численность населения;
  - 4) число умерших от отдельной причины за год; число родившихся живыми в данном году;
  - 5) число умерших от отдельной причины за год; общее число умерших от всех причин за год.
9. Назовите причины смерти, занимающие первые три ранговых места в структуре смертности населения РФ:
  - 1) болезни системы кровообращения, новообразования, травмы и отравления;
  - 2) болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, травмы и отравления;
  - 3) инфекционные и паразитарные болезни, новообразования, травмы и отравления;

- 4) болезни органов дыхания, болезни эндокринной системы, травмы и отравления;
- 5) болезни органов пищеварения, болезни системы кровообращения, болезни крови.

10. Назовите данные, необходимые для вычисления коэффициента младенческой смертности:

- 1) число детей, умерших в течение года на 1-м месяце жизни; число родившихся живыми в данном календарном году;
- 2) число детей, умерших в течение года на 1-й неделе жизни; число родившихся живыми в данном календарном году;
- 3) число детей, умерших в течение года на 1-м году жизни; число родившихся живыми в данном календарном году;
- 4) число родившихся мертвыми в данном календарном году; число родившихся живыми и умершими в первые 6 сут жизни; среднегодовая численность населения;
- 5) число умерших в течение года на 1-м году жизни; среднегодовая численность населения.

11. Назовите первичный статистический документ, регистрирующий случай смерти и используемый для изучения смертности населения:

- 1) Статистический талон регистрации случая смерти (ф. 213/у);
- 2) Протокол (карта) патологоанатомического исследования (ф. 013/у);
- 3) Статистическая карта выбывшего из стационара (ф. 066/у-02);
- 4) Сведения о лечебно-профилактическом учреждении (ф. 30);
- 5) Медицинское свидетельство о смерти (ф. 106/у-08).

12. Назовите данные, необходимые для вычисления коэффициента перинатальной смертности:

- 1) число родившихся мертвыми; число умерших в первые 168 ч жизни; число родившихся живыми и мертвыми;
- 2) число родившихся живыми; число умерших на 1-м месяце жизни; число родившихся мертвыми;
- 3) число умерших на 1-й неделе жизни; общее число родившихся живыми и мертвыми в данном году;
- 4) число родившихся живыми; число родившихся мертвыми; среднегодовая численность населения;
- 5) число умерших до родов, в родах и в первые 168 ч жизни; число родившихся живыми и мертвыми в данном году; число родившихся живыми в предыдущем году.

13. Для определения общего коэффициента естественного прироста населения необходимо знать:

- 1) общий коэффициент рождаемости и общий коэффициент плодovitости;
- 2) общий коэффициент смертности и коэффициент мертворождаемости;



- 3) общий коэффициент рождаемости и общий коэффициент смертности;
- 4) общий коэффициент рождаемости и коэффициент материнской смертности;
- 5) общий коэффициент смертности и общий коэффициент плодовитости.

14. Назовите данные, необходимые для вычисления специального коэффициента рождаемости (плодовитости):

- 1) общее число родившихся за год живыми; среднегодовая численность женщин репродуктивного возраста (15–49 лет);
- 2) общее число родившихся за год живыми у женщин в репродуктивном возрасте (15–49 лет); среднегодовая численность населения;
- 3) общая численность женщин в репродуктивном возрасте (15–49 лет); среднегодовая численность населения;
- 4) общее число родившихся живыми и мертвыми в данном году; среднегодовая численность населения в возрасте 15–49 лет;
- 5) общее число родившихся живыми в данном году; число родившихся живыми в предыдущем году.

15. Назовите основные источники получения информации о заболеваемости населения:

- 1) регистрация данных по контрольным картам диспансерного наблюдения; регистрация случаев заболевания при проведении медицинских осмотров; регистрация случаев заболеваний и причин смерти по данным патологоанатомических и судебно-медицинских исследований;
- 2) регистрация случаев заболевания при обращении в организации здравоохранения; регистрация случаев заболевания при проведении медицинских осмотров; регистрация случаев заболевания по листкам нетрудоспособности;
- 3) регистрация случаев заболевания при обращении в организации здравоохранения; регистрация случаев заболевания при проведении медицинских осмотров; регистрация случаев заболеваний и причин смерти по данным патологоанатомических и судебно-медицинских исследований;
- 4) регистрация данных переписи населения; регистрация талонов на прием к врачу; регистрация данных по историям болезни;
- 5) регистрация случаев заболевания при обращении в организации здравоохранения; регистрация данных по контрольным картам диспансерного наблюдения; регистрация случаев заболевания при проведении медицинских осмотров.

16. К показателям заболеваемости относятся все перечисленные, кроме:

- 1) общей смертности;
- 2) общей заболеваемости;
- 3) патологической пораженности;
- 4) первичной заболеваемости;
- 5) заболеваемости по причинам смерти.

17. Назовите данные, необходимые для вычисления первичной заболеваемости:

- 1) число впервые в жизни зарегистрированных случаев заболеваний; среднегодовая численность населения;
- 2) число впервые в жизни зарегистрированных случаев заболеваний; число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году;
- 3) число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах; среднегодовая численность населения;
- 4) число впервые в жизни зарегистрированных случаев заболеваний; общее число зарегистрированных в данном году заболеваний;
- 5) общее число зарегистрированных в данном году заболеваний; среднегодовая численность населения.

18. Назовите данные, необходимые для вычисления общей заболеваемости:

- 1) число всех заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году; среднегодовая численность населения;
- 2) число всех заболеваний, зарегистрированных при медосмотрах; число прошедших медосмотр;
- 3) число всех заболеваний, зарегистрированных в данном году; среднегодовая численность населения;
- 4) общее число заболеваний, зарегистрированных в данном году; общее число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году;
- 5) число всех заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году; среднегодовая численность населения.

19. Назовите первичный статистический документ, который используется для изучения заболеваемости по обращаемости в АПУ:

- 1) Талон амбулаторного пациента (ф. 025-1/у);
- 2) Дневник работы врача общей практики (семейного врача) (ф. 039/у-ВОП);
- 3) Медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у);
- 4) Талон на прием к врачу (ф. 024-4/у-88);
- 5) Медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у).

20. Назовите данные, необходимые для вычисления патологической пораженности:

- 1) число всех зарегистрированных заболеваний; число обратившихся за медицинской помощью;
- 2) число заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году; среднегодовая численность населения;
- 3) число заболеваний, выявленных на медицинском осмотре; число осмотренных;
- 4) число заболеваний, выявленных на медицинском осмотре; среднегодовая численность населения;
- 5) число всех заболеваний, выявленных на медицинском осмотре; общее число зарегистрированных заболеваний среди населения.

21. Для расчета структуры заболеваемости необходимо знать:

- 1) число случаев определенного заболевания; среднегодовую численность населения;
- 2) число всех зарегистрированных в данном году заболеваний; среднегодовую численность населения;
- 3) число случаев определенного заболевания; общее число случаев всех заболеваний;
- 4) общее число случаев всех заболеваний, зарегистрированных в данном году; общее число случаев заболеваний, зарегистрированных в предыдущие годы;
- 5) число заболеваний, выявленных при медосмотрах в данном году; общее число всех обращений по поводу заболеваний в данном году.

22. Назовите нормативный документ, использование которого является обязательным при статистической разработке заболеваемости и причин смертности:

- 1) Единая статистическая классификация болезней и случаев смерти;
- 2) Международная номенклатура заболеваний;
- 3) Международная классификация заболеваний и травм;
- 4) Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;
- 5) Статистическая классификация и номенклатура болезней и причин смерти.

23. Назовите виды медицинского осмотра:

- 1) организованный; целевой; плановый; периодический;
- 2) организованный; периодический; плановый;
- 3) целевой; плановый; организованный;
- 4) предварительный; периодический; целевой;
- 5) предварительный; плановый; внеплановый.

24. Назовите данные, необходимые для вычисления показателя первичной инвалидности:

- 1) общее число лиц (лиц трудоспособного возраста) за год, впервые признанных инвалидами в данном году; общее число инвалидов на данной территории;
- 2) общее число лиц (лиц трудоспособного возраста), впервые признанных инвалидами от всех причин; общее число лиц (лиц трудоспособного возраста), впервые признанных инвалидами от каждой причины;
- 3) общее число лиц (лиц трудоспособного возраста) за год; общее число работающих инвалидов на административной территории;
- 4) общее число лиц (лиц трудоспособного возраста) за год, впервые признанных инвалидами от данного заболевания; общее число больных данным заболеванием на административной территории;
- 5) общее число лиц (лиц трудоспособного возраста) за год, впервые признанных инвалидами в данном году; общее число лиц (лиц трудоспособного возраста) на административной территории.

25. Назовите заболевания, занимающие первые три ранговых места в структуре инвалидности:

- 1) болезни системы кровообращения, травмы всех локализаций, психические расстройства;
- 2) болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения, травмы всех локализаций;
- 3) травмы всех локализаций, ЗН, болезни органов дыхания;
- 4) болезни системы кровообращения, ЗН, болезни костно-мышечной системы;
- 5) болезни системы кровообращения, травмы всех локализаций, ЗН.

26. Назовите первичный статистический документ, который используется для изучения первичной инвалидности:

- 1) Талон амбулаторного пациента;
- 2) Единый талон инвалида;
- 3) Экстренное извещение об инвалидности;
- 4) Карта направления больного на МСЭ;
- 5) Направление на МСЭ.

27. Дайте правильное определение физического здоровья индивидуума:

- 1) комплекс изменяющихся индивидуальных особенностей размеров частей тела, массы, силы, уровня работоспособности и других физических характеристик человека в отдельных возрастных периодах жизни индивида;

- 2) постоянно происходящие в организме биологические процессы, фенотипическим проявлением которых (в отдельных возрастных периодах) являются особенности размеров частей тела, массы, силы, уровня работоспособности и других физических параметров человека;
- 3) комплекс непрерывно происходящих в организме биологических процессов и меняющихся особенностей размеров частей тела, массы, силы, уровня работоспособности и других физических параметров человека;
- 4) интегральный показатель жизнедеятельности индивидуума, характеризующийся таким уровнем адаптационных возможностей организма, при которых обеспечивается сохранение основных параметров его гомеостаза в условиях воздействия факторов окружающей среды;
- 5) комплекс непрерывно меняющихся физико-биологических процессов, проявлением которых являются индивидуальные антропометрические физические характеристики человека.

28. Назовите основные методы изучения физического здоровья человека:

- 1) визуальные, тестовые, инструментальные, антропометрические;
- 2) тестовые, антропометрические, антропофизиометрические;
- 3) антропометрические, антропофизиометрические;
- 4) антропометрические, визуальные, комплексные, тестовые;
- 5) комплексные, инструментальные, антропометрические.

29. Что лежит в основе антропометрии:

- 1) сравнение полученных показателей с региональными стандартами;
- 2) анализ данных инструментальных исследований;
- 3) оценка физических возможностей человека;
- 4) анализ химического состава крови человека;
- 5) анализ данных визуального осмотра человека?

30. Назовите основные антропометрические показатели:

- 1) окружность шеи; живота; талии; бедра и голени;
- 2) рост; масса; площадь поверхности; объем тела; длина окружности грудной клетки;
- 3) рост; длина окружности грудной клетки; масса подкожножирового слоя;
- 4) масса тела; размер плеча; рост сидя; длина рук;
- 5) окружность грудной клетки; длина рук; масса подкожножирового слоя.

31. Какие показатели индекса Кетеля (ИМТ) свидетельствуют о нормальной массе тела:

- 1)  $30 \leq \text{ИМТ} < 35$ ;
- 2)  $18,5 \leq \text{ИМТ} < 25$ ;
- 3)  $45 \leq \text{ИМТ} < 35$ ;
- 4)  $\text{ИМТ} \geq 40$ ;
- 5)  $20 \leq \text{ИМТ} < 25$ ?

32. Перечислите основные антропометрические показатели:

- 1) окружность шеи; ЖЕЛ; индекс Кетеля;
- 2) площадь поверхности; проба Руфье; показатель Эрисмана; коэффициент силы кисти; физическая работоспособность;
- 3) коэффициент массы подкожно-жирового слоя; коэффициент становой динамометрии; ЖЕЛ;
- 4) коэффициент массы тела; коэффициент силы кисти; ЖЕЛ; показатель Эрисмана;
- 5) коэффициент становой динамометрии; коэффициент силы кисти; ЖЕЛ; физическая работоспособность.

33. С помощью какого показателя можно оценить физическую работоспособность человека:

- 1) коэффициент становой динамометрии;
- 2) показатель Эрисмана;
- 3) индекс Кетеля;
- 4) проба Руфье;
- 5) коэффициент состояния осанки?

34. Дайте определение понятия «качество жизни, связанное со здоровьем»:

- 1) интегральная оценка индивидуумом своего положения в обществе;
- 2) интегральная характеристика физического, психологического и социального состояния больного, основанная на его субъективном восприятии действительности;
- 3) комплексная оценка состояния больного человека, основанная на анализе окружающей трудовой, природной и социальной среды, оказывающей непосредственное влияние на здоровье;
- 4) интегральный показатель жизнедеятельности индивидуума, характеризующийся таким уровнем адаптационных возможностей организма, при которых обеспечивается сохранение основных параметров его гомеостаза в условиях воздействия факторов окружающей среды;
- 5) комплекс непрерывно меняющихся социальных условий, способствующих сохранению здоровья человека.

35. Назовите основные компоненты качества жизни:

- 1) уровень образования; условия жизни; образ жизни; удовлетворенность условиями и образом жизни; социальные условия жизни;
- 2) образ жизни; уровень социальной обеспеченности;
- 3) условия жизни; образ жизни; удовлетворенность условиями и образом жизни;
- 4) условия жизни; уровень образования; уровень социальной обеспеченности;
- 5) уровень социальной обеспеченности; удовлетворенность условиями и образом жизни.

## **ЗАДАЧА-ЭТАЛОН<sup>1</sup> К РАЗДЕЛУ 2.5 «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕМОГРАФИИ»**

### **Исходные данные**

1. Среднегодовая численность населения некоего субъекта РФ составляет 660 000 человек, в том числе лиц в возрасте 50 лет и старше — 232 000, в возрасте от 0 до 14 лет — 88 000. Число женщин в возрасте 15–49 лет — 175 000.

2. В изучаемом году родилось живыми 6500, в предыдущем — 6300 детей. Умерло 14 300 жителей. Из числа всех умерших 9000 человек умерли от болезней системы кровообращения, из которых 4230 — от ишемической болезни сердца, 2520 — от цереброваскулярных болезней, 1500 — от гипертонической болезни и 750 — от других болезней системы кровообращения. За период беременности умерло 2 женщины, во время родов погибла 1 роженица и в течение 42 сут после прекращения беременности умерла 1 родильница.

В возрасте до 1 года умерло 75 детей. В этом же году родились мертвыми 42 новорожденных, в первые 168 ч жизни умерли 58 новорожденных.

3. В родильном доме №1 28 ноября 2015 г. в 15 ч 40 мин у Макаровой Натальи Борисовны, родившейся 19 ноября 1978 г., русской, состоящей в браке, имеющей среднее специальное образование, работающей бухгалтером в коммерческой организации, проживающей в г. Петрозаводск, улица Пролетарская, 79, квартира 40, родился при одноплодных родах второй ребенок мужского пола, массой тела 3800 г и длиной тела 56 см. Встала на диспансерный учет по поводу беременности в срок 10 нед. Медицинское свидетельство о рождении выдано старшей акушеркой отделения Сергеевой И.С. Руководитель медицинской организации врач Михайлова Н.П.

<sup>1</sup> Приведенные здесь и далее персонифицированные данные о больных вымышлены.

4. Иванов Леонид Васильевич родился 20 декабря 1944 г., умер 12 сентября 2015 г.. Место постоянного жительства — г. Тверь, ул. Мира, дом 107, квартира 105. Смерть последовала в стационаре городской больницы № 1 Твери. Национальность — русский, состоял в браке, имел среднее специальное образование, пенсионер. Врачом-патологоанатомом Крыловым Н.К. на основании вскрытия установлена следующая причина смерти.

Состояние, непосредственно приведшее к смерти, — сепсис.

Патологическое состояние, приведшее к указанной выше причине, — гангрена правой стопы.

Основная причина смерти — сахарный диабет, тип II — E11.5.

Прочие важные состояния, способствующие смерти, — ишемическая болезнь сердца; атеросклеротический кардиосклероз.

Медицинское свидетельство о смерти выдано 12 сентября 2015 г. городской больницей №1. Руководитель медицинской организации — Андреев С.П.

### Задание

На основе представленных исходных данных требуется выполнить следующие задачи.

1. Определить возрастную тип населения данного субъекта РФ.

2. Рассчитать статистические показатели естественного движения населения.

2.1. Общий коэффициент рождаемости.

2.2. Специальный коэффициент рождаемости (плодовитость).

2.3. Общий коэффициент смертности.

2.3.1. Доля умерших от болезней системы кровообращения.

2.3.2. Структура смертности от болезней системы кровообращения.

2.4. Коэффициент материнской смертности.

2.5. Коэффициент младенческой смертности.

2.6. Коэффициент перинатальной смертности.

2.7. Коэффициент мертворождаемости.

2.8. Общий коэффициент естественного прироста (противоестественной убыли) населения.

3. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

4. Заполнить «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. 103/у-08).

5. Заполнить окончательное «Медицинское свидетельство о смерти» (ф. 106/у-08).



**Решение**

1. Для определения возрастного типа развития населения данного субъекта РФ рассчитываем удельный вес лиц в возрастных группах: от 0 до 14 лет:

$$\frac{\text{Число лиц в возрасте 0–14 лет}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100 = \frac{88\,000 \times 100}{660\,000} = 13,3\%;$$

50 лет и старше:

$$\frac{\text{Число лиц в возрасте 50 лет и старше}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100 = \frac{232\,000 \times 100}{660\,000} = 35,2\%.$$

Так как доля лиц от 50 лет и старше (35,2%) превышает долю лиц в возрасте от 0 до 14 лет (13,3%), следовательно, тип развития населения данного субъекта РФ — регрессивный.

2. Для анализа показателей естественного движения в данном субъекте РФ рассчитываем следующие показатели.

2.1. *Общий коэффициент рождаемости:*

$$\begin{aligned} \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000 &= \frac{6500 \times 1000}{660\,000} = \\ &= 9,9 \text{ случаев на } 1000 \text{ населения } (\%). \end{aligned}$$

2.2. *Специальный коэффициент рождаемости (плодовитость):*

$$\begin{aligned} \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность женщин репродуктивного возраста}} \times 1000 &= \\ \text{(15–49 лет)} & \\ = \frac{6500 \times 1000}{175\,000} &= 37,0 \text{ случаев на } 1000 \text{ женщин в возрасте } 15\text{–}49 \text{ лет } (\%). \end{aligned}$$

2.3. *Общий коэффициент смертности:*

$$\begin{aligned} \frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000 &= \frac{14\,300 \times 1000}{660\,000} = \\ &= 21,7 \text{ случая на } 1000 \text{ населения } (\%). \end{aligned}$$

2.3.1. *Доля умерших от болезней системы кровообращения:*

$$\begin{aligned} \frac{\text{Число умерших от болезней системы кровообращения}}{\text{Общее число умерших}} \times 100 &= \\ &= \frac{9000 \times 100}{14\,300} = 62,9\%. \end{aligned}$$

2.3.2. Структура смертности от болезней системы кровообращения.  
Доля умерших от ишемической болезни сердца:

$$\frac{\text{Число умерших от ишемической болезни сердца}}{\text{Общее число умерших от болезней системы кровообращения}} \times 100 = \\ = \frac{4230 \times 100}{9000} = 47\%.$$

Доля умерших от цереброваскулярных болезней:

$$\frac{\text{Число умерших от цереброваскулярных болезней}}{\text{Общее число умерших от болезней системы кровообращения}} \times 100 = \\ = \frac{2520 \times 100}{9000} = 28\%.$$

Доля умерших от гипертонической болезни:

$$\frac{\text{Число умерших от гипертонической болезни}}{\text{Общее число умерших от болезней системы кровообращения}} \times 100 = \\ = \frac{1500 \times 100}{9000} = 16,7\%.$$

Доля умерших от других болезней системы кровообращения:

$$\frac{\text{Число умерших от прочих болезней системы кровообращения}}{\text{Общее число умерших от болезней системы кровообращения}} \times 100 = \\ = \frac{750 \times 100}{9000} = 8,3\%.$$

2.4. Коэффициент материнской смертности:

$$\frac{\text{Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц (в течение 42 дней после прекращения беременности)}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 100\,000 = \\ = \frac{2 + 1 + 1}{6500} \times 100\,000 = 61,5 \text{ случая на } 100\,000 \text{ родившихся живыми.}$$

2.5. Коэффициент младенческой смертности (способ расчета, принятый в органах государственной статистики РФ):

$$\frac{\text{Число детей, умерших в течение года на 1-м году жизни}}{\text{Число родившихся живыми в данном календарном году}} \times 1\,000 = \\ = \frac{75 \times 1000}{6500} = 11,5 \text{ случая на } 1000 \text{ родившихся живыми (\%)}.$$

Формула Ратса, рекомендуемая ВОЗ:

$$\frac{\text{Число детей, умерших в течение года на 1-м году жизни}}{\frac{2}{3} \text{ родившихся живыми в данном календарном году} + \frac{1}{3} \text{ родившихся живыми в предыдущем календарном году}} \times 1000 =$$

$$= \frac{75 \times 1000}{\frac{2 \times 6500}{3} + \frac{1 \times 6300}{3}} = \frac{75 \times 1000}{4333 + 2100} = \frac{75 \times 1000}{6433} =$$

$= 11,6$  случая на 1000 родившихся живыми (%).

2.6. Коэффициент перинатальной смертности:

$$\frac{\text{Число родившихся мертвыми} + \text{Число умерших в первые 168 часов жизни}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000 =$$

$$= \frac{(52 + 68) \times 1000}{6500 + 52} = \frac{120 \times 1000}{6552} = 18,3 \text{ случая на 1000 родившихся живыми и мертвыми (\%)}$$

2.7. Коэффициент мертворождаемости:

$$\frac{\text{Число родившихся мертвыми}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000 = \frac{52 \times 1000}{6500 + 52} =$$

$$= 7,9 \text{ случая на 1000 родившихся живыми и мертвыми (\%)}$$

2.8. Общий коэффициент естественного прироста населения:

$$\text{Общий коэффициент рождаемости} - \text{Общий коэффициент смертности} =$$

$$= 9,9 - 21,7 = -11,8 \text{ случая на 1000 населения (\%)}$$

После расчета показателей проводим оценку полученных данных в соответствии со схемой оценки уровней показателей естественного движения населения и среднестатистическими значениями, представленными в разделе 2.5 учебника.

## Вывод

Общий коэффициент рождаемости — 9,9‰ — соответствует очень низкому уровню.

Общий коэффициент смертности — 21,7‰ — соответствует очень высокому уровню.

Наибольшую долю в структуре общей смертности — 62,9% — занимают болезни системы кровообращения, что соответствует среднестатистическим данным. Структура смертности от болезней системы кровообращения повторяет сложившуюся ситуацию в РФ: первое

ранговое место занимает ишемическая болезнь сердца; второе — цереброваскулярные болезни; третье — гипертоническая болезнь.

Коэффициент младенческой смертности — 11,6‰ — соответствует среднему уровню.

Коэффициенты перинатальной смертности (18,3‰) и мертворождаемости (7,9‰) — выше рекомендуемых значений.

Общий коэффициент естественного прироста — отрицательная величина — 11,8‰, что свидетельствует о противоестественной убыли населения.

В целом демографическую ситуацию, сложившуюся в данном субъекте РФ, следует расценивать как неблагоприятную.

3. На основе данных, приведенных в п. 3 задачи-эталона, заполним «Медицинское свидетельство о рождении».

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации	Код формы по ОКУД _____ Медицинская документация
Наименование медицинской организации _____ _____	Учетная форма №103/у-08 Утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 № 782н
Пол. лом №1 _____  адрес _____ _____	
Код по ОКПО _____	
Для врача, занимающегося частной практикой: номер лицензии на медицинскую деятельность _____	

# МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

## СЕРИЯ \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Дата выдачи **«28» ноября 2015 г.**

1. Ребенок родился: число **28**, месяц **ноябрь**, год **2015**, час **15**, мин. **40**

**Мать**

**Ребенок**

2. Фамилия, имя, отчество  
**Макарова Наталья Борисовна**
3. Дата рождения  

1	9	1	1	1	9	7	8
число		месяц		год			
4. Место постоянного жительства (регистрации):  
 республика, край, область \_\_\_\_\_  
 район \_\_\_\_\_  
 город (село) **Петрозаводск**  
 улица **Пролетарская** дом **79** кв. **40**
5. Местность: **городская** [1], сельская [2]
6. Семейное положение:  
 состоит в зарегистрированном браке [1],  
 не состоит в зарегистрированном браке [2],  
 неизвестно [3]
7. Образование:  
*профессиональное*: высшее [1],  
 неполное высшее [2],  
*среднее* [3], начальное [4];  
*общее*: среднее (полное) [5], основное [6],  
 начальное [7];  
 не имеет начального образования [8];  
 неизвестно [9]
8. Занятость: *была занята в экономике*:  
 руководители и специалисты высшего уровня квалификации [1],  
 прочие специалисты [2], квалифицированные рабочие [3], неквалифицированные рабочие [4], занятые на военной службе [5];  
*не была занята в экономике*: пенсионеры [6], студенты и учащиеся [7], работавшие в личном подсобном хозяйстве [8], безработные [9], прочие [10]
9. Срок первой явки к врачу (фельдшеру, акушерке) **10** нед.
10. Которым по счету ребенок был рожден у матери **02**

11. Фамилия ребенка **Макаров**
12. Место рождения:  
 республика, край, область \_\_\_\_\_  
 район \_\_\_\_\_  
 город (село) **Петрозаводск**
13. Местность: **городская** [1], сельская [2]
14. Роды произошли:  
 в стационаре [1], дома [2],  
 в другом месте [3], неизвестно [4]
15. Пол: **мальчик** [1], девочка [2]
16. Масса тела при рождении **3800** г
17. Длина тела при рождении **56** см
18. Ребенок родился:  
 при одноплодных родах   
 при многоплодных родах:   
 которым по счету,   
 число родившихся

19. Лицо, принимавшее роды: врач-акушер-гинеколог 1,  
фельдшер, акушерка 2, другое лицо 3

20. Старшая акушерка отделения Сергеева И.С.  
(должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя, отчество)  
заполнившего медицинское свидетельство)

Руководитель медицинской организации,  
врач, занимающийся частной практикой Михайлова Н.П.  
(нужное подчеркнуть) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

Печать

4. На основе данных, приведенных в п. 4 задачи-эталона, заполним «Медицинское свидетельство о смерти»:

**МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ (ф. 106/у-08)**  
**СЕРИЯ \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_**

Дата выдачи «13» сентября 2015 г.

(окончательное, предварительное, взамен предварительного,  
 взамен окончательного (*подчеркнуть*))

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) Иванов Леонид Васильевич
2. Пол: мужской [1], женский [2]
3. Дата рождения: число 20 . месяц декабрь . год 1944
4. Дата смерти: число 12 . месяц сентябрь . год 2015 . время \_\_\_\_\_
5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей):  
 республика, край, область \_\_\_\_\_  
 район \_\_\_\_\_ город Тверь населенный пункт \_\_\_\_\_  
 улица Мида дом 107 кв. 105
6. Местность: городская [1], сельская [2]
7. Место смерти: республика, край, область \_\_\_\_\_  
 район \_\_\_\_\_ город Тверь населенный пункт \_\_\_\_\_  
 улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_
8. Местность: городская [1], сельская [2]
9. Смерть наступила: на месте происшествия [1], в машине скорой помощи [2], в стационаре [3], дома [4], в другом месте [5].
10. Для детей, умерших в возрасте от 168 ч до 1 мес: доношенный (37–41 нед) [1], недоношенный (менее 37 нед) [2], переношенный (42 нед и более) [3].
11. Для детей, умерших в возрасте от 168 ч до 1 года: масса тела ребенка при рождении \_\_\_\_\_ граммов [1], каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) \_\_\_\_\_ [2], дата рождения матери \_\_\_\_\_ [3], возраст матери (полных лет) [4], фамилия матери \_\_\_\_\_ [5], имя \_\_\_\_\_ [6], отчество \_\_\_\_\_ [7].
- 12.\* Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке [1], не состоял(а) в зарегистрированном браке [2], неизвестно [3].
- 13.\* Образование: профессиональное: высшее [1], неполное высшее [2], среднее [3], начальное [4]; общее: среднее (полное) [5], основное [6], начальное [7]; не имеет начального образования [8]; неизвестно [9].
- 14.\* Занятость: был(а) занят(а) в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации [1], прочие специалисты [2], квалифицированные рабочие [3], неквалифицированные рабочие [4], занятые на военной службе [5];  
 не был(а) занят(а) в экономике: пенсионеры [6], студенты и учащиеся [7], работавшие в личном подсобном хозяйстве [8], безработные [9], прочие [10].
15. Смерть произошла: от заболевания [1]; несчастного случая: не связанного с производством [2], связанного с производством [3]; убийства [4]; самоубийства [5]; в ходе действий: военных [6], террористических [7]; род смерти не установлен [8].
16. В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти — указать дату травмы (отравления): число \_\_\_\_\_ . месяц \_\_\_\_\_ . год \_\_\_\_\_ . время \_\_\_\_\_ . а также место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление) \_\_\_\_\_ .

\* В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 10–11, пункты 12–14 заполняются в отношении их матерей.

17. Причины смерти установлены: врачом, только установившим смерть [1], лечащим врачом [2], фельдшером (акушеркой) [3], патологоанатомом [4], судебно-медицинским экспертом [5].

18. Я, врач (фельдшер, акушерка) Крылов Н.К.  
(фамилия, имя, отчество)

должность врач-патологоанатом

удостоверяю, что на основании: осмотра трупа [1], записей в медицинской документации [2], предшествующего наблюдения за больным(ой) [3], вскрытия [4] мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлены причины смерти.

19. Причины смерти:

	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
I. а) <u>сепсис</u> (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)		□□□□
б) <u>гангрена правой стопы</u> (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)		□□□□
в) <u>сахарный диабет тип II</u> (первоначальная причина смерти указывается последней)		E11.5
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)		□□□□
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) <u>ишемическая болезнь сердца,</u> <u>атеросклеротический кардиосклероз</u>		□□□□

20. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила — в течение 30 суток [1], из них в течение 7 суток [2].

21. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) [1], в процессе родов (аборта) [2], в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) [3]; кроме того в течение 43–365 дней после окончания беременности, родов [4].

22. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти Крылов Н.К.

Подпись \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации, частнопрактикующий врач (подчеркнуть)

Андреев С.П.

подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Печать



## **ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 2.5 «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕМОГРАФИИ»**

### **Задача 1**

#### **Исходные данные**

1. Среднегодовая численность населения некоего субъекта РФ составляет 880 215 человек, в том числе лиц в возрасте от 50 лет и старше — 325 680, в возрасте от 0 до 14 лет — 127 630. Число женщин в возрасте 15–49 лет — 240 180.

2. В изучаемом году родились живыми 8715, в предыдущем — 8790 детей. Умерли 12 240 жителей. Из числа всех умерших 480 человек умерли от болезней органов пищеварения, из которых 275 — умерли от болезней печени, 73 — от болезней желчного пузыря, 40 — от язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и 92 — от других болезней органов пищеварения. За период беременности умерла 1 женщина, во время родов погибли 2 роженицы.

В возрасте до 1 года умерли 78 детей.

В этом же году родились мертвыми 60 новорожденных, в первые 168 ч жизни умерли 29 новорожденных.

3. В родильном доме №2 23 сентября 2015 г. у Константиновой Марии Павловны, родившейся 5 ноября 1985 г., русской, состоящей в браке, имеющей среднее специальное образование, работающей кассиром в супермаркете, проживающей в г. Смоленск, улица Свободы, дом 45, квартира 14, родился при одноплодных родах первый ребенок женского пола массой тела 3700 г, длиной тела 52 см. Встала на диспансерный учет по поводу беременности в срок 8 нед. Медицинское свидетельство о рождении выдано старшей акушеркой отделения Поповой С.Г. Руководитель медицинской организации — врач Хохлов Н.А.

4. Степанов Александр Викторович родился 5 февраля 1978 г. Место постоянного жительства — г. Смоленск, улица Кочетова, дом 12, квартира 72. Смерть последовала в стационаре городской больницы №2 г. Смоленска, куда он был доставлен после транспортной травмы. Национальность — русский, не состоял в браке, имел среднее специальное образование, работал менеджером в торговой фирме. Вечером 2 октября 2015 г., будучи водителем мотоцикла и нарушив правила движения, столкнулся с движущимся поездом. Врачом судебно-медицинским экспертом Федоровым И.П. на основании вскрытия установлена следующая причина смерти.

Состояние, непосредственно приведшее к смерти, — кома.

Патологическое состояние, приведшее к указанной выше причине, — внутримозговое кровоизлияние.

Основная причина смерти — перелом основания черепа S 02.1.

Внешние причины при травмах и отравлениях — транспортный несчастный случай, столкновение мотоциклиста с поездом — V 25.4.

Прочие важные состояния, способствующие смерти, — перелом диафиза левого бедра. Множественные ушибы грудной клетки.

Медицинское свидетельство о смерти выдано 3 октября 2015 г. Смоленским бюро судебно-медицинской экспертизы. Руководитель медицинской организации — Александров С.Г.

## Задача 2

### Исходные данные

1. Среднегодовая численность населения некоего субъекта РФ составляет 178 340 человек, в том числе лиц в возрасте от 50 лет и старше — 67 770, в возрасте от 0 до 14 лет — 27 640. Число женщин в возрасте 15–49 лет — 43 870.

2. В изучаемом году родились живыми 1985, в предыдущем — 2020 детей. Умерли 2245 жителей. Из числа всех умерших 460 человек погибли от внешних причин, из которых 57 — погибли от транспортных несчастных случаев, 95 — от случайных отравлений алкоголем, 63 — от преднамеренных самоповреждений, 79 — от нападений и 166 — от других внешних причин. За период беременности умерла 1 женщина и в течение 42 сут после прекращения беременности умерла 1 родильница.

В возрасте до 1 года умерли 23 ребенка.

В этом же году родились мертвыми 9 новорожденных, в первые 168 ч жизни умерли 12 новорожденных.

3. В родильном отделении Боровичской центральной районной больницы 14 июня 2015 г. у Александровой Юлии Сергеевны, родившейся 26 января 1984 г., русской, состоящей в браке, имеющей среднее общее образование, работающей маляром-штукатуром в строительной организации, проживающей в г. Боровичи, улица Центральная, дом 105, квартира 24, родился при одноплодных родах второй ребенок мужского пола, массой тела 4200 г и длиной тела 56 см. Встала на диспансерный учет по поводу беременности в срок 11 нед.

Медицинское свидетельство о рождении выдано старшей акушеркой отделения Панкратовой Н.П. Руководитель медицинской организации — врач Семенов С.В.

4. Николаева Лидия Павловна родилась 18 мая 1951 г., умерла 22 октября 2015 г. Место постоянного жительства — г. Череповец, улица Рабочая, дом 19, квартира 51. Смерть последовала в стационаре городской больницы №1 г. Череповца. Национальность — рус-

ская, вдова, имела среднее специальное образование, пенсионерка. Врачом-патологоанатомом Покровским Л.А. на основании вскрытия установлена следующая причина смерти.

Состояние, непосредственно приведшее к смерти, — кома.

Патологическое состояние, приведшее к указанной выше причине, — астматический статус с тотальной обструкцией бронхов.

Основная причина смерти — экзогенная астма (аллергическая) J 46.0.

Прочие важные состояния, способствующие смерти, — гипертензивная болезнь с застойной сердечной недостаточностью.

Медицинское свидетельство о смерти выдано 23 октября 2015 г. городской больницей №1. Руководитель медицинской организации — Самойлов А.К.

### **Задача 3**

#### **Исходные данные**

1. Среднегодовая численность населения некоего субъекта РФ составляет 1 670 160 человек, в том числе лиц в возрасте от 50 лет и старше — 584 530, в возрасте от 0 до 14 лет — 225 460. Число женщин в возрасте 15–49 лет — 440 250.

2. В изучаемом году родились живыми 13 360, в предыдущем — 12 700 новорожденных. Умерли 35 240 жителей. Из числа всех умерших 3875 человек умерли от ЗН, из которых 1630 умерли от ЗН органов пищеварения, 825 — от ЗН органов дыхания и грудной клетки, 510 — от ЗН молочной железы у женщин и 910 — от других локализаций ЗН. За период беременности умерли 2 женщины, во время родов погибла 1 роженица.

В возрасте до 1 года умерли 125 детей.

В этом же году родились мертвыми 75 новорожденных, в первые 168 ч жизни умерли 40 новорожденных.

3. В родильном доме №1 8 сентября 2015 года у Яковлевой Светланы Павловны, родившейся 3 февраля 1988 года, русской, не состоящей в браке, имеющей общее среднее образование, не работающей, проживающей в г. Калининград, улица Менделеева, дом 16, квартира 76, родился при одноплодных родах первый ребенок мужского пола, массой тела 3400 г, длиной тела 52 см. Встала на диспансерный учет по поводу беременности в срок 25 нед. Медицинское свидетельство о рождении выдано старшей акушеркой отделения Павловой Л.А. Руководитель медицинской организации — врач Иванов П.С.

4. Давыдова Александра Евгеньевна родилась 17 сентября 1939 г., умерла 24 марта 2015 г. Место постоянного жительства — г. Валдай, улица Покровского, дом 26. Смерть последовала

дома. Национальность — украинка, вдова, имела неполное среднее образование, пенсионерка. Причина смерти установлена врачом Борисовым А.Я., лечившим умершую на основании предшествующего наблюдения и записей в медицинской документации.

Состояние, непосредственно приведшее к смерти, — раковая интоксикация.

Патологическое состояние, приведшее к указанной выше причине, — рак яичников С 56.

Медицинское свидетельство о смерти выдано 25 марта 2015 г. поликлиникой Центральной районной больницы. Руководитель медицинской организации — Анохина Г.П.

### Задание

На основе представленных исходных данных необходимо выполнить следующие задания.

1. Определить возрастной тип населения данного субъекта РФ.
2. Рассчитать статистические показатели естественного движения населения.
  - 2.1. Общий коэффициент рождаемости.
  - 2.2. Специальный коэффициент рождаемости (плодовитость).
  - 2.3. Общий коэффициент смертности.
    - 2.3.1. Долю умерших от указанного заболевания.
    - 2.3.2. Структуру смертности от указанных заболеваний.
  - 2.4. Коэффициент материнской смертности.
  - 2.5. Коэффициент младенческой смертности.
  - 2.6. Коэффициент перинатальной смертности.
  - 2.7. Коэффициент мертворождаемости.
  - 2.8. Общий коэффициент естественного прироста (противоестественной убыли) населения.
3. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.
4. Заполнить «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. 103/у-08).
5. Заполнить окончательное «Медицинское свидетельство о смерти» (ф. 106/у-08).

## ЗАДАЧА-ЭТАЛОН К РАЗДЕЛУ 2.6 «ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ»

### Исходные данные

1. Среднегодовая численность населения некоего субъекта РФ составляет 436 580 человек. В течение года в ЛПУ всего зарегистрировано 409 100 случаев заболеваний, из которых 214 840 зарегистрировано с диагнозом, установленным впервые в жизни.

Среди всех зарегистрированных заболеваний 11 670 случаев связаны с болезнями эндокринной системы.

При медицинском осмотре 3200 лиц было выявлено 5900 случаев заболеваний.

2. В поликлинику №1 городской больницы 27 октября 2015 г. обратился работающий Андреев Николай Александрович со страховым полисом №742670 ОМС по поводу заболевания. При обращении пациент предоставил паспорт серии РП №543985, дата рождения 13 ноября 1967 г., проживает: г. Петропавловск, ул. Московская, дом 41, квартира 62. Льгот не имеет, код пациента — 1265. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) — 04797227359. Врачом-терапевтом (код специалиста 01) Ивановой Анной Петровной был поставлен диагноз «обострение хронического обструктивного бронхита» — J44.1. Больной состоит на диспансерном учете. По совокупности жалоб больной был признан временно нетрудоспособным и был открыт листок нетрудоспособности. Номер медицинской карты 5628.

3. При проведении медицинского осмотра 14 октября 2015 г. работающих на АО «Экран» у инженера Проскуриной Марии Петровны терапевтом медико-санитарной части Ильиной Верой Александровной была впервые диагностирована гипертоническая болезнь (I11.9), по поводу которой больная была взята на диспансерный учет. Рекомендован контроль посещений врача-терапевта 2 раза в год. Дата рождения — 21 марта 1972 г. Адрес проживания: г. Петропавловск, ул. Попова, дом 19, квартира 6. В поликлинике у больной имеется медицинская карта амбулаторного больного №5438.

### **Задание**

1. На основании представленных исходных данных рассчитать следующие показатели.

1.1. Первичная заболеваемость.

1.2. Общая заболеваемость.

1.3. Общая заболеваемость болезнями эндокринной системы.

1.4. Патологическая пораженность.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

3. Заполнить «Талон амбулаторного пациента» (ф. 025-1/у).

4. Заполнить паспортную часть «Контрольной карты диспансерного наблюдения» (ф. 030/у).

**Решение**

1. Для изучения заболеваемости населения данного субъекта РФ рассчитаем основные показатели.

1.1. *Первичная заболеваемость:*

$$\frac{\text{Число впервые в жизни зарегистрированных случаев заболеваний}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000 = \\ = \frac{214\,840 \times 1000}{436\,580} = 492,1 \text{ случая на } 1000 \text{ населения } (\%).$$

1.2. *Общая заболеваемость:*

$$\frac{\text{Число всех заболеваний, выявленных в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000 = \frac{409\,100 \times 1000}{436\,580} \\ = 937,1 \text{ случаев на } 1000 \text{ населения } (\%).$$

1.3. *Общая заболеваемость болезнями эндокринной системы:* 58

$$\frac{\text{Число всех случаев заболеваний эндокринной системы, выявленных в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000 = \\ = \frac{11\,670 \times 1000}{436\,580} = 26,7 \text{ случаев на } 1000 \text{ населения } (\%).$$

1.4. *Патологическая пораженность:*

$$\frac{\text{Число заболеваний, выявленных на медицинском осмотре}}{\text{Число осмотренных лиц}} \times 1000 = \\ = \frac{5900 \times 1000}{3200} = 1843,7 \text{ случая на } 1000 \text{ осмотренных лиц } (\%).$$

**Вывод**

При сравнении полученных показателей со среднестатистическими уровнями установлено, что показатель первичной заболеваемости (492,1%) и показатель общей заболеваемости (937,1%) — ниже среднестатистических уровней. Показатель патологической пораженности (1843,7%) — достаточно высокий.

2. На основе данных, представленных в п. 2 задачи-эталона, заполним «Талон амбулаторного пациента».

## ТАЛОН АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА (ф. 025-1/у)

№ медицинской карты 5628 Дата 27 10 15

1. Код категории 000 2. Номер страхового 742670  
льготы полиса ОМС
3. СНИЛС 04797227259

4. Пациент: код <sup>1</sup> <u>1265</u>	ф. и. о. <b>Андреев Николай Александрович</b>
5. Пол <sup>4</sup> : <u>1</u> — муж.; 2 — жен.	6. Дата рождения <u>13111967</u>
7. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер) <sup>4</sup> : <b>паспорт РП №543985</b>	
8. Адрес регистрации по месту жительства <sup>4</sup> : <b>г. Петропавловск, ул. Московская, д. 41, кв. 62</b>	
9. Житель <sup>4</sup> : <u>1</u> — город; 2 — сел.	
10. Социальный статус, в т.ч. занятость: 1 — дошкольник: 1.1. — организован, 1.2. — неорганизован, 2 — учащийся, <u>3</u> — работающий, 4 — неработающий; 5 — пенсионер; 6 — военнослужащий, код 7 — член семьи военнослужащего; 8 — без определенного места жительства	
11. Инвалидность: 1 — I гр., 2 — II гр., 3 — III гр., 4 — установлена впервые в жизни, 5 — степень инвалидности, 6 — ребенок-инвалид, 7 — инвалид с детства, 8 — снята	
12. Специалист: код <u>01</u>	<b>Ф. И. О. Иванова Анна Петровна</b>
13. Специалист: код <sup>2</sup>	<b>Ф. И. О.</b>
14. Вид оплаты: <u>1</u> — ОМС; 2 — бюджет, 3 — платные услуги, в т.ч. 4 — ДМС; 5 — другое	
15. Место обслуживания: <u>1</u> — поликлиника, 2 — на дому, в т.ч. — актив	
16. Цель посещения: <u>1</u> — заболевание, 2 — профосмотр; 3 — патронаж; 4 — другое	
17. Результат обращения <sup>5</sup> : случай закончен: 1 — выздоровление; 2 — улучшение; 3 — динамическое наблюдение, направлен: 4 — на госпитализацию, 5 — в дневной стационар, 6 — в стационар на дому, 7 — на консультацию, 8 — на консультацию в др. ЛПУ, 9 — справка для получения путевки, 10 — санаторно-курортная карта	

<sup>1</sup> При использовании кода, принятого в ЛПУ.<sup>2</sup> Заполняется при учете работы среднего медицинского персонала.<sup>3</sup> При оплате: по посещению проставляется код посещения или стандарта медицинской помощи (СМП), КЭС.<sup>4</sup> Заполняются при разовом обращении пациента (например, иногородний).<sup>5</sup> Заполняется при последнем посещении по данному случаю.

18. Диагноз, код МКБ <input type="text" value="J44.1"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="1"/>	<b>обострение хронического обструктивного бронхита</b>
19. Код мед. услуги (посещения, СМП, КЭС) <sup>3</sup> : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
20. Характер заболевания: 1 — острое (+), впервые в жизни установленное хроническое (+); <input checked="" type="text" value="2"/> — диагноз установлен в предыдущем году или ранее (—)	
21. Диспансерный учет: <input checked="" type="text" value="1"/> — состоит, 2 — взят, 3 — снят, в т.ч. 4 — по выздоровлению	
22. Травма производственная: 1 — промышленная; 2 — транспортная, в т.ч. 3 — ДТП; 4 — сельскохозяйственная; 5 — прочие	
не производственная: 6 — бытовая; 7 — уличная; 8 — транспортная, в т.ч. 9 — ДТП; 10 — школьная; 11 — спортивная; 12 — прочие;	
13 — полученная в результате террористических действий	
23. Диагноз, код <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
24. Код мед. услуги (посещения, СМП, КЭС) <sup>3</sup> : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
25. Характер заболевания: 1 — острое (+), впервые в жизни установленное хроническое (+); 2 — диагноз установлен в предыдущем году или ранее (—)	
26. Диспансерный учет: 1 — состоит, 2 — взят, 3 — снят, в т.ч. 4 — по выздоровлению	
27. Заполняется только при изменении диагноза: ранее зарегистрированный диагноз	
Код МКБ-10 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
Дата регистрации изменяемого диагноза: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
28. Документ временной нетрудоспособности: <input checked="" type="text" value="1"/> — открыт; 2 — закрыт	
29. Причина выдачи: <input checked="" type="text" value="1"/> — заболевание; 2 — по уходу; 3 — карантин; 4 — прерывание беременности; 5 — отпуск по беременности и родам; 6 — санаторно-курортное лечение	
29.1. по уходу: пол 1 — муж; 2 — жен. (возраст лица, получившего документ в/н) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
30. Рецептурный бланк: серия и №, дата выписки	30.1 ____ 30.2 ____ 30.3 ____ 30.4 ____



3. На основе данных, представленных в п. 3 задачи-эталона, заполним паспортную часть «Контрольной карты диспансерного наблюдения»:

Министерство здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации

**МЧС «Экран»**

(Наименование медицинского учреждения)

(Адрес )

**Медицинская документация**

Учетная форма N 030/у утверждена приказом Минздрава России  
от 15 декабря 2014 г. N 834н

Код ОГРН 


Контрольная карта диспансерного наблюдения

Фамилия врача Ильина В.А.

Код или N медицинской карты амбулаторного больного  
(истории развития ребенка) 5438

Должность терапевт

1. Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение  
гипертоническая болезнь

Дата взятия на учет 14.10.2009

2. Диагноз установлен впервые в жизни 14.10.2008

Дата снятия с учета

3. Код по МКБ J 11.9

4. Сопутствующие заболевания нет

Причина снятия

5. Заболевание выявлено:

5.1. при обращении за лечением  5.2. при профосмотре

6. Код льготы 000

7. Фамилия, имя, отчество Проскурина Мария Петровна

8. Пол М/Ж 9. Дата рождения 21.02.1968

10. Адрес проживания г. Петропавловск, ул. Попова, д. 19, кв. 6

11. Место работы (учебы, дошкольное учреждение) АО «Экран»

12. Профессия (должность) инженер

13. Контроль посещений 2 раза в год

Даты явок					
Назначено явиться					
Явился					
Даты явок					
Назначено явиться					
Явился					

## ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 2.6 «ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ»

### Задача 1

#### Исходные данные

1. Среднегодовая численность населения некоего субъекта РФ составляет 2 813 700 жителей. В течение года в ЛПУ зарегистрировано всего 5 323 100 случаев заболеваний, из которых 3 710 640 зарегистрировано с диагнозом, установленным впервые в жизни.

Среди всех зарегистрированных заболеваний — 179 243 случаев болезней нервной системы.

При медицинском осмотре 4700 лиц было выявлено 7335 случаев заболеваний.

2. В поликлинику №3 городской больницы 25 мая 2015 г. обратился работающий Сидоров Александр Павлович со страховым полисом № 465240 ОМС по поводу заболевания. При обращении пациент предоставил паспорт серии 4902 №639522, дата рождения 10 октября 1956 г., проживает: г. Псков, ул. Московская, дом 76, квартира 40. Льгот не имеет, код пациента — 1670. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) — 07424763541. Врачом-хирургом (код специалиста 06) Борисовым Андреем Сергеевичем был поставлен диагноз: «варикозное расширение вен нижних конечностей без язвы или воспаления» — I83.9. Диагноз был установлен впервые в жизни. Больной взят на диспансерный учет. По совокупности жалоб больной был признан временно нетрудоспособным и был открыт листок нетрудоспособности. Номер медицинской карты 6526.

3. При проведении медицинского осмотра 5 декабря 2015 г. работающих на АО «Молочный комбинат» у техника Блинова Вячеслава Игоревича врачом здравпункта Алексеевой Анной Александровной была впервые диагностирована атеросклеротическая болезнь сердца (I25.1), по поводу которой больной был взят на диспансерный учет. Рекомендован контроль посещений 1 раз в год. Дата рождения: 1 марта 1967 г. Адрес проживания: г. Псков, ул. Седова, дом 76, квартира 20. В поликлинике у больного имеется медицинская карта амбулаторного больного №2640.

### Задача 2

#### Исходные данные

1. Среднегодовая численность населения некоего субъекта РФ составляет 885 165 человек. В течение года в ЛПУ зарегистрировано всего 1 260 240 случаев заболеваний, из которых 602 825 зарегистрировано с диагнозом, установленным впервые в жизни.

Среди всех зарегистрированных заболеваний — 263 155 случаев болезней органов дыхания.

При медицинском осмотре 2900 лиц было выявлено 4859 случаев заболеваний.

2. В поликлинику № 2 городской больницы 5 апреля 2015 г. обратился работающий Писарев Игорь Владимирович со страховым полисом №568792 ОМС по поводу заболевания. При обращении пациент предоставил паспорт серии 4901 №793256. Дата рождения: 6 октября 1958 г. Проживает: г. Вологда, ул. Садовая, дом 6, квартира 30. Льгот не имеет, код пациента — 2546. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) — 08532698754. Врачом-невропатологом (код специалиста 10) Смаховой Анастасией Павловной был поставлен диагноз: «остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника» — М42.3. Больной состоял на диспансерном учете. По совокупности жалоб больной был признан временно нетрудоспособным и был открыт листок нетрудоспособности. Номер медицинской карты 1238.

3. 7 сентября 2015 г. при проведении медицинского осмотра в городской поликлинике №5 у преподавателя технического колледжа Пироговой Ольги Георгиевны врачом-офтальмологом Мироновой Еленой Сергеевной была впервые диагностирована первичная закрытоугольная глаукома (Н40.2), по поводу которой больная была взята на диспансерный учет. Рекомендован контроль посещений не менее 2 раз в год. Дата рождения: 6 мая 1958 г. Адрес проживания: г. Вологда, ул. Полевая, дом 6, квартира 15. В поликлинике у больной имеется медицинская карта амбулаторного больного №3347.

## Задача 3

### Исходные данные

1. Среднегодовая численность населения некоего субъекта РФ составляет 734 450 человек. В течение года в ЛПУ зарегистрировано всего 945 160 случаев заболеваний, из которых 502 150 зарегистрировано с диагнозом, установленным впервые в жизни.

Среди всех зарегистрированных заболеваний — 64 396 случаев болезней костно-мышечной системы.

При медицинском осмотре 4100 лиц было выявлено 8775 случаев заболеваний.

2. В поликлинику центральной районной больницы 15 февраля 2015 г. обратилась пенсионерка Попова Ирина Ивановна со страховым полисом №796325 ОМС по поводу заболевания. При обращении пациентка предоставила паспорт серии 4903 №579632. Дата рождения: 7 сентября 1949 г., проживает: г. Шимск, улица Новгородская, дом 18. Категория льготы — 004, код пациента — 1156. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) — 01587963265. Врачом-терапевтом (код специалиста 01) Некрасовой Светланой

Николаевной был поставлен диагноз: «ишемическая болезнь сердца» — I25.9. Больная состоит на диспансерном учете. Номер медицинской карты 7689.

3. 27 апреля 2015 г. при проведении медицинского осмотра в городской поликлинике №4 у инженера-программиста Соколова Олега Ивановича врачом-терапевтом Титовым Николаем Сергеевичем был впервые диагностирован хронический поверхностный гастрит (K29.3), по поводу которого больной был взят на диспансерный учет. Рекомендован контроль посещений не менее 2 раз в год. Дата рождения: 16 марта 1979 г. Адрес проживания: г. Шимск, улица Зелинского, дом 8, квартира 46. В поликлинике у больного имеется медицинская карта амбулаторного больного №5744.

### **Задание**

1. На основании представленных исходных данных рассчитать следующие показатели.

- 1.1. Первичная заболеваемость.
- 1.2. Общая заболеваемость.
- 1.3. Общая заболеваемость указанными болезнями.
- 1.4. Патологическая пораженность.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

3. Заполнить «Талон амбулаторного пациента» (ф. 025-1/у).

4. Заполнить паспортную часть «Контрольной карты диспансерного наблюдения» (ф. 030/у).

## **ЗАДАЧА-ЭТАЛОН К РАЗДЕЛУ 2.7 «ИНВАЛИДНОСТЬ»**

### **Исходные данные**

1. Численность трудоспособного населения некоего субъекта РФ — 407 670 человек. В течение изучаемого года были впервые признаны инвалидами 3920 человек. Из общего числа инвалидами по поводу болезней системы кровообращения признано 1710 человек; болезней костно-мышечной системы — 670; ЗН — 580; прочих болезней — 960.

2. 16 марта 2015 г. поликлиника центральной районной больницы (ЦРБ) впервые направила на МСЭ не являющегося инвалидом гражданина Афанасьева Сергея Степановича, родившегося 4 января 1969 г., проживающего в г. Чудово, улица Железнодорожная, дом 16, квартира 49. Работает машинистом тепловоза в локомотивном депо станции Чудово, находящегося по адресу улица Рабочая, дом 40. Стаж работы по данной специальности 15 лет.

## Задание

1. На основании представленных исходных данных рассчитать следующие показатели.

1.1. Первичная инвалидность.

1.2. Структура первичной инвалидности по заболеваниям.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

3. Заполнить паспортную часть «**Направления на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь**».

## Решение

1. Для изучения инвалидности населения данного субъекта РФ рассчитаем основные показатели.

1.1. *Первичная инвалидность:*

$$\frac{\text{Общее число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами в данном году}}{\text{Общая численность лиц трудоспособного возраста административной территории}} \times 10\,000 =$$

$$= \frac{3920 \times 10\,000}{407\,670} = 96 \text{ случаев на } 10 \text{ тыс. населения трудоспособного возраста.}$$

1.2. *Структура первичной инвалидности по заболеваниям.*

*Доля инвалидов по поводу болезней системы кровообращения:*

$$\frac{\text{Число лиц, признанных инвалидами по поводу болезней системы кровообращения}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных бюро МСЭ инвалидами за год}} \times 100 = \frac{1710 \times 100}{3920} = 43,6\%.$$

*Доля инвалидов по поводу болезней костно-мышечной системы:*

$$\frac{\text{Число лиц, признанных инвалидами по поводу болезней костно-мышечной системы}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных бюро МСЭ инвалидами за год}} \times 100 = \frac{670 \times 100}{3920} = 17,1\%.$$

*Доля инвалидов по поводу злокачественных новообразований:*

$$\frac{\text{Число лиц, признанных инвалидами по поводу злокачественных новообразований}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных бюро МСЭ инвалидами за год}} \times 100 = \frac{580 \times 100}{3920} = 14,8\%.$$

Доля инвалидов по поводу прочих болезней:

$$\frac{\text{Число лиц, признанных инвалидами по поводу прочих болезней}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных бюро МСЭ инвалидами за год}} \times 100 = \frac{960 \times 100}{3920} = 24,5\%.$$

2. Сравнивая полученные результаты со среднестатистическими уровнями показателей, выявлено, что рассчитанный показатель первичной инвалидности (96 на 10 000 трудоспособного населения) соответствует приведенному уровню. Структура первичной инвалидности имеет некоторые отличия от сложившейся структуры: второе ранговое место занимают болезни костно-мышечной системы (17,1%), третье место занимают ЗН (14,8%).

3. На основе данных, представленных в п. 2 задачи-эталона, заполним паспортную часть «Направления на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь».

### Медицинская документация

Форма N 088/у-06

Министерство здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации

### Поликлиника ЦРБ

(наименование и адрес организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь)

## НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ОРГАНИЗАЦИЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

Дата выдачи « 16 » марта 20 15 г.

1. Фамилия, имя, отчество гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу (далее — гражданин): Афанасьев Сергей Степанович

2. Дата рождения: 04.01.1969 3. Пол: муж

4. Фамилия, имя, отчество законного представителя гражданина (заполняется при наличии законного представителя): \_\_\_\_\_

5. Адрес места жительства гражданина (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации): г. Чудово, ул. Железнодорожная, д. 16, кв. 49

6. Инвалидом не является, инвалид первой, второй, третьей группы, категория «ребенок-инвалид» (нужное подчеркнуть).

7. Степень ограничения способности к трудовой деятельности: \_\_\_\_\_

(заполняется при повторном направлении)

8. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах:

(заполняется при повторном направлении)

9. Направляется первично, повторно (нужное подчеркнуть).

10. Кем работает на момент направления на медико-социальную экспертизу: машинист тепловоза, стаж 15 лет

(указать должность, профессию, специальность, квалификацию и стаж работы по указанной должности, профессии, специальности, квалификации; в отношении неработающих граждан сделать запись: "не работает")

11. Наименование и адрес организации, в которой работает гражданин:

Локомотивное депо станции Чудово, ул. Рабочая, 40

12. Условия и характер выполняемого труда:

13. Основная профессия (специальность): машинист тепловоза

## ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 2.7 «ИНВАЛИДНОСТЬ»

### Задача 1

#### Исходные данные

1. Численность трудоспособного населения некоего субъекта РФ — 1 612 860 человек. В течение изучаемого года были впервые признаны инвалидами 15 190 человек. Из общего числа инвалидов инвалидами по поводу болезней системы кровообращения признано 7440 человек; последствий травм — 3190; ЗН — 2735; прочих болезней — 1825.

2. 27 февраля 2015 г. городская поликлиника №3 впервые направила на МСЭ не являющегося инвалидом гражданина Никифорова Анатолия Петровича, родившегося 16 марта 1962 г., проживающего в г.Архангельск, улица Морская, дом 26, квартира 59. Работает слесарем-сантехником в жилищно-эксплуатационном управлении №28, находящемся по адресу: улица Северная, дом 1. Стаж работы по данной специальности 28 лет.

### Задача 2

#### Исходные данные

1. Численность трудоспособного населения некоего субъекта РФ — 887 410 человек. В течение изучаемого года были впервые признаны инвалидами 8740 человек. Из общего их числа инвалидами по поводу болезней системы кровообращения признано 4490 человек; болезней костно-мышечной системы — 860; ЗН — 1410; прочих болезней — 1980.

2. 12 декабря 2015 г. городская поликлиника №2 впервые направила на МСЭ не являющуюся инвалидом гражданку Петровскую Наталью Петровну, родившуюся 24 мая 1959 г., проживающую в г. Мурманск, улица Русская, дом 12, квартира 152. Работает бухгалтером в Сбербанке России, находящемся по адресу: улица Новомосковская, дом 5. Стаж работы по данной специальности 32 года.

### Задача 3

#### Исходные данные

1. Численность трудоспособного населения некоего субъекта РФ — 647 350 человек. В течение изучаемого года были впервые признаны инвалидами 6610 человек. Из общего их числа инвалидами по поводу болезней системы кровообращения признано 3220 человек; ЗН — 1025; болезней нервной системы — 590; прочих болезней — 1775.

2. 17 ноября 2015 г. городская поликлиника №5 повторно направила на МСЭ инвалида II группы неработающую Сомову Ирину Владимировну, родившуюся 12 марта 1951 г., проживающую в г. Сыктывкар, улица Новая, дом 2, квартира 12.

#### Задание

1. На основании представленных исходных данных рассчитать и проанализировать следующие показатели.

1.1. Первичная инвалидность.

1.2. Структура первичной инвалидности по заболеваниям.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

3. Заполнить паспортную часть «Направления на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь».

### ЗАДАЧА-ЭТАЛОН К РАЗДЕЛУ 2.8 «ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

#### Исходные данные

Обследуемый мужчина:

- рост — 180 см;
- масса тела — 78 кг;
- ЖЕЛ — 5000 мл;
- динамометрия правой кисти — 60 кг, левой — 58 кг;
- длина окружности грудной клетки — 104 см;



- ширина плеч — 44 см;
- длина дуги спины — 41 см;
- станковая динамометрия — 167 кг;
- частота пульса в покое — 72 удара в минуту;
- частота пульса сразу после нагрузки — 106 ударов в минуту;
- частота пульса в конце первой минуты после восстановления — 74 удара в минуту.

### Задание

1. На основе представленных исходных данных рассчитать основные антропометрические и антропофизиометрические показатели индивидуального здоровья.

- 1.1. Индекс Кетеля (ИМТ).
- 1.2. Показатель Эрисмана.
- 1.3. Коэффициент состояния осанки.
- 1.4. Коэффициент станковой динамометрии.
- 1.5. Коэффициент силы кисти.
- 1.6. Должную ЖЕЛ.
- 1.7. Пробу Руфье.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

### Решение

1. Для оценки физического здоровья обследуемого мужчины рассчитаем основные антропометрические и антропофизиометрические показатели.

1.1. *Индекс Кетеля — ИМТ:*

$$\frac{m}{l_0^2} = \frac{78}{1,8^2} = 24,1.$$

**Вывод:** нормальная масса тела.

1.2. *Показатель Эрисмана ( $P_{эр}$ ):*

$$l_e - 0,5 \times l_0 = 104 - 0,5 \times 180 = 104 - 90 = 14 \text{ см.}$$

**Вывод:** хорошее развитие грудной клетки.

1.3. *Коэффициент состояния осанки ( $K_{co}$ ):*

$$\frac{\text{Ширина плеч (см)}}{\text{Длина дуги спины (см)}} \times 100 = \frac{44}{41} \times 100 = 107\%.$$

**Вывод:** нормальная осанка.

1.4. Коэффициент становой динамометрии ( $K_{\sigma}$ ):

$$\frac{P_s}{m} \times 100 = \frac{167}{78} \times 100 = 214.$$

**Вывод:** становая сила выше средней.

1.5. Коэффициент силы кисти ( $K_{\kappa}$ ):

$$\text{правая кисть: } \frac{P_n}{m} \times 100 = \frac{60}{78} \times 100 = 76,9;$$

$$\text{левая кисть: } \frac{P_n}{m} \times 100 = \frac{58}{78} \times 100 = 74,3.$$

**Вывод:** для правой кисти — большая сила, для левой кисти — средняя сила.

1.6. Показатель должной ЖЕЛ:

$$\begin{aligned} \text{ДЖЕЛ} &= 40 \times (\text{рост в см}) + 30 \times (\text{масса в кг}) - 4400 = \\ &= 40 \times 180 + 30 \times 78 - 4400 = 7200 + 2340 - 4400 = 5140 \text{ мл.} \end{aligned}$$

**Вывод:** отклонение ЖЕЛ от ДЖЕЛ составляет 2,8% (т.е. 15%) и является нормой.

1.7. Показатель Руфье ( $P_{\text{руф}}$ ):

$$\frac{(P_1 + P_2 + P_3) - 200}{10} = \frac{(72 + 106 + 74) - 200}{10} = \frac{252 - 200}{10} = 5,2.$$

**Вывод:** уровень работоспособности хороший.

## ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 2.8 «ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

### Задача 1

#### Исходные данные

Обследуемый мужчина:

- рост — 172 см;
- масса тела — 80 кг;
- ЖЕЛ — 4500 мл;
- динамометрия правой кисти — 45 кг, левой — 48 кг;
- длина окружности грудной клетки — 108 см;
- ширина плеч — 42 см;

- длина дуги спины — 38 см;
- станова́я динамометрия — 152 кг;
- частота пульса в покое — 74 удара в минуту;
- частота пульса сразу после нагрузки — 110 ударов в минуту;
- частота пульса в конце первой минуты после восстановления — 78 ударов в минуту.

## **Задача 2**

### **Исходные данные**

Обследуемая женщина:

- рост — 168 см;
- масса тела — 75 кг;
- ЖЕЛ — 3400 мл;
- динамометрия правой кисти — 35 кг, левой — 31 кг;
- длина окружности грудной клетки — 104 см;
- ширина плеч — 40 см;
- длина дуги спины — 36 см;
- станова́я динамометрия — 112 кг;
- частота пульса в покое — 76 ударов в минуту;
- частота пульса сразу после нагрузки — 118 ударов в минуту;
- частота пульса в конце первой минуты после восстановления — 80 ударов в минуту.

## **Задача 3**

### **Исходные данные**

Обследуемый мужчина:

- рост — 176 см;
- масса тела — 90 кг;
- ЖЕЛ — 4400 мл;
- динамометрия правой кисти — 45 кг, левой — 38 кг;
- длина окружности грудной клетки — 106 см;
- ширина плеч — 42 см;
- длина дуги спины — 38 см;
- станова́я динамометрия — 125 кг;
- частота пульса в покое — 80 ударов в минуту;
- частота пульса сразу после нагрузки — 120 ударов в минуту;
- частота пульса в конце первой минуты после восстановления — 86 ударов в минуту.

### **Задание**

1. На основе представленных исходных данных рассчитать основные антропометрические и антропозиметрические показатели индивидуального здоровья:

- индекс Кетеля (ИМТ);
- показатель Эрисмана;

- коэффициент состояния осанки;
- коэффициент становой динамометрии;
- коэффициент силы кисти;
- ДЖЕЛ;
- пробу Руфье.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

# **ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

## **3.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

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

В последние десятилетия реформы социально-экономического уклада общества, прогресс медицины, появление частной системы здравоохранения (наряду с государственной и муниципальной) вызвали необходимость радикальных изменений в действующей системе правового регулирования общественных отношений, связанных с медицинской деятельностью. В связи с этим значительно изменилась нормативная правовая база в сфере здравоохранения, вступили в силу новые федеральные законы, указы Президента РФ, постановления Правительства РФ, приказы Министерства здравоохранения 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 и права и обязанности пациента. Необходимо иметь представление о той ответственности, которая наступает в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей. Для реализации этих требований должна быть соответствующая нормативная правовая база.

Нормативная правовая база в области охраны здоровья граждан определяет организационную основу оказания населению РФ медицинской помощи. Такой основой служит 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. 3.1.

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в зависимости от форм собственности и источников финансирования в РФ выделяют три системы здравоохранения:

- государственную;
- муниципальную;
- частную.

К *государственной системе здравоохранения* относятся: федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан и их территориальные органы, Российская академия медицинских наук, исполнительные органы государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан, а также подведомственные им медицинские и фармацевтические организации.

К *муниципальной системе здравоохранения* относятся органы местного самоуправления муниципальных районов (городских округов), осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья граждан, а также подведомственные им медицинские и фармацевтические организации.

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



Рис. 3.1. Организационно-функциональная структура системы здравоохранения Российской Федерации

К *частной системе здравоохранения* относятся медицинские, фармацевтические и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья граждан, которые созданы юридическими и физическими лицами.

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

Выделение государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения достаточно условно. Поэтому правильнее считать, что в 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.

## 3.2. СИСТЕМА ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

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

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

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

Основополагающим нормативным правовым актом для каждого медицинского работника служит **Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»** (далее — «Основы»).

В «Основах» определены основные принципы охраны здоровья граждан в РФ; полномочия федеральных, региональных органов государственной власти и местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан; права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья; основные направления организации охраны здоровья граждан. В отдельные главы вынесены вопросы охраны здоровья матери, ребенка, семьи; права и обязанности медицинских и фармацевтических работников, ответственность за причинение вреда здоровью; вопросы финансового обеспечения охраны здоровья граждан. Также в соответствующих статьях «Основ» прописаны вопросы, связанные с медицинской экспертизой, медицинским освидетельствованием граждан, мероприятиями, осуществляемыми в связи со смертью человека, и др.



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

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

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

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

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

Общие правила, регламентирующие отношения, связанные с донорством крови и ее компонентов, сформулированы в **Законе РФ «О донорстве крови и ее компонентов»**. Согласно этим правилам, донорство крови и ее компонентов — это свободно выраженный добровольный акт. Донором может быть каждый дееспособный гражданин с 18 лет, прошедший медицинское обследование. Взятие от донора крови и ее компонентов допустимо только при условии, если здоровью донора не будет причинен вред.

Медицинскую деятельность по иммунопрофилактике инфекционных болезней регулирует **Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»**. Иммунопрофилактика инфекционных болезней — это система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения, а также ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок согласно Национальному календарю профилактических прививок. Он устанавливает сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок.

**Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза»** устанавливает правовые основы государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в 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 ВИЧ, сформулированы в **Федеральном законе «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»**.

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

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

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

Медицинские и иные работники, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими ВИЧ, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и/или опасными условиями труда в соответствии с законодательством РФ. Кроме того, они подлежат обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей, а также обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

В Законе РФ **«О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»** сформулированы общие правила оказания психиатрической помощи. В законе зафиксированы гарантии государства в области оказания психиатрической помощи; права лиц, страдающих психическими расстройствами, и ограничения в правах; порядок осуществления принудительных мер медицинского характера в отношении таких лиц; права, обязанности и меры социальной защиты врачей-психиатров, иных специалистов и медицинского персонала,

участвующих в оказании психиатрической помощи; порядок проведения психиатрического освидетельствования, оказания консультативно-лечебной помощи психиатрического профиля, диспансерного наблюдения, госпитализации (добровольной и недобровольной) лиц, страдающих психическими расстройствами, и помещения их в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения.

Медицинские и иные работники, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и/или опасными условиями труда в соответствии с законодательством РФ.

Медицинские и иные работники, участвующие в оказании психиатрической помощи, подлежат обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей, а также обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Общие правила, регулирующие оборот наркотических средств и психотропных веществ в медицинской практике, сформулированы в **Федеральном законе «О наркотических средствах и психотропных веществах»**.

Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, подлежащие контролю в 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 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»** устанавливает правовые, экономические и организационные основы дальнейшего развития ОМС населения в РФ. Вопросы медицинского страхования рассмотрены в главе 5.

Рядом нормативных правовых актов регулируется *медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека*. В соответствии с «Основами» она осуществляет-

ся путем искусственного прерывания беременности, медицинской стерилизации и искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона.

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

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

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

Также к системе законодательства об охране здоровья относятся следующие законы:

- «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- «О радиационной безопасности населения»;
- «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах»;
- «Об обращении лекарственных средств»;
- «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»;
- «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

Приоритетные направления в охране здоровья граждан регулируют, в том числе, указы Президента РФ. В соответствии с Указом Президента РФ от 07.05.2012 №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» предусмотрен комплекс мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья граждан, увеличение продолжительности их жизни.

Кроме того, к правовым источникам, регулирующим здравоохранение, относятся постановления и распоряжения Правительства РФ, приказы, инструкции, правила и другие документы Министерства здравоохранения 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.

### 3.3. ПРАВА ГРАЖДАН В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Согласно «Основам», при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют **право на медицинскую помощь**, которую оказывают медицинские работники и иные специалисты учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с *Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи*.

Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования (ДМС), а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет следующие нижеперечисленные 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, медицинской организации.** Пациент имеет право выбирать лечащего врача и медицинскую организацию независимо от места проживания. Если медицинская организация, выбранная гражданином, не удовлетворяет его требованиям, он вправе отказаться от лечения в ней и выбрать другую.

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

**Проведение по просьбе пациента консилиума и консультаций других специалистов.** Данное право существенно расширяет возможности влияния пациента на качество обследования и лечения. Для его реализации необходимо обратиться к своему лечащему врачу.

**Облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.** Недопустимо применение методов диагностики или лечения без необходимого обезболивания. За 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 всей информации, полученной при его обследовании и лечении. Без согласия пациента эта информация не может быть предоставлена никому, за исключением следующих случаев:

- по запросу органов дознания и следствия, суда;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему больному наркоманией в возрасте старше 16 лет, иным несовершеннолетним в возрасте старше 15 лет;
- в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов;
- при расследовании несчастного случая и профессионального заболевания на производстве;
- других случаев, предусмотренных законодательством РФ.

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

**Отказ от медицинского вмешательства.** Пациент или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. При отказе от медицинского вмешательства пациенту или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия.

Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником. Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния. Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (конси-

лиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей — судом.

**Получение информации о правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.** Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Лечащий врач, заведующий отделением ЛПУ или другие специалисты, принимающие непосредственное участие в обследовании и лечении, обязаны предоставить пациенту информацию о состоянии его здоровья. В отношении лиц, не достигших 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информацию предоставляют их законным представителям. 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 ДМС.** Это право пациента может быть реализовано только при условии, что гражданином (или в его пользу) заключен договор ДМС. Добровольное страхование не может быть использовано для видов помощи, которые гражданин имеет право получить бесплатно.

**Возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью пациента при оказании медицинской помощи.** При причинении вреда потерпевший или его родственники, как правило, вправе требовать компенсации.

**Допуск к пациенту адвоката или иного законного представителя для защиты его прав.** Лицо, имеющее юридический статус представителя совершеннолетнего пациента, в отличие от любого его родственника или знакомого, имеет право беспрепятственного к нему доступа.

**Допуск к пациенту священнослужителя, а в больничном учреждении — предоставление условий для отправления религиозных обрядов.** Это право означает возможность пациента иметь беспрепятственную встречу со священнослужителем в любое время суток.

Соответствующими статьями «Основ» регламентированы права на охрану здоровья отдельных категорий граждан:

- занятых на работах с вредными или опасными производственными факторами;

- военнослужащих и подлежащих призыву на военную службу;
- лиц, задержанных, заключенных под стражу и отбывающих наказание и др.

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

## 3.4. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Согласно «Основам», **право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью** в РФ имеют лица, получившие медицинское или иное образование в РФ в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

Право на осуществление фармацевтической деятельности в РФ имеют также лица, обладающие правом на осуществление медицинской деятельности и получившие дополнительное профессиональное образование в области розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения, работающие в обособленных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность (амбулатории, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), центры (отделения) общей врачебной практики), расположенных в сельских поселениях, где отсутствуют аптечные организации.

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

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

Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность. *Частная медицинская практика* — это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной



и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами.

Правом на занятие народной медициной обладают граждане РФ, получившие разрешение, выданное органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья. *Народная медицина* — это методы оздоровления, заимствованные из народного опыта, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья. Народная медицина не входит в программу госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Допускается использование методов народной медицины в ЛПУ государственной или муниципальной системы здравоохранения по решению руководителей этих учреждений.

К народной медицине не относятся целительство, оказание услуг оккультно-магического характера, а также совершение религиозных обрядов.

Незаконное занятие народной медициной, а также причинение вреда жизни или здоровью граждан при занятии народной медициной влекут за собой административную и уголовную ответственность.

В соответствии с «**Основами**» **медицинские и фармацевтические работники имеют право:**

- на обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;
- работу по трудовому договору (контракту), в том числе за рубежом;
- совершенствование профессиональных знаний и навыков за счет средств работодателя;
- защиту своей профессиональной чести и достоинства;
- прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию условий оплаты труда по результатам аттестации;
- переподготовку за счет средств работодателя при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях высвобождения работников в связи с сокращением численности или штата, ликвидации организации;
- страхование риска совершения профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением им профессиональных обязанностей;
- создание профессиональных общественных объединений.

**Меры социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников** федеральных специализированных организаций здравоохранения устанавливают федеральные законы, постановления Правительства РФ, нормативные правовые акты органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления за счет бюджетов соответствующих уровней.

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

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

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

**Гражданско-правовая ответственность** наступает при наличии вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина, а также причинно-следственной связи между оказанием медицинской помощи и наступившими последствиями, 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.

Кроме возмещения материального ущерба гражданин 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 с иными неправомерными действиями медицинских работников. Порядок компенсации морального вреда

регулируется ст. 12, ст. 150–151 ч. 1 Гражданского кодекса РФ, а также ст. 1099–1101 ч. 2 Гражданского кодекса РФ. Конкретный размер компенсации морального вреда определяется в судебном порядке.

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

Основанием для **дисциплинарной ответственности** медицинских работников служат совершаемые ими различные дисциплинарные проступки: нарушение правил внутреннего распорядка, должностных 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. Причем за каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание. Приказ о наложении дисциплинарного взыскания может быть обжалован работником в государственную инспекцию труда или в суд.

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

Основанием для **административной ответственности** служит административное правонарушение, т.е. такое противоправное виновное действие (бездействие), 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.

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

- незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной;
- нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, требований технических регламентов,

- невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта, к питьевой воде, к организации питания населения, к условиям воспитания и обучения;
  - незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов;
  - нарушение правил оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

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

УК РФ (пункт «м» ч. 2 ст. 105) предусматривает уголовное наказание в виде лишения свободы на срок от 8 до 20 лет с ограничением свободы на срок от 1 года до 2 лет либо пожизненное лишение свободы, либо смертную казнь за **убийство** в целях использования органов или тканей потерпевшего. Пункт «ж» ч. 2 ст. 111 УК РФ предусматривает уголовное наказание в виде лишения свободы на срок от 3 до 10 лет с ограничением свободы на срок до 2 лет либо без такового за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью в целях использования органов и тканей потерпевшего.

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

Согласно ст. 111 УК РФ умышленным причинением *тяжкого вреда здоровью* считается причинение вреда, опасного для жизни человека, или повлекшего за собой потерю зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрату органом его функций, прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией либо токсикоманией, или выразившегося в неизгладимом обезображивании лица, или вызвавшего значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть, или заведомо для виновного полную утрату профессиональной трудоспособности.

*Средний вред здоровью* (ст. 112 УК РФ) определяется после исключения признаков, указанных в ст. 111 УК РФ. При этом учитывают два критерия: длительность расстройства здоровья — временная утрата трудоспособности на срок более 21 дня и значительная утрата общей трудоспособности, под которой следует понимать стойкую утрату трудоспособности от 10 до 30% включительно. Стойкой утратой работоспособности следует считать и длительность расстройства здоровья свыше 120 дней с учетом последствий травмы.

*Легкий вред здоровью* характеризуется следующими признаками: кратковременным расстройством здоровья на срок до 21 дня, незначительной стойкой утратой общей трудоспособности, равной 5%.

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

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

Согласно ст. 123 УК РФ, преступлением считается *незаконное производство аборта* лицом, не имеющим высшего медицинского образования специального профиля. Лицо, совершившее такое преступление, наказывается штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы, или иного дохода осужденного за период до 6 мес, либо обязательными работами на срок от 100 до 240 ч, либо исправительными работами на срок от 1 года до 2 лет. 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 лише-

нием свободы на срок от 2 до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

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

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

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

*Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов* (ст. 233 УК РФ), дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, 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 до 180 ч, либо исправительными работами на срок до 1 года, либо ограничением свободы на срок до 2 лет, либо лишением свободы на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Согласно ч. 1 ст. 235 УК РФ, *занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии* на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека, наказывается штрафом в размере до 120 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 1 года, либо ограничением свободы на срок до 3 лет, либо лишением свободы на срок до 3 лет. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, согласно ч. 2 ст. 235 УК РФ, наказывается лишением свободы на срок до 5 лет.

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

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

Уголовную ответственность за *причинение смерти по неосторожности*, вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, предусматривает ч. 2 ст. 109 УК РФ. 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 ограничением 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, превышение должностных полномочий, получение взятки, служебный подлог, халатность.

*Злоупотребление должностными полномочиями*, т.е. использование должностным лицом своих служебных полномочий вопреки интересам службы влечет уголовную ответственность по ст. 285 УК РФ, 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. 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 опреде-

ленной деятельностью на срок до 5 лет, либо арестом на срок от 4 до 6 мес, либо лишением свободы на срок до 4 лет.

Уголовная ответственность за **взятничество** предусмотрена ст. 290 УК РФ. Взяткой считается 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.

Взятничество наказывается штрафом в размере от 100 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, ложных справок о тяжелом заболевании, необходимости постороннего ухода, наличии беременности, перенесенной травме и т.д. Как служебный подлог квалифицируются случаи выдачи заведомо ложного свидетельства о рождении или смерти, уничтожение медицинских карт, протоколов патологоанатомического вскрытия.

Опасным преступлением, способным причинить вред правам и интересам граждан, служит **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 не-



осторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека, наказывается лишением свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Юридическая и медицинская практика убедительно свидетельствует, что чем выше правовая культура медицинских работников, тем лучше исполняются ими профессиональные обязанности, тем выше эффективность и качество медицинской помощи, реальнее обеспечение прав и законных интересов граждан в сфере охраны здоровья. 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.

### 3.5. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- амбулаторно (в том числе на дому при вызове медицинского работника, в дневном стационаре), т.е. в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения;
- стационарно, т.е. в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

Существуют несколько классификаций видов медицинской помощи. Согласно «Основам», выделяют:

- ПМСП, в том числе доврачебную, врачебную;
- специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь;

- скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;
- паллиативную медицинскую помощь.

Наиболее массовый вид медицинской помощи — ПМСП.

**ПМСП** служит основой системы оказания медицинской помощи гражданам и включает в себя мероприятия по профилактике и диагностике заболеваний, лечению пациентов и их медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) и санитарно-гигиеническому просвещению населения. ПМСП оказывают гражданам в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях.

**Специализированная медицинская помощь** включает в себя лечение заболеваний, требующих специальных методов диагностики и лечения, использования сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в специализированных амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях.

**Высокотехнологичная медицинская помощь** включает в себя применение новых, сложных и (или) уникальных, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе разработанных на основе достижений смежных отраслей науки и техники, включая клеточные технологии, роботизированную технику, информационные технологии и методы геномной инженерии. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, устанавливаемым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

**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 (см. главу 15).

**Паллиативная медицинская помощь** представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на улучшение качества жизни безнадежно больных граждан и членов их семей, с целью избавления от боли и облегчения других тяжелых проявлений заболевания. Паллиативная медицинская помощь оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по вопросам оказания паллиативной помощи.

Другая классификация видов медицинской помощи основывается на номенклатуре организаций здравоохранения, а также стоящих перед ними задачах:

- амбулаторно-поликлиническая (внебольничная) медицинская помощь;

- больничная (стационарная) медицинская помощь;
- неотложная медицинская помощь;
- скорая медицинская помощь (СМП);
- санаторно-курортная медицинская помощь.

По форме оказания медицинская помощь может быть:

- *плановой* — медицинская помощь, оказываемая при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;
- *неотложной* — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи;
- *экстренной* — медицинская помощь, оказываемая при внезапных опасных для жизни состояниях, острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, для устранения угрожающих жизни состояний пациента.

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

- первая медицинская;
- доврачебная;
- первая врачебная;
- 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.

### 3.6. НОМЕНКЛАТУРА ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Населению РФ медицинскую помощь в государственном, муниципальном и частном секторах здравоохранения оказывают различные медицинские организации.

**Медицинская организация** — юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности меди-

цинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством РФ. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность. В системе здравоохранения РФ действуют *некоммерческие и коммерческие медицинские организации (организации здравоохранения)*.

Основной формой некоммерческих организаций здравоохранения являются *учреждения здравоохранения*. Государственное или муниципальное учреждение здравоохранения может быть *автономным, бюджетным* или *казенным*.

Казенное учреждение создается в сфере управленческой деятельности (для исполнения государственных, муниципальных функций). Бюджетное и автономное учреждения создаются для выполнения государственных, муниципальных работ и оказания услуг. Основными в сфере здравоохранения являются бюджетные учреждения.

Кроме того, к некоммерческим организациям здравоохранения относятся некоммерческое партнерство и автономные некоммерческие организации.

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

В настоящее время действует «**Номенклатура организаций здравоохранения**», утвержденная приказом Министерством здравоохранения РФ от 6 августа 2013 г. № 529н.

**I. Номенклатура медицинских организаций<sup>1</sup> по виду медицинской деятельности.**

1. Лечебно-профилактические медицинские организации.

1.1. Больница (в том числе детская).

1.2. Больница СМП.

1.3. Участковая больница.

1.4. Специализированная больница (в том числе по профилю медицинской помощи), а также специализированная больница государственной и муниципальной систем здравоохранения:

◆ гинекологическая;

◆ гериатрическая;

◆ инфекционная, в том числе детская;

<sup>1</sup> Медицинские организации, в которых располагаются структурные подразделения образовательных и научных организаций, на базе которых осуществляется практическая подготовка медицинских работников (клинические базы), включают в свое наименование слово «клинический».

- ◇ медицинской реабилитации, в том числе детская;
  - ◇ наркологическая;
  - ◇ онкологическая;
  - ◇ офтальмологическая;
  - ◇ психиатрическая, в том числе детская;
  - ◇ психиатрическая (стационар) специализированного типа;
  - ◇ психиатрическая (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением;
  - ◇ психоневрологическая, в том числе детская;
  - ◇ туберкулезная, в том числе детская.
- 1.5. Родильный дом.
- 1.6. Госпиталь.
- 1.7. Медико-санитарная часть, в том числе центральная.
- 1.8. Дом (больница) сестринского ухода.
- 1.9. Хоспис.
- 1.10. Лепрозорий.
- 1.11. Диспансер, в том числе диспансер государственной и муниципальной систем здравоохранения:
- ◇ врачебно-физкультурный;
  - ◇ кардиологический;
  - ◇ кожно-венерологический;
  - ◇ наркологический;
  - ◇ онкологический;
  - ◇ офтальмологический;
  - ◇ противотуберкулезный;
  - ◇ психоневрологический;
  - ◇ эндокринологический.
- 1.12. Амбулатория, в том числе врачебная.
- 1.13. Поликлиника (в том числе детская), а также поликлиника государственной и муниципальной систем здравоохранения:
- ◇ консультативно-диагностическая, в том числе детская;
  - ◇ медицинской реабилитации;
  - ◇ психотерапевтическая;
  - ◇ стоматологическая, в том числе детская;
  - ◇ физиотерапевтическая.
- 1.14. Женская консультация.
- 1.15. Дом ребенка, в том числе специализированный.
- 1.16. Молочная кухня.
- 1.17. Центр (в том числе детский), а также специализированный центр государственной и муниципальной систем здравоохранения:
- ◇ вспомогательных репродуктивных технологий;
  - ◇ высоких медицинских технологий, в том числе по профилю медицинской помощи;

- ◇ гериатрический;
- ◇ диабетологический;
- ◇ диагностический;
- ◇ здоровья;
- ◇ консультативно-диагностический, в том числе детский;
- ◇ клинико-диагностический;
- ◇ лечебного и профилактического питания;
- ◇ лечебно-реабилитационный;
- ◇ лечебной физкультуры и спортивной медицины;
- ◇ мануальной терапии;
- ◇ медицинский;
- ◇ медико-генетический (консультация);
- ◇ медицинской реабилитации для воинов-интернационалистов;
- ◇ медицинской реабилитации, в том числе детский;
- ◇ медицинской реабилитации для инвалидов и детей-инвалидов с последствиями детского церебрального паралича;
- ◇ МСЭ и реабилитации инвалидов;
- ◇ медицинской и социальной реабилитации, в том числе с отделением постоянного проживания инвалидов и детей-инвалидов с тяжелыми формами детского церебрального паралича, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих;
- ◇ медико-социальной реабилитации больных наркоманией;
- ◇ медико-хирургический;
- ◇ многопрофильный;
- ◇ общей врачебной практики (семейной медицины);
- ◇ охраны материнства и детства;
- ◇ охраны здоровья семьи и репродукции;
- ◇ охраны репродуктивного здоровья подростков;
- ◇ паллиативной медицинской помощи;
- ◇ патологии речи и нейрореабилитации;
- ◇ перинатальный;
- ◇ профессиональной патологии;
- ◇ профилактики и борьбы с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД);
- ◇ психофизиологической диагностики;
- ◇ реабилитации слуха;
- ◇ реабилитационный;
- ◇ специализированные (по профилям медицинской помощи);
- ◇ специализированных видов медицинской помощи;
- ◇ сурдологический.

- 1.18. Медицинские организации СМП и переливания крови:
  - ✧ станция СМП;
  - ✧ станция переливания крови;
  - ✧ центр крови.
- 1.19. Санаторно-курортные организации:
  - ✧ бальнеологическая лечебница;
  - ✧ грязелечебница;
  - ✧ курортная поликлиника;
  - ✧ санаторий;
  - ✧ санатории для детей, в том числе для детей с родителями;
  - ✧ санаторий-профилакторий;
  - ✧ санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия.
2. Медицинские организации особого типа.
  - 2.1. Центры:
    - ✧ медицинской профилактики;
    - ✧ медицины катастроф;
    - ✧ медицинский мобилизационных резервов «Резерв»;
    - ✧ медицинский информационно-аналитический;
    - ✧ медицинский биофизический;
    - ✧ военно-врачебной экспертизы;
    - ✧ судебно-медицинской экспертизы.
  - 2.2. Бюро:
    - ✧ МСЭ;
    - ✧ медицинской статистики;
    - ✧ патологоанатомическое;
    - ✧ судебно-медицинской экспертизы.
  - 2.3. Лаборатории:
    - ✧ клинико-диагностическая;
    - ✧ бактериологическая, в том числе по диагностике туберкулеза.
  - 2.4. Медицинский отряд, в том числе специального назначения (военного округа, флота).
3. Медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.
  - 3.1. Центры гигиены и эпидемиологии.
  - 3.2. Противочумный центр (станция).
  - 3.3. Дезинфекционный центр (станция).
  - 3.4. Центр гигиенического образования населения.
  - 3.5. Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

## II. Номенклатура медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения по территориальному признаку.

- 4.1. Федеральные.
- 4.2. Краевые, республиканские, областные, окружные.
- 4.3. Муниципальные.
- 4.4. Межрайонные.
- 4.5. Районные.
- 4.6. Городские.

ФАП, здравпункты (врачебные, фельдшерские) являются структурными подразделениями учреждений здравоохранения.

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

- по форме собственности — государственные, муниципальные, частные и иных форм собственности;
- по территориально-административной подчиненности — федеральные, субъектов РФ, муниципальные;
- по ведомственной принадлежности — системы Министерства здравоохранения РФ, Министерства обороны РФ, Министерства внутренних дел РФ, Министерства юстиции и др.;
- по месту расположения — 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.

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

## ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы и тестовые задания.
3. Изучить основные нормативные правовые акты, регулирующие медицинскую деятельность в РФ:
  - Конституция Российской Федерации;
  - Федеральный закон РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;



- Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
  - Указ Президента РФ от 07.05.2012 №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».
4. Подготовить рефераты — электронные презентации по примерным темам.
- Знание законодательства в области охраны здоровья граждан — основа успешной деятельности медицинского работника.
  - Основные законы, регулирующие медицинскую деятельность, и их значение для улучшения здоровья населения.
  - Реализация прав граждан в области охраны здоровья как основа повышения качества медицинской помощи.
  - Место медицинских организаций частной формы собственности в системе охраны здоровья населения.
  - Юридическая ответственность медицинских работников — основа реализации принципов медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях участников лечебно-диагностического процесса.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В чем важность изучения правового регулирования медицинской деятельности для медицинских работников?
2. Дайте определение понятия «система здравоохранения РФ».
3. Опишите организационно-функциональную структуру системы здравоохранения РФ.
4. Назовите системы здравоохранения, действующие в РФ.
5. Дайте характеристику государственной системы здравоохранения.
6. Дайте характеристику муниципальной системы здравоохранения.
7. Дайте характеристику частной системы здравоохранения.
8. Какие положения Конституции РФ касаются охраны здоровья граждан?
9. Назовите основополагающий нормативный акт, в котором отражены все аспекты охраны здоровья населения. Когда он был принят?
10. Перечислите нормативные правовые акты (федеральные законы), регулирующие отдельные виды медицинской помощи в РФ.
11. Охарактеризуйте общие правила, регулирующие медицинскую деятельность по трансплантации органов и тканей человека.
12. Опишите правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза и ВИЧ-инфекции в РФ.

13. Назовите основные принципы правового регулирования оборота наркотических средств и психотропных веществ в медицинской практике.

14. Каковы основные правовые требования к медицинской деятельности по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека?

15. Дайте определение понятия «медицинская помощь».

16. Назовите права граждан при обращении за медицинской помощью.

17. Перечислите общие правовые требования для занятия медицинской деятельностью.

18. Перечислите основные права медицинских и фармацевтических работников.

19. Назовите виды юридической ответственности медицинского работника.

20. Дайте характеристику гражданско-правовой ответственности.

21. Каким образом производится возмещение вреда, причиненного здоровью граждан при оказании медицинских услуг?

22. В каких случаях и каким образом наступает дисциплинарная ответственность медицинских работников за нарушения, связанные с профессиональной деятельностью?

23. В каких случаях и каким образом наступает административная ответственность медицинских работников за нарушения, связанные с профессиональной деятельностью?

24. Что является основанием для уголовной ответственности?

25. Дайте характеристику преступлений, совершаемых в медицинской практике.

26. Назовите должностные преступления, чаще всего совершаемые медицинскими работниками.

27. Назовите основные классификации видов медицинской помощи.

28. Дайте определения основным видам медицинской помощи (ПМСП, специализированная, высокотехнологичная, скорая, паллиативная).

29. Дайте определение понятиям «медицинская организация», «учреждение здравоохранения».

30. Назовите формы организаций и учреждений в здравоохранении.

31. Что такое номенклатура организаций здравоохранения? Каково ее значение?

32. Назовите возможные подходы для классификации организаций и учреждений здравоохранения.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите только один правильный ответ.

1. Нормативная правовая база в области охраны здоровья граждан определяет:

- 1) организационную структуру медицинских организаций;
- 2) численность медицинских работников, необходимых для оказания медицинской помощи населению;
- 3) организационную структуру регионального здравоохранения;
- 4) организационную основу оказания населению РФ медицинской помощи;
- 5) взаимодействие государства и каждого гражданина в профилактике социально значимых заболеваний.

2. 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, называется:

- 1) медицинской организацией;
- 2) системой здравоохранения;
- 3) общественным здравоохранением;
- 4) государственными органами здравоохранения;
- 5) основой управления здравоохранением.

3. Назовите федеральные органы управления, входящие в структуру Министерства здравоохранения:

- 1) Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, Федеральный фонд ОМС, Федеральное медико-биологическое агентство;
- 2) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, Федеральный фонд ОМС, Федеральное медико-биологическое агентство, Федеральный департамент медицинской статистики;
- 3) Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральный департамент медицинской статистики, Федеральное медико-биологическое агентство, Федеральное агентство по контролю качества медицинской помощи;
- 4) Федеральное агентство по контролю качества медицинской помощи, Федеральный департамент медицинской статистики, Федеральное агентство финансирования здравоохранения, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения;

- 5) Федеральный департамент медицинской статистики, Федеральное агентство по контролю качества медицинской помощи, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения.
4. В РФ функционируют следующие системы здравоохранения:
- 1) государственная, муниципальная, страховая;
  - 2) региональная, частная, страховая;
  - 3) муниципальная, страховая, частная;
  - 4) государственная, муниципальная, частная;
  - 5) государственная, муниципальная, смешанная.
5. Назовите системы здравоохранения, которые можно объединить термином «общественная система здравоохранения»:
- 1) государственная, страховая;
  - 2) муниципальная, федеральная;
  - 3) государственная, региональная;
  - 4) федеральная, региональная;
  - 5) государственная, муниципальная.
6. Назовите основные права граждан, касающиеся охраны здоровья и жизни любого человека, записанные в Конституции РФ (1993 г.):
- 1) право на жизнь;
  - 2) право на защиту государством материнства, детства и семьи;
  - 3) право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь;
  - 4) все перечисленные выше;
  - 5) только 1 и 3.
7. Назовите основополагающий нормативный правовой акт для каждого медицинского работника:
- 1) Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
  - 2) Федеральный закон РФ от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
  - 3) Указ Президента РФ от 07.05.2012 №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;
  - 4) Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
  - 5) Конституция РФ (1993 г.).
8. Назовите лиц, имеющих право на осуществление медицинской деятельности:
- 1) получившие медицинское или иное образование в РФ и других странах в соответствии с международными медицинскими

ми образовательными стандартами и имеющие разрешение на занятия медицинской деятельностью;

- 2) имеющие только диплом об окончании высшего или среднего медицинского учебного заведения и лицензию на оказание всех видов медицинской помощи;
- 3) получившие медицинское или иное образование в РФ в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста;
- 4) получившие только диплом об окончании высшего или среднего медицинского учебного заведения;
- 5) имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

9. Назовите необходимые документы, дающие право на занятие частной медицинской практикой:

- 1) диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста, лицензия на избранный вид медицинской деятельности;
- 2) диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста, диплом или удостоверение о прохождении повышения квалификации и профессиональной переподготовки, лицензия на избранный вид деятельности;
- 3) диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста, лицензия на избранный вид деятельности, диплом кандидата (доктора) медицинских наук в ученном звании (старшего научного сотрудника, доцента, профессора);
- 4) все перечисленные выше;
- 5) только первое.

10. Назовите виды юридической ответственности медицинских работников, наступающие за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей:

- 1) гражданско-правовая;
- 2) дисциплинарная;
- 3) административная;
- 4) уголовная;
- 5) все перечисленные выше.

11. Назовите общее основание для привлечения к юридической ответственности медицинских работников:

- 1) нанесение лицом материального вреда;
- 2) нанесение лицом морального вреда;
- 3) совершение лицом правонарушения;
- 4) причинение лицом вреда здоровью;
- 5) все перечисленное выше.

12. К какому виду ответственности может привести «нарушение правил техники безопасности» медицинским работником:

- 1) освобождение от ответственности;
- 2) уголовной ответственности;
- 3) гражданско-правовой ответственности;
- 4) административной ответственности;
- 5) дисциплинарной ответственности?

13. Назовите виды правонарушений медицинского работника, которые могут стать основанием для административной ответственности:

- 1) незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной;
- 2) нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, требований технических регламентов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- 3) нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта, к питьевой воде, к организации питания населения, к условиям воспитания и обучения;
- 4) незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов;
- 5) все перечисленные выше.

14. Назовите, какую ответственность несет врач за разглашение врачебной тайны:

- 1) административную, уголовную, гражданско-правовую;
- 2) уголовную, гражданско-правовую;
- 3) административную, дисциплинарную, уголовную;
- 4) административную, гражданско-правовую;
- 5) дисциплинарную, административную, гражданско-правовую.

15. Назовите вид правонарушения медицинского работника, который не является основанием для уголовной ответственности:

- 1) нанесение вреда здоровью потерпевшего;
- 2) нарушение правил внутреннего трудового распорядка;
- 3) причинение смерти по неосторожности;
- 4) незаконное производство аборта;
- 5) неоказание помощи больному.

16. Перечислите виды правонарушений медицинского работника, которые могут стать основанием для уголовной ответственности:

- 1) все ответы правильные, кроме 4;
- 2) незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов;

- 3) служебный подлог;
- 4) невыполнение своих трудовых обязанностей;
- 5) принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации.

17. Дайте определение ПМСП:

- 1) является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию ЗОЖ и санитарно-гигиеническому просвещению населения;
- 2) комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;
- 3) оказывается врачами общей практики и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов, а также медицинскую реабилитацию;
- 4) является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения;
- 5) оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

18. Назовите условия, в которых может оказываться медицинская помощь:

- 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- 5) все перечисленное верно.

19. Назовите, что не относится к видам медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- 1) ПМСП;
- 2) круглосуточная специализированная медицинская помощь;
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- 4) паллиативная медицинская помощь;
- 5) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

20. Назовите формы оказания медицинской помощи:

- 1) экстренная; неотложная; круглосуточная;
- 2) плановая; экстренная; неотложная; специализированная;
- 3) экстренная; неотложная; плановая;
- 4) амбулаторная; неотложная; плановая; круглосуточная;
- 5) стационарная; амбулаторная; плановая; неотложная.

21. Назовите вид медицинской помощи, который считается основой системы оказания медицинской помощи:

- 1) экстренная медицинская помощь;
- 2) ПМСП;
- 3) плановая медицинская помощь;
- 4) круглосуточная медицинская помощь;
- 5) стационарная медицинская помощь.

22. Ответьте, как можно классифицировать виды медицинской помощи, основываясь на «Номенклатуре организаций здравоохранения»:

- 1) первая медицинская; доврачебная; первая врачебная; специализированная, СМП, санаторно-курортная медицинская помощь;
- 2) амбулаторно-поликлиническая (внебольничная) медицинская помощь, больничная (стационарная) медицинская помощь, специализированная; высокотехнологичная (дорогостоящая);
- 3) плановая медицинская помощь, больничная (стационарная) медицинская помощь, неотложная медицинская помощь, СМП, санаторно-курортная медицинская помощь, специализированная; высокотехнологичная (дорогостоящая);
- 4) амбулаторно-поликлиническая (внебольничная) медицинская помощь, больничная (стационарная) медицинская помощь, неотложная медицинская помощь, СМП, санаторно-курортная медицинская помощь;
- 5) первая врачебная, неотложная медицинская помощь, СМП, санаторно-курортная медицинская помощь, специализированная помощь.



23. Дайте определение специализированной медицинской помощи:
- 1) оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно;
  - 2) оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию;
  - 3) является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию ЗОЖ и санитарно-гигиеническому просвещению населения;
  - 4) оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию;
  - 5) представляет собой комплекс медицинских вмешательств в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.
24. Дайте определение паллиативной медицинской помощи:
- 1) представляет собой комплекс медицинских вмешательств в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан;
  - 2) оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
  - 3) представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан;
  - 4) является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию ЗОЖ и санитарно-гигиеническому просвещению населения;

- 5) оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

25. Дайте определение скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи:

- 1) оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- 2) является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию ЗОЖ и санитарно-гигиеническому просвещению населения;
- 3) является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения;
- 4) оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно;
- 5) оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

26. Дайте определение высокотехнологичной медицинской помощи:

- 1) представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан;
- 2) включает в себя применение новых, сложных и (или) уникальных, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе разработанных на основе достижений смежных отраслей науки и техники, включая клеточные технологии, роботизированную технику, информа-

- ционные технологии и методы генной инженерии; оказываются медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, устанавливаемым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 3) включает в себя применение новых, сложных и (или) уникальных, достижений смежных отраслей науки и техники, включая клеточные технологии, роботизированную технику, информационные технологии и методы генной инженерии; оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи;
  - 4) оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродового периода), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию;
  - 5) оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.
27. Дайте определение понятия «медицинская организация»:
- 1) юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством РФ;
  - 2) юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством РФ. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;
  - 3) организация, где оказывают профессиональную медицинскую помощь на основании выданной лицензии. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;
  - 4) организация в форме юридического лица, которое независимо от организационно-правовой формы осуществляет в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии;

- 5) юридическое лицо в виде организации, осуществляющее деятельность в области медицины на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством РФ. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

28. Назовите виды медицинских организаций в соответствии с номенклатурой медицинских организаций (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 августа 2013 г.):

- 1) лечебно-профилактические медицинские организации, диспансеры, центры государственной и муниципальной систем здравоохранения;
- 2) медицинские организации особого типа, центры государственной и муниципальной систем здравоохранения, медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- 3) центры государственной и муниципальной систем здравоохранения, медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, бюро МСЭ;
- 4) лечебно-профилактические медицинские организации, медицинские организации особого типа, медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- 5) лечебно-профилактические медицинские организации, центры государственной и муниципальной систем здравоохранения, центры медицинской профилактики.

29. Назовите виды медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения по территориальному признаку (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 августа 2013 г.):

- 1) федеральные, краевые, республиканские, областные, окружные, муниципальные, межрайонные, районные, городские;
- 2) федеральные, областные, муниципальные, районные, сельские, городские;
- 3) краевые, областные, муниципальные, межрайонные, районные, сельские, городские;
- 4) республиканские, межобластные, окружные, муниципальные, межрайонные, районные, городские;
- 5) межреспубликанские, областные, муниципальные, межрайонные, сельские, городские.

### **4.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Известно, что здоровье — категория не только социальная, но и экономическая, хотя оно 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 поддержание, укрепление, восстановление здоровья приходится затрачивать материальные, финансовые, информационные, трудовые и другие ресурсы. Здоровье, таким образом, обладает стоимостью, что позволяет рассматривать его в опосредованной форме как категорию экономическую.

Нельзя согласиться с тем, что здравоохранение традиционно относят к непроизводственным отраслям, к сфере услуг нематериального характера. В нем присутствуют товарно-материальная и духовно-информационная составляющие. В этом смысле здравоохранение можно называть «отраслью сохранения и производства здоровья», в которой используется большой арсенал медицинских, экономических методов и средств.

С учетом сказанного надлежит решать следующие вопросы:

- стоимостная оценка здоровья как важнейшей составляющей национального богатства и фактора экономического роста государства;
- цена отдельной медицинской услуги и стоимость видов 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, преждевременной смертности.

Ответы на эти и другие вопросы дает наука — экономика здравоохранения.

Экономика здравоохранения — это отрасль экономики, которая исследует действие объективных экономических законов, влияющих на удовлетворение потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья.

Организации здравоохранения в рамках законодательства осуществляют экономическую деятельность — работу по производству и реализации медицинских товаров и услуг, направленную на сохранение и укрепление здоровья населения, используя при этом различные финансовые, материальные, трудовые, информационные и другие ресурсы.

## 4.2. ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В системе здравоохранения РФ действуют две экономические формы оказания гражданам медицинской помощи. Первая — бесплатная, за счет средств бюджетов всех уровней, ОМС 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, представлены на рис. 4.1.

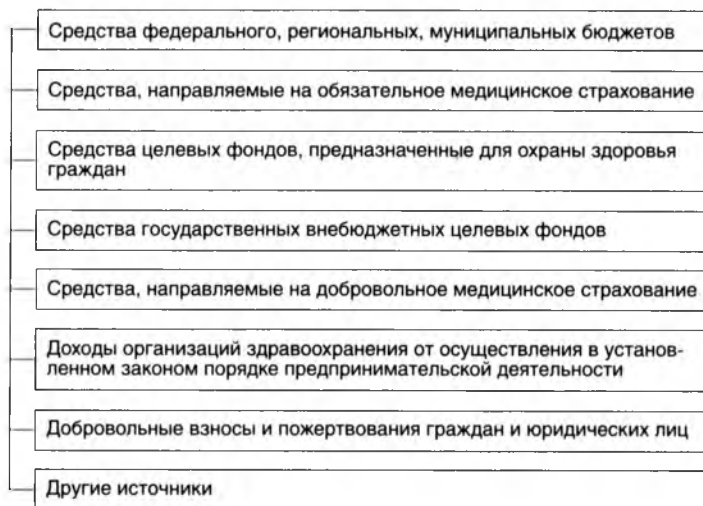


Рис. 4.1. Источники финансирования организаций здравоохранения

### 4.3. ОПЛАТА ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Особое место в экономике здравоохранения занимает вопрос оплаты труда. Эта проблема — одна из самых трудноразрешимых в экономике любой отрасли, поскольку включает не только экономическую, но и, прежде всего, социальную составляющую.

Оплата труда — главный источник формирования денежных доходов работника. Работодатель обязан компенсировать затраты умственного и физического труда работающего путем денежной выплаты в виде заработной платы. При этом остается один из вечных вопросов: какая заработная плата необходима, чтобы она не только возмещала трудовые затраты, но и стимулировала интерес к качественной и производительной работе?

Две главные составляющие определяют размер заработной платы работников здравоохранения — форма оплаты труда и общая сумма 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.

Фонд оплаты труда состоит из *фонда заработной платы* — денежных поступлений организации здравоохранения, непосредственно используемых для выплаты заработной платы, и *резервных средств* —

дополнительных к основной зарплате выплат (оплата отпусков, материальные поощрения и др.).

Финансовые средства организаций здравоохранения распределяются на две составляющие: первая — фонд оплаты труда с начислениями во внебюджетные государственные фонды, вторая — 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.

На первом этапе планирования фонда оплаты труда определяется число должностей медицинского персонала. Причем здесь возможны два подхода: первый — в соответствии со штатными нормативами, которые в настоящее время носят рекомендательный характер, второй — исходя из объема работы организации здравоохранения и ее подразделений. На практике, как правило, встречается сочетание того и другого подходов.

Штатное расписание административно-хозяйственного и прочего персонала устанавливается в соответствии с типовым штатным расписанием, утвержденным для данного типа организаций с учетом особенностей и объема работы. При этом составляются тарификационные списки должностей работников, которые служат основными документами для определения должностных окладов работников здравоохранения.

Наименование должностей специалистов из числа среднего медицинского и фармацевтического персонала должно соответствовать номенклатуре, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

— Средний медицинский персонал:

- главная медицинская сестра (главная акушерка, главный фельдшер);
- акушер;
- гигиенист стоматологический;
- заведующий молочной кухней;
- заведующий здравпунктом — фельдшер (медицинская сестра);
- заведующий фельдшерско-акушерским пунктом — фельдшер (акушер, медицинская сестра);
- заведующий кабинетом медицинской профилактики — фельдшер (медицинская сестра);
- заведующий производством учреждений (отделов, отделений, лабораторий) зубопротезирования;
- зубной врач;



- зубной техник;
- инструктор-дезинфектор;
- инструктор по гигиеническому воспитанию;
- инструктор по лечебной физкультуре;
- инструктор по трудовой терапии;
- лаборант;
- медицинская сестра;
- медицинская сестра-анестезист;
- медицинская сестра врача общей практики (семейного врача);
- медицинская сестра диетическая;
- медицинская сестра медико-социальной помощи;
- медицинская сестра палатная (постовая);
- медицинская сестра патронажная;
- медицинская сестра перевязочной;
- медицинская сестра по косметологии;
- медицинская сестра по массажу;
- медицинская сестра (фельдшер) по приему вызовов СМП и передаче их выездным бригадам СМП;
- медицинская сестра приемного отделения;
- медицинская сестра процедурной;
- медицинская сестра по реабилитации;
- медицинская сестра стерилизационной;
- медицинская сестра участковая;
- медицинская сестра по физиотерапии;
- медицинский дезинфектор;
- медицинский лабораторный техник (фельдшер-лаборант);
- медицинский оптик-оптометрист;
- медицинский регистратор;
- медицинский статистик;
- медицинский технолог;
- операционная медицинская сестра;
- помощник: врача-эпидемиолога, врача-паразитолога, врача по гигиене детей и подростков, врача по гигиене питания, врача по гигиене труда, врача по гигиеническому воспитанию, врача по коммунальной гигиене, врача по общей гигиене, врача по радиационной гигиене;
- помощник энтомолога;
- рентгенолаборант;
- старшая медицинская сестра (акушер, фельдшер, операционная медицинская сестра, зубной техник);
- фельдшер;
- фельдшер СМП;

- фельдшер-нарколог;
- фельдшер-водитель СМП.
- Средний фармацевтический персонал:
  - младший фармацевт;
  - старший фармацевт;
  - фармацевт.

Должностные оклады и другие виды оплаты труда средних медицинских работников определяют исходя из занимаемой должности, стажа непрерывной работы, образования, квалификации и других условий, предусмотренных приказом, определяющим порядок оплаты труда работников соответствующих должностей.

Основные формы оплаты труда средних медицинских работников:

- повременная;
- сдельная;
- контрактная.

При *повременных формах* оплата производится за определенное количество отработанного времени независимо от объема выполненной работы.

*Сдельная форма* оплаты труда основывается на установлении заработной платы в зависимости от объема выполненной работы за определенный период времени (чаще — за месяц).

Достоинство сдельной формы оплаты труда состоит в том, что величина заработной платы непосредственно связана с количеством затраченного труда, который измеряется объемом выполненной работы.

Однако в здравоохранении трудно измерить объем выполненных работ, услуг в натуральном исчислении. Кроме того, если выполненная работа носит коллективный характер, то приходится либо выделять долю объема работ, выполненных каждым членом коллектива, либо исчислять сдельную заработную плату в расчете на весь коллектив, а затем делить ее между работающими в соответствии с мерой их участия в труде, определяемой так называемым коэффициентом трудового участия.

*Контрактная форма* оплаты труда позволяет достаточно объективно учесть объем и качество выполненной работы. В настоящее время данная форма является наиболее прогрессивной.

В 2008 г. осуществлен переход на новую систему оплаты труда работников бюджетной сферы, в том числе здравоохранения. Введение данной системы позволило отказаться от ранее существовавшего директивного подхода к формированию заработной платы работников здравоохранения (на основе единой тарифной сетки) и учитывать специфику медицинского труда. Эта система оплаты труда включает следующие составляющие, которые должны учитываться

при исчислении заработной платы конкретного медицинского работника:

- базовый должностной оклад;
- компенсационные выплаты;
- стимулирующие выплаты.

*Базовый должностной оклад (базовая ставка заработной платы)* — минимальный должностной оклад работника государственного или муниципального учреждения, входящего в соответствующую профессиональную квалификационную группу, без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат. 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).

Механизм реализации этой системы оплаты труда состоит в заключении трудовых договоров с каждым работником бюджетного учреждения здравоохранения.

## 4.4. АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Финансовые и материальные ресурсы входят в число основных категорий, используемых организациями здравоохранения в процессе экономической деятельности.

*Финансовые ресурсы здравоохранения* — это совокупность всех видов денежных средств (русская и иностранная валюта, ценные бумаги, платежные карты и денежные документы), находящихся в распоряжении органов управления здравоохранением, фондов ОМС, организаций здравоохранения, страховых медицинских организаций и предназначенных для обеспечения функционирования и развития системы здравоохранения.

*Материальные ресурсы здравоохранения* — это совокупность зданий, сооружений, оборудования, транспорта, горюче-смазочных материалов, лекарственных средств и изделий медицинского назна-

чения, 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, служит *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 обязательствах, 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.

Пассив показывает возможное погашение организацией в будущем требований ее учредителей и кредиторов и стоимость этих требований.

Одним из важнейших показателей актива организации здравоохранения служит его ликвидность.

*Ликвидность активов* — это способность финансовых, материальных, нематериальных ресурсов быстро реализовываться по рыночной цене для погашения денежных обязательств организации.

По степени ликвидности ресурсы организаций здравоохранения (активы) формально делятся на четыре группы:

- *наиболее ликвидные* — денежные средства в отечественной и иностранной валюте на счетах и в кассе, краткосрочные финансовые вложения в ценные бумаги;
- *быстрореализуемые* — долгосрочная и краткосрочная дебиторская задолженность, готовая продукция (медицинские товары);
- *медленнореализуемые* — сырье, расходы будущих периодов, долгосрочные финансовые вложения, налог на добавленную стоимость по приобретенным ценностям;
- *труднореализуемые* — нематериальные активы, здания, сооружения, оборудование, незавершенное строительство, доходные вложения в материальные ценности, отложенные налоговые активы.

Это деление достаточно условное. Например, в числе труднореализуемых активов может быть современное медицинское оборудование, на практике легко реализуемое по рыночным ценам. Или, наоборот, в списке быстрореализуемых запасов медицинского товара могут оказаться лекарственные средства и изделия медицинского назначения, в действительности не пользующиеся спросом.

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.

*Банкротство (несостоятельность)* — признанная арбитражным судом или официально объявленная учредителями неспособность организации удовлетворять требования кредиторов по оплате товаров и услуг, включая неуплату обязательных платежей в бюджет и внебюджетные фонды в течение трех месяцев с момента наступления даты их исполнения.

Для оценки платежеспособности организации используют следующие показатели:

- коэффициент текущей ликвидности;
- коэффициент абсолютной ликвидности.

*Коэффициент текущей ликвидности* характеризует степень обеспеченности (финансового покрытия) краткосрочных обязательств организации всеми имеющимися в ее распоряжении оборотными активами. Краткосрочные обязательства включают в себя: задолженность по краткосрочным займам и кредитам, кредиторскую задолженность, задолженность участникам (учредителям) по выплате доходов, прочие краткосрочные обязательства.

Коэффициент текущей ликвидности — основополагающий показатель для оценки платежеспособности организации. Он рассчитывается по формуле:

$$\text{Коэффициент текущей ликвидности} = \frac{\text{Общая стоимость оборотных активов}}{\text{Общая стоимость краткосрочных обязательств}}$$

Считается, что оптимальное значение этого показателя должно находиться в интервале 1,0–2,0.

*Коэффициент абсолютной ликвидности* отражает обеспеченность организации наиболее ликвидными активами для погашения краткосрочных денежных обязательств организации. Находится по следующей формуле:

$$\text{Коэффициент абсолютной ликвидности} = \frac{\text{Общая стоимость наиболее ликвидных активов}}{\text{Общая стоимость краткосрочных обязательств}}$$

Оптимальным считается значение этого показателя в интервале 0,2–0,5.

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 бухгалтерского учета и отчетности — в соответствии с «Общероссийским классификатором основных фондов», со сроком полезного использования более 12 мес.

Статистика основных средств включает в себя следующие группы показателей:

- 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*:

$$\text{Среднегодовая балансовая стоимость основных средств (БСос)} = \frac{\frac{1}{2} \text{БСос на } 01.01. \text{ отчетного года} + \text{БСос на } 01.02. + \dots + \text{БСос на } 01.12. + \text{БСос на } 01.01. \text{ следующего за отчетным годом}}{12}$$

В процессе работы основные средства подвергаются физическому и моральному износу.

*Физический износ* означает утрату 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 следующей формуле:

$$\text{Коэффициент физического износа объекта основных средств} = \frac{\text{Фактическое число лет эксплуатации}}{\text{Нормативный срок эксплуатации}}$$

Достижение этим показателем значения, равного единице, служит 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 стоимости действующих диагностических комплексов. Второе — к удешевлению вновь создаваемого оборудования по сравнению с действующим. Степень морального износа основных средств определяется путем экспертизы и должна учитываться при определении сроков их службы, норм амортизации, а также при переоценке.

В здравоохранении имеет принципиальное значение своевременная и объективная оценка физического и морального износа основных средств, прежде всего диагностического и лечебного медицинского оборудования. От технических и эксплуатационных характеристик, например рентгенодиагностических комплексов, оборудования

для проведения лучевой терапии, зависят здоровье и безопасность не только пациентов, но и обслуживающего персонала. Поэтому основные средства в здравоохранении (здания, сооружения, медицинское и бытовое оборудование, транспорт) должны подвергаться постоянной реновации.

**Реновация** — процесс замещения выбывающих в результате физического и морального износа основных средств новыми. Реновация служит 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 следующие показатели:

- коэффициент обновления основных средств;
- коэффициент выбытия основных средств.

**Коэффициент обновления основных средств** характеризует процесс постоянного обновления зданий, сооружений, оборудования, транспорта и других объектов бухгалтерского учета организаций здравоохранения как обязательного условия повышения качества медицинской помощи. Этот показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент обновления основных средств} = \frac{\text{Стоимость основных средств, вновь введенных в отчетном году}}{\text{Среднегодовая балансовая стоимость основных средств на конец отчетного года}}$$

Рекомендуемое значение — не менее 0,5.

**Коэффициент выбытия основных средств** дополняет предыдущий показатель и характеризует своевременность вывода (списание) объектов основных средств из эксплуатации по достижении ими нормативного срока работы:

$$\text{Коэффициент выбытия основных средств} = \frac{\text{Стоимость основных средств, выбывших в отчетном году}}{\text{Среднегодовая балансовая стоимость основных средств на начало года, следующего за отчетным}}$$

Рекомендуемое значение этого показателя — не менее 0,25.

**Показатели использования основных средств.** Один из важнейших разделов статистики основных средств — расчет и анализ показателей



их использования. Для характеристики полноты и эффективности использования основных средств в здравоохранении рассчитывают:

- показатель фондоотдачи;
- показатель фондоемкости;
- показатель фондовооруженности.

*Показатель фондоотдачи* применяют для анализа эффективности использования основных средств, что соответствует тому, сколько медицинских товаров и услуг (в стоимостном выражении) производится на единицу стоимости основных средств:

$$\text{Фондоотдача} = \frac{\text{Стоимость произведенных медицинских товаров и (или) услуг}}{\text{Среднегодовая балансовая стоимость основных средств}}$$

Положительная динамика этого показателя свидетельствует об эффективном использовании основных средств организацией здравоохранения.

*Показатель фондоемкости* является обратным к показателю фондоотдачи и характеризует величину основных средств, необходимую для производства единицы продукции (медицинских товаров и услуг) стоимостью в 1 рубль. Рассчитывается по формуле:

$$\text{Фондоемкость} = \frac{\text{Среднегодовая балансовая стоимость основных средств}}{\text{Стоимость произведенных медицинских товаров и (или) услуг}}$$

Уменьшение данного показателя в динамике также служит 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. Положительная динамика этого показателя служит одним из условий улучшения качества медицинской помощи. Его находят по формуле:

$$\text{Фондовооруженность} = \frac{\text{Среднегодовая балансовая стоимость основных средств}}{\text{Среднесписочная численность персонала}}$$

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 оборотных средств осуществляется в течение одного производственного цикла (лечебной, диагностической, реабилитационной процедуры) или относительно короткого периода времени, не превышающего 12 мес.

Для статистического анализа оборотных средств используют следующие показатели:

- коэффициент оборачиваемости оборотных средств;
- коэффициент закрепления оборотных средств.

*Коэффициент оборачиваемости оборотных средств* характеризует скорость оборота ресурсов (в разах) за определенный период времени и показывает величину реализованной продукции, приходящуюся на 1 рубль оборотных средств:

$$\text{Коэффициент оборачиваемости оборотных средств} = \frac{\text{Стоимость произведенных медицинских товаров и (или) услуг за отчетный период*}}{\text{Средняя величина оборотных средств, участвовавших в обороте в отчетном периоде*}}$$

*Примечание.* \* Отчетный период — месяц, квартал, год.

Увеличение показателя в динамике — свидетельство повышения эффективности работы организации здравоохранения. Уменьшение показателя — свидетельство ухудшения ее финансового состояния.

*Коэффициент закрепления оборотных средств* является обратным предыдущему показателю и соответствует средней стоимости ресурсов, необходимых для производства продукции стоимостью 1 рубль:

$$\text{Коэффициент закрепления оборотных средств} = \frac{\text{Средняя величина оборотных средств, участвовавших в обороте в отчетном периоде*}}{\text{Стоимость произведенных медицинских товаров и (или) услуг за отчетный период*}}$$

*Примечание.* \* Отчетный период — месяц, квартал, год.

Уменьшение значения этого показателя в динамике свидетельствует об улучшении финансового состояния организации здравоохранения.

Завершающим этапом анализа экономической деятельности организации здравоохранения служит оценка ее 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 (см. ниже). В процессе формирования прибыли отражаются все основные составляющие 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 одна из главных составляющих в оценке финансовых результатов организации — 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.

При оценке затрат выделяют:

- переменные затраты;
- постоянные затраты.

*Переменные затраты* — издержки на производство и реализацию продукции, величина которых изменяется пропорционально объему этой продукции. К ним относятся: заработная плата персонала, непосредственно занятого в производстве, стоимость потребленных материальных ресурсов (материалы, сырье, энергоносители, тара и др.), расходы на рекламу, налоги, 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 вне-

бюджетные 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.

Затраты на производство и реализацию продукции составляют *полную себестоимость продукции*.

В статистике экономической деятельности для оценки финансовых результатов здравоохранения рассчитывают следующие показатели:

- показатель валовой прибыли;
- показатель чистой прибыли.

*Показатель валовой (маржинальной) прибыли* комплексно отражает финансовые результаты деятельности организации здравоохранения и характеризует превышение доходов от реализации медицинских товаров и (или) услуг над затратами по производству и реализации этой продукции. Его рассчитывают следующим образом:

$$\text{Валовая прибыль} = \left( \begin{array}{c} \text{Выручка от реализации} \\ \text{медицинских} \\ \text{товаров и (или) услуг} \end{array} \right) - \left( \begin{array}{c} \text{Полная себестоимость} \\ \text{медицинских} \\ \text{товаров и (или) услуг} \end{array} \right).$$

*Показатель чистой прибыли* показывает объем прибыли, оставшейся в распоряжении организации здравоохранения после уплаты налогов и других платежей в бюджет и внебюджетные фонды:

$$\text{Чистая прибыль} = \left( \begin{array}{c} \text{Сумма} \\ \text{валовой прибыли} \end{array} \right) - \left( \begin{array}{c} \text{Сумма уплаченных налогов} \\ \text{и других платежей в бюджет} \\ \text{и внебюджетные фонды} \end{array} \right).$$

Для эффективно работающих организаций здравоохранения значения этих показателей должны быть положительными 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 здравоохране-

ния применяют *специальный показатель рентабельности (рентабельность продаж)*:

$$\frac{\text{Специальный показатель рентабельности (рентабельность продаж)}}{\text{Чистая прибыль}} = \frac{\text{Общий объем выручки от реализации медицинских товаров и (или) услуг}}{\text{Общий объем выручки от реализации медицинских товаров и (или) услуг}} \times 100.$$

Рекомендуемое значение этого показателя — 15–20%.

Финансовая устойчивость организации здравоохранения — характеристика стабильности финансового положения организации, которая достигается высокой долей собственного капитала в структуре используемых финансовых ресурсов.

Другими словами, под финансовой устойчивостью понимается способность организации своевременно расплачиваться по своим обязательствам, т.е. быть платежеспособной.

Платежеспособность — способность физических и юридических лиц выполнять обязательства по платежам, установленные в договорах и законодательными актами.

Основными показателями, позволяющими оценить финансовую устойчивость организации, служат:

- коэффициент задолженности;
- коэффициент автономии.

*Собственные оборотные средства (собственный оборотный капитал)* — важнейший источник формирования оборотных средств, который обеспечивает финансовую самостоятельность организации, необходимую для эффективной экономической деятельности. Такие средства формируются за счет уставного капитала, чистой прибыли, резервного капитала (страхового фонда), фонда накопления. Они могут пополняться за счет эмиссии ценных бумаг, размещения их на первичном финансовом рынке. Служат источником образования нормируемых оборотных средств.

В структуре источников формирования оборотных средств, наряду с собственным капиталом, всегда присутствуют и участвуют в обороте привлеченные средства, основу которых составляют заемные средства — краткосрочные кредиты банков. Кроме того, к привлеченным средствам относятся кредиторская задолженность, остатки фондов и резервов организации, временно не используемые по целевому назначению.

Оптимальное соотношение долей собственного и привлеченного капитала и служит главным условием финансовой устойчивости организации здравоохранения, которая оценивается коэффициентом задолженности.

*Коэффициент задолженности* отражает потенциальную возможность организации влиять на прибыль и рентабельность путем изме-

нения объема и структуры долгосрочных обязательств. Определяется как соотношение заемного капитала к собственному капиталу:

$$\text{Коэффициент задолженности} = \frac{\text{Общая сумма привлеченных оборотных средств}}{\text{Сумма собственных оборотных средств}}$$

Считается, что оптимальное значение коэффициента задолженности должно быть  $\leq 1$ . Чем выше этот показатель, тем больше долговых обязательств у организации и тем выше риск ее банкротства. Рост показателя в динамике означает увеличение доли заемных средств в финансировании организации, что может существенно ухудшить ее финансовое положение в случае замедления темпов производства и (или) реализации продукции, поскольку расходы по выплате банковского процента за кредиты относятся к постоянным затратам и не могут уменьшаться пропорционально уменьшению объема реализации продукции. Таким образом, этот показатель играет важную роль в финансовом менеджменте.

*Коэффициент автономии* характеризует роль собственного капитала в формировании активов организации и соответствует доле средств, которые организация может длительное время использовать в своей деятельности:

$$\text{Коэффициент автономии} = \frac{\text{Сумма собственных оборотных средств}}{\text{Общая стоимость основных и оборотных активов}}$$

Значение этого показателя больше 0,6 свидетельствует, что организация в состоянии произвести все платежи, прежде всего — за счет собственных средств.

## 4.5. 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.

Показатели эффективности деятельности медицинских учреждений служат критерием социальной и экономической значимости здравоохранения в обществе. В целом эффективность здравоохранения выражается в воздействии его на сохранение и улучшение здоровья населения, повышении производительности труда, сокращении расходов по социальному страхованию и социальной защите и, в итоге, увеличении валового внутреннего продукта.

**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, например вакцинации детского населения против гриппа, рассчитывают по формуле:

$$\text{Эффективность вакцинации детского населения против гриппа} = \frac{\text{Число не заболевших гриппом детей, получивших вакцину}}{\text{Число вакцинированных детей}} \times 100.$$

Одним из показателей оценки медицинской эффективности работы диагностических служб (рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, цитологической и др.) может быть **показатель доли больных с I–II стадией злокачественных новообразований**. Этот показатель рассчитывается как процентное отношение числа больных со впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного образования в I–II стадии к общему числу онкологических больных со впервые в жизни установленным диагнозом.

Медицинская эффективность лечения больных, страдающих социально значимыми заболеваниями, например алкоголизмом и наркоманией, может характеризоваться **показателями удельного веса больных алкоголизмом (наркоманией) с ремиссией более 1 года**. Эти показатели рассчитывают как процентное отношение пациентов с продолжительностью ремиссии более 1 года к среднегодовому числу диспансерных больных, страдающих алкоголизмом (наркоманией).

Также в анализе медицинской эффективности важнейшей составляющей является оценка результатов динамического наблюдения диспансерных больных, которая выражается **показателем эффективности диспансеризации**. Этот показатель рассчитывают как процентное отношение числа больных, состоящих на диспансерном учете и у которых на конец отчетного периода отмечался один из возможных исходов (улучшение, без изменений, ухудшение), к общему числу

больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания.

Медицинскую эффективность проводимых реабилитационных мероприятий среди лиц со стойкой нетрудоспособностью (инвалидов) можно оценивать **показателем полной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов**. Этот показатель рассчитывают как процентное отношение числа инвалидов, признанных трудоспособными, к общему числу повторно освидетельствованных в бюро МСЭ инвалидов.

**Социальная эффективность.** Анализ социальной эффективности системы здравоохранения<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 реальными временными и материальными затратами различных социальных групп населения при получении гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

Объективными индикаторами доступности здравоохранения в случае, например, с сельским населением (как с особой социальной группой) могут служить **показатели средней удаленности местных учреждений здравоохранения от получателей медицинской помощи или среднего времени, затрачиваемого сельскими жителями на получение медицинской помощи**, причем это время должно включать не только проезд, но и вынужденное ожидание пациентов в очередях в медицинских учреждениях.

Субъективным, но оттого не менее значимым, индикатором доступности медицинской помощи является **состояние общественного мнения**, которое может репрезентативно оцениваться в масштабе локального сообщества (населения муниципального района, городского округа, субъекта РФ) или конкретной социальной группы. Для расчета этого показателя также применимы методы стандартизованного (в том числе анкетного) опроса.

Другим существенным индикатором социальной эффективности здравоохранения является **индекс информированности населения об имеющихся заболеваниях**. Для расчета этого показателя наряду с

<sup>1</sup> По материалам доктора социологических наук, профессора А.М. Осипова.



обычно доступными для исследователя данными о заболеваемости по обращаемости используют данные, полученные при проведении стандартизированного (анкетного) опроса.

Уровень информированности отдельных социальных групп населения об имеющихся заболеваниях рассчитывают по формуле:

$$\text{Индекс информированности населения о заболеваниях} = \frac{\text{Число заболеваний, известных пациентам}}{\text{Число заболеваний, установленных при обращении в организации здравоохранения}}$$

Этот показатель варьирует от 0 до 1,0 и существенно различается в разных 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.

**Индекс удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения** рассчитывают по формуле:

$$\text{Индекс удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения} = a + 3/4 \times b + 1/2 \times v,$$

где  $a$  — процентная доля ответов «Да, вполне»;  $b$  — процентная доля ответов «Скорее, да»;  $v$  — процентная доля ответов «Затрудняюсь ответить».

Индекс варьирует от 0 до 100.

**Экономическая эффективность** — важнейший показатель оценки экономической деятельности системы здравоохранения в целом, отдельных организаций, специализированных служб, а также резуль-

татов медико-социальных программ. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Экономическая эффективность} = \frac{\text{Экономический эффект}}{\text{Затраты}}$$

**Экономический эффект в здравоохранении** — один из результатов деятельности организации здравоохранения, который выражается в показателях прибыли или убытков и определяется как разница между доходами и затратами.

Расчет экономической эффективности связан с поиском путей наиболее рационального использования имеющихся в здравоохранении ресурсов.

Экономическая эффективность в здравоохранении рассматривается в двух аспектах: внутренний — эффективность использования различных видов ресурсов в системе здравоохранения, внешний — влияние здравоохранения на развитие экономики страны.

Исходя из понимания, что высшей ценностью в обществе являются здоровье и жизнь человека, экономическая эффективность не может быть определяющей в принятии решений о выделении необходимых ресурсов для проведения тех или иных лечебно-профилактических мероприятий. Главными критериями здесь должны быть показатели медицинской и социальной эффективности. Однако анализ экономической эффективности деятельности системы здравоохранения необходим в обосновании потребности в тех или иных ресурсах и разработке механизмов их рационального использования.

Особенность оценки экономической эффективности в здравоохранении заключается в том, что нередко медицинские мероприятия профилактической, лечебной, реабилитационной направленности могут быть экономически невыгодны, однако медицинская и социальная эффективность от их реализации достаточно высока. Так, например, при оказании медицинской помощи пожилым людям с хроническими и дегенеративными заболеваниями, больным с умственной отсталостью достигается определенная медицинская и социальная 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 будет означать уменьшение экономических потерь, связанных с объемом произведенной и нереализованной продукции в период нахождения его на больничном листе, т.е. принесет зна-

чительный экономический эффект. В то же время выздоровление нетрудоспособного пенсионера и инвалида не принесет ожидаемого экономического эффекта, более того, будет означать дополнительные экономические потери в связи с выплатами пенсии по старости или пособия по инвалидности. Однако социальная эффективность будет высока — человеку продлевается жизнь.

## 4.6. 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 т.д. 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* — это 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* — 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 секторов: медицинских услуг, лекарственных препаратов, труда медицинского персонала, научных разработок, медицинских технологий, медицинского оборудования, техники и др.

Различают следующие основные понятия рынка:

- спрос;
- предложение;
- услуга;
- цена;
- конкуренция;
- маркетинг.

*Спрос* — это одно из фундаментальных понятий рыночной экономики, означающее желание покупателей приобрести данный товар,

подкрепленное реальной денежной возможностью. Спрос измеряется величиной, означающей количество товаров и услуг, которое покупатель желает и способен приобрести по данной цене в данный период времени. Объем и структура спроса зависят не только от цен на товары и услуги, но и от других, неценовых факторов, таких как мода, доходы потребителей, а также от цен на другие предметы потребления, в том числе на их заменители. Спрос — явление весьма динамичное. Он может изменять свое состояние от ажиотажа до полного отрицания необходимости каких-либо товаров и услуг.

Применительно к здравоохранению спрос — это количество медицинских товаров и услуг, которые желают и могут приобрести 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* формируется, когда отдельные пациенты могут испытывать потребность, которую невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке медицинских товаров и услуг. К этому виду спроса относятся, например: услуги семейного врача, известных специалистов, 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*. Это сезонные временные колебания. Например, спрос на санаторно-курортное лечение выше в весенне-летний период, чем в осенне-зимний. Обращения к отдельным врачам-специалистам зависят от сезонности некоторых заболеваний (грипп, язвенная болезнь, вирусный гепатит и др.).
- *Чрезмерный спрос*. В здравоохранении наблюдается 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 следующей формуле:

$$C = N \times П,$$

где  $C$  — спрос на медицинские услуги;  $N$  — число пациентов;  $П$  — показатель обращаемости населения за медицинскими услугами.

В зависимости от характера спроса можно прогнозировать изменения потребностей пациентов в медицинских услугах и, следовательно, увеличение или уменьшение необходимого объема медицинской помощи.

Со спросом связано и другое понятие в рыночной экономике — *покупательная способность населения (платежеспособность населения)*. Это количество товаров и услуг, которое население способно приобрести в соответствии с имеющимися денежными средствами, при том уровне цен, который сложился в данное время. Таким образом, покупательная способность зависит от уровня доходов населения (в той их части, которая может быть выделена на покупки) и цен. При этом важно понимать, что для частной системы здравоохранения речь идет о платежеспособности человека или группы людей, для общественных систем здравоохранения (бюджетной, страховой, бюджетно-страховой) — это покупательная способность общества, которая подкреплена соответствующими источниками финансирования здравоохранения из фондов потребления.

Помимо цены, следует учитывать и другие факторы, активно влияющие на спрос:

- уровень доходов населения (чем выше доходы, тем больше вероятность обращения за дорогостоящей медицинской услугой);
- возрастно-половая структура населения (процесс старения населения увеличивает спрос на лекарственные препараты и основные виды медицинской помощи; преобладание женщин молодого возраста увеличивает спрос на специфические лекарственные препараты и медицинские изделия, применяемые в гинекологической и акушерской практике, — противозачаточные средства, тампоны, а также косметологические услуги);
- мода (стремление к снижению веса или омоложению увеличивает спрос на соответствующие биологические добавки, операции липосакции, пластические операции и др.);
- «врачебный фактор» (врачи своими не всегда обоснованными рекомендациями к проведению дополнительных диагностических процедур способны увеличить спрос на медицинские услуги);

- реклама (активная пропаганда в средствах массовой информации тех или иных лекарственных препаратов, диагностических или лечебных методов вызывает зачастую повышенный спрос на эти виды медицинских услуг).

В здравоохранении удовлетворение потребности зависит не только от платежеспособности пациента, но и от доступности медицинской помощи, оснащенности медицинского учреждения и квалификации врачей. Например, сделать операцию по поводу искусственного оплодотворения (ЭКО — экстракорпоральное оплодотворение) женщина может не в любой больнице, даже при наличии у нее денег, так как не везде для этого есть необходимые условия.

Следующее основополагающее понятие рынка — *предложение*, которое характеризует стремление производителя (продавца) предложить к продаже свои товары и услуги. Величина предложения определяется количеством товаров и услуг, которое производитель желает и может продать по данной цене в определенный период времени. В здравоохранении это количество медицинских товаров и услуг, которое производители могут предложить населению за определенный период времени.

Предложение, при прочих равных условиях, также меняется в зависимости от цены: по мере роста цен производители (продавцы) предлагают пациентам большее количество товаров и услуг. При падении цены их заинтересованность уменьшается и, соответственно, уменьшается объем производимых ими товаров и услуг. Предложение зависит от цены, но на него влияют и многие другие, так называемые неценовые факторы: численность и квалификация персонала, производительность оборудования, налоговая и ценовая политика и др.

*Медицинская услуга* — это структурный элемент профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, санаторно-курортной, санитарно-эпидемиологической, рекреационной, лекарственной, протезно-ортопедической и других видов помощи в сфере товарно-денежных отношений, 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 понимается неделимая услуга, например диагностическая манипуляция, осмотр врача и др.

Комплексная услуга может быть представлена как совокупность простых услуг, отражающих сложившийся в каждом конкретном учреждении технологический процесс оказания медицинской помо-

ши при данной болезни. Под комплексной услугой понимается законченный случай по определенной нозологической форме: для стационаров — пролеченный больной, для АПУ — законченный случай лечения, для стоматологических поликлиник — санированный больной, для службы скорой помощи — выезд бригады и др.

Кроме того, различают стандартные и индивидуальные медицинские услуги.

*Стандартные медицинские услуги* оказывают, в основном, по унифицированной технологии для подавляющего большинства пациентов; они характеризуются относительно устойчивым ценообразованием.

*Индивидуальные медицинские услуги* предусматривают более широкий спектр манипуляций, диагностических и лечебных процедур, большой набор лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Они имеют дифференцированные прејскуранты цен, максимально учитывающие индивидуальные затраты при их выполнении.

Специфическими особенностями медицинских услуг являются:

- неосязаемость;
- несохраняемость;
- вариабельность качества;
- неоднозначность в оценке результата;
- совокупный подход, поскольку медицинская услуга — это продукт не только производителя (медицинского работника), но и потребителя (пациента).

*Неосязаемость.* Медицинскую услугу невозможно увидеть, услышать, потрогать, осязать до момента ее потребления. Ни одному пациенту никогда не удастся заранее узнать абсолютно все о потребительских свойствах оказываемых ему услуг. Любая информация об этом, даже исходящая от лечащего врача, всегда будет иметь вероятностный характер. Оценка потребительских свойств медицинских услуг проводится, как правило, на уровне субъективного восприятия их результативности (полезного эффекта и побочных действий), ощущений и эмоциональных переживаний пациентов.

*Несохраняемость.* В отличие от товаров как медицинского, так и немедицинского предназначения, которые сначала производятся, затем какое-то время могут храниться на складе или стоять в магазине, медицинская услуга характеризуется одновременностью ее производства и 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 пациентов даже с одной и той же патологией. Поэтому в диагностическом, тактическом и технологическом 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 останется жив и сможет выполнять какую-либо работу в специально созданных условиях. Но он станет инвалидом — это отрицательный социальный эффект. В отличие от других сфер профессиональной деятельности, в медицине неблагоприятный и даже летальный исход отнюдь не всегда является противоестественным и противоправным. Нередко в случае неблагоприятного исхода лечения пациенты или их родственники пытаются искать виновных среди медицинских работников, тогда как в действительности подобный исход объясняется специфическими особенностями организма больного и характером конкретного заболевания.

*Медицинская услуга — это продукт не только производителя (медицинского работника), но и потребителя (пациента).* Качество медицинской услуги формируется в результате согласованных действий медицинского работника и желания пациента получить пользу. Результат лечения будет во многом зависеть от того, насколько точно больной выполняет рекомендации и назначения. Несвоевременное обращение за медицинской помощью также может стать причиной неблагоприятного исхода, что не зависит ни от уровня квалификации медицинского персонала, ни от характера его действий.

Медицинские товары и услуги, как и любой товар, обладают стоимостью, денежным выражением которой является цена. На рынке медицинских товаров и услуг цена занимает центральное место в конкурентном обмене и служит 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 спросом, выделяют следующие понятия:

- цена предложения;
- цена спроса;
- цена равновесия.

*Цена спроса* — это 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* — это 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 саморегулируемая 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 служит основополагающей идеей совершенствования рыночных механизмов в социально значимых областях экономики. Особенно актуально это для рынка товаров и услуг в здравоохранении.

Главным звеном рыночного механизма служит конкуренция.

*Конкуренция* — состязание между экономическими субъектами, борьба за рынки сбыта товаров с целью получения более высоких доходов, прибыли, других выгод.

Конкурентная борьба за экономическое процветание и выживание — закон рыночной экономики. Это борьба не только среди продавцов, но и среди покупателей, между покупателями и продавцами. Продавцы хотят продать свою продукцию подороже, но конкуренция вынуждает сбывать ее дешевле, чтобы стимулировать покупательский

спрос. В конкуренции среди покупателей побеждает тот, кто покупает больше и по более низкой цене по сравнению с рыночной. В конкурентной борьбе между продавцами и покупателями выигрывают те, кто более организован и способен навязать свою, выгодную для себя цену.

Таким образом, конкуренция представляет собой цивилизованную, легализованную форму борьбы за существование и один из наиболее действенных механизмов регулирования в рыночной экономике. 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.

Как уже сказано, конкуренция на рынке регулирует цены на товары и услуги, ведет к повышению их качества.

Но для того чтобы вступить в конкурентную борьбу, необходимо, прежде всего, как можно точнее установить реальных конкурентов, выявить их преимущества. Очень важно получить информацию обо всех аспектах деятельности конкурентов, в том числе их финансовом положении, ценах, затратах на производство медицинских товаров и услуг, их структуре. Средним медицинским работникам, принимающим участие в управлении организациями здравоохранения (или их структурными подразделениями), необходимо знать соотношение цен и затрат на свои медицинские услуги и услуги конкурентов, наличие у конкурентов особой стратегии в области рекламы, льготы пациентам, постоянно обращающимся в данное учреждение, современные медицинские технологии. Всё это даст возможность выявить и оценить свои сильные и слабые стороны, чтобы успешно двигаться вперед.

Изучение конкурентов 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* — это уникальные, особенные черты медицинских организаций, которые отличают их от других. Медицинские организации, обладающие конкурентными преимуществами, способны получить большую прибыль, чем другие организации. 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, находящиеся в рамках 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 ДМС.

Для эффективной организации производства и реализации медицинских товаров и услуг необходимы знания основ медицинского маркетинга.

*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.

Маркетинг призван приспособить производство товаров и услуг к требованиям рынка. Он включает:

- разработку концепции товара или услуги (определение вида и основных характеристик предполагаемого для продажи медицинского товара или услуги);
- анализ рынка (разделение рынков, выделение предпочтительных рынков, сегментацию и позиционирование рынка);
- ценовую стратегию.

Составной частью маркетинга служит реклама.

Признавая эффективность рыночных механизмов, нельзя, однако, абсолютизировать их значение в здравоохранении, полностью подчинив его деятельность законам рыночной экономики. Здравоохранение как специфическая сфера, затрагивающая жизненно важные вопросы индивидуума и общества в целом, не может целиком и полностью аккумулировать в себе рыночные механизмы. Для того чтобы погоня за прибылью и выгодными видами медицинских услуг не стала самоцелью, не сказалась пагубно на здоровье населения, должна быть разработана и внедрена модель здравоохранения, основанная на государственном управлении (регулировании) рыночных механизмов, главной целью реализации которой должно стать повышение доступности и качества медицинской помощи населению, повышение эффективности деятельности самой системы здравоохранения.

## ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемую литературу.
2. Ответить на контрольные вопросы и тестовые задания.
3. Разобрать задачу-эталон.
4. Решить задачу для самостоятельного решения.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение понятиям «экономика здравоохранения» и «экономическая деятельность» организаций здравоохранения. Зачем нужны экономические знания медицинским работникам?
2. Назовите основные вопросы, рассматриваемые экономикой здравоохранения.
3. Перечислите основные источники финансирования здравоохранения.
4. Какие составляющие включает в себя фонд оплаты труда?
5. Назовите основные формы оплаты труда средних медицинских работников.
6. Что представляет собой новая система оплаты труда работников здравоохранения?
7. Что включают в себя финансовые и материальные ресурсы здравоохранения?
8. Что представляет собой бухгалтерский баланс?
9. Дайте определение понятиям «активы бухгалтерского баланса» и «пассивы бухгалтерского баланса».
10. Как классифицируются активы организаций здравоохранения по ликвидности?
11. Что такое банкротство?
12. Дайте определение показателям, используемым для оценки платежеспособности организаций здравоохранения: «коэффициент текущей ликвидности» и «коэффициент абсолютной ликвидности». Какова методика их расчета?
13. Что включают в себя основные средства в здравоохранении?
14. Какие группы показателей включает статистика основных средств?
15. Назовите показатели, используемые для оценки стоимости и состояния основных средств.
16. Дайте определение понятиям «моральный износ» и «физический износ».
17. Дайте определение показателям, используемым для оценки движения основных средств: «коэффициент выбытия основных

средств» и «коэффициент обновления основных средств». Какова методика их расчета?

18. Дайте определение показателям использования основных средств: «фондоотдача», «фондоёмкость» и «фондовооруженность». Какова методика их расчета?

19. Что включают в себя оборотные средства в здравоохранении?

20. Дайте определение показателям, используемым для статистического анализа оборотных средств: «коэффициент оборачиваемости оборотных средств» и «коэффициент закрепления оборотных средств». Какова методика их расчета?

21. Дайте определение понятиям «прибыль», «затраты (издержки)».

22. Назовите виды затрат и дайте им определение.

23. Дайте определение понятию «полная себестоимость продукции».

24. Дайте определение показателям, используемым для оценки финансовых результатов деятельности организаций здравоохранения: «валовая прибыль» и «чистая прибыль». Какова методика их расчета?

25. Что собой представляют «собственные оборотные средства» медицинской организации?

26. Дайте определение понятиям «финансовая устойчивость организации здравоохранения» и «платежеспособность».

27. Дайте определение показателям, позволяющим оценить финансовую устойчивость медицинской организации: «коэффициент задолженности» и «коэффициент автономии». Какова методика их расчета?

28. Дайте определение медицинской эффективности здравоохранения.

29. Что такое «социальная эффективность здравоохранения»?

30. Как рассчитывается показатель экономической эффективности?

31. Что такое рынок, какие основные понятия рынка принято выделять? Какие рынки входят в систему рынка здравоохранения?

32. Раскройте содержание понятия «спрос». Назовите виды спроса.

33. Назовите факторы, влияющие на спрос.

34. Дайте определение понятия «покупательная способность населения».

35. Раскройте содержание понятия «предложение».

36. Дайте определение понятия «медицинская услуга». Назовите виды медицинских услуг.

37. Перечислите и объясните специфические особенности медицинских услуг.

38. Раскройте содержание понятия «цена».

39. Объясните понятия «цена предложения», «цена спроса», «цена равновесия».

40. Раскройте содержание понятия «конкуренция». Кто может быть участниками конкурентной борьбы на рынке товаров и услуг здравоохранения?

41. Дайте определение понятия «конкурентные преимущества». Приведите примеры конкурентных преимуществ.

42. Дайте определение понятия «медицинский маркетинг».

43. Какое значение имеет маркетинг в современных условиях функционирования здравоохранения.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите только один правильный ответ.

1. Назовите экономические формы оказания гражданам медицинской помощи:

- 1) контрактная, платная, частная;
- 2) страховая, частная;
- 3) платная, бесплатная;
- 4) страховая, бесплатная;
- 5) платная, сдельная.

2. Назовите основные формы оплаты труда средних медицинских работников:

- 1) повременная, контрактная;
- 2) повременная, сдельная, контрактная;
- 3) сдельная, премиальная, повременная;
- 4) премиальная, контрактная;
- 5) повременная, премиальная, сдельная, контрактная.

3. Назовите основные виды ресурсов, используемые учреждениями здравоохранения:

- 1) инструментальные и технические;
- 2) материальные и нематериальные;
- 3) учетные и статистические;
- 4) финансовые и материальные;
- 5) статистические и технические.

4. Дайте определение основных средств в здравоохранении:

- 1) медицинское оборудование организаций здравоохранения, которое используется для производства медицинских товаров и услуг, реализуемых населению;
- 2) составная часть активов организаций здравоохранения, которые длительное время используются для производства медицинских товаров и услуг, постепенно перенося на них свою стоимость;

- 3) все активы организаций здравоохранения, используемые для производства медицинских товаров и услуг;
  - 4) составная часть активов организаций здравоохранения, используемых для реализации медицинских товаров и услуг населению;
  - 5) активы организаций здравоохранения, включая медицинское оборудование, используемое для производства медицинских товаров и услуг с постепенным переносом на них своей стоимости.
5. Назовите материальную основу амортизации:
- 1) балансовая стоимость;
  - 2) фондоотдача;
  - 3) физический износ;
  - 4) фондовооруженность;
  - 5) первоначальная стоимость.
6. Назовите показатели полноты и эффективности использования основных средств в здравоохранении:
- 1) балансовая стоимость, общая стоимость, срок эксплуатации;
  - 2) фондоотдача, фондоемкость, фондовооруженность;
  - 3) фондовооруженность, балансовая стоимость, срок эксплуатации;
  - 4) среднегодовая стоимость основных средств, фондоемкость, фондовооруженность, фондоотдача;
  - 5) среднегодовая стоимость основных средств, срок эксплуатации, фондоотдача, физический износ.
7. Назовите данные, необходимые для расчета коэффициента физического износа объекта основных средств:
- 1) фактическое число лет эксплуатации, сумма чистой прибыли за годы эксплуатации;
  - 2) сумма полных затрат на производство медицинских товаров и услуг, фактическое число лет эксплуатации;
  - 3) выручка от реализации медицинских товаров и услуг, нормативный срок эксплуатации;
  - 4) фактическое число лет эксплуатации, нормативный срок эксплуатации;
  - 5) балансовая стоимость основных средств, фактическое число лет эксплуатации.
8. Дайте определение оборотных средств в здравоохранении:
- 1) медицинское оборудование организаций здравоохранения, которое используется для производства медицинских товаров и услуг, реализуемых населению;
  - 2) составная часть активов организаций здравоохранения, которая длительное время используется для производства медицин-

- ских товаров и услуг, постепенно перенося на них свою стоимость, в рамках одного производственного цикла (лечебной, диагностической, реабилитационной процедуры) или в течение короткого промежутка времени, не превышающего 12 мес;
- 3) все активы организаций здравоохранения, используемые для производства медицинских товаров и услуг в течение периода более 12 мес;
  - 4) составная часть активов организаций здравоохранения, необходимых в дополнение к основным средствам для производства медицинских товаров и услуг, использование которых осуществляется в рамках одного производственного цикла (лечебной, диагностической, реабилитационной процедуры) или в течение короткого промежутка времени, не превышающего 12 мес;
  - 5) часть активов организаций здравоохранения, исключая медицинское оборудование, используемое для производства медицинских товаров и услуг в рамках одного производственного цикла (лечебной, диагностической, реабилитационной процедуры) или в течение короткого промежутка времени, превышающего 12 мес.

9. Назовите основные показатели финансовых результатов организации здравоохранения:

- 1) валовая прибыль, чистая прибыль;
- 2) физический и моральный износ, расходы и доходы организаций здравоохранения;
- 3) валовая прибыль, выручка организаций, балансовая стоимость, срок эксплуатации;
- 4) переменные затраты, частичная себестоимость продукции, полная прибыль;
- 5) чистая прибыль, затраты, среднегодовая стоимость основных средств, физический износ.

10. Назовите основные показатели движения основных средств организаций здравоохранения:

- 1) коэффициент выбытия основных средств, переменные затраты, частичная себестоимость продукции;
- 2) коэффициент обновления основных средств, коэффициент выбытия основных средств;
- 3) коэффициент валовой прибыли, выручка организаций, коэффициент балансовой стоимости;
- 4) физический и моральный износ, расходы и доходы организаций здравоохранения;
- 5) коэффициент чистой прибыли, коэффициент обновления основных средств.



11. Полная себестоимость продукции — это:
  - 1) затраты на производство и доходы организации;
  - 2) расходы организации;
  - 3) полученная прибыль от реализации продукции (работ, услуг);
  - 4) реализация продукции и издержки производства;
  - 5) затраты на производство и реализацию продукции (работ, услуг).
12. Назовите группы показателей, которые включает в себя статистика основных средств:
  - 1) стоимости и состояния основных средств, движения основных средств, использования основных средств;
  - 2) физического и морального износа основных средств, расходов и доходов организаций здравоохранения от эксплуатации основных средств;
  - 3) балансовой стоимости основных средств, срока эксплуатации основных средств;
  - 4) переменных затрат на основные средства, частичной себестоимости продукции, полной прибыли от эксплуатации основных средств;
  - 5) чистой прибыли от эксплуатации основных средств, движения основных средств, использования основных средств.
13. Дайте определение понятию «рентабельность продаж»:
  - 1) разница между выручкой от реализации медицинских товаров и полной себестоимости проданных медицинских товаров;
  - 2) разница между показателями расходов и доходов;
  - 3) отношение суммы валовой прибыли к сумме уплаченных налогов и других платежей в бюджет;
  - 4) отношение чистой прибыли к общему объему выручки от реализации медицинских товаров и услуг;
  - 5) сумма чистой прибыли и сумма валовой прибыли.
14. Назовите данные, необходимые для расчета чистой прибыли:
  - 1) сумма валовой прибыли и сумма уплаченных налогов и других платежей в бюджет и внебюджетные фонды;
  - 2) сумма чистой прибыли и полные затраты на производство медицинских товаров и услуг;
  - 3) выручка от реализации медицинских товаров и услуг и сумма чистой прибыли;
  - 4) сумма валовой прибыли и полная себестоимость медицинских товаров и услуг;
  - 5) балансовая стоимость основных средств и среднесписочная численность работающих.
15. Валовые затраты — это:
  - 1) сумма переменных и постоянных затрат;
  - 2) затраты на себестоимость;

- 3) сумма валовой прибыли и сумма чистой прибыли;
  - 4) общий объем выручки от реализации медицинских товаров и услуг;
  - 5) сумма общей выручки и валовой прибыли.
16. Назовите основные показатели, используемые для оценки платежеспособности медицинской организации:
- 1) коэффициент обновления основных средств, коэффициент выбытия основных средств;
  - 2) коэффициент чистой прибыли, коэффициент обновления основных средств;
  - 3) коэффициент текущей ликвидности, среднегодовая стоимость основных средств;
  - 4) коэффициент абсолютной ликвидности, коэффициент обновления основных средств;
  - 5) коэффициент текущей ликвидности, коэффициент абсолютной ликвидности.
17. Назовите все виды эффективности здравоохранения:
- 1) медицинская, экономическая;
  - 2) медико-социальная, экономическая;
  - 3) медицинская, социальная, экономическая;
  - 4) социально-экономическая, медицинская, профилактическая;
  - 5) лечебная, медицинская, социально-экономическая.
18. Назовите показатель, оценивающий медицинскую эффективность:
- 1) удельный вес больных алкоголизмом с ремиссией более одного года;
  - 2) показатель доступности медицинской помощи;
  - 3) время, затрачиваемое жителями на получение медицинской помощи;
  - 4) индекс информированности населения о заболеваниях;
  - 5) индекс удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения.
19. Назовите основу для анализа социальной эффективности системы здравоохранения:
- 1) состояние здоровья населения;
  - 2) качество оказания медицинской помощи различным группам населения;
  - 3) развитие приоритетных направлений системы здравоохранения;
  - 4) выбор эмпирических индикаторов, позволяющих оценивать функционирование здравоохранения в социальной сфере общественной жизни;
  - 5) расчет статистических индикаторов функционирования системы здравоохранения.

20. Назовите показатель, не используемый для оценки социальной эффективности здравоохранения:

- 1) среднее время, затрачиваемое сельскими жителями на получение медицинской помощи;
- 2) доступность медицинской помощи;
- 3) эффективность вакцинации населения против гриппа;
- 4) индекс информированности населения о заболеваниях;
- 5) индекс удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения.

21. Определите виды эффективности, считающиеся приоритетными в оценке деятельности системы здравоохранения:

- 1) профилактическая и экономическая;
- 2) медицинская и экономическая;
- 3) социальная и экономическая;
- 4) лечебная и социальная;
- 5) медицинская и социальная.

22. Сегмент рынка, предоставляющий медицинские товары и услуги для сохранения и улучшения здоровья населения, называется:

- 1) рынок медицинских товаров и услуг;
- 2) рынок медицинских услуг;
- 3) товарный рынок;
- 4) рынок больных потребителей медицинских услуг;
- 5) рынок оборудования для лечения больных.

23. Назовите основные понятия рынка:

- 1) спрос, финансы, ресурсы, услуга, цена;
- 2) спрос, предложение, услуга, цена, конкуренция, маркетинг;
- 3) услуга, ресурсы, цена, конкуренция, маркетинг;
- 4) предложение, цена, конкуренция, финансы, материалы;
- 5) спрос, предложение, стоимость, услуга.

24. Комплекс мероприятий, направленный на изучение спроса, организацию производства и создание условий для удовлетворения потребности населения в различных видах медицинских товаров и услуг, называется:

- 1) маркетинг услуг здравоохранения;
- 2) товарный маркетинг;
- 3) медицинский маркетинг;
- 4) рынок медицинских услуг;
- 5) медицинский рынок.

## ЗАДАЧА-ЭТАЛОН

По данным ф. 2 «Отчет о прибылях и убытках» за текущий год в условной медицинской организации выручка (нетто) от продажи

товаров, продукции, работ, услуг (за минусом налога, акцизов) за год составила 2400 тыс. рублей, себестоимость проданных товаров, продукции, работ, услуг — 1543,4 тыс. рублей, налог на прибыль — 274,8 тыс. рублей.

### Задание

1. Для оценки финансовых результатов условной медицинской организации рассчитать показатели экономической деятельности за текущий год.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

### Решение

1. *Валовая прибыль:*

$$\begin{aligned} & \text{Выручка от реализации медицинских товаров и (или) услуг} - \\ & - \text{Полная себестоимость медицинских товаров и (или) услуг} = \\ & = 2400,0 - 1543,4 = 856,6 \text{ тыс. рублей.} \end{aligned}$$

2. *Чистая прибыль:*

$$\text{Сумма валовой прибыли} - \text{Сумма уплаченных налогов и других платежей в бюджет и внебюджетные фонды} = 856,6 - 274,8 = 581,8 \text{ тыс. рублей.}$$

3. *Специальный показатель рентабельности (рентабельность продаж):*

$$\frac{\text{Чистая прибыль}}{\text{Общий объем выручки от реализации медицинских товаров и (или) услуг}} \times 100 = \frac{581,8 \times 100}{2400,0} = 24,2\%.$$

### Вывод

Объем продаж медицинских товаров (услуг, работ), или выручки, составил 2400 тыс. рублей и превысил расходы на их производство и реализацию, сумма которых 1543,4 тыс. рублей, в связи с чем организацией за текущий год получена валовая прибыль в сумме 856,6 тыс. рублей.

Таким образом, чистая прибыль составила 581,8 тыс. рублей, рентабельность продаж — 24,2% (т.е. с каждого рубля продаж организацией получено прибыли 24,2 коп.).

Достигнутые финансовые результаты данной медицинской организации в текущем году говорят об эффективности ее экономической деятельности.

## **ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ**

### **Задача 1**

По данным ф. 2 «Отчет о прибылях и убытках» за текущий год в условной медицинской организации выручка (нетто) от продажи товаров, продукции, работ, услуг (за минусом налога, акцизов) за год составила 1000 тыс. рублей, себестоимость проданных товаров, продукции, работ, услуг — 836,1 тыс. рублей, налог на прибыль — 39,3 тыс. рублей.

### **Задача 2**

По данным ф. 2 «Отчет о прибылях и убытках» за текущий год в условной медицинской организации выручка (нетто) от продажи товаров, продукции, работ, услуг (за минусом налога, акцизов) за год составила 1750 тыс. рублей, себестоимость проданных товаров, продукции, работ, услуг — 958,5 тыс. рублей, налог на прибыль — 84,7 тыс. рублей.

### **Задача 3**

По данным ф. 2 «Отчет о прибылях и убытках» за текущий год в условной медицинской организации выручка (нетто) от продажи товаров, продукции, работ, услуг (за минусом налога, акцизов) за год составила 1542 тыс. рублей, себестоимость проданных товаров, продукции, работ, услуг — 728,6 тыс. рублей, налог на прибыль — 90,7 тыс. рублей.

### **Задание**

1. Для оценки финансовых результатов условной медицинской организации рассчитать и проанализировать показатели экономической деятельности за текущий год.
2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

**5.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Медицинское страхование в РФ предусматривает два вида: обязательное и добровольное. Первым нормативным актом, положившим начало медицинскому страхованию в современной России, стал закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», принятый в 1991 г. Позднее законодатели внесли в него ряд существенных изменений, и в новой редакции (1993) закон «О медицинском страховании граждан в РФ» действовал в стране до конца 2010 г.

Изначально закон носил ярко выраженный социальный характер, и главной идеей его реализации были общественная солидарность и социальная справедливость. Законодательно было закреплено, что страховые взносы на работающее и неработающее население перечисляются за всех граждан, но расходуются эти средства лишь при обращении за медицинской помощью (принцип «здоровый платит за больного»); граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение бесплатной медицинской помощи (принцип «богатый платит за бедного»); страховые взносы перечисляются в одинаковом размере за всех граждан независимо от возраста (принцип «молодой платит за старого»).

Внедрение ОМС в России осуществлялось в сложной политической и социально-экономической ситуации. Первоначально поставленные в законе цели и механизм их реализации устаревали, не успевая за происходящими изменениями в законодательстве и экономике. Поэтому медицинские работники и население в первые годы реализации закона не увидели ожидаемых изменений в системе здравоохранения, улучшения организации и качества медицинской помощи. Более того, в то время социальные ожидания настолько превысили достигнутые результаты, что породили сомнения в правильности сделанного выбора — перехода на принципы медицинского страхования.

Одной из причин отсутствия ожидаемых результатов с введением закона было резкое сокращение бюджетного финансирования системы здравоохранения. Другая причина — неспособность страховых медицинских организаций выполнять возложенные на них функции дополнительного источника финансирования и защиты прав пациентов. Поэтому в последующем в правовое поле законодательно ввели новые субъекты страхования — Федеральный и территориальные фонды ОМС как самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области страхования.

Еще одной существенной проблемой внедрения ОМС оказались чрезмерно большие обязательства государства по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью в объеме Программы госгарантий. Сохранение дисбаланса между государственными обязательствами в системе ОМС и их реальным финансовым обеспечением оказалось серьезным препятствием в развитии ОМС.

Эти и другие проблемы, безусловно, не способствовали популяризации ОМС, замедляли совершенствование и развитие его правовых, организационных и финансовых механизмов.

Однако в целом, несмотря на ошибки и трудности начального периода, введение ОМС обеспечило не только выживание, но и развитие системы здравоохранения в условиях крайне нестабильной политической и экономической ситуации 90-х годов прошлого столетия. Система ОМС обеспечила предоставление минимума гарантированной (бесплатной) медицинской помощи, позволила внедрить ведомственный 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 ОМС спо-

способствовало созданию организационно-правовых механизмов защиты прав пациента как потребителя медицинских услуг.

Дальнейшее развитие системы ОМС граждан получило в Федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (далее — Закон), вступившем в силу в январе 2011 г.

## 5.2. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Согласно Закону, ОМС — вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы.

При этом *страховой случай* — это совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС, а *страховой риск* — предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Важнейшее понятие в системе ОМС — *страховое обеспечение*, под которым подразумевается исполнение субъектами и участниками ОМС обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и ее оплате медицинской организации.

В Законе сформулированы следующие принципы ОМС на современном этапе развития общества:

- обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках базовой и территориальной программ ОМС (далее — программы ОМС);
- обязательность уплаты страхователями страховых взносов на ОМС в размерах, установленных федеральными законами;
- государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика;
- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС;
- паритетность представительства субъектов и участников ОМС в органах управления ОМС.



Субъекты и участники ОМС представлены на рис. 5.1.



Рис. 5.1. Субъекты и участники обязательного медицинского страхования

Главной фигурой в системе ОМС служит *застрахованное лицо* — им может быть гражданин РФ, постоянно или временно проживающий в РФ иностранный гражданин, лицо без гражданства, а также беженец. К числу застрахованных лиц относятся:

- лица, работающие по трудовому или гражданско-правовому договору;
- индивидуальные предприниматели, а также лица, занимающиеся частной практикой (нотариусы, адвокаты);
- члены крестьянских (фермерских) хозяйств;
- члены семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ;
- неработающие граждане (дети; пенсионеры; учащиеся образовательных учреждений среднего и высшего профессионального образования; безработные, зарегистрированные в службе занятости; один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста 3 лет; трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет, и др.).

Застрахованные лица имеют право на бесплатное получение медицинской помощи при наступлении страхового случая на всей территории РФ, а также свободный выбор медицинской организации, врача, страховой медицинской организации (СМО) путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС.

Медицинская помощь застрахованным лицам в системе ОМС оказывается в рамках *базовой и территориальной программ ОМС*, которые разрабатывают и утверждают в порядке, установленном Законом.

*Базовая программа ОМС* — составная часть Программы госгарантий, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС.

Базовая программа ОМС определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифов, способы оплаты, а также критерии доступности и качества медицинской помощи. Кроме того, в базовой программе ОМС предусмотрены нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одного застрахованного, нормативы финансовых затрат на единицу объема этой помощи, а также норматив финансового обеспечения программы в расчете на одно застрахованное лицо (подушевой норматив финансирования).

В рамках базовой программы ОМС оказывают ПМСП, включая профилактическую помощь, СМП, за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП, специализированную медицинскую помощь в случаях:

- инфекционных и паразитарных болезней, за исключением инфекций, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ;
- новообразований;
- болезней эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезней нервной системы;
- болезней крови, кроветворных органов;
- отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм;
- болезней глаза и его придаточного аппарата;
- болезней уха и сосцевидного отростка;
- болезней системы кровообращения;
- болезней органов дыхания;
- болезней органов пищеварения;
- болезней мочеполовой системы;
- болезней кожи и подкожной клетчатки;
- болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин;
- врожденных аномалий (пороков развития);
- деформаций и хромосомных нарушений;
- беременности, родов, послеродового периода и аборта;
- отдельных состояний, возникающих у детей в перинатальный период.

*Территориальная программа ОМС* — составная часть территориальной программы госгарантий, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта РФ.

Территориальная программа ОМС включает виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленных базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте РФ значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

В случаях, когда органом исполнительной власти субъекта РФ устанавливаются дополнительные объемы страхового обеспечения (с учетом региональных особенностей заболеваемости населения и системы здравоохранения), норматив финансового обеспечения территориальной программы может превышать норматив финансирования базовой программы ОМС.

Право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи реализуется на основании заключенных в его пользу договоров между участниками ОМС.

Финансовое наполнение системы ОМС обеспечивают *страхователи*. Страхователями для работающих граждан являются работодатели (производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам), индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты. Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов РФ. Важнейшая задача страхователей заключается в своевременной и полной уплате страховых взносов на ОМС.

Источники формирования средств ОМС:

- страховые взносы на ОМС;
- недоимки по взносам, налоговые платежи, начисленные пени и штрафы;
- средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда ОМС для компенсации выпадающих доходов;
- доходы от размещения временно свободных средств;
- иные источники, предусмотренные законодательством РФ.

*Страховые взносы на ОМС* — обязательные платежи, которые уплачивают страхователи, — обладают обезличенным характером, их целевым назначением служит обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Размер и порядок расчета страховых взносов на ОМС устанавливаются федеральные законы. Движение финансовых средств в системе ОМС представлено на рис. 5.2.



Рис. 5.2. Движение финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования

Страховщиком по ОМС, в рамках реализации базовой программы ОМС, является *Федеральный фонд ОМС*. Управление *Федеральным фондом* осуществляют правление и председатель, которого назначает и освобождает от должности Правительство РФ.

Важнейшие задачи *Федерального фонда*:

- участие в разработке Программы госгарантий;
- аккумулирование и управление средствами ОМС, а также формирование и использование резервов для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС.

Отдельные полномочия страховщика по реализации территориальных программ ОМС осуществляют *территориальные фонды ОМС* — некоммерческие организации, созданные субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов РФ. Для выполнения своих полномочий территориальные фонды могут создавать филиалы и представительства.

Управление *территориальным фондом* осуществляет директор, которого назначает и освобождает от должности высший исполни-

тельный орган государственной власти субъекта РФ по согласованию с Федеральным фондом.

Территориальный фонд осуществляет следующие полномочия страховщика:

- участвует в разработке территориальных программ госгарантий и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта РФ;
- аккумулирует и управляет средствами ОМС, осуществляет финансирование территориальных программ ОМС, а также формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости ОМС в порядке, установленном Федеральным фондом;
- утверждает для СМО дифференцированные подушевые нормативы в порядке, установленном правилами ОМС;
- предъявляет в интересах застрахованного лица требования к страхователю, СМО и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой его прав и законных интересов в сфере ОМС;
- обеспечивает права граждан в сфере ОМС путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- осуществляет контроль за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями путем проведения финансовых проверок и ревизий;
- формирует персонифицированные базы данных о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи.

Также отдельные полномочия страховщика возлагаются на СМО в рамках договоров, заключенных с территориальным фондом ОМС, который финансирует СМО на основе дифференцированных подушевых нормативов и числа застрахованных граждан. При этом СМО не вправе осуществлять иную, за исключением обязательного и добровольного медицинского страхования, деятельность.

В системе ОМС право на оказание медицинской помощи застрахованным имеют медицинские организации любой предусмотренной законодательством РФ организационно-правовой формы, а также индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Законом четко определены обязанности и права медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным в системе ОМС.

**Медицинские организации обязаны:**

- бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ ОМС;
- вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- предоставлять СМО и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи;
- размещать на своем официальном сайте в интернет-сети информацию о режиме работы и видах оказываемой медицинской помощи;
- предоставлять застрахованным лицам, СМО и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи и др.

**Медицинские организации имеют право:**

- получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров в соответствии с установленными тарифами;
- обжаловать заключения СМО и территориального фонда в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

Медицинские организации получают от СМО целевые средства на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой ОМС. Оплата медицинской помощи в системе ОМС производится по *тарифам*, которые рассчитывают в соответствии с методикой, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Тарифы должны включать статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС. Эти тарифы утверждают соглашением между органом управления здравоохранением субъекта РФ, территориальным фондом, представителями СМО, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, кроме того – расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях, расход на организацию питания (при отсутствии организованного питания в данной медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную

плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным проводится в соответствии с порядком проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

*Медико-экономический контроль* — установление соответствия фактических сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам (на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов) условиям договоров, заключенных в рамках территориальной программы ОМС.

*Медико-экономическая экспертиза* — установление соответствия фактических сроков выполнения и объемов предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее 5 лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

*Экспертиза качества медицинской помощи* — выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата; установление причинно-следственных связей выявленных в процессе оказания медицинской помощи дефектов.

Экспертизу качества медицинской помощи проводит эксперт качества медицинской помощи, включенный в территориальный реестр экспертов. Экспертом качества медицинской помощи должен быть врач-специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший специальную подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

Территориальный фонд в порядке, установленном Федеральным фондом, вправе осуществлять контроль за деятельностью СМО путем установления объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам, проводить медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно, а также контроль за использованием средств ОМС СМО и медицинскими организациями.

Сумма средств, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств медицинской организации (предусмотренных для оплаты медицинской помощи) или подлежит возврату в СМО.

Документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС, служит *полис ОМС*. Для его получения застрахованное лицо лично или через своего представителя подает заявление в СМО, а при ее отсутствии — в территориальный фонд.

С целью расширения объема помощи, оказываемой гражданам в рамках ОМС, Законом предусмотрено поэтапное включение в систему ОМС СМП (за исключением санитарно-авиационной СМП) и высокотехнологичной медицинской помощи.

Кроме того, в рамках Закона разработаны и реализованы *региональные программы модернизации здравоохранения субъектов РФ и программы модернизации федеральных государственных медицинских учреждений*.

Реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ позволила укрепить материально-техническую базу учреждений здравоохранения, что должно способствовать повышению качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам.

### 5.3. ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

В отличие от ОМС как части системы социального страхования, ДМС служит частью личного страхования и видом финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

ДМС осуществляется на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС. Оно реализуется за счет собственных средств, полученных непосредственно от граждан, или средств работодателя, дополнительно страхующего своих работников.

Размеры страховых взносов по ДМС устанавливают СМО самостоятельно, они зависят от вида рисков, правил страхования, принятых конкретным страховщиком, стоимости медицинских и других услуг, числа застрахованных и др.



ДМС осуществляется на основе договора между страхователем (работодателем), страховщиком и организацией здравоохранения. Правила ДМС, определяющие общие условия и порядок его проведения, самостоятельно устанавливает страховщик, но в соответствии с Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Развитие медицинского страхования предполагает сотрудничество государственной системы здравоохранения и системы ДМС. Определяющими условиями такого взаимодействия служат, в первую очередь, расширение рынка платных медицинских услуг и активизация в связи с этим деятельности компаний, работающих по программам ДМС, а также желание страховых компаний участвовать в финансировании региональных целевых медико-социальных программ. В этом случае реализуются интересы всех участников медицинского страхования. Для организаций здравоохранения это получение дополнительного финансирования по целевым медико-социальным программам, возможность повышения качества медицинской помощи и развития сервисных услуг. Для территориальных фондов ОМС – возможность совместной реализации программ ОМС и ДМС и устранение, тем самым, практики двойной оплаты одной и той же медицинской услуги в учреждениях здравоохранения. Для страховых компаний это возможность увеличения числа страхователей и застрахованных. Для предприятий это получение дополнительных, высокого качества медицинских услуг, предоставляемых работникам в рамках трудовых коллективных договоров.

Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования представлены в табл. 5.1.

**Таблица 5.1.** Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования

<b>Обязательное медицинское страхование</b>	<b>Добровольное медицинское страхование</b>
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 РФ»	Регламентируется законами РФ «Об организации страхового дела в РФ» и «О медицинском страховании граждан в РФ»
Правила страхования определяются государством	Правила страхования определяются страховыми организациями

Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
Страхователи — работодатели, органы государственной власти, органы местного самоуправления	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 устанавливает договор между страховщиком и страхователем
Система контроля качества устанавливается государственными органами	Система контроля качества устанавливается договором страхования
Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности — ОМС	Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности
При наступлении страхового случая — субсидарная ответственность	При наступлении страхового случая — возмещение суммы страхового взноса

## ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы и тестовые задания.
3. Изучить нормативные документы по организации системы медицинского страхования граждан РФ.
4. Составить сравнительную таблицу «Функции Федерального и территориального фондов ОМС».
5. Составить и оформить логическую схему, раскрывающую суть взаимодействия между всеми участниками системы ОМС.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определения понятий «страховой случай», «страховой риск», «страховое обеспечение».
2. Перечислите основные принципы ОМС.
3. Назовите застрахованных лиц в системе ОМС.
4. Перечислите права застрахованных лиц в системе ОМС.

5. Дайте определение базовой и территориальной программ ОМС.
6. Назовите виды медицинской помощи, реализуемые в рамках базовой и территориальной программ ОМС.
7. Назовите страхователей для работающих и неработающих граждан в системе ОМС.
8. Назовите функции Федерального и территориальных фондов ОМС.
9. Назовите полномочия страховщика, осуществляемые территориальным фондом ОМС.
10. Назовите обязанности и права медицинских организаций в системе ОМС.
11. Назовите страховщиков в системе ОМС, каковы их задачи.
12. Назовите документ, удостоверяющий права застрахованных лиц в системе ОМС.
13. Дайте определение медико-экономического контроля.
14. Дайте определение медико-экономической экспертизы.
15. Дайте определение экспертизы качества медицинской помощи.
16. Назовите цели реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ.
17. Назовите особенности ДМС.
18. Назовите основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите только один правильный ответ.

1. Назовите виды медицинского страхования:
  - 1) добровольное, социальное;
  - 2) социальное, обязательное;
  - 3) обязательное, добровольное;
  - 4) профилактическое, больничное;
  - 5) стоматологическое, страхование жизни.
2. Обязательное медицинское страхование — это:
  - 1) новая форма оказания медицинской помощи населению, когда оплата за лечение производится из различных источников финансирования;
  - 2) вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС;

- 3) форма медицинской помощи населению, когда разрабатывается базовая программа гарантированной бесплатной медицинской помощи и оплачивается лечение застрахованных;
- 4) вид оказания медицинской помощи по программе ОМС за счет различных источников финансирования здравоохранения;
- 5) один из видов социального страхования, представляющий собой систему мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая оплаты застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС.

3. Предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи, называется:

- 1) страховое возмещение;
- 2) страховой случай;
- 3) страховой риск;
- 4) страховой тариф;
- 5) страховой платеж.

4. Назовите всех участников (субъектов) ОМС:

- 1) Федеральный фонд ОМС; областной департамент здравоохранения; медицинские организации; застрахованные; страхователи; страховые организации;
- 2) территориальный фонд ОМС, частная страховая медицинская компания; застрахованные лица; страхователи;
- 3) областной департамент здравоохранения; областная (городская) администрация; медицинские организации; лицо, занимающееся частной медицинской практикой; застрахованные лица; страхователи;
- 4) Федеральный фонд ОМС; страхователи; застрахованные; медицинские организации; лицо, занимающееся частной медицинской практикой;
- 5) застрахованные лица; страхователи; Федеральный фонд ОМС; территориальные фонды ОМС; страховые медицинские организации; медицинские организации.

5. Назовите основу взаимоотношений участников ОМС:

- 1) на основе личных взаимоотношений;
- 2) на основе доверия;
- 3) на основе разрешения фонда ОМС;
- 4) на основе договорных отношений;
- 5) на основе взаимопонимания.

6. Назовите страхователя для неработающего населения в системе ОМС:

- 1) частные и государственные промышленные предприятия;
- 2) благотворительные фонды;

- 3) пенсионный фонд;
  - 4) отчисления работающих в фонд ОМС;
  - 5) органы исполнительной власти субъектов РФ.
7. Назовите страхователя для работающего населения в системе ОМС:
- 1) Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды ОМС;
  - 2) пенсионный фонд, благотворительные фонды, работодатели;
  - 3) благотворительные фонды, индивидуальные предприниматели;
  - 4) работодатели, индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты;
  - 5) само население, производящее взносы в Федеральный фонд ОМС.
8. Назовите принципиальное различие между ДМС и ОМС:
- 1) коммерческая форма ОМС;
  - 2) не облагается страховыми взносами работодателей;
  - 3) часть личного страхования и вид финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации»;
  - 4) часть личного коммерческого страхования;
  - 5) возможность каждого лица заключать договор о страховании.
9. Назовите основные права застрахованных лиц в системе ОМС:
- 1) обязательно уплачивать взносы; выбор врача;
  - 2) обязательно уплачивать взносы; выбор врача; бесплатное получение медицинской помощи при наступлении страхового случая на территории проживания;
  - 3) бесплатное получение медицинской помощи при наступлении страхового случая на всей территории РФ; свободный выбор медицинской организации, врача, СМО;
  - 4) бесплатное получение медицинской помощи при наступлении страхового случая на территории проживания; свободный выбор медицинской организации, врача, СМО; уплачивать страховые взносы;
  - 5) бесплатное получение медицинской помощи при наступлении страхового случая; свободный выбор медицинской организации; уплачивать страховые взносы.
10. Назовите основу оказания медицинской помощи застрахованным лицам в системе ОМС:
- 1) единые программы страхования;
  - 2) размеры, порядок, время уплаты взносов;
  - 3) источники финансирования медицинского страхования на основе базовой программы;

- 4) базовая и территориальная программы ОМС;
  - 5) размер взносов, страховых тарифов, цены на медицинские услуги по базовой и территориальной программам ОМС.
11. Назовите источники формирования средств ОМС:
- 1) страховые взносы на ОМС; недоимки по взносам, налоговые платежи, начисленные пени и штрафы;
  - 2) средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда ОМС для компенсации выпадающих доходов;
  - 3) доходы от размещения временно свободных средств; иные источники, предусмотренные законодательством РФ;
  - 4) все вышеперечисленные;
  - 5) не все вышеперечисленные.
12. Дайте правильное определение базовой программы ОМС:
- 1) перечень всех заболеваний, по поводу которых заключается договор ОМС;
  - 2) составная часть Программы госгарантий, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории РФ медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС;
  - 3) составная часть Программы госгарантий, где представлены все виды бесплатной медицинской помощи;
  - 4) составная часть Программы госгарантий, где установлены единые требования к территориальным программам ОМС;
  - 5) перечень страховых случаев (заболеваний и травм), при наступлении которых фонд возмещает медицинской организации или лицу, занимающемуся частной медицинской практикой, расходы по оказанию медицинских услуг.
13. Назовите виды медицинской помощи, оказываемые в рамках базовой программы ОМС:
- 1) амбулаторная помощь; стационарная помощь; СМП; специализированная реабилитационная помощь;
  - 2) ПМСП, включая профилактическую помощь; СМП, за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП; стационарная помощь при определенных заболеваниях;
  - 3) амбулаторная помощь; стационарная помощь; СМП;
  - 4) ПМСП, включая профилактическую помощь; СМП, за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП; специализированная медицинская помощь в определенных случаях;
  - 5) стационарная помощь; СМП, за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП; специализированная медицинская помощь; реабилитационная помощь.

14. Дайте определение термина «страховые взносы на ОМС»:
  - 1) взносы на ОМС, которые страхователь обязан внести фонду ОМС;
  - 2) обязательные платежи, которые вносит фонд ОМС за оплату медицинских услуг медицинской организации;
  - 3) денежные средства, поступаемые из благотворительных фондов, обладающие обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения;
  - 4) обязательные платежи, которые областной Департамент здравоохранения перечисляет медицинским организациям для оплаты медицинским организациям;
  - 5) обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладающие обезличенным характером и целевым назначением которых служит обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.
15. Дайте определение территориального фонда ОМС:
  - 1) подразделение областного Департамента здравоохранения, занимающееся ОМС на территории субъекта РФ;
  - 2) некоммерческая организация, созданная субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов РФ;
  - 3) отдел областной (городской) администрации, организующий работу всех органов здравоохранения по ОМС на территории субъекта РФ;
  - 4) коммерческая организация, принадлежащая государству, ведущая работу по ОМС, а также занимающаяся коммерческой деятельностью по купле-продаже медицинского оборудования;
  - 5) подразделение областного Департамента здравоохранения, координирующее работу всех медицинских учреждений по ОМС на территории субъекта РФ.
16. Назовите основу для оплаты медицинской помощи в системе ОМС:
  - 1) страховой полис, выдаваемый страховой медицинской организацией;
  - 2) договор страхования, заключенный между страхователем и страховщиком;
  - 3) тариф, включающий статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС;
  - 4) взнос, выплачиваемый территориальным фондом ОМС медицинской организации за оказанную медицинскую помощь;
  - 5) тариф, установленный на основе соглашения страхователя и страховщика.

17. Дайте определение полису ОМС:
- 1) документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС;
  - 2) документ, удостоверяющий заключение договора между работодателем и фондом ОМС;
  - 3) договор между гражданином и медицинской страховой компанией;
  - 4) бланк, удостоверяющий право застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи;
  - 5) документ, удостоверяющий возможность застрахованного лица на получение медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС.
18. Дайте определение ДМС:
- 1) получение застрахованными гражданами дополнительных бесплатных медицинских услуг сверх установленных программами ОМС;
  - 2) обеспечение дополнительной платной медицинской помощи застрахованным по программам ОМС;
  - 3) получение платной медицинской помощи застрахованным в частных страховых медицинских компаниях;
  - 4) обеспечение гражданам получения дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС, реализуемое за счет собственных средств, полученных непосредственно от граждан, или средств работодателя, дополнительно страхующего своих работников;
  - 5) обеспечение платной и бесплатной медицинской помощью за пределами постоянного места жительства застрахованных.
19. Назовите страхователей при ДМС:
- 1) частные и государственные промышленные предприятия;
  - 2) органы исполнительной власти субъектов РФ;
  - 3) благотворительные фонды; индивидуальные предприниматели;
  - 4) само население, производящее взносы в медицинские страховые компании;
  - 5) юридические и физические лица.
20. Тарифы на медицинские услуги при ДМС определяются:
- 1) единой утвержденной программой медицинских страховых организаций;
  - 2) органами исполнительной власти субъекта РФ;
  - 3) договором между страхователем, страховщиком и организацией здравоохранения;
  - 4) законами РФ;
  - 5) устным соглашением сторон.



**6.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

В настоящее время одно из важнейших направлений реформирования здравоохранения — формирование новой системы управления. В последние годы в лексиконе и профессиональной деятельности появился 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* целесообразно использовать как комплексную техно-

логию управления современными организациями здравоохранения (независимо от форм собственности) и работающим в них персоналом, а термин *управление* — применительно к системам здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

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

Управление является многоуровневым и системно воздействует на объект посредством различных функций, представленных на рис. 6.1.



Рис. 6.1. Функции управления в здравоохранении

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, 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 РФ, 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 РФ он будет объектом управления.

Знание основ управления необходимо, прежде всего, для средних медицинских работников руководящего звена в системе здравоохранения.

## 6.2. ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ

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

- принцип целенаправленности;
- принцип правовой защищенности управленческого решения;
- принцип оптимизации управления;
- принцип достаточности в централизации и децентрализации управления;
- принцип единоначалия;
- принцип делегирования полномочий.

**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 запланированных результатов, руководитель (главный врач, 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:
  - промежуточные;
  - конечные.
- по содержанию:
  - медико-организационные;
  - финансово-экономические;
  - медико-технологические и др.

Формулировка цели должна отвечать конкретным требованиям: быть своевременной и необходимой, реальной и достижимой, конкретной и согласованной с другими целями, иметь количественную или качественную оценку. Таким образом, один из важнейших

принципов управления можно сформулировать предельно коротко и четко: каждое действие должно иметь ясную и определенную цель.

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

**Принцип оптимизации управления.** В процессе управления любой объект должен развиваться и совершенствоваться. Это предполагает рост упорядоченности отдельных структурных элементов, оптимизацию структурной организации в целом. Проводимые реформы здравоохранения, в первую очередь, должны касаться оптимизации системы управления отраслью 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 этими полюсами, 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 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 органам управления здравоохранением субъектов РФ можно передать больше прав, а соответственно, и обязанностей. 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 экономико-математическим методам управления с соблюдением вышеперечисленных принципов возможен только эволюци-

онным 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.

### 6.3. СТИЛИ УПРАВЛЕНИЯ

С личностью руководителя во многом связан стиль управления — как индивидуальный способ осуществления управленческой деятельности. Стиль управления во многом формируется под влиянием сложившихся отношений между руководителем и коллективом в процессе принятия и реализации управленческих решений.

Наиболее распространены следующие стили управления:

- авторитарный;
- либеральный;
- демократический;
- динамичный.

**Авторитарный стиль** — это совокупность приемов, приводящих к абсолютизации власти в одних руках. Этот стиль предполагает полное отрицание коллегиальности в принятии решений. Руководители такого стиля ориентируются прежде всего на дисциплину и жесткий контроль за деятельностью подчиненных, который основан преимущественно на силе власти (власти принуждения). Инициатива подчиненных не одобряется, не стимулируется и 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. Авторитарный стиль руководства в повседневной деятельности не следует смешивать с административно-авторитарным стилем, эффективно используемым в экстремальных ситуациях. Для авторитарного стиля управления характерно преувеличение роли административно-командных форм руководства, централизация власти, единоличное принятие управленческих решений.

**Либеральный стиль** управления еще называют анархическим, попустительствующим. Руководитель такого стиля стоит как бы в стороне от своего коллектива. Для него характерны минимальное вмешательство в работу подчиненных и коллектива в целом, низкий уровень требовательности как к сотрудникам, так и к себе. Он предпочитает нейтральные методы воздействия на подчиненных, чья инициатива

хотя и не подавляется, но активно не поощряется. В такой ситуации властью, как правило, пользуются неформальные лидеры.

Для **демократического стиля** характерны децентрализация управления, коллегиальное принятие решений. Инициатива подчиненных поддерживается и активно поощряется. Во взаимоотношениях руководителя с подчиненными отмечаются тактичность, выдержка, доброжелательность.

В современных условиях оптимальным для руководителя признан, по сути дела, совершенно новый, **динамичный стиль** управления. Такой стиль руководства отличается наличием четкой позиции по любым вопросам, творческим подходом к решению проблем, готовностью идти в разумных пределах на риск, деловитостью и предприимчивостью, непримиримостью к недостаткам, чутким и внимательным отношением к людям, отсутствием субъективизма и формализма, опорой на коллективное мнение в решении поставленных задач.

Следует понимать, что представленное разделение руководителей по стилю их управления довольно условно, так как у одного и того же руководителя зачастую можно наблюдать черты, характерные для разных стилей руководства.

## 6.4. МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ

Методы управления — это способы и приемы воздействия руководителя организации здравоохранения или его подразделения на коллектив для более эффективного использования имеющихся ресурсов в целях решения поставленных перед ним задач. Различают следующие методы управления здравоохранением:

- организационно-распорядительные;
- экономико-математические;
- социально-психологические;
- общественные или коллективные.

**Организационно-распорядительные методы управления** позволяют, прежде всего, компенсировать просчеты в планировании, оперативно реагировать на изменяющуюся ситуацию и, внося коррективы, выводить объект управления на новые 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 **экономико-математические методы управления**, которые включают в себя экономический анализ деятель-

ности организации здравоохранения, методы планирования и прогнозирования, статистический анализ. Особое значение имеют методы экономического стимулирования, которые позволяют материально заинтересовать работников здравоохранения, создать мотивацию для оказания высококвалифицированной, качественной медицинской помощи.

**Социально-психологические методы управления** можно рассматривать как совокупность средств воздействия на коллектив и происходящие в нем процессы в целом и на отдельных его членов, в частности. Это – умение мотивировать работника к эффективному труду, партнерским отношениям, создание благоприятного психологического климата в коллективе. Поэтому в задачи руководителя органа управления, организации здравоохранения, отдельных подразделений входит формирование психологически совместимых, профессионально зрелых и экономически эффективно работающих коллективов.

**Общественные или коллективные методы управления** подразумевают демократизацию управления, т.е. расширение участия работников в выполнении управленческих функций. При этом используются такие коллективные организационные структуры, как коллегии, медицинские советы, советы медицинских сестер, советы трудовых коллективов, которые создаются при руководителе организации здравоохранения в качестве совещательного органа. Как правило, в состав этих совещательных органов включают заместителей главного врача, главных (старших) медицинских сестер, руководителей общественных организаций, специалистов, которые пользуются наибольшим авторитетом в коллективе. Надо отметить, что решения коллегии или совета не имеют юридической силы, но на их основании руководитель организации здравоохранения может издать приказ, закрепляя юридически эти решения.

## 6.5. ТЕХНОЛОГИЯ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО РЕШЕНИЯ

Важнейшим звеном в системе управления служит разработка и реализация управленческого решения.

*Управленческое решение* — это директивный акт целенаправленного воздействия на объект управления, основанный на анализе достоверных 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 для достижения поставленной цели. Управленческое решение принимается руководителем в пределах предоставленных ему полномочий с учетом действующего законодательства.

Управленческие решения классифицируют по следующим признакам:

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

Технология принятия управленческого решения представляет собой замкнутый управленческий цикл (рис. 6.2).



Рис. 6.2. Технология принятия управленческого решения

Управленческое решение должно отвечать следующим требованиям:

- целевая направленность (полное соответствие поставленным целям и задачам);

- обоснованность (необходимость принятия этого решения, а не другого);
- адресность (по исполнителям);
- непротиворечивость (согласованность с предыдущими решениями);
- легитимность (соответствие правовым актам и нормативным документам);
- эффективность (достижение максимальных результатов с минимальными затратами);
- конкретность во времени, в пространстве и своевременность (принятие решения именно в тот момент, когда его реализация может привести к желаемому результату).

Управленческие решения могут быть оформлены письменно в форме документов, на электронных носителях либо переданы вербальным путем (например, устные распоряжения). Принятое управленческое решение служит директивным актом, обязательным для исполнения. Оно может приниматься в форме законов, постановлений, приказов, распоряжений, рекомендаций и др.

## ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы.
3. Составить глоссарий по теме.
4. Подготовить мультимедийные презентации или рефераты по следующим темам:
  - особенности управления женским коллективом;
  - правила делегирования полномочий;
  - мотивирование и стимулирование деятельности среднего медицинского персонала в медицинских организациях;
  - реализация принципов управления главной медицинской сестры в руководстве средним медицинским персоналом в медицинской организации.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение терминам «управление» и «менеджмент». В чем их различие?
2. Дайте определение объекту и субъекту управления.
3. Перечислите функции управления.
4. Перечислите принципы управления.

5. Раскройте содержание принципа целенаправленности.
6. Раскройте содержание принципа правовой защищенности управленческого решения.
7. Раскройте содержание принципа оптимизации управления.
8. Раскройте содержание принципа достаточности в централизации и децентрализации управления.
9. Раскройте содержание принципа единоначалия.
10. Раскройте содержание принципа делегирования полномочий.
11. Дайте определение термина «стиль управления».
12. Назовите наиболее распространенные стили управления.
13. Дайте характеристику авторитарного стиля управления.
14. Дайте характеристику либерального стиля управления.
15. Дайте характеристику демократического стиля управления.
16. В чем преимущество динамичного стиля управления?
17. Дайте определение термина «методы управления».
18. Назовите методы управления здравоохранением.
19. Раскройте содержание организационно-распорядительных методов.
20. Раскройте содержание экономико-математических методов.
21. Раскройте содержание социально-психологических методов.
22. Раскройте содержание общественных или коллективных методов.
23. Дайте определение термина «управленческое решение».
24. Назовите признаки, по которым классифицируются управленческие решения.
25. Опишите технологию принятия управленческого решения.
26. Каким требованиям должно отвечать управленческое решение?

# **ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

## **7.1. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Примером текущего планирования в здравоохранении с использованием изложенных выше принципов и методов служит Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — Программа).

Программа ежегодно утверждается постановлением Правительства РФ с целью реализации конституционных прав граждан РФ на получение бесплатной медицинской помощи.

Программа состоит из 8 разделов и включает в себя: общие положения; виды, условия и формы оказания медицинской помощи; перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, и категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно; финансовое обеспечение Программы; средние нормативы

объема медицинской помощи; средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и структура тарифов на оплату медицинской помощи; требования к Территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Основные задачи Программы:

- 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 выделяемыми для этого ресурсами.

В рамках Программы населению бесплатно предоставляются следующие виды медицинской помощи:

- ПМСП, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Все эти виды помощи населению РФ предоставляются за счет средств ОМС и бюджетов всех уровней.

Для разработки Программы используют следующие группы нормативов:

- средние нормативы объемов медицинской помощи;
- средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

**Средние нормативы объемов медицинской помощи.** К этим показателям относят:

- средний норматив для СМП, который устанавливается в количестве вызовов на 1 застрахованное лицо в год (2014 г. — 0,318 вызова);
- средний норматив для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, который устанавливается в количестве посещений на 1 жителя в год (2014 г. — 2,77 посещений);
- средний норматив для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, который уста-

- навивается в количестве обращений (законченный случай лечения заболевания) на 1 жителя в год (2014 г. — 2,12 обращений);
- средний норматив для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, который устанавливается в количестве посещений на 1 застрахованное лицо (2014 г. — 0,46 посещений);
- средний норматив для медицинской помощи в условиях дневных стационаров, который устанавливается в количестве пациенто-дней на 1 жителя в год (2014 г. — 0,665 пациента-дня);
- средний норматив для медицинской помощи в стационарных условиях, который устанавливается в количестве случаев госпитализации на 1 жителя в год (2014 г. — 0,197 случая госпитализации);
- средний норматив для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, который устанавливается в количестве койко-дней на 1 жителя в год (2014 г. — 0,092 койко-дня).
- **Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.** К этим показателям относят:
  - средний норматив финансовых затрат на 1 вызов СМП (2014 г. — 1507,4 рубля);
  - средний норматив финансовых затрат на 1 посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (2014 г. — 678,4 рубля);
  - средний норматив финансовых затрат на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (2014 г. — 1976,8 рубля);
  - средний норматив финансовых затрат на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях (2014 г. — 407,6 рубля);
  - средний норматив финансовых затрат на 1 пациенто-день в условиях дневных стационаров (2010 г. — 1787,3 рубля);
  - средний норматив финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационар (2014 г. — 80 919 рублей);
  - средний норматив финансовых затрат на 1 койко-день паллиативной медицинской помощи (2014 г. — 1654,3 рубля).

Кроме того, в рамках Программы устанавливается подушевой норматив финансирования, который в 2014 г. составил 10 294,4 рубля.

## 7.2. ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с Программой органы государственной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — Территориальная программа), включающие в себя территориальные программы ОМС.

В рамках Территориальной программы органы государственной власти субъектов РФ устанавливают:

- целевые значения критериев доступности медицинской помощи в соответствии с критериями, установленными Программой;
- перечень заболеваний (состояний) и перечень видов медицинской помощи, оказываемой гражданам без взимания с них платы за счет бюджетных ассигнований субъекта РФ и средств бюджета территориального фонда ОМС;
- порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке;
- порядок реализации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях субъектов РФ;
- перечень лекарственных препаратов, отпускаемых при амбулаторном лечении пациентам (в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний) по рецептам врачей бесплатно и с 50% скидкой;
- перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы;
- объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, а также подушевой норматив финансирования;
- перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию ЗОЖ.

Территориальные программы могут содержать дополнительные виды, объемы медицинской помощи сверх финансовых нормативов, установленных Программой.

При формировании Территориальной программы необходимо учитывать:

- порядок и стандарты медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения РФ;

- особенности половозрастного состава населения субъекта РФ;
- особенности уровня и структуры заболеваемости населения субъекта РФ;
- климатические, географические, экономические особенности региона, а также транспортную доступность медицинских организаций.

Для анализа эффективности реализации территориальных программ Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом ОМС ежегодно проводится мониторинг их исполнения.

## ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы и тестовые задания.
3. Изучить правовые нормативные документы по реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите основные задачи Программы.
2. Перечислите виды медицинской помощи, предоставляемые населению в рамках Программы.
3. Назовите группы нормативов, используемых для разработки Программы.
4. Перечислите показатели средних нормативов объемов медицинской помощи.
5. Назовите показатели средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.
6. Какую информацию содержит Территориальная программа?
7. Назовите основные задачи Территориальной программы.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите только один правильный ответ.

1. Назовите одну из основных задач Программы:
  - 1) предоставление населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи в объеме выделяемых на эти цели ресурсов из фондов ДМС;
  - 2) обеспечение баланса между средствами обязательного и добровольного медицинского страхования;



- 3) обеспечение баланса между обязательствами государства по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и выделяемыми для этого ресурсами;
- 4) предоставление населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи в рамках государственных бюджетных квот;
- 5) развитие материально-технической базы системы здравоохранения.

2. Перечислите виды медицинской помощи, предоставляемые населению бесплатно в рамках программы:

- 1) ПМСП, стационарная медицинская помощь, экстренная медицинская помощь, паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях;
- 2) паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях, поликлиническая медицинская помощь, реабилитационная медицинская помощь, СМП;
- 3) СМП, ПМСП, реабилитационная медицинская помощь, стационарная медицинская помощь;
- 4) ПМСП, специализированная медицинская помощь, СМП, паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях;
- 5) специализированная медицинская помощь, паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях, стационарная медицинская помощь, экстренная медицинская помощь.

3. Назовите основные источники финансирования программы:

- 1) только средства государственного бюджета;
- 2) средства ОМС и бюджетов всех уровней;
- 3) только средства ОМС;
- 4) средства ОМС и ДМС;
- 5) средства ОМС и средства благотворительных фондов.

4. Перечислите группы нормативов, используемых для разработки Программы:

- 1) средние нормативы объемов медицинской помощи и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;
- 2) нормативы объемов специализированной помощи и нормативы объемов профилактической помощи;
- 3) средние нормативы объемов профилактической помощи и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема профилактической помощи;
- 4) средние нормативы объемов медицинской помощи и средние нормативы финансовых затрат на одного жителя;
- 5) нормативы объемов медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на одного больного.

5. Назовите единицу измерения среднего норматива медицинской помощи в стационарных условиях:

- 1) один пациенто-день;
- 2) один вызов;
- 3) один случай госпитализации;
- 4) одно посещение;
- 5) один койко-день.

6. Назовите единицу измерения среднего норматива медицинской помощи в амбулаторных условиях:

- 1) один пациенто-день;
- 2) один вызов;
- 3) одно посещение;
- 4) один случай госпитализации;
- 5) один койко-день.

7. Назовите единицу измерения среднего норматива медицинской помощи в условиях дневных стационаров:

- 1) одно посещение;
- 2) один вызов;
- 3) один случай госпитализации;
- 4) один пациенто-день;
- 5) один койко-день.

8. Определите соответствие нормативов объемов медицинской помощи условиям ее оказания (укажите правильное сочетание между каждым элементом левой и правой колонок):

А — число обращений на одного жителя в год	а — СМП
Б — число пациенто-дней на одного жителя в год	б — в стационарных условиях
В — число койко-дней на одного жителя в год	в — в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями
Г — число вызовов на одно застрахованное лицо в год	г — паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях
Д — число случаев госпитализации на одного жителя в год	д — в условиях дневных стационаров

- 1) Аа, Бг, Вб, Гв, Дг;
- 2) Дд, Гг, Бв, Аб, Ва;
- 3) Ва, Аб, Дв, Гг, Бе;
- 4) Ав, Бд, Вг, Га, Дб;
- 5) Га, Вб, Ад, Дв, Бг.

9. Что устанавливает подушевой норматив финансирования Программы?

- 1) размер средств на финансирование целевых медико-социальных программ (в расчете на 1 человека в год);
- 2) размер средств на компенсацию затрат по предоставлению населению амбулаторной и стационарной медицинской помощи (в расчете на 1 пациента в год);
- 3) размер средств на компенсацию затрат по предоставлению населению бесплатной стационарной медицинской помощи (в расчете на 1 пациента в год);
- 4) размер средств на компенсацию затрат по предоставлению населению бесплатной амбулаторно-поликлинической помощи (в расчете на 1 обратившегося в поликлинику пациента в год);
- 5) размер средств на компенсацию затрат по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи (в расчете на 1 человека в год).

10. Назовите виды медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на которые рассчитывают средний норматив:

- 1) по поводу заболеваний, экстренная, неотложная;
- 2) неотложная, предупредительная, по поводу заболеваний;
- 3) профилактическая, по поводу заболеваний, неотложная;
- 4) профилактическая, экстренная, реабилитационная;
- 5) по поводу заболеваний, неотложная, реабилитационная.

# МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ СО СРЕДНИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ

## 8.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Дальнейшее развитие здравоохранения в Российской Федерации в значительной степени зависит от оптимальной численности, структуры и профессионального уровня медицинских и фармацевтических кадров. Это невозможно без разработки и реализации современной кадровой политики. Основные задачи такой политики в здравоохранении:

- совершенствование системы планирования и эффективного использования кадровых ресурсов с учетом реальной потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи;
- повышение профессионального уровня работников здравоохранения на основе развития системы непрерывного образования, разработки государственных образовательных стандартов подготовки специалистов;
- достижение соответствия уровня оплаты труда работников здравоохранения объему и качеству оказываемой медицинской помощи;
- обеспечение правовой и социальной защиты работников отрасли, развитие государственного и социального страхования, повышение эффективности мероприятий по охране труда.

В 2013 г. в учреждениях здравоохранения системы Министерства здравоохранения РФ работало более 1 млн 295 тыс. медицинских работников среднего звена.

## 8.2. СТАТИСТИКА ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ

Для статистического анализа движения и эффективности использования трудовых ресурсов в здравоохранении используют следующие формы статистического учета (отчетности):

- сведения о численности, заработной плате и движении работников, ф. П-4;
- сведения о медицинских и фармацевтических кадрах, ф. 17;
- сведения о лечебно-профилактическом учреждении, ф. 30.

На основе этих данных для исчисления статистических показателей, характеризующих трудовые ресурсы, рассчитывают среднесписочную численность работников.

Среднесписочную численность работников за отчетный период определяют путем суммирования списочной численности работников за каждый календарный день отчетного периода, включая праздничные (нерабочие) и выходные дни, и деления полученной суммы на число календарных дней данного периода.

Расчет среднесписочной численности работников базируется на основании ежедневного учета списочной численности работников, которую уточняют исходя из приказов о приеме, переводе работников на другую работу и прекращении трудового договора (контракта). Численность работников списочного состава за каждый день должна соответствовать данным табеля учета рабочего времени, где отражается число работников, явившихся и не явившихся на работу.

Для статистического анализа трудовых ресурсов выделяют следующие группы показателей:

- показатели движения трудовых ресурсов;
- показатели обеспеченности организаций здравоохранения трудовыми ресурсами;
- показатели использования рабочего времени;
- показатели уровня квалификации трудовых ресурсов.

**Показатели движения трудовых ресурсов.** Результаты углубленного анализа движения трудовых ресурсов в здравоохранении служат основой для повышения эффективности управления и экономической деятельности отрасли. С учетом формирования в здравоохранении рыночных отношений особенно актуальным становится формирование госзаказа на подготовку кадров в соответствии с основными на-

правлениями реструктуризации сети организаций здравоохранения и приоритетов его развития. Кроме того, анализ движения трудовых ресурсов важен для разработки и реализации комплексных программ социальной защиты работников здравоохранения.

Для анализа движения трудовых ресурсов используют абсолютные и относительные показатели.

*Абсолютные показатели:*

Принято работников всего  $a$ ,

в том числе:

на дополнительно созданные рабочие места  $b$ .

Выбыло работников  $c$ ,

в том числе:

в связи с сокращением численности персонала  $d$ ;

в связи с увольнением по собственному желанию  $e$ .

Располагая информацией о списочной численности на начало и конец отчетного периода, можно вычислить и проанализировать следующие относительные показатели, характеризующие движение работников:

- коэффициент текучести;
- коэффициент сокращения численности персонала.

*Коэффициент текучести* определяется по следующей формуле:

$$\text{Коэффициент текучести} = \frac{\text{Число работников, выбывших по собственному желанию, по инициативе администрации, в связи с окончанием срока действия трудового договора}}{\text{Среднесписочная численность работников за отчетный период}}$$

Оптимальное значение этого показателя составляет 0,10–1,12.

*Коэффициент сокращения численности персонала* имеет особую социальную значимость в связи с происходящими процессами реструктуризации сети организаций здравоохранения. Оценка этого показателя необходима не только для анализа текущей ситуации, но и, прежде всего, для разработки возможных сценариев ее развития, что позволяет своевременно и эффективно решать комплекс вопросов, связанных с социальной защитой работников здравоохранения и, в частности, с их рациональным трудоустройством. Коэффициент рассчитывают по следующей формуле:

$$\text{Коэффициент сокращения численности персонала} = \frac{\text{Число работников, уволенных в связи с сокращением численности персонала}}{\text{Среднесписочная численность работников за отчетный период}}$$

Показатели обеспеченности организаций здравоохранения трудовыми ресурсами — важнейшая группа показателей, которая используется для планирования и оценки эффективности использования трудовых ресурсов в здравоохранении. Углубленный анализ этих показателей позволяет выявлять диспропорции между фактической численностью медицинских кадров и реальной потребностью населения в них по отдельным видам медицинской помощи. К ним относятся следующие показатели:

- обеспеченность средними медицинскими работниками;
- соотношение врачей и средних медицинских работников;
- укомплектованность должностей медицинских работников среднего звена;
- коэффициент совместительства медицинских работников среднего звена.

На рис. 8.1 представлена динамика показателей обеспеченности врачами и средними медицинскими работниками в РФ за 2004–2013 гг. Анализ этих данных свидетельствует о неизменности уровня обеспеченности населения врачами и работниками со средним медицинским образованием за указанные годы. Показатель обеспеченности средним медицинским персоналом рассчитывают по формуле:

$$\text{Обеспеченность средними медработниками} = \frac{\text{Число физических лиц средних медработников}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000.$$

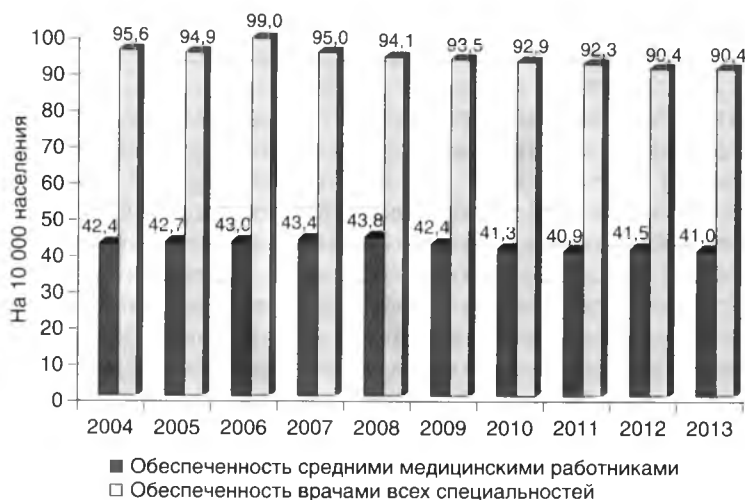


Рис. 8.1. Обеспеченность врачами всех специальностей и средним медицинским персоналом населения РФ (2004–2013 гг.)

Не менее важен анализ показателя соотношения врачей и средних медицинских работников, который может служить косвенной оценкой оптимального распределения должностных обязанностей между врачебным и средним медицинским персоналом. За десятилетний период значение этого показателя практически не изменилось и осталось на уровне 1:2,2; в то время когда практика зарубежного здравоохранения свидетельствует об оптимальном значении этого показателя 1:5. Таким образом, одним из направлений кадровой политики в здравоохранении остается необходимость увеличения количества средних медицинских работников и, соответственно, расширения круга их функциональных обязанностей.

Высоким остается показатель укомплектованности должностей средних медицинских работников (95%), который рассчитывается по формуле:

$$\text{Укомплектованность должностей средних медицинских работников} = \frac{\text{Число занятых должностей средних медицинских работников}}{\text{Число штатных должностей средних медицинских работников}} \times 100.$$

С показателями укомплектованности должностей и числа физических лиц тесно связан коэффициент совместительства средних медицинских работников, который в 2013 г. в РФ составил 1,3. Высокий уровень этого показателя свидетельствует о большой нагрузке медицинского персонала, что, естественно, отрицательно сказывается на качестве оказываемой медицинской помощи и состоянии здоровья работников здравоохранения. Этот показатель рассчитывают следующим образом:

$$\text{Коэффициент совместительства средних медицинских работников} = \frac{\text{Число занятых должностей средних медицинских работников}}{\text{Число физических лиц средних медицинских работников}}.$$

**Показатели использования рабочего времени.** Под рабочим временем понимают продолжительность времени, в течение которого работник фактически выполнял работу. Иными словами, это время участия в трудовой деятельности, измеряемое продолжительностью рабочего дня, недели, месяца или года.

Каждая организация здравоохранения заполняет «Табель учета рабочего времени» (ф. Т-18). Учет рабочего времени ведут в человеко-днях и человеко-часах. В человеко-днях учитывают явки и неявки на работу.

Законодательством РФ установлена продолжительность рабочего времени в неделю не более 40 ч. Для некоторых категорий работников (не достигших 18 лет, занятых на работах с вредными условиями



труда и ряда других) установлена сокращенная продолжительность рабочего дня.

Продолжительность рабочего дня при пятидневной или шестидневной рабочей неделе определяется правилами внутреннего распорядка.

В отработанные человеко-часы включают фактически отработанные работниками часы с учетом сверхурочных и отработанных в праздничные (нерабочие) и выходные (по графику) дни как на основной работе (должности), так и по совмещаемой в этой же организации, включая часы работы в служебных командировках.

В отработанные человеко-часы не включают: время нахождения работников в ежегодных, дополнительных, учебных отпусках, отпусках по инициативе администрации; время болезни; время внутрисменного простоя; часы перерывов в работе матерей для кормления ребенка; часы сокращения продолжительности рабочего дня работникам моложе 18 лет; другие случаи отсутствия работников на работе, независимо от того, сохраняется за ними заработная плата или нет.

Для оценки использования рабочего времени фактические показатели сопоставляют с установленными законодательно или запланированными. Например, среднее число дней работы на одного работника составило в апреле 18, тогда как число рабочих дней при пятидневной неделе равно 22. В этом случае коэффициент использования рабочего времени по числу дней работы на одного работника равен 0,8 (18 : 22).

В отработанные сверхурочные часы включают часы, отработанные сверх установленной законом продолжительности рабочего дня, в том числе часы, отработанные в выходные (по графику) и праздничные (нерабочие) дни, если за них не предоставлены другие дни отдыха, а также часы, отработанные сверх нормального числа часов работы за отчетный период при помесичном (суммированном) учете рабочего времени, независимо от разрешения на сверхурочные работы и их оплаты.

В количество оплаченных человеко-часов включают количество отработанных работниками человеко-часов и количество неотработанных оплаченных человеко-часов (ежегодные, дополнительные учебные отпуска, отпуска по инициативе администрации, выполнение государственных или общественных обязанностей, обучение в системе постдипломной подготовки, льготные часы подростков и др.).

Человеко-часы неявок по болезни, оформленные листками нетрудоспособности, оплачивают из фонда социального страхования.

Человеко-часы могут быть не отработаны в связи с переводом работников на работу с неполным рабочим временем по инициативе администрации.

Структура затрат рабочего времени, причины его неполного использования анализируют в организациях здравоохранения для принятия управленческих решений по улучшению использования рабочего времени и повышению за счет этого производительности труда. Эти решения касаются кадрового планирования и многих других вопросов, связанных с функционированием организации. Для выявления причин потерь рабочего времени или его нерационального использования проводят единовременные статистические исследования.

Основные показатели использования рабочего времени рассчитывают по следующим формулам.

$$\text{Средняя продолжительность рабочего дня} = \frac{\text{Число отработанных человеко-часов}}{\text{Число отработанных человеко-дней}}$$

$$\text{Среднее число дней работы на одного работника} = \frac{\text{Число отработанных человеко-дней}}{\text{Среднесписочная численность соответствующей категории работников}}$$

$$\text{Среднее число часов работы на одного работника} = \frac{\text{Число отработанных человеко-часов}}{\text{Среднесписочная численность соответствующей категории работников}}$$

Иногда в трудовых коллективах возникают конфликты по причине несоблюдения администрацией условий охраны и оплаты труда. Международная статистика труда рекомендует следующие показатели для характеристики трудовых конфликтов:

- потери рабочего времени в расчете на 1000 работников;
- число вовлеченных в конфликт в расчете на 1000 работников.

Эти показатели рассчитывают по следующим формулам:

$$\text{Потери рабочего времени в расчете на 1000 работников} = \frac{\text{Потери рабочего времени в результате конфликтов (ч)}}{\text{Среднесписочная численность работников}} \times 1000.$$

$$\text{Число вовлеченных в конфликт в расчете на 1000 работников} = \frac{\text{Число вовлеченных в конфликт работников}}{\text{Среднесписочная численность работников}} \times 1000.$$

**Показатели уровня квалификации трудовых ресурсов.** Эти показатели позволяют оценить, в частности, квалификационный уровень средних медицинских работников. Квалификация специалистов определяется аттестационной комиссией по трем категориям — второй, первой и высшей. Вторая категория может присваиваться средним медицинским работникам, имеющим стаж работы по аттестуемой специальности не менее 3 лет, первая — при стаже 7 лет и более, высшая — при стаже не менее 10 лет.

Сертификат специалиста имеют 95,1% средних медицинских работников, квалификационную категорию — 59,5%. Причем 36% средних медицинских работников имеют высшую квалификационную категорию, 16,8% — первую категорию, 6,7% — вторую категорию.

Основные показатели, характеризующие уровень квалификации средних медицинских работников, рассчитывают следующим образом.

$$\text{Доля средних медработников, имеющих сертификат специалиста} = \frac{\text{Число средних медработников, имеющих сертификат специалиста}}{\text{Число средних медработников на конец года (физических лиц)}} \times 100.$$

$$\text{Доля средних медработников, имеющих квалификационную категорию} = \frac{\text{Число средних медработников, имеющих квалификационную категорию}}{\text{Число средних медработников на конец года (физических лиц)}} \times 100.$$

$$\text{Доля средних медработников, имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию} = \frac{\text{Число средних медработников, имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию}}{\text{Число средних медработников на конец года (физических лиц)}} \times 100.$$

Динамика основных показателей, характеризующих состояние трудовых ресурсов здравоохранения за последние 15 лет, представлена в табл. 8.1. Анализ этих показателей свидетельствует о достаточно высокой стабильности обеспеченности населения РФ кадрами среднего медицинского персонала.

Таблица 8.1. Основные показатели трудовых ресурсов здравоохранения в 1999–2013 гг.

Показатель	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Численность врачей всех специальностей (тыс.)	613,5	608,7	604,4	608,6	609,0	607,1	607,7	614,0	616,4	621,8	613,7	590,4	585,2	594,7	587,5
Численность среднего медицинского персонала (тыс.)	1448,3	1397,4	1376,8	1388,3	1378,0	1367,6	1351,2	1356,0	1349,3	1336,2	1329,9	1324,6	1320,0	1299,3	1295,7
Соотношение врачей и среднего медицинского персонала	1 : 2,36	1 : 2,30	1 : 2,28	1 : 2,28	1 : 2,26	1 : 2,25	1 : 2,22	1 : 2,2	1 : 2,2	1 : 2,1	1 : 2,2	1 : 2,2	1 : 2,3	1 : 2,2	1 : 2,2
Численность специалистов с высшим фармацевтическим образованием (тыс.)	9,3	10,3	8,9	10,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Численность специалистов со средним фармацевтическим образованием (тыс.)	12,7	13,9	12,6	13,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Обеспеченность населения врачами всех специальностей (на 10 тыс. населения)	42,4	42,2	42,2	42,7	42,7	42,4	42,7	43,0	43,4	43,8	42,4	41,3	40,9	41,5	41,0
Обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. населения)	100,0	96,9	96,1	97,4	96,7	95,6	94,9	95,0	95,0	94,1	93,5	92,9	92,3	90,4	90,4

## ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы.
3. Изучить нормативно-правовые документы, касающиеся деятельности средних медицинских работников.
4. Разобрать задачу-эталон.
5. Решить задачу для самостоятельного решения.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите основные задачи кадровой политики в здравоохранении.
2. Перечислите формы статистического учета, используемые для анализа движения и эффективности трудовых ресурсов в здравоохранении.
3. Как рассчитывают среднесписочную численность работников за отчетный период?
4. Назовите группы показателей, используемые для статистического анализа трудовых ресурсов.
5. Перечислите показатели движения трудовых ресурсов, приведите методику их расчета.
6. Перечислите показатели обеспеченности организаций здравоохранения трудовыми ресурсами, приведите методику их расчета.
7. Что понимают под рабочим временем? Как проводится учет рабочего времени?
8. Какова продолжительность рабочего времени, установленная законодательством РФ?
9. Как проводится оценка рабочего времени?
10. Назовите показатели использования рабочего времени, приведите методику их расчета.
11. Перечислите показатели, рекомендуемые Международной статистикой труда для характеристики трудовых конфликтов.
12. Перечислите категории квалификации специалистов.
13. Назовите показатели уровня квалификации трудовых ресурсов, приведите методику их расчета.

## ЗАДАЧА-ЭТАЛОН

В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей использования трудовых ресурсов в медицинской организации.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей использования трудовых ресурсов

Исходные данные	Численные значения
Среднегодовая численность населения	26 170
Число работников, выбывших по собственному желанию, по инициативе администрации, в связи с окончанием срока действия трудового договора	170
Среднесписочная численность работников за отчетный период	486
Число работников, уволенных в связи с сокращением численности персонала	49
Число физических лиц средних медицинских работников	236
Число занятых должностей средних медицинских работников	240
Число штатных должностей средних медицинских работников	240
Число средних медицинских работников, имеющих сертификат специалиста	180
Число средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию	147
Число средних медицинских работников, имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию	Высшая — 65, I — 58, II — 24

### Задание

1. На основании исходных данных, приведенных в таблице, рассчитать статистические показатели использования трудовых ресурсов:

- коэффициент текучести;
- коэффициент сокращения численности персонала;
- обеспеченность средними медицинскими работниками;
- укомплектованность должностей средних медицинских работников;
- коэффициент совместительства средних медицинских работников;
- долю средних медицинских работников, имеющих сертификат специалиста;
- долю средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию;
- долю средних медицинских работников, имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

### Решение

1. Коэффициент текучести:

$$\frac{\text{Число работников, выбывших по собственному желанию, по инициативе администрации, в связи с окончанием срока действия трудового договора}}{\text{Среднесписочная численность работников за отчетный период}} = \frac{170}{486} = 0,3.$$

2. Коэффициент сокращения численности персонала:

$$\frac{\text{Число работников, уволенных в связи с сокращением численности персонала}}{\text{Среднесписочная численность работников за отчетный период}} = \frac{49}{486} = 0,1.$$

3. Обеспеченность средними медицинскими работниками:

$$\frac{\text{Число физических лиц средних медработников}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000 = \frac{236}{26\,170} \times 10\,000 = 90,2 \text{ средних медработников на } 10\,000 \text{ населения.}$$

4. Укомплектованность должностей средних медицинских работников:

$$\frac{\text{Число занятых должностей средних медработников}}{\text{Число штатных должностей средних медработников}} \times 100 = \frac{240}{240} \times 100 = 100\%.$$

5. Коэффициент совместительства средних медицинских работников:

$$\frac{\text{Число занятых должностей средних медработников}}{\text{Число физических лиц средних медработников}} = \frac{240}{236} = 1,01.$$

6. Доля средних медицинских работников, имеющих сертификат специалиста:

$$\frac{\text{Число средних медработников, имеющих сертификат специалиста}}{\text{Число средних медработников на конец года (физических лиц)}} \times 100 = \frac{195}{236} \times 100 = 82,6\%.$$

7. Доля средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию:

$$\frac{\text{Число средних медработников, имеющих квалификационную категорию}}{\text{Число средних медработников на конец года (физических лиц)}} \times 100 = \frac{147}{236} \times 100 = 61,4\%.$$

8. Доля средних медицинских работников, имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию:

$$\frac{\text{Число средних медработников, имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию}}{\text{Число средних медработников на конец года (физических лиц)}} \times 100 = \frac{65}{236} \times 100 = 27,5\%.$$

Аналогично вычисляем: долю средних медицинских работников, имеющих I квалификационную категорию, — 24,6%; II квалификационную категорию — 10,2%.

### Вывод

При анализе показателей использования трудовых ресурсов выявлено, что коэффициент текучести в пределах оптимального значения (0,10–1,12); показатели обеспеченности и укомплектованности средними медицинскими работниками высокие и соответствуют среднестатистическим уровням. Эти показатели, как и коэффициент совместительства, свидетельствуют о потенциальной возможности оказания средними медицинскими работниками качественной медицинской помощи. Показатели, характеризующие уровень квалификации средних медицинских работников, в целом соответствуют среднестатистическим значениям.

## ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ

### Задача 1

В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей использования трудовых ресурсов в медицинской организации.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей использования трудовых ресурсов

Исходные данные	Численное значение
Среднегодовая численность населения	31 320



Исходные данные	Численное значение
Число работников, выбывших по собственному желанию, по инициативе администрации, в связи с окончанием срока действия трудового договора	192
Среднесписочная численность работников за отчетный период	568
Число работников, уволенных в связи с сокращением численности персонала	54
Число средних медицинских работников (физических лиц)	315
Число занятых должностей средних медицинских работников	340
Число штатных должностей средних медицинских работников	340
Число средних медицинских работников, имеющих сертификат специалиста	285
Число средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию	175
Число средних медицинских работников, имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию	Высшая — 78, I — 62, II — 35

## Задача 2

В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей использования трудовых ресурсов в медицинской организации.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей использования трудовых ресурсов

Исходные данные	Численное значение
Среднегодовая численность населения	40 845
Число работников, выбывших по собственному желанию, по инициативе администрации, в связи с окончанием срока действия трудового договора	185
Среднесписочная численность работников за отчетный период	605
Число работников, уволенных в связи с сокращением численности персонала	63
Число средних медицинских работников (физических лиц)	342
Число занятых должностей средних медицинских работников	360

Исходные данные	Численное значение
Число штатных должностей средних медицинских работников	360
Число средних медицинских работников, имеющих сертификат специалиста	297
Число средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию	190
Число средних медицинских работников, имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию	Высшая — 82, I — 70, II — 38

### Задача 3

В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей использования трудовых ресурсов в медицинской организации.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей использования трудовых ресурсов

Исходные данные	Численное значение
Среднегодовая численность населения	36 540
Число работников, выбывших по собственному желанию, по инициативе администрации, в связи с окончанием срока действия трудового договора	192
Среднесписочная численность работников за отчетный период	575
Число работников, уволенных в связи с сокращением численности персонала	72
Число средних медработников (физических лиц)	320
Число занятых должностей средних медицинских работников	345
Число штатных должностей средних медицинских работников	345
Число средних медицинских работников, имеющих сертификат специалиста	284
Число средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию	194
Число средних медицинских работников, имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию	Высшая — 84, I — 68, II — 42

## Задание

1. На основании исходных данных, приведенных в таблице, рассчитать статистические показатели использования трудовых ресурсов:

- коэффициент текучести;
- коэффициент сокращения численности персонала;
- обеспеченность средними медицинскими работниками;
- укомплектованность должностей средних медицинских работников;
- коэффициент совместительства средних медицинских работников;
- долю средних медицинских работников, имеющих сертификат специалиста;
- долю средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию;
- долю средних медицинских работников, имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

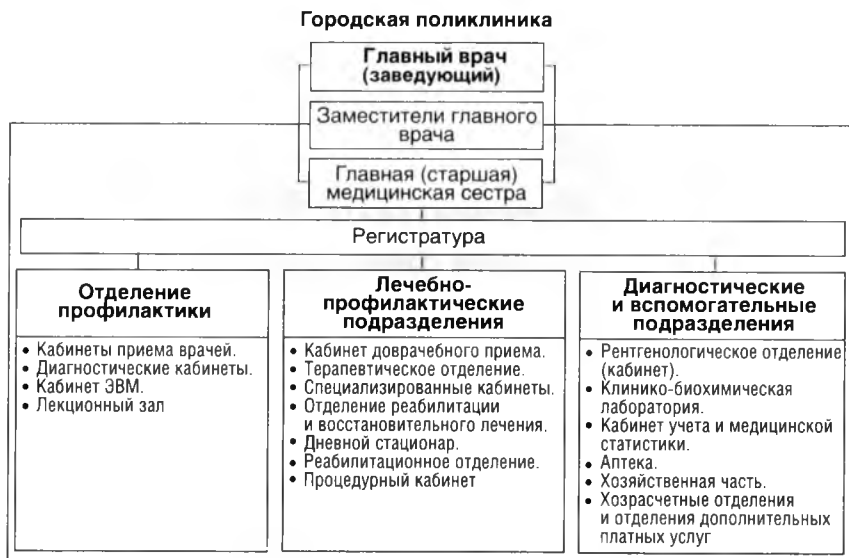
# **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), которую оказывают в амбулаторных условиях, остается для населения самым массовым и доступным видом медицинской помощи. В 2013 г. в РФ функционировало 10 903 АПУ, в которых медицинская помощь оказана более 50 млн человек.

К основным типам АПУ относятся: амбулатории, поликлиники (для взрослых, детей, стоматологические), диспансеры, центры общей врачебной (семейной) практики, женские консультации и др.

## **9.1. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ**

Городская поликлиника для взрослых (рис. 9.1) является учреждением здравоохранения, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях населению в возрасте от 18 лет и старше.



**Рис. 9.1.** Примерная организационная структура городской поликлиники для взрослых

#### Основные задачи поликлиники:

- 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;
- осуществление диспансеризации 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 ЗОЖ.

Поликлинику возглавляет главный врач, который несет ответственность за качество медицинской помощи, а также организационную, административно-хозяйственную и финансовую деятельность.

Для организации работы среднего и младшего медицинского персонала главный врач из числа наиболее опытных медицинских сестер, обладающих организационными способностями, назначает *главную (старшую) медицинскую сестру*. В ее непосредственном подчинении находится весь средний и младший медицинский персонал поликлиники.

Основная задача главной (старшей) медицинской сестры заключается в рациональной организации труда среднего и младшего медицинского персонала, включая своевременное и качественное выполнение врачебных назначений больным в поликлинике и на дому. Для выполнения этой задачи главная (старшая) медицинская сестра поликлиники обязана обеспечить:

- вводный инструктаж принимаемых на работу средних и младших медицинских работников по охране труда и технике безопасности, по противопожарной безопасности, действиях в экстремальных условиях;
- ознакомление средних и младших медицинских работников с должностными инструкциями, правилами внутреннего трудового распорядка и другими распорядительными документами;
- составление рациональных графиков работы и правильную расстановку среднего и младшего медицинского персонала;
- оперативное замещение медицинских сестер и санитарок, не вышедших на работу;
- систематический контроль за своевременным и квалифицированным выполнением медицинскими сестрами лечебных и диагностических назначений врачей в поликлинике и на дому;
- своевременную выписку, правильный учет, распределение и использование медикаментов, изделий медицинского назначения, бланков специального учета (листочков нетрудоспособности, врачебных свидетельств о смерти, бланков рецептов на наркотические средства и др.);
- четкую работу регистратуры, справочно-информационной службы;
- контроль за санитарно-гигиеническим состоянием поликлиники, за проведением средним и младшим медицинским персоналом комплекса необходимых противоэпидемических мероприятий;
- контроль за исправностью и сохранностью медицинской аппаратуры и оборудования, своевременностью их ремонта и списания;
- своевременное представление медицинской документации амбулаторного больного, направленного в стационар, и контроль за получением выписок и других медицинских документов из стационара и др.

Главная (старшая) медицинская сестра принимает активное участие в управлении учреждением. Она вправе принимать участие в решении вопросов найма и увольнения средних и младших медицинских работников; вносить главному врачу предложения об их поощрении или наложении дисциплинарных взысканий; осуществлять в

случае производственной необходимости временную перестановку средних и младших медицинских работников поликлиники, контролировать их деятельность, отдавать им в рамках своих полномочий распоряжения и указания.

В число важнейших задач главной (старшей) медицинской сестры совместно с руководством поликлиники входят: разработка и реализация планов повышения квалификации средних медицинских работников путем проведения сестринских конференций, направление их на курсы повышения квалификации и специализации, организация освоения ими смежных специальностей и др.

Городская поликлиника работает по участковому принципу — за ней закреплена определенная территория, которая, в свою очередь, разделена на территориальные участки. Участки формируются в зависимости от численности населения. За каждым участком закреплён врач-терапевт участковый и медицинская сестра участковая. Терапевтические участки формируются из расчета 1700 жителей в возрасте от 18 лет и старше на один участок. При формировании участков для обеспечения равных условий работы участковых врачей-терапевтов и медицинских сестер следует учитывать не только численность населения, но и протяженность участка, тип застройки, удаленность от поликлиники, наличие автотранспорта и другие факторы.

Первое знакомство пациента с поликлиникой начинается с регистратуры, которая организует прием больных и их обслуживание на дому. В задачи регистратуры входит:

- осуществление записи на прием к врачам при непосредственном обращении и по телефону;
- регулирование интенсивности потока пациентов с целью обеспечения равномерной нагрузки на приеме, распределение больных по видам оказываемой помощи;
- своевременный подбор медицинской документации и доставка ее в кабинеты врачей, правильное ведение и хранение картотеки.

В практике организации АПУ используются три основных способа организации записи пациентов на прием к врачу:

- талонная система;
- самозапись;
- комбинированный способ;
- электронная запись.

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 должны быть переданы работникам картоохранилища для подбора «Медицинских карт амбулаторного больного» или оформления 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 пришли 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.

В настоящее время в большинстве городов страны внедрена система электронной записи на прием — «*Электронная регистратура*». Это позволило значительно повысить оперативность записи населения на прием к врачу, а также проводить мониторинг доступности медицинской помощи в регионе, населенном пункте или отдельно взятом медицинском учреждении.

«Электронная регистратура» дает возможность записаться пациенту на прием к врачу следующими способами:

- по единому номеру телефона;
- через Интернет;
- через информационный киоск, расположенный в вестибюле поликлиники;
- через регистратуру поликлиники.

«Электронная регистратура» предусматривает наличие единого для всех муниципальных поликлиник бесплатного номера телефона. Набрав его, пациент попадает в call-центр, где специально обученные операторы в течение нескольких минут оформляют запись к необходимому специалисту. Помимо call-центра запись к врачу можно сделать через специализированный интернет-портал с удобной навигацией.



гацией. В случае если врач по каким-либо причинам недоступен, пациенту предлагают альтернативные варианты: либо записаться к специалисту в другое лечебное учреждение, либо встать в очередь. Информационные ресурсы call-центра позволяют оператору предложить пациенту наиболее быстрый и удобный вариант записи к врачу. На интернет-портале варианты записи предлагаются в автоматическом режиме.

«Электронная регистратура» не только повышает оперативность записи пациентов на прием к врачам, но и служит эффективным инструментом для руководителей органов управления здравоохранением и АПУ. Создаваемая информационная база позволяет в течение короткого времени формировать необходимую отчетность, а также управлять потоками пациентов в АПУ в режиме on-line.

Вызвать врача на дом можно очно либо по телефону. Принимаемые вызовы заносят в «Книгу записей вызова врача на дом», 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 целесообразно организовать 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, ультразвуковому исследованию (УЗИ), анализам крови и т.д. «Немая справка» должна содержать, кроме того, 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 присваивают коли-

чество 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 ЛПУ, однако утеря карты приводит к потере всех данных пациента.

Оптимальной служит форма работы регистратуры с использованием электронных (безбумажных) технологий хранения информации. Для этих целей создаются информационные системы (ИС) в масштабе всей поликлиники с организацией автоматизированных рабочих мест во всех врачебных кабинетах и лечебно-диагностических подразделениях.

В непосредственной близости от регистратуры должен располагаться *кабинет доврачебного приема*, который необходим 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 входит:

- 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), «Направления на МСЭ» (ф. 088/у-06), а также внесения в них данных лабораторных и других диагностических исследований, оформление справок, выписок и других медицинских документов;
- участие в организации и проведении медицинских осмотров.

Большую роль в оказании населению ПМСП играет *медицинская сестра участковая*. Основные ее задачи заключаются в выполнении лечебных и диагностических назначений врача в поликлинике и на дому, а также в проведении профилактических и санитарно-просветительных мероприятий среди населения участка. Для решения этой задачи медицинская сестра участковая имеет широкий круг обязанностей:

- формирование совместно с врачом-терапевтом участковым паспорта врачебного (терапевтического) участка из прикрепленного к нему населения, ведение персонального учета, информационной (компьютерной) базы данных состояния здоровья обслуживаемого населения, участие в формировании

- групп диспансерных больных, в том числе имеющих право на получение набора социальных услуг;
- организация амбулаторного приема врача-терапевта участкового, подготовка к работе приборов, инструментов, обеспечение бланками рецептов, направлений;
  - проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию и образованию обслуживаемого населения, консультации по вопросам формирования ЗОЖ;
  - осуществление профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление социально значимых болезней и факторов риска, организация и ведение занятий в школах здоровья;
  - организация проведения диагностики и лечения заболеваний и состояний, в том числе восстановительного лечения больных в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
  - проведение доврачебных осмотров, в том числе профилактических, с записью в медицинской карте амбулаторного больного;
  - оказание неотложной доврачебной медицинской помощи больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
  - выполнение в соответствии с назначением врача медицинских манипуляций и проведение забора материала для бактериологических исследований;
  - оформление документов для направления больных на консультации к врачам-специалистам, в том числе для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
  - проведение мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний, организация и проведение противоэпидемических мероприятий и иммунопрофилактики в установленном порядке;
  - оформление документации по экспертизе временной нетрудоспособности (ВН) в установленном порядке и документов для направления на МСЭ;
  - оформление документов для направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;
  - организация совместно с органами социальной защиты населения медико-социальной помощи отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе;
  - заполнение под контролем врача документации, в число которой входят «Талон амбулаторного пациента» (ф. 025-

6/у/89; 025-10/у-97; 025-11/у-02; 025-1/у), «Экстренное извещение» (ф. 058/у), бланки направлений на лечебно-диагностические исследования; внесение в индивидуальную карту амбулаторного больного данных флюорографического и других исследований; заполнение под контролем врача «Направления на МСЭ» (ф. 088/у-06), «Санаторно-курортной карты» (ф. 072/у), выписки из «Медицинской карты амбулаторного больного» (ф. 025/у) и др.;

- проведение под контролем врача профилактических прививок и мероприятий по дегельминтизации населения;
- ведение «Дневника учета работы медицинской сестры участковой» (ф. 039/у-1-06).

Медицинская сестра участковая обеспечивается медицинской сумкой, укомплектованной медицинским инструментарием, перевязочным материалом и соответствующим набором медикаментов.

Помимо участковых врачей в поликлинике работают врачи узких специальностей — врачи-специалисты, каждому из которых помогают медицинские сестры (медицинская сестра патронажная, медицинский статистик, медицинская сестра хирургического кабинета, медицинская сестра офтальмологического кабинета, медицинская сестра функциональной диагностики и др.).

## 9.2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Принципы организации работы детской поликлиники во многом схожи с таковыми в поликлиниках для взрослых, однако имеются свои, характерные только для данного учреждения, особенности.

Детская поликлиника — учреждение здравоохранения, может быть структурным подразделением объединенной детской больницы или самостоятельным медицинским учреждением, которое оказывает медицинскую помощь в амбулаторных условиях детям от рождения до 17 лет включительно.

Основные задачи детской поликлиники:

- организация и проведение комплекса профилактических мероприятий среди детского населения;
- оказание квалифицированной медицинской 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.

Структура и организация работы детской поликлиники (рис. 9.2) построена с учетом противоэпидемического режима. Матери, являющиеся с ребенком на прием, предварительно в фильтре должны осматриваться медсестрой с целью выявления симптомов инфекционных или других острых заболеваний. В случае выявления ребенка с инфекционным или подозрительным на него заболеванием он должен направляться в бокс, непосредственно примыкающий к фильтру и имеющий отдельный вход, где его принимает врач.



Рис. 9.2. Примерная организационная структура детской поликлиники

Детская поликлиника, так же как и поликлиника для взрослых, работает по участковому принципу. Педиатрические участки организуются из расчета 800 детей и подростков в возрасте от 0 до 17 лет включительно. С учетом большого объема профилактической работы в детской поликлинике, в отличие от других АПУ, на каждый педиатрический участок выделяется 1,5 должности медицинской сестры участковой, которая служит непосредственным помощником врача-педиатра участкового.

Главная задача медицинской сестры участковой заключается в проведении профилактической работы в целях формирования здорового ребенка и оказания медицинской помощи больным детям на дому по назначению врача.

Для решения этой задачи медицинская сестра участковая выполняет большой комплекс мероприятий:

- проводит дородовые патронажи к беременным женщинам своего территориального участка, выявляет нарушения самочувствия беременной и своевременно сообщает об этом акушеру-гинекологу женской консультации и врачу-педиатру участковому;
- совместно с врачом-педиатром участковым посещает новорожденных в первые два-три дня после выписки из родильного дома;
- обеспечивает систематичность наблюдения за здоровыми и больными детьми;
- контролирует выполнение родителями врачебных назначений;
- планирует проведение профилактических прививок детям, не посещающим дошкольные учреждения, приглашает детей на прививку в поликлинику;
- ведет работу по своевременной организации медицинских осмотров детей, состоящих на диспансерном учете;
- выполняет назначенные врачом лечебные процедуры на дому;
- оказывает помощь врачу при проведении медицинских осмотров детей (проводит антропометрию, выписывает рецепты, справки, направления, листки нетрудоспособности, выписки, следит за очередностью приема);
- проводит беседы с родителями на участке и в поликлинике по вопросам развития и воспитания здорового ребенка и профилактики заболеваний;
- ведет работу по подготовке общественного санитарного актива на участке, совместно с которым осуществляет мероприятия, направленные на профилактику травматизма детей на участке; рейды по проверке чистоты, организует встречи населения с врачом.

Для осуществления профилактической работы со здоровыми детьми раннего возраста в составе детской поликлиники организуется кабинет профилактической работы с детьми (кабинет здорового ребенка). Для работы в нем в поликлинике, обслуживающей до 10 тыс. детей, предусмотрена 1 должность, свыше 10 тыс. детей — 2 должности медицинских сестер по профилактической работе со здоровыми детьми.

Основная задача работников кабинета здорового ребенка заключается в обучении родителей 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 служит организация медицинских (профилактических) осмотров. В поликлиниках выделяют 3 группы детей, подлежащих профилактическим осмотрам:

- дети до 7-летнего возраста, не посещающие детские дошкольные учреждения;
- дети, посещающие детские дошкольные учреждения;
- школьники.

Профилактические осмотры детей целесообразно проводить в форме 3-этапного скрининга:

- I этап — доврачебный;
- II этап — педиатрический;
- III этап — специализированный.

На доврачебном этапе организуют лабораторно-инструментальные исследования, антропометрию, анкетирование, измерение артериального давления, остроты зрения, динамометрию.

На педиатрическом этапе педиатр проводит клинический осмотр с анализом данных доврачебного обследования и оценкой состояния здоровья ребенка. Для поступающих в школу, а также детей школьного возраста этот этап носит характер врачебно-педагогического. В его проведении принимают участие педагоги и психологи с целью оценки психологического статуса, функциональной готовности и адаптации к обучению. Результаты этого этапа оформляют совместным медико-педагогическим заключением.

На специализированном этапе диспансеризацию осуществляет бригада врачей-специалистов. После завершения профилактических осмотров проводят комплексную оценку состояния здоровья ребенка.

Особенность в работе детской поликлиники заключается в том, что все больные дети с острыми заболеваниями наблюдаются участковой службой на дому. В поликлинике проводится прием, в основном, здоровых 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, порядок проведения которой определяется приказами Министерства здравоохранения РФ. Профилактические прививки проводят детям в прививочных кабинетах при детских поли-

клиниках. Детям, посещающим образовательные учреждения, прививки делают в этих учреждениях. Категорически запрещается делать прививки на дому.

О дне проведения предстоящих профилактических прививок детям, посещающим детские дошкольные учреждения и школы, необходимо заранее оповещать родителей. Всех детей в день прививки обследует врач с учетом анамнестических данных и термометрии. Детям, имеющим относительные противопоказания, прививки должны проводиться по индивидуальной схеме, согласно рекомендациям специалистов.

Острые инфекции и неинфекционные заболевания, обострения хронических заболеваний считаются временными противопоказаниями для проведения вакцинации. Плановые прививки проводят через 2–4 нед после выздоровления.

Сроки проведения вакцинации определены Национальным календарем профилактических прививок.

Участковая медицинская сестра на следующий день после проведения прививки должна посетить ребенка на дому для выяснения характера реакции на прививку. О результатах этих посещений медицинская сестра сообщает участковому врачу-педиатру и фиксирует данные о реакции ребенка на прививку в «Истории развития ребенка» (ф. 112/у).

Учет и контроль профилактических прививок осуществляют при помощи «Карты учета профилактических прививок» (ф. 063/у), которую заполняют на каждого новорожденного и каждого ребенка, вновь прибывшего в район деятельности детской поликлиники. В настоящее время в практику здравоохранения вводится «Прививочный сертификат».

Из «Карт учета профилактических прививок» в детской поликлинике формируют прививочную картотеку. Важный раздел организации прививочной работы в поликлинике — 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 формам «История развития ребенка» и по «Карте профилактических прививок».

Гигиеническое воспитание и обучение на участке должно быть тесно связано с лечебно-профилактической работой врача и медицинской сестры и проводиться по плану.

В отличие от поликлиники для взрослых, в структуру детской поликлиники входят отделение организации медицинской помо-



щи 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, интернатах и учреждениях среднего профессионального образования. Кроме того, оно осуществляет взаимодействие с военкоматами по постановке подростков на первичный воинский учет и подготовке к призыву в армию.

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 ней лиц, имеющих факторы риска и нуждающихся в медико-социальной защите 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 ЗОЖ, отказ от так называемых саморазрушающих форм поведения (табакокурение, злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушения несовершеннолетних, бродяжничество и др.).

### **9.3. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**

Женская консультация обеспечивает акушерско-гинекологическую помощь женщинам в амбулаторных условиях, работу по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья населения.

Основная цель работы женской консультации заключается в охране здоровья матери и ребенка путем оказания квалифицированной акушерско-гинекологической помощи в амбулаторных условиях вне беременности, в период беременности и в послеродовом периоде.

В задачи женской консультации входят:

- подготовка женщин к беременности и родам, оказание акушерской помощи во время беременности и в послеродовом периоде;
- оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях женщинам с гинекологическими заболеваниями;

- обеспечение консультирования и услуг по планированию семьи, профилактика абортов, заболеваний, передаваемых половым путем, внедрение современных методов контрацепции;
- оказание акушерско-гинекологической помощи в условиях 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.

Женская консультация работает по участковому принципу — один участок формируется из расчета 6000 взрослого населения или (если в составе населения свыше 55% женщин) из расчета 3300 женщин на участок.

Средний и младший медицинский персонал находится в непосредственном подчинении старшей акушерки, которая подчиняется заведующему женской консультацией.

Основные задачи старшей акушерки женской консультации:

- контроль за своевременным и квалифицированным выполнением акушерками лечебных и диагностических назначений врачей в женской консультации и на дому, за ведением ими учетной медицинской документации, за соблюдением средним и младшим медицинским персоналом установленных правил внутреннего распорядка;
- разработка и проведение мероприятий по повышению профессиональной квалификации среднего, младшего медицинского персонала;
- рациональная расстановка и использование кадров среднего и младшего медицинского персонала женской консультации;
- обеспечение надлежащего санитарно-гигиенического состояния женской консультации;
- пополнение, правильность хранения и расходования медикаментов, перевязочного материала, инструментария и предметов хозяйственного обихода для нужд женской консультации;
- организация своевременного обмена медицинской документацией между женской консультацией и родильным домом (отделением).

Организационная структура женской консультации определяется стоящими перед ней задачами и представлена на рис. 9.3.

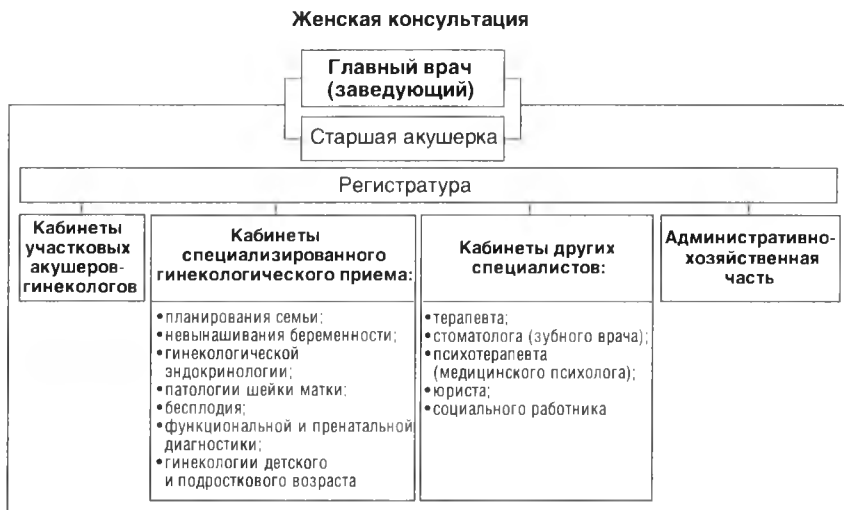


Рис. 9.3. Примерная организационная структура женской консультации

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 организуется с учетом обеспечения максимальной доступности амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женскому населению.

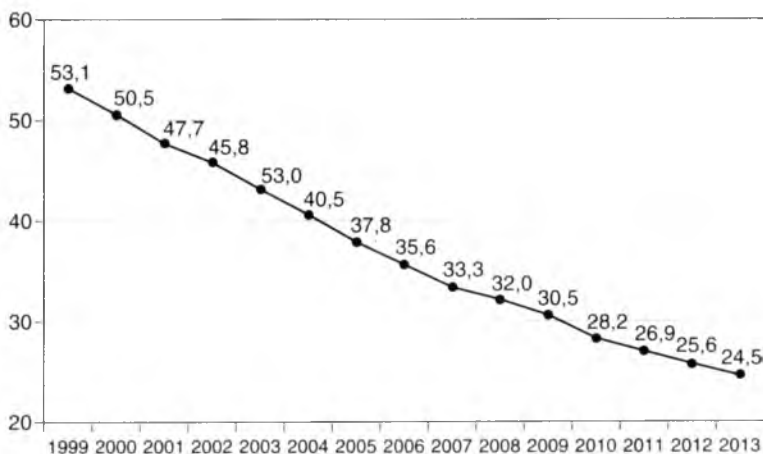
Акушерка служит главным помощником врача акушера-гинеколога и находится в непосредственном его подчинении, а также в подчинении заведующего женской консультацией и старшей акушерки.

Основные задачи акушерки:

- выполнение назначений врача в женской консультации и на дому;
- подготовка амбулаторного приема, проводимого врачом;
- подготовка женщин к предстоящему осмотру врачом;
- патронаж на дому беременных и родильниц;
- амбулаторный прием гинекологических больных (совместно с врачом или в соответствующих случаях самостоятельно);
- проведение профилактических осмотров женщин с целью выявления гинекологических заболеваний (совместно с врачом или, в соответствующих случаях, самостоятельно);
- проведение санитарно-просветительной работы среди женщин по вопросам охраны материнства и др.

Акушерка обязана уметь принимать роды, производить простейшие лабораторные исследования (мочи на белок, групповой принадлежности крови, гемоглобина и скорости оседания эритроцитов и др.); оказывать первую неотложную медицинскую помощь при острых заболеваниях и несчастных случаях; при распознавании патологического течения родов и послеродового периода немедленно вызывать врача или транспортировать женщину (если это возможно) в стационар; вести установленную медицинскую учетную документацию.

Планирование семьи и профилактика абортов — одна из основных задач женской консультации. К сожалению, в России аборт остается одним из основных способов регулирования рождаемости. В 2013 г. было произведено 881 тыс. абортов, что составляет 24,5 на 1000 женщин фертильного возраста. Если в конце 80-х годов прошлого столетия в СССР производилась примерно треть всех абортов в мире, то с начала 1990-х годов благодаря развитию службы планирования семьи частота абортов постепенно снижается (рис. 9.4). Аборт в более чем 40% случаев бывает причиной вторичного бесплодия.



**Рис. 9.4.** Количество абортов в Российской Федерации на 1000 женщин фертильного возраста (1999–2013 гг.)

Женская консультация, наряду с центром планирования семьи и репродукции, служит важным звеном в работе по профилактике абортов, обеспечению консультирования по вопросам репродуктивного здоровья и индивидуального подбора средств и методов контрацепции. Работу по вопросам планирования семьи осуществляют врачи акушеры-гинекологи и акушерки, имеющие специальную подготовку.

В соответствии с действующим законодательством каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 нед, по социальным показаниям — до 22 нед, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины — независимо от срока беременности.

Вопрос о прерывании беременности по социальным показаниям решается комиссией в составе врача акушера-гинеколога, руководителя учреждения (отделения), юриста при наличии заключения о сроке беременности, установленном 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 выдается заключение, заверенное подписями членов комиссии и печатью учреждения.

Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям проводится 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.

Проводимые женской консультацией мероприятия по охране здоровья беременной и антенатальной охране плода могут быть эффективны лишь при условии регулярного наблюдения женщины в период беременности.

## **9.4. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЦЕНТРОВ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ**

Одной из форм оказания ПМСП населению является работа ЦОВП. В 2013 г. в России действовало более 3500 ЦОВП.

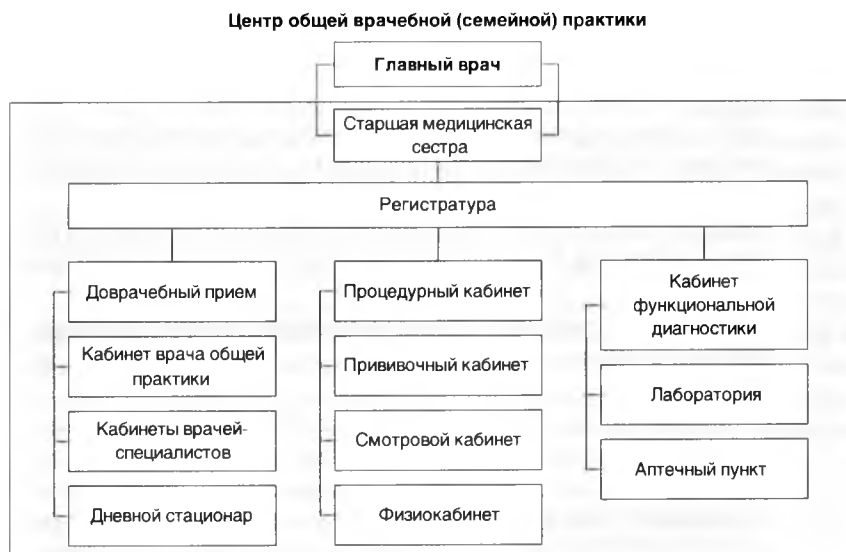
ЦОВП организуются на территории муниципальных районов и городских округов. Участок врача общей практики формируется из расчета 1500 человек взрослого населения (в возрасте от 18 лет и старше), участок семейного врача — 1200 человек взрослого и детского населения.

Как показывает накопленный за последнее десятилетие опыт, переход к организации ПМСП по принципу общей врачебной (семей-

ной) практики ведет к значительному улучшению качества, доступности медицинской помощи, усилению профилактической работы, укреплению здоровья семьи.

Организация повсеместно таких центров позволит со временем заменить действующую сеть врачебных амбулаторий в сельской местности и, тем самым, улучшить оказание ПМСП жителям села.

В последние годы деятельность ЦОВП ориентирована на оказание медицинской помощи населению по следующим основным специальностям: терапия, педиатрия, акушерство и гинекология, хирургия, офтальмология, отоларингология, онкология, фтизиатрия, дерматовенерология, инфекционные болезни, геронтология и др. Примерная структура ЦОВП представлена на рис. 9.5.



**Рис. 9.5.** Примерная организационная структура центра общей врачебной (семейной) практики

Важное место в деятельности ЦОВП отводится медицинской сестре врача общей практики, которая должна быть квалифицированным специалистом в области сестринского дела и работать по обеспечению ПМСП прикрепленному населению в пределах своей компетенции, включая профилактические и реабилитационные мероприятия.

К профессиональной деятельности в качестве медицинской сестры врача общей практики допускаются лица, получившие высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело»

или среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» и имеющие сертификат по специальности «Общая практика».

Медицинская сестра работает под руководством врача общей практики (семейного врача) и выполняет широкий круг обязанностей:

- ведет персональный учет, информационную (компьютерную) базу данных состояния здоровья обслуживаемого населения, участвует в формировании групп диспансерных больных;
- организует амбулаторный прием врача общей практики, готовит к работе диагностические приборы, инструменты, перевязочные средства, медикаменты, индивидуальные карты амбулаторных больных, бланки рецептов, направления на обследование;
- учитывает расход медикаментов, перевязочного материала, инструментария, бланков специального учета;
- осуществляет контроль за сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры и оборудования, своевременностью их ремонта и списания;
- проводит доврачебные осмотры, в том числе профилактические, с записью в амбулаторной карте в пределах своей компетенции;
- проводит занятия (по специально разработанным методикам или согласованному с врачом плану) с диспансерными группами пациентов;
- выполняет профилактические мероприятия (проводит вакцинацию прикрепленного населения согласно календарю прививок; планирует, организует, контролирует обследования подлежащих контингентов с целью раннего выявления туберкулеза; осуществляет мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний);
- оказывает доврачебную помощь при неотложных состояниях и несчастных случаях больным и пострадавшим.

Основные формы первичной учетной медицинской документации ЦВОП:

- паспорт участка, ф. 030/у-ВОП;
- карта учета работы медицинской сестры врача общей практики (семейного врача), ф. 039-1/у-ВОП.

Для качественного выполнения своих профессиональных обязанностей средним медицинским работникам ЦОВП необходимо уметь рассчитывать и анализировать основные статистические показатели, характеризующие деятельность АПУ.

## 9.5. СТАТИСТИКА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Для оценки работы поликлиники используется ряд статистических показателей, основные из которых:

- показатель среднего числа посещений АПУ с профилактической и иными целями на 1 жителя;
- показатель среднего числа обращений в АПУ по поводу заболевания на 1 жителя;
- показатель доли профилактических посещений поликлиники;
- показатель полноты охвата населения диспансерным наблюдением;
- показатель доли больных, состоящих на диспансерном учете;
- показатель эффективности диспансеризации.

Наибольшую значимость в анализе деятельности поликлиники имеют **показатели среднего числа посещений АПУ с профилактической и иными целями на 1 жителя и среднего числа обращений в АПУ по поводу заболевания на 1 жителя**. Эти показатели, с одной стороны, характеризует обеспеченность населения медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных условиях, с другой — напрямую связаны с уровнем финансирования учреждения. Фактическое значение этих показателей за отчетный период сравнивается с показателем планового объема, который ежегодно утверждается как норматив в Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Плановые значения этих показателей в 2014 г. составили соответственно: 2,77 посещений и 2,12 обращений на 1 жителя:

$$\begin{aligned} \text{Среднее число посещений АПУ с профилактической и иными целями на 1 жителя} &= \frac{\text{Число посещений к врачам в АПУ} + \text{число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием) с профилактической и иными целями}}{\text{Среднегодовая численность населения}}; \\ \text{Среднее число обращений в АПУ по поводу заболевания на 1 жителя} &= \frac{\text{Число обращений к врачам в АПУ} + \text{число обращений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием) по поводу заболевания}}{\text{Среднегодовая численность населения}}. \end{aligned}$$

Для оценки уровня организации профилактической работы в поликлинике рассчитывают **показатель доли профилактических посе-**



**шений поликлиники**, который должен составлять не менее 30% от числа всех врачебных посещений:

$$\text{Доля профилактических посещений поликлиники} = \frac{\text{Число врачебных посещений} + \text{число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием) с профилактической целью}}{\text{Общее число врачебных посещений} + \text{число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием)}} \times 100.$$

Диспансеризация является ведущим направлением в деятельности АПУ, включающим комплекс мер по раннему выявлению заболеваний, постановке на учет и лечению больных, предупреждению возникновения и распространения заболеваний, формированию ЗОЖ.

**Показатель полноты охвата населения диспансерным наблюдением** дает общее представление об уровне организации динамического наблюдения за состоянием здоровья населения, и его значения колеблются в интервале 60–70% по отдельным субъектам РФ:

$$\text{Полнота охвата населения диспансерным наблюдением} = \frac{\text{Число лиц, состоявших на диспансерном учете на конец отчетного года}}{\text{Среднегодовая численность прикрепленного населения}} \times 1000.$$

Более точно оценить организационный уровень работы по диспансеризации населения можно, рассчитав **показатель доли больных, состоящих на диспансерном учете**, который представляет собой процентное отношение числа больных, состоящих на диспансерном учете по поводу конкретного заболевания к общему числу зарегистрированных больных с данным заболеванием. Для больных, страдающих социально значимыми заболеваниями (сахарный диабет, ЗН, психические расстройства и расстройства поведения, ВИЧ-инфекция, туберкулез и др.) этот показатель должен приближаться к 100%:

$$\text{Доля больных, состоящих на диспансерном учете} = \frac{\text{Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года}}{\text{Общее число зарегистрированных больных с данным заболеванием на конец отчетного года}} \times 100.$$

И, наконец, наиболее значимой качественной характеристикой диспансерной работы служит **показатель эффективности диспансеризации**, который рассчитывается как отношение числа больных, состо-

ящих на диспансерном учете и у которых на конец отчетного года отмечался один из следующих возможных исходов (улучшение, без изменений, ухудшение), к общему числу больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания):

$$\text{Эффективность диспансеризации} = \frac{\text{Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания с улучшением (ухудшением, без изменения состояния) на конец отчетного года}}{\text{Общее число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года}} \times 100.$$

В работе детских поликлиник, наряду с общими для всех АПУ формами первичной учетной медицинской документации, используются следующие специальные формы:

- «История развития ребенка» (ф. 112/у);
- «Карта профилактических прививок» (ф. 063/у);
- «Журнал учета профилактических прививок» (ф. 064/у);
- «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов» (ф. 026/у-2000);
- «Санаторно-курортная карта для детей» (ф. 076/у) и др.

Кроме того, на каждом врачебном участке должен заполняться «Паспорт врачебного участка (педиатрического)», ф. 030/у-пед (далее – Паспорт).

Паспорт предназначен для получения информации о прикрепленном детском населении, половозрастном и социальном составе детей, структуре заболеваемости, наличии детей, имеющих право на получение набора социальных услуг, а также для учета обеспечения их необходимой бесплатной медицинской помощью, восстановительным лечением, комплексной реабилитацией, в том числе на санаторно-курортном этапе. Паспорт дает возможность проводить анализ обоснованности медицинских назначений, проведения лечебно-профилактических мероприятий, качества оказания медицинской помощи. Наличие в Паспорте сведений о детях, находящихся в трудной жизненной ситуации (дети из групп социального риска, дети-инвалиды, дети, оставшиеся без попечения родителей, и др.), позволяет своевременно осуществлять медико-социальные мероприятия, в том числе с привлечением правоохранительных органов и органов социальной защиты населения. Включение в Паспорт таблицы по юно-

шам допризывного возраста дает возможность оценить лечебно-оздоровительные мероприятия по подготовке юношей к военной службе. Анализ данных Паспорта позволяет планировать работу на врачебном (педиатрическом) участке и оценивать эффективность работы врача-педиатра участкового. Паспорт ведется 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.

Для оценки работы детской поликлиники используется ряд статистических показателей, основные из которых:

- охват ранним врачебным наблюдением новорожденных;
- доля детей, находящихся на грудном вскармливании от 0 до 3 мес (от 3 до 6 мес; от 6 до 12 мес) жизни ребенка;
- общий показатель диспансеризации детского населения;
- полнота охвата детей профилактическими прививками;
- распределение детей по группам здоровья.

**Охват ранним врачебным наблюдением новорожденных** характеризует своевременность диспансерного наблюдения за новорожденными, и его значение должно приближаться к 100%:

$$\text{Охват ранним врачебным наблюдением новорожденных} = \frac{\text{Число новорожденных, осмотренных врачом-педиатром в первые 3 дня после выписки из родильного дома}}{\text{Общее число новорожденных, поступивших под наблюдение в детскую поликлинику}} \times 100.$$

Показатели доли детей, находящихся на грудном вскармливании от 0 до 3 мес (от 3 до 6 мес; от 6 до 12 мес) жизни ребенка, характеризуют охват детей первого года жизни естественным вскармливанием. Рекомендуемые значения этих показателей для детей от 0 до 3 мес жизни — 80%, от 3 до 6 мес — 50%, от 6 до 12 мес — 30%:

$$\text{Доля находящихся на грудном вскармливании от 0 до 3 мес (от 3 до 6 мес; от 6 до 12 мес) жизни ребенка} = \frac{\text{Число детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании от 0 до 3 мес (от 3 до 6 мес; от 6 до 12 мес) жизни ребенка}}{\text{Общее число детей, достигших 1 года к концу отчетного периода}} \times 100.$$

Общий показатель диспансеризации детского населения характеризует охват динамическим наблюдением здоровых и больных детей. Значение этого показателя должно приближаться к 1000%:

$$\text{Общий показатель диспансеризации детского населения} = \frac{\text{Общее число больных и здоровых детей в возрасте 0–17 лет включительно, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 1000.$$

Показатель полноты охвата детей профилактическими прививками характеризует работу детских поликлиник и консультаций по иммунизации детского населения в рамках Национального календаря профилактических прививок. Значение этого показателя должно приближаться к 100%:

$$\text{Полнота охвата детей профилактическими прививками} = \frac{\text{Число привитых детей}}{\text{Общее число детей, подлежащих иммунизации}} \times 100^*.$$

\* *Примечание.* Показатель может рассчитываться по каждому виду профилактических прививок, предусмотренных Национальным календарем профилактических прививок.

Распределение детей по группам здоровья позволяет комплексно оценить здоровье детского населения. Этот показатель может рассчитываться по отдельным возрастным группам:

$$\text{Распределение детей по группам здоровья} = \frac{\text{Число детей I (II, III группы здоровья)}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 100.$$

По данным государственной статистики, около 32% детей считаются здоровыми (I группа здоровья), 52% имеют функциональные отклонения (II группа здоровья), 16% имеют хронические заболевания (III–V группы здоровья) (рис. 9.6).

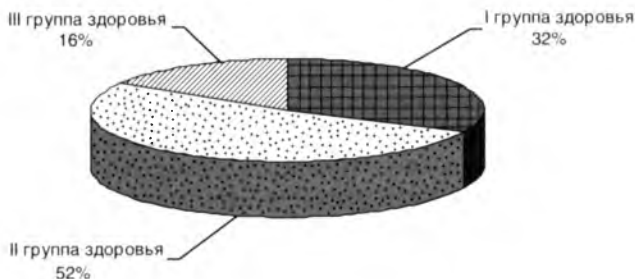


Рис. 9.6. Распределение детей по группам здоровья

Для анализа работы женской консультации рассчитываются следующие статистические показатели, характеризующие уровень организации диспансеризации беременных:

$$\text{Ранний охват беременных диспансерным наблюдением} = \frac{\text{Число беременных, поступивших под наблюдение со сроком до 12 недель}}{\text{Общее число беременных, поступивших под наблюдение в женскую консультацию}} \times 100.$$

$$\text{Доля беременных, осмотренных терапевтом} = \frac{\text{Число беременных, осмотренных терапевтом}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами или абортми}} \times 100.$$

Кроме того, необходимо оценить полноту обследования беременных для выявления заболеваний, передающихся половым путем, резус-совместимости супругов, выявления аномалий развития плода в раннем антенатальном периоде. Для этого рассчитывают и анализируют следующие показатели:

$$\text{Охват беременных обследованием на инфекции, передающиеся половым путем} = \frac{\text{Число беременных, обследованных на инфекции, передающиеся половым путем}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами}} \times 100.$$

$$\text{Доля беременных, обследованных на резус-принадлежность} = \frac{\text{Число беременных, обследованных на резус-принадлежность}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами или абортми}} \times 100.$$

$$\text{Охват 3-кратным ультразвуковым исследованием беременных} = \frac{\text{Число беременных, охваченных ультразвуковым исследованием не менее 3 раз за беременность}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами}} \times 100.$$

Перспективным направлением в улучшении репродуктивного здоровья населения является реализация мер по планированию семьи: предупреждение нежелательной беременности с использованием современных средств и методов контрацепции, совершенствование медицинских технологий проведения абортми, профилактика и лечение бесплодия. Для анализа этой работы рассчитывают показатели, характеризующие охват женщин различными видами контрацепции, а также показатели частоты, структуры абортми и случаев возникающих после них осложнений:

$$\text{Частота аборт} (у \text{ женщин фертильного возраста}) = \frac{\text{Число аборт}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 1000.$$

$$\text{Частота осложнений после аборт} = \frac{\text{Число осложнений после аборт}}{\text{Общее число аборт}} \times 1000.$$

$$\text{Охват женщин внутриматочной контрацепцией} = \frac{\text{Число женщин, использующих внутриматочные контрацептивы}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 1000.$$

$$\text{Охват женщин гормональной контрацепцией} = \frac{\text{Число женщин, использующих гормональные контрацептивы}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 1000.$$

Сохранение и улучшение здоровья женщин и детей является важным направлением в оздоровлении демографической ситуации в РФ и должно быть главным приоритетом государственной политики в области охраны здоровья граждан.

## ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы и тестовые задания.
3. Разобрать задачи-эталоны.
4. Решить задачи для самостоятельного решения.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое ПМСП, каково ее значение?
2. Какова роль АПУ в оказании населению ПМСП?
3. Перечислите основные задачи городской поликлиники для взрослых.
4. Какова типовая организационная структура городской поликлиники для взрослых?
5. Перечислите основные обязанности и права главной (старшей) медицинской сестры городской поликлиники для взрослых.

6. Как организована работа регистратуры городской поликлиники для взрослых?
7. Перечислите задачи кабинета доврачебного приема городской поликлиники для взрослых.
8. Перечислите основные обязанности медицинской сестры участковой городской поликлиники для взрослых.
9. Какие разделы работы выполняет городская поликлиника для детей, какие контингенты она обслуживает?
10. Перечислите основные обязанности медицинской сестры участковой городской поликлиники для детей.
11. Как организована профилактическая работа с детьми в детской поликлинике, что такое диспансерный метод работы?
12. Каковы основные задачи кабинета здорового ребенка детской поликлиники?
13. Как организованы профилактические осмотры детей в детской поликлинике?
14. Как организована в детской поликлинике прививочная работа?
15. Какие основные задачи выполняет отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях детской поликлиники?
16. Перечислите основные задачи отделения медико-социальной помощи детской поликлиники.
17. Перечислите основные задачи женской консультации.
18. Какова типовая организационная структура женской консультации?
19. Перечислите основные обязанности старшей акушерки женской консультации.
20. Каковы основные обязанности акушерки женской консультации?
21. Какие функции выполняет центр общей врачебной (семейной) практики?
22. Перечислите основные обязанности медицинской сестры врача общей практики.
23. Какие показатели характеризуют диспансерную работу в поликлинике?
24. По какому показателю можно судить об уровне профилактических посещений в поликлинику?
25. Назовите основные статистические показатели деятельности АПУ, оказывающих помощь детям.
26. Какие статистические показатели характеризуют деятельность женской консультации?

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

Выберите только один правильный ответ.

1. Назовите принцип организации работы АПУ:
  - 1) цеховой;
  - 2) частный;
  - 3) участковый;
  - 4) амбулаторный;
  - 5) районный.
2. В функции регистратуры поликлиники не входит:
  - 1) запись пациентов на прием к врачу;
  - 2) массовое направление посетителей на лабораторно-диагностические исследования;
  - 3) регулирование интенсивности потока пациентов на прием к врачам;
  - 4) обеспечение сохранности амбулаторных карт, своевременный подбор медицинской документации и доставка ее в кабинет врача;
  - 5) прием вызовов на посещение больных на дому.
3. Назовите современный способ организации записи пациентов на прием к врачу:
  - 1) талонная система;
  - 2) предварительная запись по телефону;
  - 3) самозапись;
  - 4) электронная запись;
  - 5) комбинированный способ.
4. Назовите численность населения на терапевтическом участке в поликлинике:
  - 1) 2500;
  - 2) 3200;
  - 3) 1000;
  - 4) 1700;
  - 5) 1200.
5. Отделение профилактики входит в состав:
  - 1) стационара;
  - 2) врачебной амбулатории;
  - 3) поликлиники;
  - 4) консультативно-диагностического центра;
  - 5) объединенной больницы.
6. Назовите главную функцию кабинета доврачебного приема в поликлинике:
  - 1) проведение массовых лабораторных исследований;
  - 2) регулирование потока посетителей и выполнение функций, не требующих врачебной компетенции;



- 3) своевременный подбор амбулаторных карт;
- 4) предварительная постановка диагноза;
- 5) осуществление диспансеризации населения.

7. Назовите медицинскую организацию, которая должна иметь в своей структуре фильтр с отдельным входом:

- 1) городская поликлиника;
- 2) женская консультация;
- 3) детский стационар;
- 4) детский санаторий;
- 5) детская поликлиника.

8. Назовите число детей, на которое предусмотрена должность участкового педиатра:

- 1) 2700 детей;
- 2) 1200 детей;
- 3) 750 детей;
- 4) 800 детей;
- 5) 920 детей.

9. Структура и организация работы детской поликлиники построена с учетом:

- 1) обслуживания детей по районному принципу;
- 2) профилактического направления в деятельности детской поликлиники;
- 3) оказания лечебной и реабилитационной помощи детям и подросткам;
- 4) противоэпидемического режима;
- 5) диспансерного метода.

10. Назовите группы детей, подлежащих профилактическим осмотрам:

- 1) дети до 7-летнего возраста, не посещающие детские дошкольные учреждения;
- 2) дети, посещающие детские дошкольные учреждения;
- 3) школьники;
- 4) все вышеперечисленные;
- 5) первый и третий.

11. Профилактические осмотры детей целесообразно проводить в форме:

- 1) 3-этапного скрининга: педиатрического, специализированного, реабилитационного;
- 2) скрининга;
- 3) 3-этапного скрининга: доврачебного, педиатрического, специализированного;
- 4) 4-этапного скрининга: доврачебного, специализированного, профильного, реабилитационного;
- 5) 2-этапного скрининга: доврачебного, специализированного.

12. Назовите отделения детской поликлиники, которые не входят в структуру поликлиники для взрослых:

- 1) отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях; физиотерапевтическое отделение;
- 2) отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях; отделение медико-социальной помощи;
- 3) лечебно-профилактическое отделение; отделение медико-социальной помощи;
- 4) консультационно-диагностическое отделение; отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях;
- 5) лечебно-профилактическое отделение; отделение медико-социальной помощи; консультационно-диагностическое отделение.

13. Назовите численность женщин на акушерско-гинекологическом участке:

- 1) 3300;
- 2) 2200;
- 3) 1900;
- 4) 3700;
- 5) 4200.

14. Назовите основные задачи женской консультации, которые не входят в перечень основных задач других АПУ:

- 1) проведение массовых медицинских осмотров населения;
- 2) проведение лечебных и диагностических мероприятий;
- 3) планирование семьи и профилактика абортот;
- 4) экспертиза ВН;
- 5) профилактическая работа среди женщин и наблюдение за новорожденными.

15. Назовите новую форму оказания ПМСП населению РФ:

- 1) консультативно-диагностическая поликлиника;
- 2) перинатальный центр;
- 3) ЦОВП;
- 4) центр восстановительной медицины и реабилитации;
- 5) консультативно-диагностический центр.

16. Назовите учетную статистическую форму, используемую для регистрации посещений в поликлинике:

- 1) направление на МСЭ (ф. 088/у-06);
- 2) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (ф. 058/у);

- 3) сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения (ф. 12);
- 4) сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам (ф. 31);
- 5) талон амбулаторного пациента (ф. 025-1/у).

17. Назовите данные, необходимые для расчета показателя полноты охвата населения диспансерным наблюдением:

- 1) число лиц, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного периода, общее число больных лиц;
- 2) общее число больных лиц, среднегодовая численность населения;
- 3) число лиц, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного периода, число зарегистрированных заболеваний у прикрепленного населения;
- 4) число лиц, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного периода, среднегодовая численность прикрепленного населения;
- 5) число зарегистрированных заболеваний у прикрепленного населения, среднегодовая численность прикрепленного населения.

18. Назовите показатель, характеризующий обеспеченность населения медицинской помощью, оказываемой в АПУ:

- 1) фактическая среднечасовая нагрузка врача в поликлинике;
- 2) распределение посещений городских жителей;
- 3) выполнение плана посещений;
- 4) среднее число посещений с профилактической целью и по поводу заболеваний на 1 жителя в год;
- 5) повторность обращений в поликлинику.

19. Назовите показатель, характеризующий уровень работы по диспансеризации больных в поликлинике:

- 1) охват декретированного населения вакцинопрофилактикой;
- 2) доля больных, состоящих на диспансерном учете;
- 3) эффективность диспансеризации;
- 4) среднее число посещений на 1 жителя в год;
- 5) структура больных, состоящих на диспансерном учете.

20. Назовите специальные формы учетной медицинской документации, которые используются только в детской поликлинике:

- 1) карта профилактических прививок (ф. 063/у);
- 2) талон амбулаторного пациента (ф. 025-1/у);
- 3) паспорт врачебного участка (педиатрического) (ф. 030/у-пед);
- 4) первый и третий;
- 5) второй и третий.

21. Назовите показатель, характеризующий своевременность диспансерного наблюдения за новорожденным:

- 1) первичная заболеваемость новорожденных;
- 2) охват ранним врачебным наблюдением новорожденных;
- 3) полнота диспансерного наблюдения за новорожденными;
- 4) частота грудного вскармливания новорожденных;
- 5) распределение новорожденных по группам здоровья.

22. Назовите показатель, позволяющий комплексно оценить здоровье детского населения:

- 1) охват диспансерным наблюдением больных и здоровых детей;
- 2) частота выздоровления среди детей, состоящих на диспансерном учете;
- 3) распределение детей по группам здоровья;
- 4) первичная заболеваемость детского населения;
- 5) распределение детей по результатам профилактического осмотра.

23. Назовите один из основных показателей, характеризующих уровень организации диспансеризации беременных:

- 1) частота аборт у женщин фертильного возраста;
- 2) соотношение аборт и родов;
- 3) ранний охват беременных диспансерным наблюдением;
- 4) частота недоношенности;
- 5) частота оперативных пособий при родах.

24. Назовите показатели, характеризующие деятельность женской консультации по диспансеризации беременных:

- 1) доля беременных, осмотренных терапевтом;
- 2) доля беременных, обследованных на инфекции, передающиеся половым путем;
- 3) доля беременных, обследованных на резус-принадлежность;
- 4) доля женщин, страдающих экстрагенитальной патологией;
- 5) все вышеперечисленные.

25. Назовите показатели деятельности женской консультации, характеризующие реализацию мер по планированию семьи:

- 1) частота выявления беременности при проведении профилактических осмотров; охват женщин дородовым патронажем; частота аборт у женщин фертильного возраста;
- 2) частота преждевременных родов; частота аборт у женщин фертильного возраста; охват женщин диспансерным наблюдением;
- 3) охват женщин дородовым патронажем; частота аборт у женщин фертильного возраста; охват женщин внутриматочной контрацепцией;

- 4) охват женщин гормональной контрацепцией; частота абортов у женщин фертильного возраста; охват женщин внутриматочной контрацепцией; частота осложнений после абортов;
- 5) охват женщин гормональной контрацепцией; частота абортов у женщин фертильного возраста; частота преждевременных родов; частота осложнений после абортов.

## ЗАДАЧА-ЭТАЛОН К РАЗДЕЛУ 9.1 «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ»

Анализируется состояние ПМСП некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности АПУ для взрослых.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения

Исходные данные	Численные значения
Среднегодовая численность прикрепленного населения	64 380
Общее число врачебных посещений	230 100
Число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием)	22 390
Число посещений к врачам АПУ с профилактической и иными целями	82 040
Число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием) с профилактической целью	7240
Число обращений к врачам АПУ по поводу заболевания	148 060
Число обращений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием) по поводу заболевания	15 150
Число лиц, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года	43 720
Число больных сахарным диабетом, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года	1148
Общее число зарегистрированных больных сахарным диабетом на конец отчетного года	1426
Общее число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу ишемической болезни сердца на конец отчетного года	569
Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу ишемической болезни сердца с улучшением (ухудшением, без изменения состояния) на конец отчетного года	95 (54; 420)

**Задание**

1. Рассчитать статистические показатели деятельности АПУ:
  - среднее число посещений АПУ с профилактической и иными целями на 1 жителя;
  - среднее число обращений в АПУ по поводу заболеваний на 1 жителя;
  - долю профилактических посещений поликлиники;
  - полноту охвата населения диспансерным наблюдением;
  - долю больных, состоящих на диспансерном учете;
  - эффективность диспансеризации.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

**Решение**

1. Среднее число посещений АПУ с профилактической и иными целями на 1 жителя:

$$\frac{\text{Число посещений к врачам в АПУ} + \text{число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием) с профилактической и иными целями}}{\text{Среднегодовая численность населения}} = \frac{82\,040 + 7240}{64\,380} = \frac{89\,280}{64\,380} = 1,4.$$

2. Среднее число обращений в АПУ по поводу заболевания на 1 жителя:

$$\frac{\text{Число обращений к врачам в АПУ} + \text{число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием) по поводу заболевания}}{\text{Среднегодовая численность населения}} = \frac{148\,060 + 15\,150}{64\,380} = \frac{163\,210}{64\,380} = 2,5.$$

3. Доля профилактических посещений поликлиники:

$$\frac{\text{Число врачебных посещений} + \text{число посещений к среднему медицинскому персоналу с профилактической целью}}{\text{Число врачебных посещений} + \text{число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием)}} \times 100 = \frac{82\,040 + 7240}{230\,100 + 22\,390} \times 100 = 35,3\% \text{ посещений с профилактической целью.}$$

## 4. Полнота охвата населения диспансерным наблюдением:

$$\frac{\text{Число лиц, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность прикрепленного населения}} \times 100 = \frac{43\,720}{64\,380} \times 100 = 67,9\%.$$

## 5. Доля больных сахарным диабетом, состоящих на диспансерном учете:

$$\frac{\text{Число больных сахарным диабетом, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного периода}}{\text{Общее число зарегистрированных больных сахарным диабетом на конец отчетного периода}} \times 100 = \frac{1148}{1426} \times 100 = 80,5\%.$$

## 6. Эффективность диспансеризации больных ишемической болезнью сердца, состоящих на диспансерном учете:

$$\frac{\text{Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу ишемической болезни сердца с улучшением (ухудшением, без изменения) на конец отчетного периода}}{\text{Общее число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу ишемической болезни сердца на конец отчетного периода}} \times 100 = \frac{95}{569} \times 100 = 16,6\% \text{ с улучшением состояния.}$$

Аналогично вычисляем: с ухудшением состояния — 9,5%; без изменения состояния — 73,8%.

**Вывод**

При сравнении полученных результатов с плановыми значениями показателей выявлено, что показатель среднего числа посещений АПУ с профилактической и иными целями на 1 жителя (1,4 посещения) — ниже; а среднее число обращений в АПУ по поводу заболевания на 1 жителя (2,5) — выше. В то же время доля профилактических посещений поликлиники (35,3%) выше среднестатистического уровня. Полнота охвата населения диспансерным наблюдением (67,9%) примерно соответствует показателям по РФ. Показатель полноты охвата больных сахарным диабетом диспансерным наблюдением (80,5%) хотя и ниже среднестатистического значения, но достаточно высокий. Эффективность диспансеризации больных ишемической болезнью сердца невысока.

## ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 9.1 «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ»

### Задача 1

Анализируется состояние ПМСП некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности АПУ для взрослых.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения

Исходные данные	Численные значения
Среднегодовая численность прикрепленного населения	24 340
Общее число врачебных посещений	115 700
Число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием)	6720
Число посещений к врачам АПУ с профилактической и иными целями	45 320
Число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием) с профилактической целью	3700
Число обращений к врачам АПУ по поводу заболевания	70 380
Число обращений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием) по поводу заболевания	3020
Число лиц, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года	11 040
Число больных хроническим бронхитом, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года	415
Общее число зарегистрированных больных хроническим бронхитом на конец отчетного года	2080
Общее число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на конец отчетного года	1100
Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, с улучшением (ухудшением, без изменения состояния) на конец отчетного года	187 (53; 860)



## Задача 2

Анализируется состояние ПМСП некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности АПУ для взрослых.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения

Исходные данные	Численные значения
Среднегодовая численность прикрепленного населения	32 700
Общее число врачебных посещений	135 800
Число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием)	5840
Число посещений к врачам АПУ с профилактической и иными целями	40 120
Число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием) с профилактической целью	3920
Число обращений к врачам АПУ по поводу заболевания	95 680
Число обращений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием) по поводу заболевания	1920
Число лиц, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года	10 540
Число больных гипертонической болезнью, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года	780
Общее число зарегистрированных больных гипертонической болезнью на конец отчетного года	922
Общее число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу астмы на конец отчетного года	573
Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу астмы, с улучшением (ухудшением, без изменения состояния) на конец отчетного года	85 (64; 424)

## Задача 3

Анализируется состояние ПМСП некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности АПУ для взрослых.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения

Исходные данные	Численные значения
Среднегодовая численность прикрепленного населения	36 100
Общее число врачебных посещений	147 300

Исходные данные	Численные значения
Число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием)	6120
Число посещений к врачам АПУ с профилактической и иными целями	50 600
Число посещений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием) с профилактической целью	3250
Число обращений к врачам АПУ по поводу заболевания	96 700
Число обращений к среднему медицинскому персоналу (ведущему самостоятельный прием) по поводу заболевания	2870
Число лиц, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года	12 645
Число больных гастритом, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года	950
Общее число зарегистрированных больных гастритом на конец отчетного года	2179
Общее число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета на конец отчетного года	1630
Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, с улучшением (ухудшением, без изменения состояния) на конец отчетного года	345 (218; 1067)

### Задание

1. Рассчитать статистические показатели деятельности АПУ:

- среднее число посещений АПУ с профилактической и иными целями на 1 жителя;
- среднее число обращений в АПУ по поводу заболеваний на 1 жителя;
- долю профилактических посещений поликлиники;
- полноту охвата населения диспансерным наблюдением;
- долю больных, состоящих на диспансерном учете;
- эффективность диспансеризации.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

## ЗАДАЧА-ЭТАЛОН К РАЗДЕЛУ 9.2 «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ ДЕТЕЙ»

### Задача

Анализируется состояние ПМСП некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности АПУ для детей.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения для детей

Исходные данные	Численные значения
Число новорожденных, осмотренных врачом-педиатром в первые 3 дня после выписки из родильного дома	3715
Общее число новорожденных, поступивших под наблюдение в детскую поликлинику	3840
Число детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании:	
от 0 до 3 мес жизни ребенка,	3600
от 3 до 6 мес жизни ребенка,	2700
от 6 до 12 мес жизни ребенка	1640
Общее число детей, достигших 1 года к концу отчетного периода	3720
Общее число больных и здоровых детей в возрасте 0–17 лет включительно, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода	16 750
Среднегодовая численность детского населения	20 120
Число привитых детей	7810
Общее число детей, подлежащих иммунизации	8430
Число детей I группы здоровья	4430
Число детей II группы здоровья	11 670
Число детей III группы здоровья	4020

### Задание

1. Рассчитать статистические показатели деятельности детской поликлиники:

- охват ранним врачебным наблюдением новорожденных;
- общий показатель диспансеризации детского населения;
- долю детей, находящихся на грудном вскармливании:
  - от 0 до 3 мес жизни ребенка,

- от 3 до 6 мес жизни ребенка,
- от 6 до 12 мес жизни ребенка;
- полноту охвата детей профилактическими прививками;
- распределение детей по группам здоровья:
  - долю детей I группы здоровья,
  - долю детей II группы здоровья,
  - долю детей III группы здоровья.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

## Решение

1. Охват ранним врачебным наблюдением новорожденных:

$$\frac{\text{Число новорожденных, осмотренных врачом-педиатром в первые 3 дня после выписки из родильного дома}}{\text{Общее число новорожденных, поступивших под наблюдение в детскую поликлинику}} \times 100 = \frac{3715 \times 100}{3840} = 96,7\%.$$

2. Общий показатель диспансеризации детского населения:

$$\frac{\text{Общее число больных и здоровых детей в возрасте 0–17 лет включительно, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 1000 = \frac{16\,750 \times 1000}{20\,120} = 832,5\%.$$

3. Доля детей, находящихся на грудном вскармливании:

– от 0 до 3 мес жизни ребенка:

$$\frac{\text{Число детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании от 0 до 3 мес жизни ребенка}}{\text{Общее число детей, достигших 1 года к концу отчетного периода}} \times 100 = \frac{3600 \times 100}{3720} = 96,8\%;$$

– от 3 до 6 мес жизни ребенка:

$$\frac{\text{Число детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании от 3 до 6 мес жизни ребенка}}{\text{Общее число детей, достигших 1 года к концу отчетного периода}} \times 100 = \frac{2700 \times 100}{3720} = 72,6\%;$$

– от 6 до 12 мес жизни ребенка:

$$\frac{\text{Число детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании от 6 до 12 мес жизни ребенка}}{\text{Общее число детей, достигших 1 года к концу отчетного периода}} \times 100 = \frac{1640 \times 100}{3720} = 44,1\%.$$

4. Полнота охвата детей профилактическими прививками:

$$\frac{\text{Число привитых детей}}{\text{Общее число детей, подлежащих иммунизации}} \times 100 = \frac{7810 \times 100}{8430} = 92,6\%.$$

5. Распределение детей по группам здоровья:

– доля детей I группы здоровья:

$$\frac{\text{Число детей I группы здоровья}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 100 = \frac{4430 \times 100}{20120} = 22,0\%;$$

– доля детей II группы здоровья:

$$\frac{\text{Число детей II группы здоровья}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 100 = \frac{11670 \times 100}{20120} = 58,0\%;$$

– доля детей III группы здоровья:

$$\frac{\text{Число детей III группы здоровья}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 100 = \frac{4020 \times 100}{20120} = 20,0\%.$$

## Вывод

Анализ полученных результатов показывает, что расчетные показатели ниже среднестатистических: охват ранним врачебным наблюдением (96,7%), общий показатель диспансеризации детского населения (832,5‰), полнота охвата детей профилактическими прививками (92,6%) — ниже среднестатистических значений. В то же время доля детей, находящихся на грудном вскармливании, по всем возрастным периодам выше среднестатистических значений.

## ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 9.2 «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ ДЕТЕЙ»

### Задача 1

Анализируется состояние ПМСП некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности АПУ для детей.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения для детей

Исходные данные	Численные значения
Число новорожденных, осмотренных врачом-педиатром в первые 3 дня после выписки из родильного дома	3970
Общее число новорожденных, поступивших под наблюдение в детскую поликлинику	4120
Число детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании:	
от 0 до 3 мес жизни ребенка,	3015
от 3 до 6 мес жизни ребенка,	2065
от 6 до 12 мес жизни ребенка	1430
Общее число детей, достигших 1 года к концу отчетного периода	3965
Общее число больных и здоровых детей в возрасте 0–17 лет включительно, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода	19 840
Среднегодовая численность детского населения	21 440
Число привитых детей	7920
Общее число детей, подлежащих иммунизации	8725
Число детей I группы здоровья	4650
Число детей II группы здоровья	13 530
Число детей III группы здоровья	3260

### Задача 2

Анализируется состояние ПМСП некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности АПУ для детей.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения для детей

Исходные данные	Численные значения
Число новорожденных, осмотренных врачом-педиатром в первые 3 дня после выписки из родильного дома	3700
Общее число новорожденных, поступивших под наблюдение в детскую поликлинику	3840
Число детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании:	3150
от 0 до 3 мес жизни ребенка,	1995
от 3 до 6 мес жизни ребенка,	1380
от 6 до 12 мес жизни ребенка	
Общее число детей, достигших 1 года к концу отчетного периода	3750
Общее число больных и здоровых детей в возрасте 0–17 лет включительно, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода	21 720
Среднегодовая численность детского населения	23 625
Число привитых детей	8140
Общее число детей, подлежащих иммунизации	9765
Число детей I группы здоровья	4560
Число детей II группы здоровья	12 815
Число детей III группы здоровья	4345

### Задача 3

Анализируется состояние ПМСП некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности АПУ для детей.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения для детей

Исходные данные	Численные значения
Число новорожденных, осмотренных врачом-педиатром в первые 3 дня после выписки из родильного дома	4100
Общее число новорожденных, поступивших под наблюдение в детскую поликлинику	4290
Число детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании:	3346
от 0 до 3 мес жизни ребенка,	1974
от 3 до 6 мес жизни ребенка,	1200
от 6 до 12 мес жизни ребенка	

Исходные данные	Численные значения
Общее число детей, достигших 1 года к концу отчетного периода	4150
Общее число больных и здоровых детей в возрасте 0-17 лет включительно, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода	17 925
Среднегодовая численность детского населения	20 170
Число привитых детей	7916
Общее число детей, подлежащих иммунизации	8325
Число детей I группы здоровья	3832
Число детей II группы здоровья	11 620
Число детей III группы здоровья	4718

### Задание

1. Рассчитать статистические показатели деятельности детской поликлиники:

- охват ранним врачебным наблюдением новорожденных;
- общий показатель диспансеризации детского населения;
- долю детей, находящихся на грудном вскармливании:
  - от 0 до 3 мес жизни ребенка,
  - от 3 до 6 мес жизни ребенка,
  - от 6 до 12 мес жизни ребенка;
- полноту охвата детей профилактическими прививками;
- структуру детей по группам здоровья:
  - долю детей I группы здоровья,
  - долю детей II группы здоровья,
  - долю детей III группы здоровья.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

## ЗАДАЧА-ЭТАЛОН К РАЗДЕЛУ 9.3 «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ»

### Задача

Анализируется состояние ПМСП некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности женской консультации.



**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности женской консультации

Исходные данные	Численные значения
Число беременных, поступивших под наблюдение со сроком до 12 нед	2910
Общее число беременных, поступивших под наблюдение в женскую консультацию	3200
Число беременных, осмотренных терапевтом	3920
Общее число женщин, закончивших беременность родами или абортами	4800
Число беременных, обследованных на инфекции, передающиеся половым путем	3900
Общее число женщин, закончивших беременность родами	4100
Число беременных, обследованных на резус-принадлежность	3900
Общее число аборт	7740
Число осложнений после абортов	62
Число женщин фертильного возраста	23 000
Число женщин, использующих гормональные контрацептивы	3240
Число женщин, использующих внутриматочную спираль	2800
Число беременных, охваченных УЗИ не менее 3 раз за беременность	1345

### Задание

1. Рассчитать статистические показатели деятельности женской консультации:

- ранний охват беременных диспансерным наблюдением;
- долю беременных, осмотренных терапевтом;
- охват беременных обследованием на инфекции, передающиеся половым путем;
- долю беременных, обследованных на резус-принадлежность;
- охват 3-кратным УЗИ беременных;
- частоту абортов у женщин фертильного возраста;
- частоту осложнений после абортов;
- охват женщин гормональной контрацепцией;
- охват женщин внутриматочной контрацепцией.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

**Решение**

1. Ранний охват беременных диспансерным наблюдением:

$$\frac{\text{Число беременных, поступивших под наблюдение со сроком до 12 нед}}{\text{Общее число беременных, поступивших под наблюдение в женскую консультацию}} \times 100 = \frac{2910 \times 100}{3200} = 90,9\%.$$

2. Доля беременных, осмотренных терапевтом:

$$\frac{\text{Число беременных, осмотренных терапевтом}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами или абортom}} \times 100 = \frac{3920 \times 100}{4800} = 81,7\%.$$

3. Охват беременных обследованием на инфекции, передающиеся половым путем:

$$\frac{\text{Число беременных, обследованных на инфекции, передающиеся половым путем}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами}} \times 100 = \frac{3900 \times 100}{4100} = 95,1\%.$$

4. Доля беременных, обследованных на резус-принадлежность:

$$\frac{\text{Число беременных, обследованных на резус-принадлежность}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами или абортom}} \times 100 = \frac{3900 \times 100}{4800} = 81,2\%.$$

5. Охват 3-кратным УЗИ беременных:

$$\frac{\text{Число беременных, охваченных УЗИ не менее 3 раз за беременность}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами}} \times 100 = \frac{1345 \times 100}{4100} = 32,8\%.$$

6. Частота абортов у женщин фертильного возраста:

$$\frac{\text{Число абортов}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 1000 = \frac{7740 \times 1000}{23\ 000} = 336,5\%.$$

7. Частота осложнений после абортов:

$$\frac{\text{Число осложнений после абортов}}{\text{Общее число абортов}} \times 1000 = \frac{62 \times 1000}{7740} = 8,0\%.$$

8. Охват женщин гормональной контрацепцией:

$$\frac{\text{Число женщин, использующих гормональные контрацептивы}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 1000 = \frac{3240 \times 1000}{23\ 000} = 140,9\%.$$

9. Охват женщин внутриматочной контрацепцией — с внутриматочной спиралью (ВМС):

$$\frac{\text{Число женщин, использующих ВМС}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 1000 = \frac{2800 \times 1000}{23\ 000} = 121,7\%.$$

## Вывод

Анализ полученных результатов показал, что расчетные показатели ниже среднестатистических. Ранний охват беременных диспансерным наблюдением (90,9%), доля беременных, осмотренных терапевтом (81,7%), доля беременных, обследованных на резус-принадлежность (81,2%), охват женщин гормональной (140,9%) и внутриматочной (121,7%) контрацепцией, охват 3-кратным УЗИ беременных (32,8%) — ниже среднестатистического уровня.

Частота абортс у женщин фертильного возраста (336,5%) выше, а частота осложнений после аборта (8,0%) соответствует среднестатистическому уровню.

## ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 9.3 «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ»

### Задача 1

Анализируется состояние ПМСП некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности женской консультации.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности женской консультации

Исходные данные	Численные значения
Число беременных, поступивших под наблюдение со сроком до 12 нед	3700
Общее число беременных, поступивших под наблюдение в женскую консультацию	4250
Число беременных, осмотренных терапевтом	4120
Общее число женщин, закончивших беременность родами или абортами	5100

Исходные данные	Численные значения
Число беременных, обследованных на инфекции, передающиеся половым путем	4200
Общее число женщин, закончивших беременность родами	3980
Число беременных, обследованных на резус-принадлежность	4200
Общее число аборт	6840
Число осложнений после абортов	54
Число женщин фертильного возраста	24 200
Число женщин, использующих гормональные контрацептивы	3200
Число женщин, использующих внутриматочную спираль	2650
Число беременных, охваченных УЗИ не менее 3 раз за беременность	1542

## Задача 2

Анализируется состояние ПМСП некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности женской консультации.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности женской консультации

Исходные данные	Численные значения
Число беременных, поступивших под наблюдение со сроком до 12 нед	4090
Общее число беременных, поступивших под наблюдение в женскую консультацию	4320
Число беременных, осмотренных терапевтом	4240
Общее число женщин, закончивших беременность родами или абортами	5750
Число беременных, обследованных на инфекции, передающиеся половым путем	4120
Общее число женщин, закончивших беременность родами	3840
Число беременных, обследованных на резус-принадлежность	4120
Общее число абортов	8100
Число осложнений после абортов	76
Число женщин фертильного возраста	24 700
Число женщин, использующих гормональные контрацептивы	3450
Число женщин, использующих внутриматочную спираль	2725
Число беременных, охваченных УЗИ не менее 3 раз за беременность	1453

### Задача 3

Анализируется состояние ПМСП некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности женской консультации.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности женской консультации

Исходные данные	Численные значения
Число беременных, поступивших под наблюдение со сроком до 12 нед	2920
Общее число беременных, поступивших под наблюдение в женскую консультацию	3240
Число беременных, осмотренных терапевтом	3175
Общее число женщин, закончивших беременность родами или абортами	5065
Число беременных, обследованных на инфекции, передающиеся половым путем	3170
Общее число женщин, закончивших беременность родами	3200
Число беременных, обследованных на резус-принадлежность	3170
Общее число аборт	6720
Число осложнений после аборт	63
Число женщин фертильного возраста	22 745
Число женщин, использующих гормональные контрацептивы	4120
Число женщин, использующих внутриматочную спираль	3845
Число беременных, охваченных УЗИ не менее 3 раз за беременность	1345

### Задание

1. Рассчитать статистические показатели деятельности женской консультации:

- ранний охват беременных диспансерным наблюдением;
- долю беременных, осмотренных терапевтом;
- охват беременных обследованием на инфекции, передаваемые половым путем;
- долю беременных, обследованных на резус-принадлежность;
- охват 3-кратным УЗИ беременных;
- частоту аборт у женщин фертильного возраста;
- частоту осложнений после аборт;
- охват женщин гормональной контрацепцией;
- охват женщин внутриматочной контрацепцией.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Медицинская помощь, оказываемая в больничных учреждениях, является наиболее ресурсоемким сектором здравоохранения. В настоящее время в больничных учреждениях сосредоточены основные материальные ценности отрасли (дорогостоящее оборудование, аппаратура и т.д.), на содержание которых тратится в среднем 60–70% всех ресурсов, выделяемых на здравоохранение. Наибольший объем медицинской помощи, оказываемой стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), выполняют больницы (рис. 10.1). В 2013 г. в России функционировало более 5000 больничных учреждений с общим числом коек около 1 168 000. На современном этапе важное значение приобретают инновационные стационарзамещающие технологии, позволяющие существенно экономить имеющиеся ресурсы без снижения качества медицинского обслуживания (см. раздел 10.3).



Рис. 10.1. Примерная организационная структура городской больницы

## 10.1. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Возглавляет больницу главный врач, который отвечает за всю лечебно-профилактическую, административно-хозяйственную и финансовую работу. Деятельностью среднего и младшего медицинского персонала руководит главная медицинская сестра. На должность главной медицинской сестры больницы назначают лицо с высшим медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» или со средним медицинским образованием, имеющее диплом по одной из специальностей: «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» и сертификат по специальности «Организация сестринского дела», обладающее организаторскими способностями. Главную медицинскую сестру назначает и увольняет главный врач больницы, она непосредственно подчиняется заместителю главного врача по медицинской части. Распоряжения главной медицинской сестры обязательны для среднего и младшего медицинского персонала больницы.

**Основные обязанности главной медицинской сестры:**

- разработка перспективных и текущих планов повышения квалификации медицинских сестер больницы;
- формирование резерва и подготовка медицинских сестер для выдвижения на должность старших медицинских сестер;
- организация получения, хранения и распределения по отделениям в соответствии с их требованиями медикаментов, в том числе наркотических, ядовитых и сильнодействующих препаратов;
- контроль своевременного и четкого выполнения средним медицинским персоналом врачебных назначений, правильности учета, распределения, расходования и хранения медикаментов (в том числе наркотических, ядовитых и сильнодействующих) и перевязочных материалов;
- контроль за соблюдением требований санитарно-противоэпидемического режима, качеством оформления медицинской документации средним медицинским персоналом.

**Для выполнения своих обязанностей главная медицинская сестра больницы имеет право:**

- отдавать распоряжения среднему и младшему медицинскому персоналу и контролировать их выполнение;
- вносить предложения главному врачу больницы о поощрении и наложении взысканий среднему и младшему медицинскому персоналу;
- вносить предложения аттестационной комиссии о присвоении очередной квалификационной категории среднему медицинскому персоналу;
- поручать медицинским сестрам проводить проверки работы среднего и младшего медицинского персонала подразделений больницы.

Первое знакомство больного со стационаром начинается с приемного отделения. Приемное отделение может быть централизованным и децентрализованным. В приемное отделение больницы пациенты могут попасть разными путями: по направлению врачей из АПУ (плановая госпитализация); в экстренном порядке (при доставке их бригадой скорой помощи); путем перевода из другого стационара; при самостоятельном обращении в приемное отделение («самотек»).

В задачи приемного отделения входит:

- прием больных, постановка предварительного диагноза и решение вопроса о необходимости и профиле отделения для госпитализации;
- оказание при необходимости экстренной медицинской помощи;



- санитарная обработка больных;
- выполнение функций справочно-информационного центра о состоянии больных.

Работу среднего и младшего медицинского персонала приемного отделения организует *старшая медицинская сестра приемного отделения*. На должность старшей медицинской сестры приемного отделения может назначаться лицо с высшим медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» или со средним медицинским образованием, имеющее диплом по одной из специальностей: «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» и сертификат по специальности «Организация сестринского дела», обладающее организаторскими способностями. Старшую медицинскую сестру приемного отделения назначает и увольняет главный врач больницы по представлению заведующего отделением, которому она непосредственно подчиняется. Распоряжения старшей медицинской сестры обязательны для среднего и младшего медицинского персонала отделения.

В приемном отделении должно быть обеспечено проведение срочных рентгенологических, эндоскопических исследований, экспресс-анализов и т.д. Для оказания экстренной медицинской помощи в приемном отделении должен находиться постоянный набор необходимых лекарственных средств, медицинских инструментов и т.д. При приемном отделении крупных больниц организуются палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных.

На должность *медицинской сестры приемного отделения* назначается лицо со средним медицинским образованием, имеющее сертификат по специальности «Сестринское дело». Медицинскую сестру приемного отделения назначает и увольняет главный врач больницы, она подчиняется непосредственно заведующему приемным отделением (дежурному врачу) и старшей медицинской сестре приемного отделения. Распоряжения медицинской сестры обязательны для младшего медицинского персонала приемного отделения.

Медицинская сестра приемного отделения выполняет большой круг обязанностей:

- знакомится с направлением больного и сопровождает его в кабинет дежурного врача;
- выслушивает жалобы больного, поступившего «самотеком», и направляет его к дежурному врачу;
- заполняет паспортную часть «Медицинской карты стационарного больного» (ф. 003/у);
- ведет «Журнал учета приема больных и отказа в госпитализации» (ф. 001/у);

- осматривает больного на педикулез и производит измерение температуры тела;
- выполняет процедуры и манипуляции, назначенные дежурным врачом;
- осуществляет по указанию дежурного врача вызов консультантов и лаборантов в приемное отделение;
- следит за состоянием больных, находящихся в изоляторе. и своевременно выполняет все указания врача по их обследованию и лечению;
- своевременно передает телефонограммы в отделение полиции, активные вызовы в поликлиники города, экстренные извещения об инфекционных заболеваниях в соответствующий территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора);
- осуществляет забор кала, мочи, рвотных масс и промывных вод для лабораторного исследования;
- получает у старшей медицинской сестры медикаменты и обеспечивает их хранение;
- следит за санитарным состоянием в отделении и контролирует работу младшего медицинского персонала;
- своевременно сдает сестре-хозяйке отделения аппаратуру и инструменты для ремонта.

Из приемного отделения больной поступает в стационарное отделение, которое возглавляет заведующий. Трудовую деятельность среднего и младшего медицинского персонала отделения организует *старшая медицинская сестра отделения*.

На должность старшей медицинской сестры отделения назначается лицо с высшим медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» или со средним медицинским образованием, имеющее диплом по одной из специальностей: «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» и сертификат по специальности «Организация сестринского дела», обладающее организаторскими способностями. Старшая медицинская сестра отделения непосредственно подчиняется заведующему отделением. Она является материально-ответственным лицом, ее распоряжения обязательны для среднего и младшего медицинского персонала отделения.

Лечащему врачу (ординатору) отделения помогают *палатные медицинские сестры*, которые непосредственно подчиняются старшей медицинской сестре отделения. В их обязанности входит:

- своевременное и точное выполнение предписаний лечащего врача;

- организация своевременного обследования больных в лаборатории, диагностических кабинетах, у врачей-консультантов;
- наблюдение за состоянием больного: физиологическими отправлениями, сном, весом, пульсом, дыханием, температурой;
- немедленное информирование лечащего врача (в его отсутствие – заведующего отделением или дежурного врача) о внезапном ухудшении состояния больного; оказание экстренной доврачебной помощи;
- санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных (умывание, кормление, промывание по мере надобности рта, глаз, ушей и т.д.);
- изоляция больных в агональном состоянии, вызов врача для констатации смерти, подготовка трупов умерших для передачи их в морг.

Работа в отделении начинается с утренней конференции, так называемой пятиминутки. Ежедневно лечащий врач (ординатор) отделения получает информацию от ночного дежурного медицинского персонала о состоянии больных и происшедших в их здоровье изменениях, о вновь поступивших больных, знакомится с результатами лабораторных, рентгенологических и других исследований, проводит обход больных в сопровождении палатной медицинской сестры. У постели больного ординатор проверяет выполнение ранее данных им назначений.

Выделяют две системы организации ухода за больными: двухступенную и трехступенную. При двухступенной системе непосредственное участие в уходе за больным принимают врачи и медицинские сестры. В этом случае младший медицинский персонал помогает в создании надлежащего санитарно-гигиенического режима в отделении (осуществляет уборку помещений и т.д.). При трехступенной системе младшие медицинские сестры принимают участие в непосредственном уходе за больными. На должность *младшей медицинской сестры по уходу за больными* назначается лицо, окончившее курсы младших медицинских сестер по уходу за больными. Она непосредственно подчиняется палатной медицинской сестре.

В больнице должны строго соблюдаться *противоэпидемический и лечебно-охранительный режимы*.

Контроль за соблюдением противоэпидемиологического режима осуществляют специалисты территориальных органов Роспотребнадзора.

**Лечебно-охранительный режим** — это система мер, направленных на создание оптимальных условий пребывания больных в больнице. Важная роль в соблюдении лечебно-охранительного режима отводится медицинским сестрам.

Основные элементы лечебно-охранительного режима:

- рациональная планировка, размещение и оборудование палат и отделений (изоляция операционных блоков, перевязочных, организация 1–2-местных палат и др.);
- устранение или максимальное уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды (неудобные постели, плохое освещение, низкая или излишне высокая температура в палатах, дурные запахи, шум, невкусно приготовленная и несвоевременно поданная пища и др.);
- борьба с болью и страхом боли (психологическая подготовка к операциям, применение анестезирующих средств при болезненных перевязках, использование эффективных болеутоляющих средств, высокое мастерство техники инъекции и других манипуляций);
- меры, предупреждающие возможность депрессии, тревоги больного (художественная литература, музыка, увлекательные беседы, живопись, телевидение, возможность заняться каким-либо любимым делом, прогулки по территории больницы для ходячих больных, трудотерапия в отделениях для хронических больных, воспитательно-педагогическая работа в детских больницах и др.);
- организация режима дня больного (удлинение физиологического сна, сочетание покоя с допустимой физической активностью, общение больного с родственниками и близкими);
- разумное использование слова — одного из сильнейших условных раздражителей, способного оказать значительное воздействие на течение патологического процесса и его исход (недопущение ятрогении);
- соблюдение персоналом принципов медицинской этики (высокая культура общения, чуткое, внимательное отношение к больному, его родственникам, соблюдение медицинской тайны, доброжелательные взаимоотношения между медицинским персоналом).

**Выписка пациента** из больницы производится в следующих случаях: при полном его выздоровлении; при необходимости перевода в другие лечебные учреждения; при стойком улучшении состояния больного; при хроническом течении заболевания, не поддающемся лечению в данном учреждении.

## 10.2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ)

Организация работы детской больницы имеет много общего с работой стационара для взрослых, однако есть и отличия, которые определяют специфику работы среднего медицинского персонала.

Больные дети, как и взрослые, поступают в стационар детской больницы по направлению врачей детских поликлиник, станций СМП, детских учреждений, «самотеком». Плановая госпитализация ребенка осуществляется через детскую поликлинику.

Структура детского стационара включает в себя приемное отделение, лечебные отделения (педиатрические и специализированные: хирургическое, инфекционное и т.д.), отделения лабораторной и функциональной диагностики и др.

Приемное отделение стационара детской больницы должно быть боксировано (боксы составляют 3–5% от общего количества коек стационара). Наиболее удобны для работы индивидуальные боксы Мельцера–Соколова, которые включают в себя предбоксник, палату, санитарный узел, шлюз для персонала. В небольших больницах при отсутствии боксов для приема детей должно быть предусмотрено не менее 2–3 изолированных смотровых кабинетов и одного-двух сан-пропускников.

В случае поступления детей без ведома родителей последние немедленно извещаются об этом работниками приемного отделения. При отсутствии такой возможности факт поступления ребенка без ведома родителей сообщается в полицию.

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. По характеру заболеваний отделения (палаты) могут быть: педиатрические общие, хирургические, инфекционные и т.д. Палаты целесообразно иметь небольшие — на 2–4 койки, что дает возможность заполнять их с учетом возраста детей и заболевания. Целесообразно оборудовать между палатами застекленные перегородки для того, чтобы персонал мог наблюдать за состоянием детей и их поведением. Необходимо предусмотреть возможность пребывания в больнице вместе с ребенком матери.

Задачи *палатной медицинской сестры* детской больницы:

- прием и размещение в палатах, уход и наблюдение за больным ребенком;
- точное и своевременное выполнение назначений лечащего врача;
- экстренное оповещение врача об изменениях в состоянии больного ребенка, требующих принятия срочных мер, и оказание доврачебной помощи в отсутствие врача;
- поддержка санитарного состояния палат.

Важная особенность организации работы детских отделений заключается в необходимости проведения там воспитательной работы. Для этой цели в детских больницах вводят должности педагогов-воспитателей. С больными детьми, которые длительное время лечатся в стационаре, проводится учебная работа. Очень важным элементом создания лечебно-охранительного режима для детей служит организация их досуга, особенно в вечерние часы. Ручной труд, лепка, рисование, чтение вслух в конце больничного дня улучшают настроение детей и способствуют спокойному сну. Важную роль в правильной организации досуга детей играют палатные медицинские сестры.

В комплексе лечебных мероприятий особое значение имеет правильно организованное питание. Для этого детей, находящихся на естественном вскармливании, госпитализируют вместе с матерями или обеспечивают грудным донорским молоком. Все другие продукты питания дети первого года жизни получают с детской молочной кухни. Детям старше года питание организуют 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. Необходимо проводить учет контактировавших с больным детей, которых в течение инкубационного периода нельзя перемещать в другие палаты. В этих случаях, в зависимости от выявленного острого инфекционного заболевания, проводят специальные противоэпидемические мероприятия (прививки, исследования на бактерионосительство и т.д.).

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 служит оказание квалифицированной диагностической и лечебной помощи доношенным и недоношенным больным новорожденным, создание оптимальных условий для их выхаживания.

В отделения для новорожденных направляют родившихся с массой не менее 2300 г и заболевших в неонатальном периоде. В отделения для недоношенных детей направляют новорожденных с массой тела менее 2300 г, имеющих признаки незрелости и заболевших в неонатальном периоде. Перевод новорожденных и недоношенных детей из родильных домов осуществляют при условии транспортабельности ребенка и обязательного согласования с заведующим специализированным отделением, куда переводится ребенок. Транспортировка новорожденных производится по принципу «на себя» в специализированной реанимационной машине с врачом-реаниматологом или врачом-педиатром, хорошо подготовленным по вопросам реанимации новорожденных и недоношенных детей. Средний медицинский персонал, сопровождающий детей, также должен иметь специальную подготовку по вопросам реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

В работе отделения для новорожденных и недоношенных детей детских больниц должна осуществляться тесная взаимосвязь и преемственность с родильными домами и детскими поликлиниками.

### 10.3. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

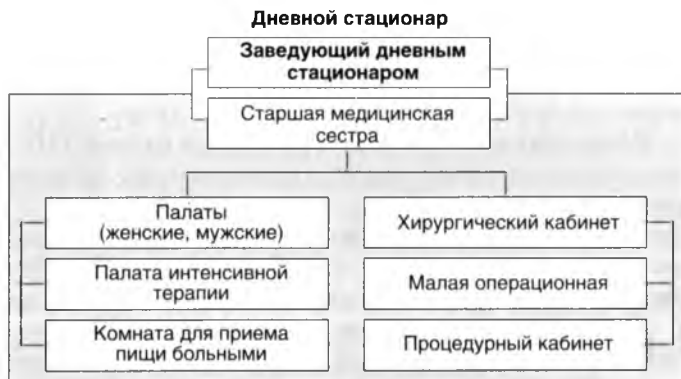
С учетом высокой стоимости медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, важное значение приобретают инновационные стационарзамещающие технологии, позволяющие существенно экономить имеющиеся ресурсы без снижения качества медицинского обслуживания. К таким организационным формам относятся:

- дневные стационары в АПУ;
- 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 (рис. 10.2).

Основные формы первичной учетной медицинской документации дневных стационаров:

- «Журнал учета приема больных и отказа в госпитализации», ф. 001/у;
- «Медицинская карта стационарного больного», ф. 003/у;
- «Температурный лист», ф. 004/у;
- «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении», ф. 007/у-02;



**Рис. 10.2.** Примерная организационная структура дневного стационара хирургического профиля

- «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда дневного стационара при АПУ, стационара на дому», ф. 007дс/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;
- «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного», ф. 027/у;
- «Журнал учета процедур», ф. 029/у;
- «Книга регистрации листков нетрудоспособности», ф. 036/у;
- «Карта больного, лечашегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)», ф. 044/у;
- «Журнал записи рентгенологических исследований», ф. 050/у;
- «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при АПУ, стационара на дому», ф. 066/у-02;
- «Журнал записи амбулаторных операций», ф. 069/у;
- «Медицинское свидетельство о смерти», ф. 106/у-98.

На практике наибольшее распространение получили дневные стационары терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического, неврологического, дерматологического и других профилей.

Лечебное питание больных в дневном стационаре организуют исходя из местных условий. Обычно, если стационар входит в структуру больничного учреждения, пациенты пользуются двухразовым питанием по действующим нормативам больницы.



Следует отметить, что дневные стационары в больницах и на базе АПУ имеют некоторые различия. В условиях дневных стационаров на базе больниц, как правило, возможно проводить более сложные лабораторно-диагностические обследования, проще организовать питание. Преимуществом дневных стационаров на базе АПУ служит возможность использования широкого комплекса восстановительного лечения.

**Стационары на дому** могут быть организованы в случаях, когда состояние больного и домашние условия (социальные, материальные) позволяют организовать медицинскую помощь и уход на дому.

Цель организации стационаров на дому заключается в лечении острых форм заболеваний, долечивании и реабилитации хронических больных, медико-социальной помощи престарелым, наблюдении и лечении 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 т.д.), различных процедур (банки, горчичники и т.д.). При необходимости в комплекс лечения больных включают физиотерапевтические процедуры, массаж, занятия лечебной физкультурой и др.

Лечение в стационарах на дому не связано с изоляцией, нарушением микросоциальной адаптации, легче воспринимается больными, экономически выгодно. Лечение в стационаре на дому в несколько раз дешевле, чем в стационаре круглосуточного пребывания, а по эффективности не уступает лечению в стационаре круглосуточного пребывания.

## **10.4. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА РОДИЛЬНОГО ДОМА, ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА**

Основным учреждением, оказывающим акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях, является родильный дом (рис. 10.3). В его задачи входят: оказание в стационарных условиях 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.



**Рис. 10.3.** Примерная организационная структура родильного дома

Руководство деятельностью родильного дома осуществляет главный врач. Работу среднего и младшего медицинского персонала организует *главная (старшая) акушерка*, в задачи которой входит:

- регулярно проводить обходы палат, кабинетов и других помещений родильного дома;
- обеспечивать своевременность выписки, правильность учета, распределения, расходования и хранения медикаментов и изделий медицинского назначения;
- проводить инструктаж среднего и младшего медицинского персонала по выполнению комплекса санитарно-противоэпидемиологических мероприятий в родильном доме;
- разрабатывать мероприятия по повышению деловой квалификации среднего и младшего медицинского персонала (проведение сестринских конференций, лекций врачей и т.д.);
- систематически проводить работу по воспитанию персонала в духе добросовестного отношения к выполнению своих обязанностей, соблюдения принципов медицинской деонтологии; систематически повышать свою профессиональную квалификацию.

В родильный дом подлежат госпитализации беременные (при наличии медицинских показаний), роженицы, а также родильницы в раннем послеродовом периоде (в течение 24 ч после родов) в случае родов вне лечебного учреждения. При поступлении в родильный дом роженица или родильница направляется в **приемно-смотровой блок акушерского отделения**, где предъявляет паспорт и «Обменную карту» (ф. 113/у). Прием женщин в приемно-смотровой блоке ведет врач (в дневные часы — врачи отделений, затем — дежурные врачи) или акушерка, которая при необходимости вызывает врача. В приемно-смотровой блоке целесообразно иметь одну комнату-фильтр и две смотровые комнаты. Одна смотровая комната предусмотрена для приема женщин в физиологическое акушерское отделение, другая — 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, длительность безводного периода.

В результате сбора анамнеза, осмотра, знакомства с документами в комнате-фильтре женщин разделяют на два потока: с нормальным течением беременности, которых направляют в **физиологическое акушерское отделение**, и представляющих «эпидемиологическую опасность» для окружающих, которых направляют в **наблюдательное акушерское отделение**.

Кроме того, в наблюдательное отделение направляют женщин при отсутствии «Обменной карты родильного дома», а также родильниц в раннем послеродовом периоде в случае родов вне лечебного учреждения.

В смотровых физиологического и наблюдательного отделений проводят объективное обследование женщины, ее санитарную обработку, выдают комплект стерильного белья, берут на анализы кровь и мочу. Из смотровой в сопровождении среднего медицинского персонала женщина переходит (при наличии показаний перевозится на каталке) в родовую блок или отделение патологии беременности.

Средний и младший медицинский персонал акушерского отделения находится в непосредственном подчинении *старшей акушерки*. Старшая акушерка отделения находится в подчинении заведующего отделением и главной акушерки. Должностные обязанности старшей акушерки во многом схожи с обязанностями старшей медицинской сестры стационара больницы.

Непосредственным помощником врача акушера-гинеколога акушерского отделения является *акушерка*, в обязанности которой входит:

- подготовка женщин к предстоящему осмотру врачом;
- оказание помощи врачу при проведении лечебно-диагностических и оперативных манипуляций;
- оказание медицинской помощи при родах и проведение первичной обработки новорожденных;
- контроль за соблюдением санитарно-гигиенического режима в отделении;
- контроль за работой младшего медицинского персонала;
- умение проводить простейшие лабораторные исследования (мочи на белок, групповой принадлежности крови, гемоглобина и скорости оседания эритроцитов);
- проведение некоторых акушерских вмешательств при ситуациях, угрожающих жизни роженицы или родильницы (выделение последа наружными приемами, ручное обследование послеродовой матки, отделение и выделение последа, осмотр шейки матки при кровотечении);
- зашивание разрывов промежности I и II степени.

Центральным подразделением родильного дома служит **родовой блок**, который включает в себя: предродовые палаты, родовые палаты, палату интенсивной терапии, детскую комнату, малую и большую операционные, санитарные помещения. В предродовой палате женщина проводит весь первый период родов. Дежурная акушерка или врач постоянно наблюдают за состоянием роженицы. В конце первого периода родов женщину переводят в родовую палату (родильный зал).

При наличии двух родильных залов прием родов в них осуществляется поочередно. Каждый родильный зал работает в течение 1–2 сут, затем в нем проводят генеральную уборку. При наличии одного родильного зала прием родов осуществляют поочередно на различных рахмановских кроватях и два раза в неделю проводят генеральную уборку родильного зала.

Нормально протекающие роды принимает акушерка. После рождения ребенка акушерка показывает его матери, обращая внимание на пол и наличие врожденных аномалий развития (если таковые имеются). Далее ребенка переносят в детскую комнату. Родильница должна находиться в родовой палате под наблюдением не менее 2 ч.

Акушерка после мытья и обработки рук 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 женщину спустя 2 ч после родов перевозят на каталке вместе с ребенком в **послеродовую палату**, которая находится в составе физиологического акушерского отделения.

При заполнении палат послеродового отделения необходимо соблюдать строгую цикличность — одну палату разрешается заполнять в течение не более трех суток. При появлении у рожениц или новорожденных первых признаков заболеваний их переводят в **обсервационное акушерское отделение** или другое специализированное учреждение.

В обсервационное акушерское отделение помещают при наличии заболевания у женщины или у ребенка. Палаты для беременных и родильниц в обсервационном отделении должны быть по возможности профилированы по видам патологии. Недопустимо размещение беременных и родильниц в одной палате.

В палатах новорожденных обсервационного отделения находятся дети: рожденные в этом отделении, родившиеся вне родильного дома, переведенные из физиологического отделения, родившиеся с тяжелыми врожденными аномалиями, с проявлениями внутриутробной инфекции, с массой тела менее 1000 г. Для детей с патологией в обсервационном отделении выделяют изолятор на 1–3 койки. При наличии показаний дети могут быть переведены в отделение новорожденных детской больницы.

В течение первых суток после рождения каждый ребенок находится под интенсивным наблюдением медперсонала. 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 акушерского отделения** должно быть выделено для совместного пребывания матери и ребенка. Такое совместное пребывание значительно снижает частоту заболеваний родильниц в послеродовом периоде и новорожденных. Основной особенностью таких родильных домов или акушерских отделений служит активное участие мате-

ри в уходе за новорожденным ребенком. Совместное пребывание матери и ребенка ограничивает контакт новорожденного с медицинским персоналом, снижает возможность инфицирования. При таком режиме обеспечивается раннее прикладывание новорожденного к груди, активное обучение матери навыкам практического ухода за новорожденным. При совместном пребывании матери и ребенка их размещают в боксах или полубоксах (на 1–2 кровати). Совместное пребывание матери и ребенка в родильном доме требует строжайшего соблюдения противоэпидемического режима.

Противопоказаниями к совместному пребыванию матери и ребенка со стороны родильницы служат:

- тяжелые гестозы беременных;
- экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации;
- наличие повышенной температуры;
- разрыв или разрезы промежности II степени.

Противопоказания со стороны новорожденного:

- недоношенность;
- незрелость;
- длительно перенесенная внутриутробная гипоксия плода;
- внутриутробная гипотрофия II–III степени;
- родовая травма;
- асфиксия при рождении;
- аномалии развития;
- гемолитическая болезнь.

С целью снижения перинатальной смертности, организации постоянного наблюдения за состоянием жизненно важных функций новорожденных, своевременного проведения корригирующих и диагностических мероприятий в родовспомогательных учреждениях создают специальные палаты реанимации и интенсивной терапии 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 служат: удовлетворительное общее состояние, нормальные температура, частота пульса, артериальное давление, состояние молочных желез, инволюция матки, нормальные результаты лабораторных исследований.

При обострении экстрагенитальных заболеваний родильницы могут быть переведены в стационар, а при возникновении осложнений послеродового периода — в наблюдательное отделение.

При неосложненном течении послеродового периода у родильницы и раннего неонатального периода у новорожденного, при отпавшей пуповине и хорошем состоянии пупочной ранки, положитель-

ной динамике массы тела мать с ребенком могут быть выписаны на 5–6-е сутки после родов.

Выписка осуществляется через специальные выписные комнаты, которые должны быть отдельными для родильниц из физиологического и наблюдательного отделений. Выписные комнаты должны иметь 2 двери: из послеродового отделения и из помещения для посетителей. Нельзя использовать для выписки родильниц приемные помещения.

Перед выпиской педиатр еще в палате проводит беседу с родильницами об уходе за ребенком в домашних условиях, вскармливании ребенка. 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, которую удостоверяют подписи медицинской сестры и матери. Медицинская сестра выдает матери «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. 103/у-08) и «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. 113/у).

В день выписки новорожденного 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 т.д.), с неправильным положением плода, с отягощенным акушерским анамнезом. В отделении работают: акушеры-гинекологи, терапевты родильного дома, акушерки и другой медицинский персонал.

Планировка отделения патологии беременности должна предусматривать полную изоляцию его от других отделений, возможность транспортировки беременных в физиологическое и наблюдательное акушерские отделения (минуя другие отделения), а также выход для беременных из отделения на улицу. В структуре отделения необходимо предусмотреть: кабинет функциональной диагностики с современным оборудованием (в основном, кардиологическим), сморо-

вую, малую операционную, 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 observational акушерское отделение. Перевод женщин в одно из этих отделений осуществляют только через приемно-смотровой блок, где им проводят полную санитарную обработку.

**Гинекологические отделения** родильных домов бывают трех профилей:

- для госпитализации больных, нуждающихся в оперативном лечении;
- для больных, нуждающихся в консервативном лечении;
- для прерывания беременности (абортное).

В структуру отделения должны входить: приемный блок, перевязочная, манипуляционная, малая и большая операционные, физиотерапевтический кабинет, комната для выписки, палата интенсивной терапии. Кроме того, для диагностики заболеваний и лечения гинекологических больных используют другие лечебно-диагностические подразделения родильного дома.

В целом, работа гинекологического отделения, как и обязанности среднего медицинского персонала, во многом схожи с деятельностью обычного отделения многопрофильной больницы.

В последние годы отделения искусственного прерывания беременности стараются выводить из акушерских стационаров, организуя их в структуре гинекологических отделений многопрофильных больниц или на базе дневных стационаров.

Начиная с 2005 г., в целях управления качеством медицинской помощи, оказываемой женщинам в период беременности и родов, а также улучшения финансирования женских консультаций и родильных домов, введены «Родовые сертификаты», порядок заполнения которых определен соответствующим приказом Министерства здравоохранения РФ.

В целях повышения эффективности и качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным предусматривают в структуре больничных учреждений перинатальные центры.

Основные задачи перинатальных центров:

- оказание консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных, рожениц, родильниц, новорожденных;



- осуществление профилактики отдаленных последствий перинатальной патологии у детей (ретинопатия недоношенных, врожденная тугоухость, 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 анализ материнской, перинатальной, младенческой смертности;
- организация информационного обеспечения населения и специалистов по вопросам перинатальной помощи, охраны репродуктивного здоровья и безопасного материнства.

Основные задачи среднего медицинского персонала перинатальных центров во многом схожи с задачами средних медицинских работников женских консультаций, родильных домов, отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных детских больничных учреждений.

Примерная организационная структура перинатального центра представлена на рис. 10.4.



Рис. 10.4. Примерная организационная структура перинатального центра

## 10.5. СТАТИСТИКА БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Основные формы первичной учетной медицинской документации больничных учреждений:

- «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении», ф. 007/у-02;

- «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при АПУ, стационара на дому», ф. 066/у-02.

Основные показатели медицинской деятельности больницы:

- показатель обеспеченности населения больничными койками;
- показатель частоты (уровня) госпитализации;
- показатель средней занятости койки в году (функция больничной койки);
- показатель средней длительности пребывания больного на койке;
- показатель больничной летальности.

**Обеспеченность населения больничными койками** служит наиболее общим показателем для оценки удовлетворенности населения стационарной помощью:

$$\text{Обеспеченность населения больничными койками} = \frac{\text{Число больничных коек}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000.$$

В результате внедрения инновационных стационарзамещающих технологий (дневные стационары на базе АПУ, дневные стационары на базе больничных учреждений, стационары на дому) этот показатель за период 1995–2013 гг. снизился с 118,2 до 81,5 на 10 тыс. населения.

**Показатель частоты (уровня) госпитализации** используется для анализа удовлетворенности населения в госпитализации и расчета нормативов потребности в медицинской помощи, оказываемой стационарно:

$$\text{Частота (уровень госпитализации)} = \frac{\text{Число поступивших в стационар за отчетный период}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100^*.$$

*Примечание.* \* Показатель рассчитывается по отдельным нозологическим формам и возрастно-половым группам больных.

Значение этого показателя в РФ составляет около 20%. С учетом приоритета развития медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, а также внедрения инновационных стационарзамещающих технологий, уровень госпитализации населения в перспективе должен снижаться.

**Показатель средней занятости койки в году** (функция больничной койки) характеризует эффективность использования финансовых, материально-технических, кадровых и других ресурсов больничных учреждений:

$$\frac{\text{Средняя занятость койки в году (функция больничной койки)}}{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре, в течение года}} = \frac{\text{Среднегодовое число коек (фактически развернутых + свернутых на ремонт)}}{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре, в течение года}}$$

Рекомендуемые значения этого показателя по отдельным профилям коек представлены в табл. 10.1.

**Показатель средней длительности пребывания больного на койке** является отношением числа койко-дней, проведенных больными в стационаре, к числу пролеченных больных:

$$\frac{\text{Средняя длительность пребывания больного на койке}}{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре}} = \frac{1}{2} \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре}}{(\text{поступивших} + \text{выписанных} + \text{умерших}) \text{ больных}}$$

Рекомендуемые значения показателя средней длительности пребывания больного на койке представлены в табл. 10.1.

**Таблица 10.1.** Рекомендуемые значения показателей средней занятости койки в году и средней длительности пребывания больного на койке

Отделение (профиль коек)	Средняя занятость койки в году	Средняя длительность пребывания больного на койке
Терапевтическое	330–340	11,8
Хирургическое	320–330	9,4
Акушерское (для беременных и рожениц)	270–300	6,4
Неврологическое	330–340	13,5
Педиатрическое	300–320	9,6
Инфекционное	270–300	7,8
Офтальмологическое	320–340	7,6
Отоларингологическое	300–320	8,2
Дерматологическое	310–330	16,6
Венерологическое	250–270	16,4
Туберкулезное	300–320	87,3

**Показатель больничной летальности** позволяет комплексно оценить уровень и качество организации лечебно-диагностической помощи в стационаре, использование современных медицинских технологий:

$$\text{Больничная летальность} = \frac{\text{Число умерших в стационаре}}{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных}} \times 100^*$$

*Примечание.* \* Показатель рассчитывается по отдельным нозологическим формам и возрастно-половым группам больных.

За период 2004–2013 гг. наблюдается тенденция к повышению этого показателя: соответственно с 1,40% до 1,55%.

В анализе деятельности родильного дома, перинатального центра особое значение имеют статистические показатели, характеризующие качественную сторону деятельности акушерско-гинекологической службы:

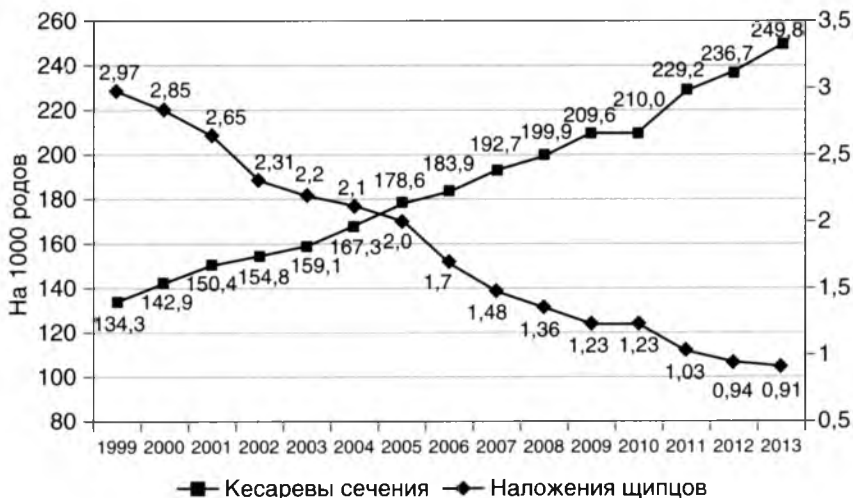
- показатель частоты оперативных пособий при родах;
- показатель частоты осложнений в родах;
- показатель частоты осложнений в послеродовом периоде;
- показатель частоты применения обезболивания при родах.

**Показатель частоты оперативных пособий при родах** (наложение щипцов, вакуум-экстракция, кесарево сечение, ручное отделение последа и др.). За последние 10 лет в родовспомогательных учреждениях РФ отмечают: рост случаев применения кесарева сечения в родах в 2 раза, уменьшение частоты наложения акушерских щипцов – в 2 раза (рис. 10.5):

*Число оперативных пособий при  
родах (наложение щипцов, применение  
вакуум-экстрактора,  
ручного отделения последа и др.)*

$$\text{Частота оперативных пособий при родах} = \frac{\text{Число оперативных пособий при родах (наложение щипцов, применение вакуум-экстрактора, ручного отделения последа и др.)}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 100^*$$

*Примечание.* \* Показатель рассчитывается по отдельным видам оперативных пособий при родах.



**Рис. 10.5.** Динамика оперативных вмешательств в родовспомогательных учреждениях Российской Федерации (1999–2013 гг.)

**Показатель частоты осложнений в родах (разрывы промежности) и показатель частоты осложнений в послеродовом периоде (сепсис).** Эти показатели в РФ в 2013 г. составили соответственно 0,16 и 0,28 на 1000 родов.

$$\text{Частота осложнений в родах} = \frac{\text{Число родильниц, имевших осложнения в родах (разрывы промежности, аномалии родовой деятельности, сепсис и др.)}}{\text{Число женщин, родивших в стационаре} + \text{Число женщин, родивших вне стационара}} \times 1000^*.$$

$$\text{Частота осложнений в послеродовом периоде} = \frac{\text{Число родильниц, имевших осложнения в послеродовом периоде (кровотечение, эндометриты, расхождения швов промежности и др.)}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000^*.$$

*Примечание.* \* Показатель рассчитывается по отдельным видам осложнений.

Важной характеристикой для оценки применения современных медицинских технологий ведения родов служит **показатель частоты применения обезболивания при родах**. Этот показатель в родильных домах РФ составляет около 800 случаев обезболивания на 1000 родов, что свидетельствует о возможности расширения анестезиологического пособия при ведении родов:

$$\text{Частота применения обезболивания при родах} = \frac{\text{Число родов с применением обезболивания}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000.$$

Умение правильно заполнять формы первичной учетной медицинской документации и на их основе собирать данные, рассчитывать и анализировать статистические показатели имеет первостепенное значение в практической деятельности главной медицинской сестры (акушерки), заведующей фельдшерско-акушерским пунктом, медицинской статистика и других медицинских работников.

## ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы и тестовые задания.
3. Разобрать задачи-эталоны.
4. Решить задачи для самостоятельного решения.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Перечислите функциональные обязанности главной медицинской сестры городской больницы для взрослых.

2. Каковы основные задачи приемного отделения городской больницы для взрослых?
3. Раскройте функциональные обязанности старшей медицинской сестры приемного отделения городской больницы для взрослых.
4. Каковы обязанности медицинской сестры приемного отделения городской больницы для взрослых?
5. Перечислите основные обязанности старшей медицинской сестры отделения городской больницы для взрослых.
6. Раскройте функциональные обязанности палатной медицинской сестры городской больницы для взрослых.
7. Перечислите основные обязанности младшей медицинской сестры по уходу за больными городской больницы для взрослых.
8. Что такое лечебно-охранительный режим и каковы его основные элементы?
9. Раскройте особенности работы приемного отделения детской городской больницы.
10. Перечислите задачи и раскройте особенности работы отделений для новорожденных и недоношенных детской городской больницы.
11. Какие стационарзамещающие формы организации лечебно-профилактической помощи населению вы знаете?
12. Какие функции выполняет дневной стационар?
13. Какова типовая структура дневного стационара?
14. Раскройте порядок работы стационара на дому.
15. Перечислите основные задачи родильного дома.
16. Каковы обязанности главной акушерки родильного дома?
17. Как организована работа приемно-смотрового блока родильного дома?
18. Раскройте функциональные обязанности акушерки акушерского отделения родильного дома.
19. Как организована работа родового блока родильного дома?
20. Как организована работа физиологического послеродового отделения родильного дома?
21. Как организована работа наблюдательного отделения родильного дома?
22. Как осуществляется уход за новорожденными в родильном доме?
23. Раскройте порядок работы отделения патологии беременности родильного дома.
24. Как работает гинекологическое отделение родильного дома?
25. Перечислите основные задачи перинатального центра.
26. Какова организационная структура перинатального центра?
27. Назовите основные показатели, характеризующие деятельность больничных учреждений.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите только один правильный ответ.

1. В функции приемного отделения больницы не входит:

- 1) оказание при необходимости экстренной медицинской помощи;
- 2) прием больных, постановка предварительного диагноза и решение вопроса о необходимости и профили отделения для госпитализации;
- 3) регулирование интенсивности потока госпитализированных больных в отделения стационара;
- 4) санитарная обработка больных;
- 5) выполнение функций справочно-информационного центра о состоянии больных.

2. Определите соответствие должности младшего медицинского персонала больничного учреждения и одной из основных обязанностей (укажите правильное сочетание между каждым элементом левой и правой колонок).

А — медицинская сестра приемного отделения

Б — старшая медицинская сестра отделения

В — палатная медицинская сестра

Г — главная медицинская сестра

Д — младшая медицинская сестра по уходу за больными

а — разработка перспективных и текущих планов повышения квалификации медицинских сестер

б — выполнение процедур и манипуляций, назначенных дежурным врачом

в — осуществляет уход за больным

г — наблюдает за состоянием больного

д — материально ответственное лицо

- 1) Аг; Бд; Ва; Дб; Гв;
- 2) Аб; Бд; Вг; Га; Дв;
- 3) Дд; Ва; Дб; Бг; Ав;
- 4) Аа; Дб; Вд; Вв; Гг;
- 5) Аг; Бб; Вв; Га; Дд.

3. Система мер, направленных на создание оптимальных условий пребывания больных в больнице, называется:

- 1) противоэпидемическим режимом;
- 2) охраняющим режимом;
- 3) контролирующим режимом;
- 4) лечебно-охранительным режимом;
- 5) наблюдательным режимом.

4. Назовите случаи возможной выписки пациента из стационара:
  - 1) необходимость перевода в другие лечебные учреждения;
  - 2) стойкое улучшение состояния больного, когда дальнейшая госпитализация уже не нужна;
  - 3) полное выздоровление;
  - 4) хроническое течение заболевания, не поддающееся лечению в данном учреждении;
  - 5) все вышеперечисленное.
5. Назовите особенность приемного отделения детской больницы:
  - 1) изолированный вход в приемное отделение;
  - 2) душевая кабина для санитарной обработки детей;
  - 3) боксы;
  - 4) консультативный кабинет;
  - 5) дополнительный выход из приемного отделения.
6. Назовите возможную главную опасность в стационаре детской больницы:
  - 1) рост заболеваемости детей;
  - 2) внутрибольничная инфекция;
  - 3) пищевые отравления;
  - 4) длительное лечение детей;
  - 5) простудные заболевания детей.
7. Анатомо-физиологические особенности новорожденных определяют создание в стационаре детской больницы:
  - 1) приемного отделения с боксами;
  - 2) изолированного приемного покоя для поступления новорожденных;
  - 3) изолированных палат для недоношенных детей;
  - 4) отделений для новорожденных и недоношенных детей;
  - 5) круглосуточных врачебных постов наблюдения за новорожденными и недоношенными детьми.
8. Назовите основное значение для современного здравоохранения стационарзамещающих технологий:
  - 1) совершенствование диспансерного наблюдения;
  - 2) сокращение сроков лечения больных;
  - 3) существенная экономия имеющихся ресурсов без снижения качества медицинского обслуживания;
  - 4) улучшение проведения реабилитационных мероприятий;
  - 5) сохранение трудоспособности работающих.
9. Назовите организационные формы стационарзамещающих технологий:
  - 1) дневные стационары в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях;
  - 2) стационары по месту работы больных;



- 3) стационары на дому;
- 4) все вышеперечисленные;
- 5) правильные ответы 1 и 3.

10. Какая организационная форма стационарзамещающих технологий не связана с изоляцией и нарушением микросоциальной адаптации больного:

- 1) дневные стационары в АПУ;
- 2) стационары по месту работы больных;
- 3) стационары на дому;
- 4) дневные стационары в больничных учреждениях;
- 5) стационары временного пребывания больных?

11. Назовите основные отделения стационара родильного дома, в которые направляют женщин после приемно-смотрового блока:

- 1) родовое и послеродовое;
- 2) наблюдательное и отделение патологии беременности;
- 3) отделение патологии беременности и физиологическое;
- 4) предродовое и родовое;
- 5) физиологическое и наблюдательное.

12. Назовите особенности заполнения палат в послеродовом отделении:

- 1) сезонность;
- 2) последовательность;
- 3) цикличность;
- 4) единовременность;
- 5) общность состояния после родов.

13. Назовите целевой контингент гинекологического отделения в стационаре родильного дома:

- 1) для больных, нуждающихся в оперативном лечении; для больных, нуждающихся в консервативном лечении; для больных, нуждающихся в экстренной гинекологической помощи;
- 2) для больных, нуждающихся в экстренной гинекологической помощи; для прерывания беременности; для больных, нуждающихся в оперативном лечении;
- 3) для больных, нуждающихся в оперативном лечении; для больных, нуждающихся в консервативном лечении; для прерывания беременности;
- 4) для больных, нуждающихся в консервативном лечении; для прерывания беременности; для больных, нуждающихся в экстренной гинекологической помощи;
- 5) для беременных, нуждающихся в сохранении беременности; для прерывания беременности; для больных, нуждающихся в экстренной гинекологической помощи.

14. Назовите основной критерий для выписки родильницы и новорожденного из стационара родильного дома:
- 1) отпадение пуповины;
  - 2) положительная динамика массы тела ребенка;
  - 3) хорошее состояние пупочной ранки;
  - 4) состояние родильницы и новорожденного;
  - 5) состояние родовых путей родильницы.
15. Назовите документ, выдаваемый беременным женщинам после 30 нед беременности, и какое он имеет значение:
- 1) «родовой сертификат»; способствует улучшению контроля за состоянием беременной;
  - 2) «родовой сертификат»; улучшает финансирование женских консультаций и родильных домов;
  - 3) «страховой полис»; улучшает финансирование женских консультаций и родильных домов;
  - 4) «родовой сертификат»; дает возможность получения беременной бесплатной помощи;
  - 5) «страховой полис»; дает возможность получения беременной бесплатной помощи.
16. Для повышения эффективности и качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным создается:
- 1) специализированная больница;
  - 2) перинатальное отделение в родильном доме;
  - 3) родильный центр;
  - 4) перинатальный центр;
  - 5) центр матери и ребенка.
17. Назовите статистический первичный учетный медицинский документ, применяемый для регистрации госпитализированных больных:
- 1) «Журнал учета приема больных и отказа в госпитализации», ф. 001/у;
  - 2) «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении», ф. 007/у-02;
  - 3) «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при АПУ, стационара на дому», ф. 066/у-02;
  - 4) «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;
  - 5) «Медицинская карта стационарного больного», ф. 003/у.

18. Назовите показатели, характеризующие деятельность больничных учреждений:

- 1) средняя занятость койки в году;
- 2) средняя длительность пребывания больного на койке;
- 3) оборот койки;
- 4) больничная летальность;
- 5) все вышеперечисленные.

19. Назовите показатель, характеризующий удовлетворенность населения стационарной помощью:

- 1) средняя занятость койки в году;
- 2) средняя длительность пребывания больного на койке;
- 3) оборот койки;
- 4) больничная летальность;
- 5) обеспеченность населения больничными койками.

20. Назовите показатель, характеризующий эффективность использования финансовых, материально-технических и других ресурсов больничных учреждений:

- 1) средняя занятость койки в году;
- 2) средняя длительность пребывания больного на койке;
- 3) обеспеченность населения больничными койками;
- 4) больничная летальность;
- 5) оборот койки.

21. Назовите показатель, характеризующий уровень и качество организации лечебно-диагностической помощи в стационарах:

- 1) обеспеченность населения больничными койками;
- 2) средняя длительность пребывания больного на койке;
- 3) оборот койки;
- 4) больничная летальность;
- 5) средняя занятость койки в году.

22. Назовите показатель, используемый для оценки применения современных медицинских технологий:

- 1) частота осложнений в родах;
- 2) средняя длительность пребывания больного на койке;
- 3) частота применения обезболивания в родах;
- 4) больничная летальность;
- 5) частота оперативных пособий при родах.

23. Укажите данные, необходимые для расчета показателя частоты госпитализации:

- 1) число экстренных госпитализаций, общее число госпитализаций;
- 2) число поступивших в стационар, среднегодовая численность населения;

- 3) число поступивших в стационар, численность населения на конец года;
  - 4) число поступивших в стационар, численность населения на начало года;
  - 5) среднее число госпитализированных, число зарегистрированных больных за год.
24. Назовите данные, необходимые для расчета показателя средней длительности пребывания больного на койке:
- 1) число фактически проведенных больными койко-дней; среднегодовое число коек;
  - 2) число койко-дней, проведенных больными в стационаре;  $\frac{1}{2}$  (поступивших + выписанных + умерших) больных;
  - 3) число выбывших больных; среднегодовое число коек;
  - 4) число фактически проведенных больными койко-дней; число дней в году;
  - 5) число дней в году;  $\frac{1}{2}$  (поступивших + выписанных + умерших) больных.
25. Назовите формулу расчета показателя больничной летальности:
- 1)  $(\text{число умерших в стационаре} / \text{число выписанных больных}) \times 100$ ;
  - 2)  $(\text{число умерших в стационаре} / \text{число поступивших}) \times 100$ ;
  - 3)  $(\text{число умерших в стационаре} / \text{число выбывших больных}) \times 100$ ;
  - 4)  $(\text{число умерших в стационаре} / \text{число выбывших больных}) \times 1000$ ;
  - 5)  $(\text{число умерших в стационаре} / \text{число выбывших больных}) \times 10\,000$ .

### **ЗАДАЧА-ЭТАЛОН К РАЗДЕЛАМ 10.1 «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ» И 10.2 «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ)»**

#### **Задача**

Анализируется состояние стационарной помощи в некоем субъекте РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности больничных учреждений, оказывающих стационарную помощь взрослому и детскому населению.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности больничных учреждений

Исходные данные	Численные значения
Среднегодовая численность населения	64 380
Число больничных коек	540
Среднегодовое число коек (фактически развернутых + свернутых на ремонт)	540
Число поступивших в стационар больных за отчетный период	14 600
Число койко-дней, проведенных больными в стационаре, в течение года	169 140
Число выписанных больных	14 240
Число умерших в стационаре	280

### Задание

1. Рассчитать статистические показатели деятельности больничных учреждений:

- обеспеченность населения больничными койками;
- частоту (уровень) госпитализации;
- среднюю занятость койки в году (функция больничной койки);
- среднюю длительность пребывания больного на койке;
- больничную летальность.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

### Решение

1. *Обеспеченность населения больничными койками:*

$$\frac{\text{Число больничных коек}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000 = \frac{540 \times 10\,000}{64\,380} = 83,9 \text{ врачей на } 10\,000 \text{ населения.}$$

2. *Частота (уровень) госпитализации:*

$$\frac{\text{Число поступивших в стационар за отчетный период}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100 = \frac{14\,600 \times 100}{64\,380} = 22,7 \text{ случая госпитализации на } 100 \text{ населения.}$$

## 3. Средняя занятость койки в году (функция больничной койки):

$$\frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре, в течение года}}{\text{Среднегодовое число коек (фактически развернутых + свернутых на ремонт)}} = \frac{169\,140}{540} = 312,2 \text{ дня.}$$

## 4. Средняя длительность пребывания больного на койке:

$$\frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре}}{1/2 (\text{поступивших} + \text{выписанных} + \text{умерших}) \text{ больных}} = \frac{169\,140}{1/2 (14\,600 + 14\,240 + 280)} = \frac{169\,140}{14\,560} = 11,6 \text{ дня.}$$

## 5. Больничная летальность:

$$\frac{\text{Число умерших в стационаре}}{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных}} \times 100 = \frac{280 \times 100}{14\,520} = 1,9\%.$$

**Вывод**

Численные значения показателей не соответствуют среднестатистическим уровням: обеспеченность населения больничными койками (83,9) — ниже; частота госпитализации (22,7) — выше; среднее число дней занятости койки в году (313,2) и средняя длительность пребывания больного на койке (11,6) — ниже; больничная летальность (1,9%) — выше среднестатистических значений. Все это свидетельствует о недостаточно эффективном использовании коечного фонда и низком качестве стационарного лечения.

## **ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 10.1 «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ» И К РАЗДЕЛУ 10.2 «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ)»**

**Задача 1**

Анализируется состояние стационарной помощи в некоем субъекте РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета ста-

тистических показателей деятельности больничных учреждений, оказывающих стационарную помощь взрослому и детскому населению.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности больничных учреждений

Исходные данные	Численные значения
Среднегодовая численность населения	24 340
Число больничных коек	490
Среднегодовое число коек (фактически развернутых + свернутых на ремонт)	490
Число больных, поступивших в стационар за отчетный период	10 135
Число койко-дней, проведенных больными в стационаре, в течение года	147 370
Число выписанных больных	9675
Число умерших в стационаре	180

### Задача 2

Анализируется состояние стационарной помощи в некоем субъекте РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности больничных учреждений, оказывающих стационарную помощь взрослому и детскому населению.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности больничных учреждений

Исходные данные	Численные значения
Среднегодовая численность населения	32 700
Число больничных коек	620
Среднегодовое число коек (фактически развернутых + свернутых на ремонт)	620
Число больных, поступивших в стационар за отчетный период	12 340
Число койко-дней, проведенных больными в стационаре, в течение года	182 940
Число выписанных больных	12 270
Число умерших в стационаре	142

### Задача 3

Анализируется состояние стационарной помощи в некоем субъекте РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности больничных учреждений, оказывающих стационарную помощь взрослому и детскому населению.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности больничных учреждений

Исходные данные	Численные значения
Среднегодовая численность населения	36 100
Число больничных коек	580
Среднегодовое число коек (фактически развернутых + свернутых на ремонт)	580
Число больных, поступивших в стационар за отчетный период	13 400
Число койко-дней, проведенных больными в стационаре, в течение года	191 315
Число выписанных больных	13 140
Число умерших в стационаре	172

**Задание**

Рассчитать показатели деятельности больничных учреждений:

- обеспеченность населения больничными койками;
- частоту (уровень) госпитализации;
- среднюю занятость койки в году (функция больничной койки);
- среднюю длительность пребывания больного на койке;
- больничную летальность.

## **ЗАДАЧА-ЭТАЛОН К РАЗДЕЛУ 10.4 «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА РОДИЛЬНОГО ДОМА, ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА»**

**Задача**

Анализируется состояние стационарной помощи женщинам в некоем субъекте РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности стационара родильного дома (родильного отделения больницы), оказывающего стационарную помощь женщинам.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности стационара родильного дома

Исходные данные	Численные значения
Число родов, с применением обезболивания	2745
Общее число родов в стационаре	4100
Число оперативных пособий при родах	20



Исходные данные	Численные значения
Число родильниц, имевших осложнения в родах	510
Число родильниц, имевших осложнения в послеродовом периоде	75
Число женщин, родивших вне стационара	5
Число женщин, родивших в стационаре	4100

### Задание

1. Рассчитать статистические показатели деятельности стационара родильного дома:

- частоту оперативных пособий при родах;
- частоту осложнений в родах;
- частоту осложнений в послеродовом периоде;
- частоту применения обезболивания при родах.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

### Решение

1. Частота оперативных пособий при родах:

$$\frac{\text{Число оперативных пособий при родах}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000 = \frac{20 \times 1000}{4100} = 4,9\%.$$

2. Частота осложнений в родах:

$$\frac{\text{Число родильниц, имевших осложнения в родах}}{\text{Число женщин, родивших в стационаре} + \text{число женщин, родивших вне стационара}} \times 1000 = \frac{510 \times 1000}{4100 + 5} = 124,2\%.$$

3. Частота осложнений в послеродовом периоде:

$$\frac{\text{Число родильниц, имевших осложнения в послеродовом периоде}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000 = \frac{75 \times 1000}{4100} = 18,3\%.$$

4. Частота применения обезболивания при родах:

$$\frac{\text{Число родов с применением обезболивания}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000 = \frac{2745 \times 1000}{4100} = 669,5\%.$$

## Вывод

При сравнении полученных результатов со среднестатистическими значениями показателей выявлено, что частота применения обезболивания при родах — 669,5‰ — ниже уровня этого показателя по РФ, в то же время показатели частоты осложнений в родах и в послеродовом периоде — 124,2‰ и 18,3‰ соответственно — значительно превышают показатели по РФ.

## ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 10.4 «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА РОДИЛЬНОГО ДОМА, ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА»

### Задача 1

Анализируется состояние стационарной помощи женщинам в некоем субъекте РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности стационара родильного дома (родильного отделения больницы), оказывающего стационарную помощь женщинам.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности стационара родильного дома

Исходные данные	Численные значения
Число родов с применением обезболивания	2820
Общее число родов в стационаре	3980
Число оперативных пособий при родах	24
Число родильниц, имевших осложнения в родах	496
Число родильниц, имевших осложнения в послеродовом периоде	62
Число женщин, родивших вне стационара	7
Число женщин, родивших в стационаре	3980

### Задача 2

Анализируется состояние стационарной помощи женщинам в некоем субъекте РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности стационара родильного дома (родильного отделения больницы), оказывающего стационарную помощь женщинам.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности стационара родильного дома

Исходные данные	Численные значения
Число родов с применением обезболивания	2792
Общее число родов в стационаре	3840
Число оперативных пособий при родах	24
Число родильниц, имевших осложнения в родах	521
Число родильниц, имевших осложнения в послеродовом периоде	46
Число женщин, родивших вне стационара	10
Число женщин, родивших в стационаре	3840

### Задача 3

Анализируется состояние стационарной помощи женщинам в некоем субъекте РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности стационара родильного дома (родильного отделения больницы), оказывающего стационарную помощь женщинам.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности стационара родильного дома

Исходные данные	Численные значения
Число родов с применением обезболивания	2746
Общее число родов в стационаре	3200
Число оперативных пособий при родах	21
Число родильниц, имевших осложнения в родах	507
Число родильниц, имевших осложнения в послеродовом периоде	74
Число женщин, родивших вне стационара	4
Число женщин, родивших в стационаре	3200

### Задание

1. Рассчитать статистические показатели деятельности стационара родильного дома:

- частоту оперативных пособий при родах;
- частоту осложнений в родах;
- частоту осложнений в послеродовом периоде;
- частоту применения обезболивания при родах.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

# ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

## 11.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Скорую медицинскую помощь (СМП) оказывают гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляют безотлагательно в ЛПУ независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности. Гражданам РФ и гражданам, находящимся на ее территории, СМП оказывают бесплатно.

СМП оказывают в экстренной или неотложной форме:

- экстренная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- неотложная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

СМП обладает рядом отличительных характеристик:

- безотлагательный (при оказании СМП в экстренной форме) или отсроченный (при оказании СМП в неотложной форме) характер предоставления;
- диагностическая неопределенность в условиях дефицита времени. Внезапность возникновения и скоротечность развития неотложных состояний обуславливают необходимость оказания медицинской помощи даже при отсутствии верифицированного диагноза;
- фактор времени имеет в оказании СМП особое значение, так называемое правило золотого часа. Это правило реализуется путем четкого соблюдения организационных и медицинских технологий на всех этапах оказания СМП пациенту: своевременность выезда бригады; минимальное время доезда до пациента; оказание адекватной состоянию пациента медицинской помощи на месте и во время его транспортировки; минимальное время доезда до стационара;
- непрерывность и преемственность в оказании помощи. Это положение должно реализовываться в передаче информации дежурному персоналу приемного покоя больницы о состоянии пациента и объеме оказанной ему на догоспитальном этапе медицинской помощи и, при необходимости, — в обеспечении непрерывной интенсивной терапии при доставке пациента в приемный покой больницы.

В структуру службы СМП входят станции и подстанции, отделения в составе больниц, больницы СМП. Станции СМП как самостоятельные ЛПУ создают в городах с населением свыше 50 тыс. человек. В городах с населением более 100 тыс. человек, с учетом протяженности населенного пункта и рельефа местности, организуются подстанции СМП как подразделения станций (в зоне двадцатиминутной доступности). В населенных пунктах с численностью жителей до 50 тыс. человек организуются отделения СМП в составе городских, центральных, районных и других больниц.

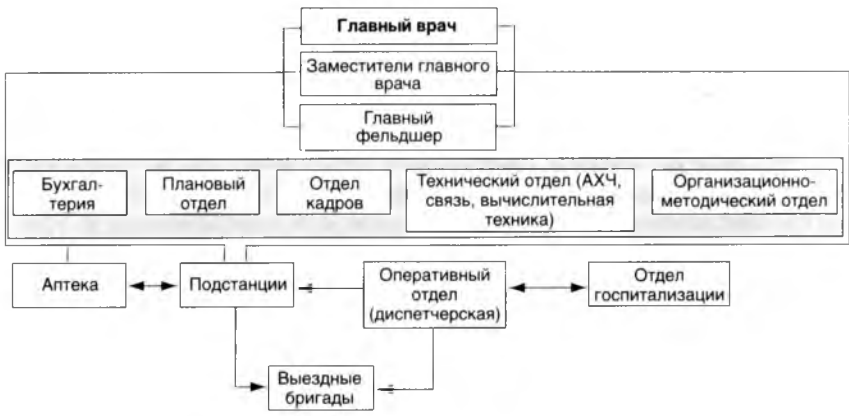
## 11.2. ЗАДАЧИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Учреждения СМП предназначены для решения следующего комплекса медицинских задач:

- оказания круглосуточной своевременной и качественной медицинской помощи заболевшим и пострадавшим, находящимся вне ЛПУ, а также при катастрофах и стихийных бедствиях;

- осуществления своевременной транспортировки больных, пострадавших и рожениц, нуждающихся в экстренной стационарной помощи;
- оказания медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно на станцию и отделения СМП.

В 2013 г. в РФ функционировало 2704 станции и отделения СМП. Примерная организационная структура станции (подстанции) СМП представлена на рис. 11.1. Возглавляет работу станций СМП главный врач, а подстанций и отделений — заведующий. В работе им помогает главный фельдшер станции (подстанции, отделения).



**Рис. 11.1.** Примерная организационная структура станции (подстанции) скорой медицинской помощи

Основной функциональной единицей станций (подстанций, отделений) СМП служит **выездная бригада**, которая может быть фельдшерской или врачебной. *Фельдшерская бригада* включает в свой состав 2 фельдшеров, санитар и водителя. Во *врачебную бригаду* входят 1 врач, 2 фельдшера (либо фельдшер и медицинская сестра-анестезистка), санитар и водитель.

Кроме того, врачебные бригады делятся на общепрофильные и специализированные. Выделяют следующие виды специализированных бригад:

- педиатрическая;
- анестезиолого-реанимационная;
- неврологическая;
- кардиологическая;
- психиатрическая;
- травматологическая;

- нейрореанимационная;
- пульмонологическая;
- гематологическая и др.

В настоящее время идет постепенный переход от оказания скорой медицинской помощи врачебными бригадами на проведение urgentных, в том числе противошоковых, мероприятий и транспортировку пострадавших в специализированные медицинские учреждения силами фельдшерских бригад.

Выездная бригада СМП решает следующие задачи:

- немедленный выезд и прибытие к пациенту (на место происшествия) в пределах норматива времени, установленного для данной административной территории;
- установление диагноза, осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния здоровья пациента и, при наличии медицинских показаний, транспортировка его в стационар;
- передача пациента и соответствующей медицинской документации дежурному врачу стационара;
- обеспечение сортировки больных или пострадавших и установление последовательности оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, отравлениях, травмах и при других чрезвычайных ситуациях;
- проведение необходимых санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий на месте вызова.

При выполнении обязанностей по оказанию СМП в составе фельдшерской бригады фельдшер является ответственным исполнителем, а в составе врачебной бригады он действует под руководством врача.

*Фельдшер выездной бригады СМП обязан:*

- обеспечивать немедленный выезд бригады после получения вызова и прибытие ее к пациенту на место происшествия в пределах норматива времени, установленного на данной административной территории;
- оказывать СМП больным и пострадавшим на месте происшествия и во время транспортировки в стационары в соответствии с утвержденными правилами и стандартами;
- обеспечивать эпидемиологическую безопасность: при выявлении у больного карантинной инфекции оказать ему необходимую медицинскую помощь, соблюдая меры предосторожности, и информировать старшего врача смены о клинико-эпидемиологических и паспортных данных больного;
- по требованию сотрудников правоохранительных органов остановиться для оказания медицинской помощи независимо от места нахождения больного (пострадавшего) и др.

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.

**Оперативный отдел (диспетчерская)** обеспечивает круглосуточный централизованный прием обращений (вызовов) населения, своевременное направление выездных бригад на место происшествия, оперативное управление их работой. В его структуру входят диспетчерская приема и передачи вызовов и стол справок. Дежурный персонал оперативного отдела имеет необходимые средства связи со всеми структурными подразделениями станции СМП, подстанциями, выездными бригадами, ЛПУ, а также прямую связь с оперативными службами. Отдел должен иметь автоматизированные рабочие места, компьютерную систему управления.

Оперативный отдел выполняет следующие основные функции:

- прием вызовов с обязательной записью диалога на электронный носитель, подлежащий хранению 6 мес;
- сортировка вызовов по срочности и своевременная передача их выездным бригадам;
- осуществление контроля за своевременной доставкой больных, рожениц, пострадавших в приемные отделения стационаров;
- сбор оперативной статистической информации, ее анализ, подготовка ежедневных сводок для руководства станции СМП;
- обеспечение взаимодействия с полицией, Государственной инспекцией безопасности дорожного движения, Управлением по чрезвычайным ситуациям и другими оперативными службами.

Прием вызовов и передачу их выездным бригадам осуществляет *дежурный фельдшер (медицинская сестра) по приему и передаче вызовов оперативного отдела (диспетчерской) станции СМП.*

Дежурный фельдшер (медицинская сестра) по приему и передаче вызовов, находящийся в непосредственном подчинении старшего врача смены, обязан знать топографию города (района), дислокацию подстанций и учреждений здравоохранения, места нахождения потенциально опасных объектов, алгоритм приема вызовов.

Санитарный автотранспорт бригад СМП должен систематически подвергаться дезинфекционной обработке в соответствии с требованиями санитарно-эпидемиологической службы. После перевозки инфекционного больного транспорт СМП подлежит обязательной



Глава 11. Организация работы среднего медицинского персонала скорой медицинской помощи

дезинфекции, которая осуществляется персоналом больницы, принявшей больного.

Станция (подстанция, отделение) СМП не выдает документов, удостоверяющих ВН, 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 населения или по телефону.

Оказание специализированной экстренной и плановой консультативной помощи пациентам, находящимся на лечении в муниципальных учреждениях здравоохранения (центральной, городской, районной, участковой больницах), возложено на **отделения экстренной и планово-консультативной помощи**, которые создают в структуре областных (краевых, окружных, республиканских) больниц (подробнее см. раздел 13.3).

Основные формы первичной учетной медицинской документации станции (подстанций, отделений) СМП и отделений экстренной и планово-консультативной помощи:

- «Журнал записи вызовов СМП», ф. 109/у;
- «Карта вызова СМП», ф. 110/у;
- «Сопроводительный лист станции скорой помощи и талон к нему», ф. 114/у;
- «Дневник работы станции СМП», ф. 115/у;
- «Журнал регистрации приема вызовов и их выполнения отделением экстренной и планово-консультативной помощи», ф. 117/у;
- «Задание на санитарный полет», ф. 118/у;
- «Задание врачу-консультанту», ф. 119/у;
- «Журнал регистрации плановых выездов (вылетов)», ф. 120/у.

Медицинские работники СМП должны уметь вычислять и анализировать основные статистические показатели:

- обеспеченности населения СМП;
- своевременности выездов бригад СМП;
- расхождения диагнозов СМП и стационара;
- удельного веса госпитализированных больных;
- удельного веса повторных вызовов;
- удельного веса успешных реанимаций;
- удельного веса летальных исходов;
- удельного веса «ложных» вызовов.

Обращаемость населения за СМП характеризуется *показателем обеспеченности населения СМП*, нормативное значение которого, в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2014 г., установлено на уровне 318 вызовов на 1000 населения:

$$\text{Обеспеченность населения СМП} = \frac{\text{Число вызовов СМП}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Оценить оперативность работы СМП позволяет *показатель своевременности выездов бригад СМП*, который рассчитывается как процентное отношение числа выездов СМП в течение 4 мин с момента вызова к общему числу вызовов СМП. Значение этого показателя не должно опускаться ниже 98%:

$$\text{Своевременность выездов бригад СМП} = \frac{\text{Число выездов СМП в течение 4 мин с момента вызова}}{\text{Общее число вызовов СМП}} \times 100.$$

Показателями, характеризующими преемственность в работе СМП и больничных учреждений, служат *расхождение диагнозов СМП и стационара и удельный вес госпитализированных больных*. Рекомендуемое значение первого показателя составляет 5%; второго — 80%:

$$\text{Расхождение диагнозов СМП и стационара} = \frac{\text{Число случаев расхождения диагнозов СМП и стационара}}{\text{Общее число больных, доставленных СМП в стационар}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес госпитализированных больных} = \frac{\text{Число госпитализированных больных, доставленных СМП в стационар}}{\text{Общее число больных, доставленных СМП в стационар на госпитализацию}} \times 100.$$

Качество работы бригад СМП можно оценить при помощи *показателей удельного веса повторных вызовов, удельного веса успешных реанимаций и удельного веса летальных исходов*. Рекомендуемые значения этих показателей, соответственно: 1, 10, 0,06%:

$$\text{Удельный вес повторных вызовов} = \frac{\text{Число повторных вызовов СМП в течение суток}}{\text{Общее число вызовов СМП в течение суток}} \times 100;$$

$$\text{Удельный вес успешных реанимаций} = \frac{\text{Число успешных реанимаций, выполненных бригадами СМП}}{\text{Общее число реанимаций, выполненных бригадами СМП}} \times 100;$$

$$\text{Удельный вес летальных исходов} = \frac{\text{Число летальных исходов в присутствии бригады СМП}}{\text{Общее число вызовов СМП}} \times 100.$$

О правовой культуре населения косвенно можно судить по *показателю удельного веса «ложных» вызовов*. По данным службы СМП отдельных субъектов РФ, его значение колеблется в интервале 1–3%:

$$\text{Удельный вес «ложных» вызовов} = \frac{\text{Число «ложных» вызовов СМП}}{\text{Общее число вызовов СМП}} \times 100.$$

Умение правильно рассчитать и проанализировать статистические показатели, характеризующие различные стороны деятельности службы СМП, имеет большое значение в практической деятельности фельдшеров и медицинских сестер, работающих на станциях (подстанциях, отделениях) СМП.

## ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы и тестовые задания.
3. Разобрать задачу-эталон.
4. Решить задачи для самостоятельного решения.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Раскройте понятие «скорая медицинская помощь».
2. В каких формах оказывается населению СМП?
3. Каковы задачи и структура службы СМП?
4. Дайте характеристику организационной структуры станции (подстанции) СМП.
5. Кто входит в состав выездной бригады СМП и каковы ее задачи?
6. Перечислите обязанности фельдшера выездной бригады СМП.
7. Перечислите функции оперативного (диспетчерского) отдела станции (подстанции) СМП.
8. Перечислите функциональные обязанности дежурного фельдшера (медицинской сестры) по приему и передаче вызовов.
9. Назовите основные показатели, характеризующие работу СМП.
10. Перечислите основные формы первичной учетной медицинской документации учреждений СМП.
11. Приведите перечень статистических показателей для анализа деятельности учреждений СМП и способы их расчета.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

Выберите только один правильный ответ.

1. Назовите формы оказания СМП:
  - 1) экстренная, участковая;
  - 2) частная, неотложная;
  - 3) экстренная, неотложная;
  - 4) амбулаторная, экстренная;
  - 5) стационарная, экстренная.
2. Что не является отличительными характеристиками СМП:
  - 1) безотлагательный характер предоставления;
  - 2) массовая госпитализация при экстренных и опасных ситуациях;
  - 3) диагностическая неопределенность в условиях дефицита времени;
  - 4) фактор времени;
  - 5) непрерывность и преемственность в оказании помощи?
3. Назовите медицинскую организацию, которая не входит в структуру службы СМП:
  - 1) станция СМП;
  - 2) консультативно-диагностический центр оказания СМП;
  - 3) отделение СМП в составе больницы;
  - 4) больница СМП;
  - 5) подстанция СМП.
4. Назовите численность населения города, предусматривающую необходимость создания станции СМП как самостоятельной медицинской организации:
  - 1) свыше 150 тыс.;
  - 2) менее 320 тыс.;
  - 3) свыше 100 тыс.;
  - 4) свыше 50 тыс.;
  - 5) менее 70 тыс. и более 50 тыс.
5. Назовите численность населения города, предусматривающую необходимость создания подстанции СМП как подразделения станции:
  - 1) более 250 тыс.;
  - 2) менее 320 тыс.;
  - 3) более 300 тыс.;
  - 4) более 100 тыс.;
  - 5) менее 200 тыс. и более 150 тыс.
6. Что не входит в задачи СМП:
  - 1) осуществление транспортировки врачей-специалистов для оказания плановых консультаций на дому;
  - 2) оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно на станцию и отделения СМП;

- 3) осуществление своевременной транспортировки больных и пострадавших, нуждающихся в экстренной стационарной помощи;
  - 4) оказание круглосуточной своевременной и качественной медицинской помощи заболевшим и пострадавшим;
  - 5) осуществление своевременной транспортировки рожениц, нуждающихся в экстренной стационарной помощи?
7. Назовите основную функциональную единицу станции СМП:
- 1) врачебная бригада;
  - 2) выездная бригада;
  - 3) отделение СМП;
  - 4) оперативный отдел;
  - 5) фельдшерская бригада.
8. Какой документ может выдать станция СМП:
- 1) листок нетрудоспособности;
  - 2) справку-направление с указанием диагноза, проведенных обследований, оказанной медицинской помощи и рекомендаций по дальнейшему лечению для продолжения лечения в соответствующей медицинской организации;
  - 3) справку о состоянии алкогольного опьянения;
  - 4) справку с указанием даты, времени обращения, диагноза, проведенных обследований, оказанной медицинской помощи и рекомендаций по дальнейшему лечению;
  - 5) судебно-медицинское заключение?
9. Назовите показатель, характеризующий уровень обращаемости населения за СМП:
- 1) своевременность выездов бригад СМП;
  - 2) удельный вес повторных вызовов;
  - 3) обеспеченность населения СМП;
  - 4) удельный вес госпитализированных больных;
  - 5) коэффициент занятости бригады СМП.
10. Назовите показатель, характеризующий оперативность работы СМП:
- 1) обеспеченность населения СМП;
  - 2) расхождение диагнозов СМП и стационаров;
  - 3) удельный вес успешных реанимаций;
  - 4) своевременность выездов бригад СМП;
  - 5) удельный вес летальных исходов.
11. Какой период времени считается оптимальным для выезда бригады СМП с момента поступления вызова:
- 1) 15 мин;
  - 2) 4 мин;
  - 3) 20 мин;

- 4) 30 мин;
- 5) 2 мин?

12. Какая статистическая форма используется для расчета показателей деятельности учреждений СМП:

- 1) «Дневник работы станции (отделения) СМП», ф. 115/у;
- 2) «Журнал записи вызовов СМП», ф. 109/у;
- 3) «Карта вызова СМП», ф. 110/у;
- 4) «Сопроводительный лист станции скорой помощи и талон к нему», ф. 114/у;
- 5) «Отчет станции (отделения), больницы СМП», ф. 40?

13. Назовите показатель, характеризующий преемственность в работе станций СМП и больничных учреждений:

- 1) своевременность выездов бригад СМП;
- 2) расхождение диагнозов СМП и стационаров;
- 3) обеспеченность населения СМП;
- 4) удельный вес повторных вызовов;
- 5) коэффициент занятости бригады СМП.

14. Какие данные используются для расчета показателя удельного веса летальных исходов:

- 1) число летальных исходов в присутствии бригады СМП, общее число обратившихся на станцию СМП);
- 2) число летальных исходов, среднегодовая численность населения;
- 3) число летальных исходов в присутствии бригады СМП, общее число вызовов СМП;
- 4) число летальных исходов, общее число вызовов СМП;
- 5) число летальных исходов в присутствии бригады СМП, общее число больных, доставленных в стационар «скорой помощью»?

15. Укажите показатель, характеризующий качество работы бригад СМП:

- 1) удельный вес успешных реанимаций;
- 2) коэффициент занятости бригады СМП;
- 3) среднесуточная нагрузка бригад СМП;
- 4) своевременность выездов бригад СМП;
- 5) обеспеченность населения СМП.

## ЗАДАЧА-ЭТАЛОН

Анализируется состояние оказания СМП населению некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности станции СМП.

Глава 11. Организация работы среднего медицинского персонала скорой медицинской помощи

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности станции скорой медицинской помощи

Исходные данные	Численные значения
Среднегодовая численность населения	255 085
Общее число вызовов СМП	92 595
Число выездов СМП в течение 4 мин с момента поступления вызова	88 060
Число случаев расхождения диагнозов СМП и стационара	1136
Общее число больных, доставленных СМП в стационар	24 701
Число успешных реанимаций, выполненных бригадами СМП	1314
Общее число реанимаций, выполненных бригадами СМП	7303
Число летальных исходов в присутствии бригады СМП	38
Число госпитализированных больных, доставленных СМП в стационар	20 260
Число повторных вызовов СМП в течение суток	986
Общее число вызовов СМП в течение суток	92 595
Число «ложных» вызовов СМП	1228

### Задание

1. Рассчитать показатели деятельности станции СМП:
  - обеспеченность населения СМП;
  - своевременность выездов бригад СМП;
  - расхождение диагнозов СМП и стационара;
  - удельный вес успешных реанимаций;
  - удельный вес летальных исходов;
  - удельный вес госпитализированных больных;
  - удельный вес повторных вызовов;
  - удельный вес «ложных» вызовов.
2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

### Решение

1. Обеспеченность населения СМП:

$$\frac{\text{Число вызовов СМП}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000 = \frac{92\,595}{255\,085} \times 1000 = 363,0\%$$

2. Своевременность выездов бригад СМП:

$$\frac{\text{Число вызовов бригад СМП в течение 4 мин с момента поступления вызова}}{\text{Общее число вызовов СМП}} \times 100 = \frac{88\,060}{92\,595} \times 100 = 95,1\%$$

## 3. Расхождение диагнозов СМП и стационара:

$$\frac{\text{Число случаев расхождения диагнозов СМП и стационара}}{\text{Общее число больных, доставленных СМП в стационар}} \times 100 = \frac{1136}{24\,701} \times 100 = 4,6\%.$$

## 4. Удельный вес госпитализированных больных:

$$\frac{\text{Число госпитализированных больных, доставленных СМП в стационар}}{\text{Общее число больных, доставленных СМП в стационар на госпитализацию}} \times 100 = \frac{20\,262}{24\,701} \times 100 = 82\%.$$

## 5. Удельный вес успешных реанимаций:

$$\frac{\text{Число успешных реанимаций, выполненных бригадами СМП}}{\text{Общее число реанимаций, выполненных бригадами СМП}} \times 100 = \frac{1314}{7303} \times 100 = 18,0\%.$$

## 6. Удельный вес летальных исходов:

$$\frac{\text{Число летальных исходов в присутствии бригады СМП}}{\text{Общее число вызовов СМП}} \times 100 = \frac{38}{92\,595} \times 100 = 0,04\%.$$

## 7. Удельный вес повторных вызовов:

$$\frac{\text{Число повторных вызовов СМП в течение суток}}{\text{Общее число вызовов СМП в течение суток}} \times 100 = \frac{986}{92\,595} \times 100 = 1,1\%.$$

## 8. Удельный вес «ложных» вызовов:

$$\frac{\text{Число «ложных» вызовов СМП}}{\text{Общее число вызовов СМП}} \times 100 = \frac{1228}{92\,595} \times 100 = 1,3\%.$$

**Вывод**

Анализ статистических показателей деятельности станции СМП субъекта РФ показал, что обеспеченность населения СМП — 363 вызова на 1000 населения — превышает нормативное значение показателя.

Показатель своевременности выезда бригад СМП — 95,1% — несколько ниже среднестатистического значения.

Значения показателей расхождения диагнозов СМП и стационаров (4,6%) и удельного веса госпитализированных больных (82%) — соответствуют среднестатистическим данным, что является характеристикой удовлетворительного качества работы выездных бригад



данной станции СМП. Уровни показателей, характеризующих качество работы бригад СМП, соответствуют рекомендуемым значениям: повторных вызовов — 1,1%, успешных реанимаций — 18,0%, летальных исходов — 0,04%. Показатель удельного веса «ложных» вызовов (1,3%) также соответствует рекомендуемым значениям.

## ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ

### Задача 1

Анализируется состояние оказания СМП населению некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности станции СМП.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности станции скорой медицинской помощи

Исходные данные	Численные значения
Среднегодовая численность населения	426 745
Общее число вызовов СМП	136 560
Число выездов СМП в течение 4 мин с момента поступления вызова	133 830
Число случаев расхождения диагнозов СМП и стационара	1753
Общее число больных, доставленных СМП в стационар	36 871
Число успешных реанимаций, выполненных бригадами СМП	1315
Общее число реанимаций, выполненных бригадами СМП	10 925
Число летальных исходов в присутствии бригады СМП	82
Число госпитализированных больных, доставленных СМП в стационар	28 762
Число повторных вызовов СМП в течение суток	1472
Общее число вызовов СМП в течение суток	136 560
Число «ложных» вызовов СМП	1760

### Задача 2

Анализируется состояние оказания СМП населению некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности станции СМП.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности станции скорой медицинской помощи

Исходные данные	Численные значения
Среднегодовая численность населения	1 265 876
Общее число вызовов СМП	398 751

Исходные данные	Численные значения
Число выездов СМП в течение 4 мин с момента поступления вызова	384 396
Число случаев расхождения диагнозов СМП и стационара	5598
Общее число больных, доставленных СМП в стационар	107 662
Число успешных реанимаций, выполненных бригадами СМП	4785
Общее число реанимаций, выполненных бригадами СМП	31 900
Число летальных исходов в присутствии бригады СМП	239
Число госпитализированных больных, доставленных СМП в стационар	89 360
Число повторных вызовов СМП в течение суток	5584
Общее число вызовов СМП в течение суток	398 751
Число «ложных» вызовов СМП	8376

### Задача 3

Анализируется состояние оказания СМП населению некоего субъекта РФ. В таблице представлены исходные данные для расчета статистических показателей деятельности станции СМП.

**Таблица.** Исходные данные для расчета статистических показателей деятельности станции скорой медицинской помощи

Исходные данные	Численные значения
Среднегодовая численность населения	272 174
Общее число вызовов СМП	84 375
Число выездов СМП в течение 4 мин с момента поступления вызова	79 903
Число случаев расхождения диагнозов СМП и стационара	1390
Общее число больных, доставленных СМП в стационар	22 781
Число успешных реанимаций, выполненных бригадами СМП	910
Общее число реанимаций, выполненных бригадами СМП	7087
Число летальных исходов в присутствии бригады СМП	59
Число госпитализированных больных, доставленных СМП в стационар	18 226
Число повторных вызовов СМП в течение суток	1032
Общее число вызовов СМП в течение суток	84 375
Число «ложных» вызовов СМП	2109

### Задание

1. Рассчитать показатели деятельности станции СМП:
  - обеспеченность населения СМП;

- своевременность выездов бригад СМП;
- расхождение диагнозов СМП и стационара;
- удельный вес успешных реанимаций;
- удельный вес летальных исходов;
- удельный вес госпитализированных больных;
- удельный вес повторных вызовов;
- удельный вес «ложных» вызовов.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

### **12.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Совершенствование медицинских технологий в последние десятилетия XX века привело к тому, что большая часть пациентов, ранее обреченных на смерть, сегодня получает необходимую медицинскую помощь, однако некоторые из них вынуждены прожить остаток жизни с заболеванием, которое невозможно полностью вылечить. К сожалению, естественное течение большинства хронических заболеваний прогрессирует, и на том или ином этапе наступает декомпенсация с неизбежным летальным исходом. Как правило, уходу из жизни при таком течении заболевания предшествует конечный период продолжительностью от нескольких недель до нескольких месяцев.

В конечном периоде жизни на качество жизни пациента помимо проявлений основного заболевания влияет ряд негативных факторов: сопутствующие заболевания, побочные эффекты терапии, психологический и социальный дискомфорт, обусловленный наличием хронического прогрессирующего заболевания.

Несмотря на то, что большая часть бюджета здравоохранения многих стран мира расходуется на оказание паллиативной медицинской помощи, доступность и уровень этой помощи далеко не всегда соответствуют реальной потребности населения.

Сложности, связанные с медицинским обслуживанием и уходом, доступностью обезболивающих средств, отсутствие и дороговизна необходимых лекарственных препаратов, дефицит медицинского персонала и транспорта для оказания помощи на дому обостряют проблему. К страданиям пациентов прибавляются переживания их родственников. Улучшение качества жизни больного в конечной стадии хронического прогрессирующего заболевания — одна из важнейших медико-социальных проблем здравоохранения, помочь в решении которой призвана паллиативная медицина.

**Паллиативная медицина** — область здравоохранения, занимающаяся улучшением качества жизни больных с прогрессирующими хроническими заболеваниями при ограниченных или исчерпанных возможностях специализированного лечения. Она включает в себя всеобъемлющую заботу о больных в поздних стадиях активного прогрессирующего заболевания с небольшим предполагаемым сроком жизни. При этом основное внимание уделяют облегчению и предотвращению страданий пациента, поддержанию качества жизни на максимально приемлемом для него уровне. Для решения всех проблем больного — как физических, так и психологических — используют единый междисциплинарный подход: врачи, медицинские сестры и другие медицинские и немедицинские специалисты координируют все возможные мероприятия для оказания помощи пациенту. Паллиативная медицинская помощь призвана повышать качество жизни больного, несмотря на предполагаемую ограниченную продолжительность жизни. Главный принцип паллиативной помощи — найти способ повысить качество оставшегося отрезка жизни больного и облегчить его страдания вне зависимости от характера и тяжести заболевания.

Паллиативная помощь не допускает эвтаназии и самоубийства при посредничестве врача. Просьбы об эвтаназии или о содействии самоубийству обычно свидетельствуют о необходимости улучшения ухода за больным и его лечения.

При развитой междисциплинарной паллиативной помощи больной не должен испытывать непереносимых физических страданий и психосоциальных проблем, на фоне которых часто возникают мысли об эвтаназии. Формирование принципов паллиативной медицины исходило из того факта, что пациент в терминальной стадии болезни не получает в лечебном учреждении соответствующей его потребностям медицинской помощи и необходимого ухода.

Методы паллиативной медицины дополняют лечебные мероприятия, что обеспечивает действенный и единый подход, значительно улучшающий результаты лечения основного заболевания. Приемы паллиативной медицины используют разные специалисты при лечении хронической боли, купировании других симптомов заболевания,

особенно при наличии психологических проблем. В связи с этим современная паллиативная медицина предъявляет высокие требования к врачам и медицинским сестрам, оказывающим паллиативную помощь. От них требуются не только специальные знания в разных областях клинической медицины, фармакологии, психотерапии, но и владение коммуникативными навыками.

Накопленный мировой и отечественный опыт может быть использован для разработки и внедрения современной методологии, обеспечивающей получение высококачественной паллиативной медицинской помощи. В соответствии с Резолюцией 1649 Совета Европы (2009 г.) паллиативную помощь рассматривают как инновационный метод оказания помощи одновременно в здравоохранении и системе социального обеспечения. В связи с этим экспертами Европейской ассоциации паллиативной помощи были разработаны единые стандарты оказания паллиативной помощи.

В соответствии с этими стандартами паллиативную помощь рассматривают как активную, всестороннюю помощь неизлечимым больным. Особое значение придают купированию боли, устранению других патологических симптомов, социальных, психологических и духовных проблем. Подчеркнута важность мультидисциплинарного подхода к оказанию паллиативной помощи, при этом ее сфера не ограничивается только пациентом, а охватывает его семью и общество в целом. Паллиативную помощь оказывают независимо от условий лечения: на дому, амбулаторно или в стационаре (дневной или круглосуточный).

Паллиативная помощь не должна способствовать ни ускорению смерти, ни продлению существования любой ценой. Основная ее цель — сохранение максимально возможного качества оставшейся жизни.

**Поддерживающее, или сопроводительное, лечение** — комплекс мер, направленных на предотвращение и устранение клинических проявлений основного заболевания или побочных эффектов, связанных с лечением.

**Восстановительная помощь** — особый вид помощи членам семьи и родственникам, ухаживающим за тяжелобольным близким человеком.

Поддержание максимально возможного качества жизни пациента — ключевой момент при определении сущности паллиативной медицины, ориентированной на помощь больному, а не на устранение его болезни. Паллиативная помощь подразумевает положительное влияние на различные аспекты, обуславливающие качество жизни неизлечимо больного человека: медицинские, психологические, социальные, культурные и духовные. Единый подход, объединяющий эти аспекты, — признак высококачественной и правильной

но организованной паллиативной медицинской помощи. Для этого медицинским работникам следует соблюдать ряд правил:

- выражение сочувствия и сострадания, внимание ко всем нуждам пациента;
- помощь в решении любых возникающих у пациента проблем;
- восприятие пациента как личности, а не как «клинического случая»;
- уважение этнических, расовых, религиозных и других культурных приоритетов пациента;
- учет пожеланий пациента при выборе места пребывания.

Уважение автономии пациента и членов его семьи, их духовных ценностей — краеугольный камень философии паллиативной помощи.

Паллиативную помощь оказывают, если пациент и/или члены его семьи готовы к ней и дали согласие, основанное на получении ими полной информации о ее плане, типе и объеме. Сохранение достоинства пациента — основной этический принцип паллиативной помощи. Ее оказывают с учетом личностных особенностей пациента, его культурных и религиозных ценностей. Паллиативная помощь требует доверительных отношений и сотрудничества специалистов в области паллиативной медицины, пациента и членов его семьи.

Оказание паллиативной помощи не зависит от наличия той или иной болезни. Ее оказывают всем нуждающимся с любыми неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями, предполагающими неблагоприятный прогноз для жизни. Ежегодно в Европе более 1,5 млн человек умирают от ЗН и около 6 млн — от других хронических заболеваний. Почти во всех европейских странах существует система паллиативной помощи пациентам со злокачественными новообразованиями. При этом методологические и организационные подходы к паллиативной помощи пациентам с другими хроническими прогрессирующими неизлечимыми болезнями (СПИД, неврологические заболевания, терминальная стадия хронической сердечной, легочной, печеночной и почечной недостаточности) имеют существенные географические различия. В связи с этим одна из приоритетных задач общеевропейской и национальной политики в здравоохранении — создание условий для обеспечения высококачественной паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. При определении потребности в специализированной паллиативной помощи в европейских странах исходят из структуры контингента пациентов: с онкологическими заболеваниями — 60% и неонкологическими — 40% всех нуждающихся.

Специалисты едины во мнении, что невозможно абсолютно точно определить этап развития хронического заболевания, когда следует переходить от обычного лечения к паллиативной помощи. Последнюю необходимо начинать как можно раньше при диагности-

ке заболевания, неблагоприятного прогноза, параллельно с другими видами лечения. При этом ее объем будет увеличиваться по мере приближения к терминальной стадии болезни.

**Особенности оказания паллиативной помощи детям.** Этот раздел паллиативной медицины имеет особое значение. Изменение структуры детской заболеваемости и смертности привело к увеличению числа состояний и заболеваний, требующих паллиативной помощи, что связано с улучшением показателей выживаемости недоношенных детей с малым весом и увеличением прогнозируемой продолжительности жизни детей с хроническими заболеваниями. В соответствии с рекомендациями «Ассоциации детей с ограниченным сроком жизни или в терминальном состоянии и их родителей» выделяют четыре группы заболеваний у детей, которые требуют паллиативной помощи:

- угрожающие жизни состояния, при которых паллиативная помощь необходима в течение определенного периода, связанного с неуверенностью в прогнозе заболевания, и при нецелесообразности дальнейшего интенсивного лечения (например, онкологические заболевания, врожденные или приобретенные необратимые органические поражения сердца, печени или почек);
- состояния, при которых длительное интенсивное лечение направлено на продление жизни и даже позволяет определенное время вести обычный образ жизни, но при котором преждевременная смерть неизбежна (например, амиотрофия Вернига–Гоффмана, мышечная дистрофия, муковисцидоз и т.д.);
- прогрессирующие тяжелые состояния, обычно длительно длящиеся годами, при которых куративное лечение не применяют (например, врожденные генетические заболевания, мукополисахаридоз и др.);
- состояния с тяжелой неврологической симптоматикой, часто не прогрессирующие, но вызывающие значительное ухудшение качества жизни и требующие комплексного медицинского ухода (например, врожденные или приобретенные повреждения спинного или головного мозга).

## 12.2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Паллиативная медицинская помощь населению РФ оказывается в соответствии со ст. 32 и ст. 36 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно Закону, паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направ-



ленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, для улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Паллиативная медицинская помощь финансируется в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Организационные формы оказания населению РФ паллиативной медицинской помощи, необходимые для этого штатные должности и стандарты оснащения медицинским оборудованием регламентированы Приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». Согласно этому приказу, паллиативную медицинскую помощь могут оказывать в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Оказание паллиативной медицинской помощи осуществляется медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения с учетом права пациента на выбор медицинской организации и врача.

Паллиативную медицинскую помощь оказывают неизлечимым больным, имеющим существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающимся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе.

Оказание паллиативной медицинской помощи неизлечимым больным осуществляется врачами по паллиативной медицинской помощи, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи, во взаимодействии с врачами-специалистами по профилю основного заболевания пациента. К оказанию этой помощи могут привлекаться и другие врачи-специалисты.

Паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях оказывают в кабинетах паллиативной медицинской помощи, а также бригадами отделения выездной патронажной службы. Паллиативную медицинскую помощь в условиях дневного стационара оказывают в дневных стационарах паллиативной медицинской помощи. В стационарных условиях паллиативную помощь оказывают в отделениях и центрах паллиативной медицинской помощи.

Направление больных в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) и врачи-специалисты по профилю основного заболевания больного.

В медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара, проводят лечебные мероприятия, определяют медицинские показания для направления больного на стационарное лечение, при наличии медицинских показаний организуют консультации врачей-специалистов. При отсутствии возможности оказания больному паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара пациента в плановом порядке направляют в медицинскую организацию, имеющую в своем составе отделение или центр паллиативной медицинской помощи.

## **12.3. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Кабинет паллиативной помощи служит структурным подразделением медицинской организации и создается с целью оказания ПМСП неизлечимо больным гражданам.

На должность врача такого кабинета назначают специалиста, прошедшего обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи. На должность медицинской сестры кабинета назначают специалиста, соответствующего требованиям квалификационной характеристики.

Кабинет осуществляет следующие функции:

- оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому;
- обследование, динамическое наблюдение за больными, нуждающимися в паллиативной медицинской помощи;
- выписка рецептов лекарственных средств, содержащих наркотические и психотропные вещества;
- направление больных в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях;
- организация для больных консультаций с врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами других специальностей;
- оказание консультативной помощи врачами других специальностей по вопросам паллиативной помощи больным;

- разработка и проведение мероприятий по повышению доступности и качества паллиативной помощи и внедрение в практику новых эффективных и безопасных методов улучшения качества жизни больных;
- оказание социально-психологической помощи больным и их родственникам, обучение родственников навыкам ухода за больными и др.

Оснащение кабинета паллиативной медицинской помощи осуществляется в соответствии со стандартом оснащения (табл. 12.1). Для работы в кабинете предусмотрены 1 должность врача по паллиативной медицинской помощи (на 20 тыс. прикрепленного взрослого сельского или 100 тыс. городского населения) и 1 должность медицинской сестры на каждую должность врача.

**Таблица 12.1.** Стандарт оснащения кабинета паллиативной медицинской помощи

Наименование	Требуемое количество, шт.
Рабочее место врача	1
Рабочее место медицинской сестры	1
Шкаф медицинский	1
Кушетка медицинская	1
Термометр медицинский	1
Анализатор глюкозы в крови (глюкометр), экспресс-анализатор портативный	1
Тонometr для измерения артериального давления	1

## **12.4. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Дневной стационар служит структурным подразделением медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь.

Руководство дневным стационаром осуществляет заведующий, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в составе которой создан дневной стационар. На должность врача дневного стационара назначают специалиста, прошедшего обучение по оказанию паллиативной

медицинской помощи. На должность медицинской сестры назначают специалиста с соответствующей квалификационной характеристикой.

Дневной стационар осуществляет следующие функции:

- оказание паллиативной медицинской помощи больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, за исключением больных ВИЧ-инфекцией;
- выписка рецептов лекарственных средств, содержащих наркотические и психотропные вещества;
- проведение больным, выписанным из стационара, лечебных мероприятий, требующих наблюдения в течение нескольких часов без круглосуточного нахождения в медицинской организации;
- разработка и проведение мероприятий по повышению доступности и качества паллиативной помощи и внедрение в практику новых эффективных и безопасных методов улучшения качества жизни неизлечимых больных;
- оказание социально-психологической помощи больным, обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольными и др.

В дневном стационаре работают: заведующий — врач по паллиативной медицинской помощи, должность которого вводится при наличии не менее 15 пациенто-мест; врач по паллиативной медицинской помощи — из расчета 1 должность на 10 пациенто-мест; старшая медицинская сестра — при наличии не менее 15 пациенто-мест; медицинская сестра палатная (постовая) — 1 должность на 5 пациенто-мест; медицинская сестра процедурная — 1 должность на 10 пациенто-мест; санитар — 1 должность на 10 пациенто-мест.

Оснащение дневного стационара паллиативной медицинской помощи должно соответствовать стандарту (табл. 12.2).

**Таблица 12.2.** Стандарт оснащения дневного стационара паллиативной медицинской помощи

Наименование	Количество, шт.
Рабочее место заведующего	1
Рабочее место врача	По количеству врачей
Рабочее место медицинской сестры	По количеству медицинских сестер
Стетфонендоскоп	По количеству врачей
Тоннометр для измерения артериального давления, сфигмоманометр	По количеству врачей
Штатив для капельниц	1 на 5 коек

Наименование	Количество, шт.
Укладка для оказания экстренной медицинской помощи при анафилактическом шоке	1
Укладка «АнтиСПИД»	1
Набор реанимационный	1
Термометр медицинский	По количеству коек
Противопролежневый матрас	По потребности
Ингалятор аэрозольный компрессорный (небулайзер) портативный	1
Облучатель ультрафиолетовый бактерицидный (для помещений)	По потребности
Кушетка массажная	1 на 10 коек

## 12.5. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Отделение служит структурным подразделением медицинской организации, оказывающей паллиативную и специализированную медицинскую помощь.

Руководство отделением осуществляется заведующим, назначаемым на должность и освобождаемым от должности руководителем медицинской организации. На должность врача отделения назначают специалиста, прошедшего обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи. На должность медицинской сестры отделения назначают специалиста, соответствующего квалификационным характеристикам.

Отделение осуществляет следующие функции:

- оказание паллиативной медицинской помощи больным в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение;
- выписка рецептов лекарственных средств, содержащих наркотические и психотропные вещества;
- направление больных, выписанных из стационара, под наблюдение медицинской организации, оказывающей паллиативную помощь в амбулаторных условиях;
- оказание консультативной помощи медицинским организациям по вопросам паллиативной медицинской помощи;
- разработка и внедрение в практику новых эффективных и безопасных методов улучшения качества жизни больных;

- проведение комплекса мероприятий по медицинской реабилитации больных;
- оказание психологической помощи больным и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;
- консультации и семинары для родственников, осуществляющих уход при заболеваниях, требующих оказания паллиативной медицинской помощи, и др.

В отделении работают: заведующий — врач по паллиативной медицинской помощи; врач по паллиативной медицинской помощи — 1 должность на 10 коек; врач-психотерапевт — 1 должность на 20 коек; медицинский психолог — 1 должность на 20 коек; медицинская сестра палатная (постовая) — 4,5 должности на 8 коек; медицинская сестра процедурной — 1 должность на 10 коек; медицинская сестра перевязочной — 1 должность на 10 коек; одна старшая медицинская сестра; младшая медицинская сестра по уходу за больными — 4,5 должности на 5 коек; санитар — 1 должность на 5 коек (для уборки помещений); одна сестра-хозяйка.

Оснащение отделения осуществляется в соответствии со стандартом оснащения (табл. 12.3).

**Таблица 12.3.** Стандарт оснащения отделения паллиативной медицинской помощи

Наименование	Требуемое количество, шт.
Рабочее место заведующего отделением	1
Рабочее место врача	По количеству врачей
Рабочее место медицинской сестры постовой (процедурной)	По количеству постов
Тонометр для измерения артериального давления, сфигмоманометр	По количеству врачей
Стетоскоп	По количеству врачей
Кровать функциональная	По числу коек
Стол прикроватный	По числу коек
Прикроватное кресло туалетное с высокой спинкой (или туалетный стул)	2 на 5 коек
Матрас противопролежневый	1 на 3 койки
Кресло-каталка	1 на 15 коек, не менее 2
Тележка для перевозки больных внутрикорпусная уровневая	1 на 15 коек, не менее 2
Кушетка массажная	1 на 15 коек

Наименование	Требуемое количество, шт.
Штатив для капельниц	1 на 5 коек, не менее 10
Система палатной сигнализации	1
Термометр медицинский	По количеству коек
Негатоскоп	Не менее 1
Система для централизованной подачи кислорода	1
Аппарат для ингаляционной терапии переносной	1 на 3 койки
Вакуумный электроотсос	1 на 3 койки
Анализатор глюкозы в крови (глюкометр), экспресс-анализатор портативный	1
Набор реанимационный	1
Шкаф-укладка для оказания экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях	1
Укладка (аптечка) «АнтиСПИД»	1
Облучатель ультрафиолетовый бактерицидный (для помещений)	По потребности
Сейф для хранения сильнодействующих и психотропных средств, документации	2
Холодильник бытовой	4
Подъемник для опускания и поднимания больных в ванну	2
Носилки мягкие	1 на 20 коек

## 12.6. ПОДГОТОВКА КАДРОВ ДЛЯ СИСТЕМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Подготовка и переподготовка кадров для системы паллиативной медицинской помощи имеет огромное значение. Учебные программы подготовки и переподготовки кадров врачей и средних медицинских работников по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи должны включать в себя вопросы этики и деонтологии, особенностей выбора тактики паллиативной медицинской помощи, современной методологии контроля симптомов.

Требования к среднему медицинскому персоналу паллиативной медицинской помощи должны соответствовать мировому и отечественному опыту:

- умение решать психосоциальные проблемы неизлечимых больных и их родственников;
- способность учитывать культурные и этнические особенности пациентов при оказании им паллиативной помощи;
- проявление внимания к духовным запросам терминальных пациентов;
- умение общаться с неизлечимыми пациентами;
- знание этических проблем паллиативной помощи;
- умение оказать помощь людям, пережившим потерю близких;
- владение навыками коллективной работы в комплексной бригаде паллиативной помощи.

Таким образом, введение на государственном уровне в систему здравоохранения РФ нового вида помощи — паллиативной — должно помочь в создании необходимых условий для эффективного решения медицинских и социальных проблем нуждающихся в ней пациентов.

## **ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы.
3. Составить тесты по теме.
4. Подбор интернет-источников по особенностям паллиативной помощи при различных заболеваниях (состояниях) с составлением библиографии.
5. Написать эссе по теме «Оказывает ли помощь паллиативная медицина?».

## **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ**

1. Назовите основные причины развития паллиативной медицинской помощи.
2. Дайте определение термина «паллиативная медицина».
3. Что представляет собой паллиативная помощь?
4. Назовите правила, которыми должны руководствоваться медицинские работники при оказании паллиативной медицинской помощи.
5. Перечислите показания для получения паллиативной медицинской помощи.
6. Назовите особенности оказания паллиативной помощи детям.
7. Назовите организационные формы оказания населению паллиативной медицинской помощи.
8. Назовите функции кабинета паллиативной медицинской помощи.

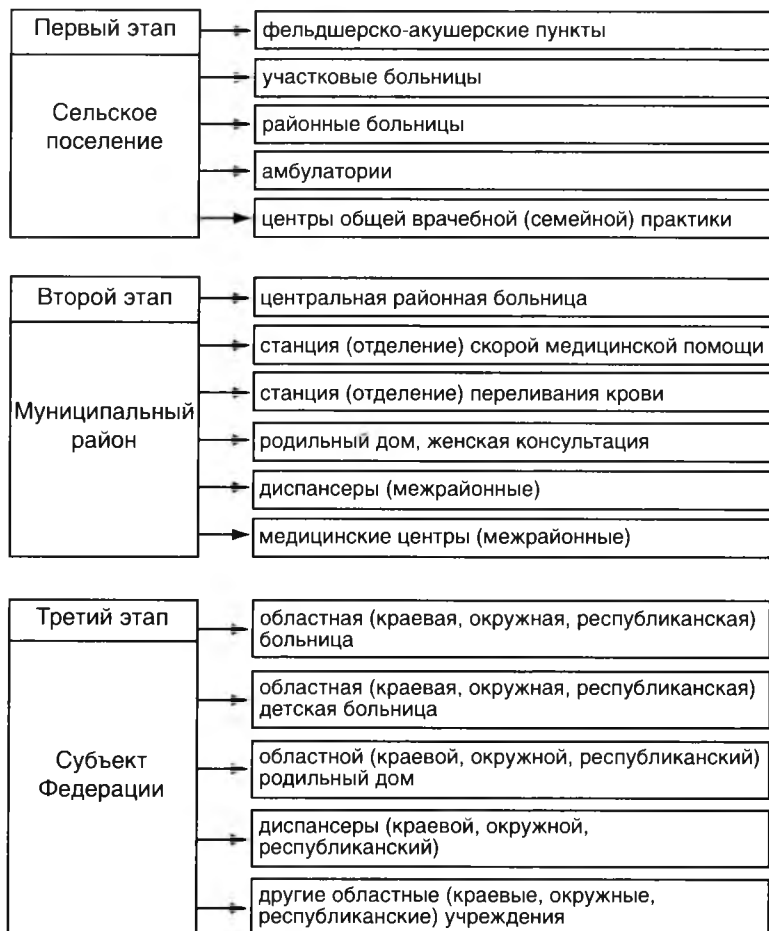


9. Что входит в стандарт оснащения кабинета паллиативной медицинской помощи?
10. Назовите функции дневного стационара паллиативной медицинской помощи.
11. Что входит в стандарт оснащения дневного стационара паллиативной медицинской помощи?
12. Назовите функции отделения паллиативной медицинской помощи.
13. Что входит в стандарт оснащения отделения паллиативной медицинской помощи?
14. Назовите требования к среднему медицинскому персоналу при оказании паллиативной медицинской помощи.

**ОСОБЕННОСТИ  
ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ  
СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО  
ПЕРСОНАЛА  
В УЧРЕЖДЕНИЯХ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

**13.1. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО  
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА  
КОМПЛЕКСНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО  
УЧАСТКА**

В основе организации медицинской помощи жителям села лежат те же принципы, что и в случае городского населения. Однако особенности проживания в сельской местности влияют на формирование системы ее оказания. Главное отличие в обеспечении медицинской помощью сельского населения заключается в ее этапности (рис. 13.1).



**Рис. 13.1.** Этапы оказания лечебно-профилактической помощи сельскому населению

*Первый этап* — учреждения здравоохранения сельского поселения, которые входят в состав комплексного терапевтического участка. На этом этапе сельские жители получают доврачебную, а также основные виды квалифицированной медицинской помощи (терапевтическую, педиатрическую, хирургическую, акушерскую, гинекологическую, стоматологическую).

Первое и важнейшее структурное подразделение учреждений здравоохранения (участковой, районной, центральной районной больницы), в которое обращается сельский житель, — это ФАП. ФАП организуют 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 большой комплекс медико-санитарных задач:

- проведение мероприятий, направленных на профилактику и снижение заболеваемости, травматизма и отравлений среди сельского населения; снижение смертности, прежде всего – детской, материнской, в трудоспособном возрасте; повышение санитарно-гигиенической культуры населения;
- оказание населению доврачебной медицинской помощи;
- участие в текущем санитарном надзоре за учреждениями для детей и подростков, 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.

Таким образом, деятельность ФАП имеет большую профилактическую направленность. На ФАП могут возлагаться функции аптечного пункта по продаже населению готовых лекарственных форм и других аптекарских товаров.

Основные формы первичной учетной медицинской документации ФАП:

- «Медицинская карта амбулаторного больного», ф. 025/у-87;
- «Книга записей вызова врача на дом», ф. 031/у<sup>3</sup>;
- «Журнал записи родовспоможения на дому», ф. 032/у;
- «Книга регистрации листков нетрудоспособности», ф. 036/у;
- «Ведомость учета посещений к среднему медицинскому персоналу здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, колхозного роддома», ф. 039-1/у-88;
- «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку», ф. 058/у;
- «Журнал учета инфекционных заболеваний», ф. 060/у;
- «Карта профилактических прививок», ф. 063/у;
- «Журнал учета профилактических прививок», ф. 064/у;
- «Журнал регистрации амбулаторных больных», ф. 074/у;
- «Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта», ф. 075/у;

<sup>3</sup> Книги могут использоваться для записи вызовов на дом среднего медперсонала ФАП.

- «Медицинская справка на школьника, отъезжающего в пионерский лагерь», ф. 079/у;
- «Журнал учета приема больных и рожениц в стационар фельдшерско-акушерского пункта», 098/у;
- «История родов для фельдшерско-акушерского пункта», ф. 099/у;
- «Медицинское свидетельство о рождении», ф. 103/у-98;
- «Медицинское свидетельство о смерти», ф. 106/у-98;
- «Рецепт», ф. 107/у;
- «Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)», ф. 116/у.

Работу ФАП непосредственно возглавляет **заведующий**, в основные задачи которого входят:

- организация лечебно-профилактической и санитарно-профилактической работы, а также обеспечение населения, проживающего на участке, лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения;
- амбулаторный прием и лечение больных на дому; оказание доврачебной медицинской помощи при острых заболеваниях и несчастных случаях (ранения, кровотечения, отравления и др.) с последующим направлением больного в ближайшее ЛПУ;
- подготовка больных к приему врачом на ФАП и проведение диспансеризации населения, профилактические прививки;
- проведение противозидемических мероприятий, в частности подворных обходов по эпидемическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционные заболевания;
- проведение санитарно-просветительной работы среди населения;
- организация медицинской помощи детям в детских яслях, садах, яслях-садах, детских домах, школах, расположенных на территории деятельности ФАП и не имеющих в своих штатах соответствующих средних медицинских работников.

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 фельдшерско-акушерского пункта* несет ответственность за обеспечение и уровень оказания доврачебной медицинской помощи беременным и гинекологическим больным, а также за сани-

тарно-просветительную работу среди населения по вопросам охраны материнства и детства.

Акушерка непосредственно подчиняется заведующему ФАП, а методическое руководство ее работой осуществляет врач акушер-гинеколог ЛПУ, на которого возложена ответственность за оказание акушерско-гинекологической помощи населению на территории деятельности ФАП.

*Патронажная медицинская сестра фельдшерско-акушерского пункта* 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 детских яслях, садах, яслях-садах, детских домах, школах (расположенных на территории деятельности ФАП и не имеющих в своих штатах соответствующих средних медицинских работников);
- оказывает доврачебную медицинскую помощь детям при острых заболеваниях и несчастных случаях (ранения, кровотечения, отравления и др.) с последующим вызовом врача или направлением ребенка в соответствующее ЛПУ;
- готовит больных детей к приему врачом на ФАП;
- 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 штате ФАП акушерки и патронажной медицинской сестры их обязанности выполняет заведующий ФАП. При отсутствии в штате должности патронажной медицинской сестры акушерка помимо своих обязанностей ведет наблюдение за состоянием здоровья и развитием детей первого года жизни.

Несмотря на важное место ФАП в системе ПМСП, ведущим медицинским учреждением на первом этапе сельского здравоохранения является **участковая больница**, которая в своем составе может иметь стационар и врачебную амбулаторию. Характер и объем медицинской помощи в участковой больнице определяется мощностью, оснащением, наличием врачей-специалистов. Однако, независимо от мощности, в ее задачи входят, прежде всего, оказание амбулаторной помощи терапевтическим и инфекционным больным, помощь в родах, лечеб-

но-профилактическая помощь детям, экстренная хирургическая и травматологическая помощь.

Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению служит важнейшим разделом работы участковой больницы. Она может оказываться амбулаторией, входящей в структуру больницы, или самостоятельной амбулаторией. Основные задачи этого учреждения заключаются в проведении профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, раннему выявлению больных, диспансеризации, оказании квалифицированной медицинской помощи населению. Врачи ведут прием взрослых и детей, осуществляют вызовы на дом и неотложную помощь. В приеме больных могут принимать участие и фельдшеры, однако амбулаторная помощь в сельской врачебной амбулатории должна оказываться преимущественно врачами. В участковой больнице проводят экспертизу ВН, и, в случае необходимости, больных направляют на МСЭ.

Врачи центральной (городской, районной) больницы выезжают в амбулатории и на ФАП по определенному графику для проведения консультативного приема. В последнее время во многих субъектах РФ происходит процесс реорганизации участковых больниц и амбулаторий в центры общей врачебной (семейной) практики.

## 13.2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

*Вторым этапом* обеспечения сельского населения медицинской помощью служат учреждения здравоохранения муниципального района, среди которых ведущее место занимает ЦРБ. ЦРБ осуществляет основные виды специализированной квалифицированной медицинской помощи и одновременно выполняет функции органа управления здравоохранением на территории муниципального района (рис. 13.2).

Мощность ЦРБ зависит от численности населения, обеспеченности населения другими больничными учреждениями, иных медико-организационных факторов и устанавливается администрацией муниципальных образований. Как правило, мощность ЦРБ составляет от 100 до 500 коек.

Профиль и количество специализированных отделений в составе ЦРБ зависят от ее мощности, однако оптимальное количество их должно быть не менее пяти: терапевтическое; хирургическое с травматологией, педиатрическое, инфекционное, родильное и гинекологическое (если в районе нет родильного дома).



**Рис. 13.2.** Примерная организационная структура центральной районной больницы

Главный врач центральной районной больницы является руководителем здравоохранения муниципального района. Организует работу и руководит деятельностью среднего и младшего медицинского персонала *главная медицинская сестра* больницы.

Методическую, организационную и консультативную помощь врачам комплексных терапевтических участков, фельдшерам ФАП осуществляют специалисты ЦРБ. Каждый из них, согласно утвержденному графику, выезжает на комплексный терапевтический участок для проведения медицинских осмотров, анализа диспансерной работы, отбора больных на госпитализацию.

С целью приближения специализированной медицинской помощи к сельскому населению могут создаваться *межрайонные медицинские центры*. Функции таких центров выполняют крупные ЦРБ, способные обеспечить население данного муниципального района недостающими видами специализированной, высококвалифицированной стационарной или амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

В структуре ЦРБ имеется поликлиника, которая оказывает ПМСП 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 исходя из тех же принципов, что и в городских детских поликлиниках.

Оказание акушерско-гинекологической помощи женщинам в муниципальном районе возлагается на женские консультации, родильные и гинекологические отделения ЦРБ.

Функциональные обязанности средних медицинских работников ЦРБ принципиально не отличаются от обязанностей среднего медицинского персонала городских больниц и АПУ.

### 13.3. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОБЛАСТНОЙ (КРАЕВОЙ, ОКРУЖНОЙ, РЕСПУБЛИКАНСКОЙ) БОЛЬНИЦЫ

*Третий этап* организации медицинской помощи сельскому населению — учреждения здравоохранения субъекта Российской Федерации, 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 ЛПУ, призванное оказывать в полном объеме высококвалифицированную специализированную помощь не только сельским, но и всем жителям субъекта РФ. Она служит центром организационно-методического руководства медицинскими учреждениями, размещенными на территории области (края, округа, республики), базой специализации и повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Областная больница, независимо от численности населения административной территории и коечной мощности, имеет структуру, представленную на рис. 13.3.

Функциональные обязанности среднего и младшего медицинского персонала принципиально не отличаются от таковых в городской больнице или ЦРБ. В то же время организация работы областной больницы имеет свои особенности. Одной из таких особенностей служит наличие в составе больницы **областной консультативной поликлиники**, куда за помощью приезжают жители всех муниципальных районов области. Для их размещения при больнице организуют пансионат или гостиницу для пациентов.

Областная (краевая, окружная, республиканская) больница



13.3. Организация работы среднего медицинского персонала областной (краевой, окружной, республиканской) больницы

Рис. 13.3. Примерная организационная структура областной (краевой, окружной, республиканской) больницы

В областную консультативную поликлинику больных направляют, как правило, после предварительной консультации и обследования у районных врачей-специалистов.

Другая особенность областной больницы — 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 учреждения.

Отделение экстренной и планово-консультативной помощи работает в тесной связи с **региональным центром медицины катастроф**. В этом случае практическую работу по выполнению санитарных заданий осуществляют бригады специализированной медицинской помощи постоянной готовности.

В отличие от городской, в областной больнице функции **организационно-методического отдела** значительно шире. Фактически он служит научно-методической базой органа управления здравоохранением по внедрению в практику передовых организационных форм и методов медицинского обслуживания населения.

К организационной деятельности отдела относятся: проведение региональных фельдшерских конференций; обобщение и распространение опыта передовых учреждений; организация комплексных медицинских осмотров населения, плановых выездов; составление и издание инструктивно-методических и нормативных материалов. Организационные формы научно-практической работы включают в себя планирование научных исследований, внедрение результатов научных разработок в практическую работу медицинских учреждений, связь с кафедрами медицинских вузов и отделами научно-исследовательских институтов, организацию научных конференций и семинаров, привлечение врачей к участию в работе научных обществ, публикацию материалов и др. В последние годы для повышения качества и оперативности консультирования больных в других учреждениях здравоохранения и проведения научно-практических конференций стали широко использоваться современные технологии телемедицины.

## **ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы и тестовые задания.
3. Составить и оформить структурно-логическую схему, раскрывающую суть взаимодействия, видов и объемов помощи медицинских учреждений, работающих с сельским населением.
4. Подготовить мультимедийные презентации и (или) реферативные сообщения по примерным темам:
  - приоритетные направления развития сельского здравоохранения в РФ;
  - организация медицинской помощи сельскому населению в центрах общей врачебной (семейной) практики;
  - основные задачи фельдшера на ФАП;
  - региональные особенности оказания медицинской помощи сельскому населению РФ;
  - сравнительная характеристика общественного здоровья сельского и городского населения региона.

## **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ**

1. Назовите этапы в организации медицинской помощи сельскому населению.
2. Перечислите учреждения, действующие на каждом из этапов оказания медицинской помощи сельскому населению.

3. Назовите задачи ФАП.
4. Перечислите функциональные обязанности заведующего ФАП.
5. Назовите функциональные обязанности акушерки ФАП.
6. Перечислите функциональные обязанности патронажной медицинской сестры ФАП.
7. Перечислите задачи участковой больницы.
8. Назовите функции амбулатории.
9. Перечислите основные структурные подразделения ЦРБ.
10. Какие задачи выполняет ЦРБ?
11. Какие функции выполняет поликлиника ЦРБ?
12. Перечислите задачи областной (краевой, окружной, республиканской) больницы.
13. Перечислите основные структурные подразделения областной (краевой, окружной, республиканской) больницы.
14. Раскройте основные различия в организации работы областной и городской больниц.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите только один правильный ответ.

1. Назовите особенность в организации медицинской помощи сельскому населению:
  - 1) районирование;
  - 2) использование выездных форм организации медицинского обслуживания;
  - 3) участковый принцип обслуживания;
  - 4) этапность в оказании медицинской помощи;
  - 5) диспансерный метод обслуживания.
2. В чем заключается сущность этапности оказания медицинской помощи сельскому населению:
  - 1) своевременное оказание экстренной и консультативной плановой медицинской помощи;
  - 2) борьба с инфекционными заболеваниями, туберкулезом, венерическими и другими социально значимыми болезнями;
  - 3) полная осведомленность о состоянии здоровья обслуживаемых контингентов;
  - 4) максимальное приближение квалифицированной специализированной медицинской помощи всему сельскому населению;
  - 5) активное динамическое наблюдение за контингентами больных и здоровых?

3. Назовите 1-й этап в оказании медицинской помощи сельскому населению и поясните, какой вид помощи оказывается на этом этапе:
  - 1) сельское поселение — доврачебная помощь; высококвалифицированная помощь;
  - 2) сельский врачебный участок — доврачебная помощь; узкоспециализированная помощь;
  - 3) сельское поселение — квалифицированная помощь; паллиативная помощь;
  - 4) сельское поселение — доврачебная помощь; основные виды квалифицированной помощи;
  - 5) сельский врачебный участок — основные виды квалифицированной помощи; паллиативная помощь.
4. Назовите 2-й этап в оказании медицинской помощи сельскому населению и поясните, какой вид помощи оказывается на этом этапе:
  - 1) муниципальный район — высококвалифицированная помощь; узкоспециализированная помощь;
  - 2) районные медицинские учреждения — узкоспециализированная помощь; паллиативная помощь;
  - 3) муниципальный район — специализированная квалифицированная помощь;
  - 4) районные медицинские учреждения — узкоспециализированная помощь;
  - 5) районные медицинские учреждения — паллиативная помощь; высокотехнологичная помощь.
5. Назовите 3-й этап в оказании медицинской помощи сельскому населению и поясните, какой вид помощи оказывается на этом этапе:
  - 1) областные медицинские учреждения — высококвалифицированная специализированная помощь; паллиативная помощь;
  - 2) субъект Российской Федерации — высокоспециализированная помощь;
  - 3) областные медицинские учреждения — высококвалифицированная помощь;
  - 4) субъект Российской Федерации — высококвалифицированная специализированная помощь;
  - 5) субъект Российской Федерации — паллиативная помощь; высокотехнологичная помощь.
6. Назовите критерии организации ФАП в населенном пункте:
  - 1) число жителей от 900 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения свыше 4 км, а если расстояние превышает 7 км, то и в населенных пунктах с числом населения менее 700 человек;
  - 2) число жителей от 700 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения свыше 5 км, а если расстояние

превышает 10 км, то и в населенных пунктах с числом населения менее 500 человек;

- 3) число жителей от 500 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения свыше 12 км, а если расстояние превышает 15 км, то и в населенных пунктах с числом населения менее 700 человек;
- 4) число 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 населения менее 700 человек;
- 5) число жителей от 1000 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения свыше 5 км, а если расстояние превышает 5 км, то и в населенных пунктах с числом населения менее 1000 человек.

7. Назовите медицинское учреждение на 1-м этапе, в которое обращается сельский житель в первую очередь:

- 1) фельдшерская амбулатория;
- 2) фельдшерский здравпункт;
- 3) сельская амбулатория;
- 4) участковый здравпункт;
- 5) ФАП.

8. В основные задачи ФАП входит все, кроме:

- 1) проведения мероприятий, направленных на профилактику и снижение заболеваний;
- 2) оказания специализированной медицинской помощи;
- 3) оказания населению доврачебной медицинской помощи;
- 4) участия в текущем санитарном надзоре;
- 5) проведения подворных обходов по эпидемическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционные заболевания.

9. Назовите медицинское учреждение, которое служит ведущим на 2-м этапе оказания медицинской помощи сельскому населению:

- 1) ЦРБ;
- 2) районный диспансер;
- 3) межрайонное специализированное отделение;
- 4) детская районная больница;
- 5) межрайонный медицинский центр.

10. Назовите медицинское учреждение, которое служит ведущим на 3-м этапе оказания медицинской помощи сельскому населению:

- 1) районная больница;
- 2) сельская больница;
- 3) участковая больница;
- 4) областная больница;
- 5) номерная районная больница.

11. В какое медицинское учреждение может быть реорганизована участковая больница:
- 1) участковая поликлиника;
  - 2) центр оказания помощи сельскому населению;
  - 3) центр общей врачебной (семейной) практики;
  - 4) центр врачебной амбулаторной помощи;
  - 5) центр поликлинической помощи?
12. Назовите оптимальное число отделений, которые должны быть в стационаре ЦРБ, и по каким специальностям:
- 1) 5 отделений: терапевтическое, травматологическое, педиатрическое, офтальмологическое, родильное и гинекологическое;
  - 2) 4 отделения: терапевтическое, кардиологическое, хирургическое с травматологией, педиатрическое;
  - 3) 5 отделений: терапевтическое, кардиологическое, хирургическое, педиатрическое, гинекологическое;
  - 4) 3 отделения: терапевтическое, хирургическое с травматологией, педиатрическое;
  - 5) 5 отделений: терапевтическое, хирургическое с травматологией, педиатрическое, инфекционное, родильное и гинекологическое.
13. Назовите одно из перечисленных учреждений, которое может оказать наиболее полный объем медицинской помощи сельским жителям:
- 1) областные диспансеры;
  - 2) областные центры восстановительного лечения;
  - 3) областная санитарно-эпидемиологическая станция;
  - 4) областная (краевая, окружная, республиканская) больница;
  - 5) областная поликлиника.
14. Что не является особенностью структуры областной больницы:
- 1) отделение экстренной и планово-консультативной помощи;
  - 2) областная консультативная поликлиника;
  - 3) организационно-методический отдел как центр координации деятельности учреждений здравоохранения на территории субъекта РФ;
  - 4) наличие реанимационного отделения в стационаре;
  - 5) общежитие для медицинских работников, находящихся на специализации и курсах усовершенствования, и пансионат для больных, направляемых на консультацию и специальное амбулаторное лечение?

### 14.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

**Экспертиза трудоспособности** — это вид экспертизы, цель которой заключается в оценке состояния здоровья человека, длительности и степени временной или стойкой утраты трудоспособности в связи с заболеванием, травмой или другой причиной, а также в определении потребности пациента в видах медицинской помощи и мерах социальной защиты.

Чтобы оценить трудоспособность, следует понимать, что стоит за этим понятием.

**Трудоспособность** — это такое состояние организма человека, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества. Медицинский работник 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 подпадает под категорию нетрудоспособного. Например, два человека страдают одним и тем же заболеванием — панарицием. Один из них учитель, другой — повар. Учитель с панарицием может исполнять свои профессиональные обязанности — он трудоспособен, а повар — нет, т.е. является нетрудоспособным. Кроме того, причина нетрудоспособности не всегда бывает следствием заболевания самого пациента. Например, тот же повар сам может быть здоровым, но если в его семье кто-то заболел вирусным гепатитом, повар не может выполнять свои профессиональные обязанности, т.е. заниматься приготовлением пищи из-за контакта с больным вирусным гепатитом. Следовательно, болезнь и нетрудоспособность не служат идентичными понятиями. При наличии болезни человек может быть трудоспособным, если заболевание не препятствует выполнению профессиональных обязанностей, и нетрудоспособным — если их выполнение затруднено или невозможно.

**Социальные критерии трудоспособности** определяют трудовой прогноз при конкретном заболевании и условиях 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* следует понимать состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда невозможно полностью или частично в течение ограниченного времени или постоянно. Нетрудоспособность может быть временной и стойкой.

## 14.2. 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) — это 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. Различают полную и частичную ВН.

**Полная ВН** — невозможность выполнения любого труда на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения.

**Частичная ВН** наступает у человека в отношении своей обычной профессиональной деятельности при сохранении способности выполнять другую работу с иным облегченным режимом или уменьшенным объемом.

Установление факта ВН проводят путем экспертизы. Это гарантирует гражданину освобождение от работы и получение пособия за счет средств государственного социального страхования. Своевременное освобождение заболевших от работы служит одним из действенных профилактических мероприятий по предупреждению осложнений заболеваний, их хронизации.

Таким образом, *экспертиза ВН* служит 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 ВН производится в государственных, муниципальных и частных организациях здравоохранения.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности отражает заболеваемость работающего населения, поэтому, кроме медико-социального, она имеет и большое экономическое значение.

Документом, удостоверяющим ВН граждан и подтверждающим их временное освобождение от работы, служит *листок нетрудоспособности*, который выдают:

- при заболеваниях;
- при 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 два 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 так называемых больничных листов. Медицинская сестра, работающая в этом кабинете, долж-

на уметь правильно заполнять паспортную часть листка нетрудоспособности и пункты, касающиеся освобождения от работы. При *децентрализованном способе* листок нетрудоспособности оформляет и выдает лечащий врач, в заполнении паспортной части ему помогает медицинская сестра.

Листок нетрудоспособности могут выдавать, помимо лечащего врача, фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций по решению органа управления здравоохранением субъекта РФ, согласованному с региональным отделением Фонда социального страхования РФ.

Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники следующих учреждений здравоохранения:

- учреждений СМП;
- учреждений переливания крови;
- приемных отделений больничных учреждений;
- врачебно-физкультурных диспансеров;
- бальнеологических лечебниц и грязелечебниц;
- учреждений здравоохранения особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы);
- учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Выдача листков нетрудоспособности осуществляется при предъявлении паспорта или документа, его заменяющего. В случае, если гражданин работает у нескольких работодателей, выдают несколько листков нетрудоспособности по каждому месту работы.

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.

Для анализа ВН рассчитывают следующие статистические показатели:

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

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

$$\text{Средняя длительность (тяжесть) случая ВН} = \frac{\text{Число дней временной утраты трудоспособности}}{\text{Число случаев временной утраты трудоспособности}}$$

В России среднестатистические показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности составляют: 63,3 случая на 100 работающих; 820,3 дня на 100 работающих; средняя длительность одного случая ВН — 13 дней.

Пример расчета и анализа этих показателей представлен в задаче-эталоне к данной главе.

## 14.3. ЭКСПЕРТИЗА СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

**Стойкая нетрудоспособность** — это длительная либо постоянная потеря трудоспособности или значительное ограничение трудоспособности, вызванное хроническим заболеванием (травмой, анатомическим дефектом), приведшим к выраженному нарушению функций организма. В зависимости от степени стойкой нетрудоспособности устанавливают инвалидность путем проведения МСЭ.

**МСЭ** — это 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 МСЭ в муниципальных образованиях, являющиеся филиалами главных бюро.

На МСЭ направляют граждан, имеющих стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающихся в социальной защите по заключению врачебной комиссии, при:

- очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков ВН, но не позднее 4 мес от даты ее начала;
- благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при ВН, продолжающейся свыше 10 мес. В отдельных случаях (состояния после травм и реконструктивных операций, при лечении туберкулеза) — свыше 12 мес;
- необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков ВН.

Гражданина направляет на МСЭ организация, оказывающая ему лечебно-профилактическую помощь (орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, орган социальной защиты населения), после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стой-

кое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами. При этом в «Направлении на МСЭ» (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 проводят в бюро по месту жительства. В главном бюро медико-социальную экспертизу проводят в случае обжалования гражданном решения бюро, а также по направлению бюро в случаях, требующих специальных видов обследования. В Федеральном бюро медико-социальную экспертизу проводят в случае обжалования гражданином решения главного бюро, а также по направлению главного бюро в случаях, требующих особо сложных специальных видов обследования. Возможно проведение МСЭ 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. Экспертизу проводят по заявлению гражданина, которое подают в бюро в письменной форме с приложением «Направления на МСЭ», выданного организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, органом социальной защиты населения), и медицинских документов, подтверждающих нарушение здоровья.

МСЭ проводят специалисты 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. Решение объявляется гражданину, проходившему МСЭ, в присутствии всех специалистов, проводивших МСЭ, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения. По результатам МСЭ гражданина составляется акт. В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина в целях установления степени ограничения жизнедеятельности,

тельности (в том числе степени ограничения способности к трудовой деятельности), реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений, может быть составлена программа дополнительного обследования, которую утверждает руководитель соответствующего бюро. Указанную программу доводят до сведения гражданина, проходящего МСЭ, в доступной для него форме.

После получения данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, специалисты соответствующего бюро принимают решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом. В случае отказа гражданина от дополнительного обследования такое решение принимают специалисты на основании имеющихся данных, о чем делается запись в акте МСЭ гражданина.

Выписка из акта МСЭ гражданина, признанного инвалидом, направляется в орган, осуществляющий его пенсионное обеспечение, в 3-дневный 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 индивидуальную программу 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 медико-социальной экспертизы. Также решения, принятые в бюро медико-социальной экспертизы (трех инстанций), гражданин может обжаловать в суде в установленном законодательством РФ порядке.

## **ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы.
3. Разобрать задачу-эталон.
4. Решить задачу для самостоятельного решения.

## **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ**

1. Дайте определение экспертизы трудоспособности.
2. Что принято понимать под трудоспособностью?

3. Перечислите медицинские критерии трудоспособности.
4. Назовите социальные критерии трудоспособности.
5. Дайте определение ВН.
6. Назовите виды ВН.
7. Как проводится экспертиза ВН?
8. Назовите документ, удостоверяющий ВН.
9. Перечислите причины, при которых выдается листок нетрудоспособности.
10. Какие существуют способы выдачи листков нетрудоспособности?
11. Перечислите учреждения, в которых медицинские работники не выдают листки нетрудоспособности.
12. Дайте определение стойкой нетрудоспособности.
13. Охарактеризуйте государственную систему МСЭ.
14. Перечислите условия направления граждан на МСЭ.
15. Назовите статистический документ, используемый для направления на МСЭ.
16. Расскажите о порядке проведения МСЭ.
17. Перечислите показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности.
18. Какова методика расчета показателей с временной утратой трудоспособности?

## **ЗАДАЧА-ЭТАЛОН**

### **Исходные данные**

На одном из промышленных предприятий с числом работающих 1215 человек в течение года было зарегистрировано 840 случаев заболеваний и 9200 дней с временной утратой трудоспособности.

### **Задание**

1. На основании исходных данных рассчитать статистические показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности:

- число случаев ВН на 100 работающих;
- число дней ВН на 100 работающих;
- среднюю длительность (тяжесть) случая ВН.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

**Решение**

1. Число случаев ВН на 100 работавших:

$$\frac{\text{Число случаев временной утраты} \\ \text{трудоспособности}}{\text{Среднегодовая численность работающих}} \times 100 = \frac{840}{1215} \times 100 =$$

$$= 69,1 \text{ случаев на } 100 \text{ работающих.}$$

2. Число дней ВН на 100 работавших:

$$\frac{\text{Число дней временной утраты} \\ \text{трудоспособности}}{\text{Среднегодовая численность работающих}} \times 100 = \frac{9200}{1215} \times 100 =$$

$$= 757,2 \text{ дней на } 100 \text{ работающих.}$$

3. Средняя длительность (тяжесть) случая ВН:

$$\frac{\text{Число дней временной утраты} \\ \text{трудоспособности}}{\text{Число случаев временной утраты} \\ \text{трудоспособности}} = \frac{9200}{840} = 11 \text{ дней.}$$

**Вывод**

На данном промышленном предприятии показатель числа случаев ВН (69,1) выше, а число дней ВН (757,2) на 100 работающих ниже значений соответствующих показателей, сложившихся в среднем по РФ. Показатель средней длительности случая ВН (11,0) – ниже значения аналогичного показателя по РФ.

**ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ****Задача 1****Исходные данные**

На одном из промышленных предприятий с числом работающих 945 человек в течение года было зарегистрировано 782 случая заболеваний и 8125 дней с временной утратой трудоспособности.

**Задача 2****Исходные данные**

На одном из промышленных предприятий с числом работающих 1345 человек в течение года было зарегистрировано 915 случаев заболеваний и 10 170 дней с временной утратой трудоспособности.



### **Задача 3**

#### **Исходные данные**

На одном из промышленных предприятий с числом работающих 845 человек в течение года было зарегистрировано 620 случаев заболеваний и 6845 дней с временной утратой трудоспособности.

#### **Задание**

1. На основании исходных данных рассчитать статистические показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности:

- число случаев ВН на 100 работающих;
- число дней ВН на 100 работающих;
- среднюю длительность (тяжесть) случая ВН.

2. Проанализировать полученные данные, сравнив их с рекомендуемыми или среднестатистическими значениями показателей, приведенными в главе учебника.

# **РОЛЬ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

## **15.1. ФАКТОРЫ РИСКА**

Проблема изучения факторов риска возникновения заболеваний, разработка эффективных мер их профилактики должна стать приоритетом в деятельности системы здравоохранения, общества в целом. Анализ данных о причинах заболеваний показывает, что среди лиц в возрасте от 25 до 65 лет наибольшее значение имеют следующие факторы риска:

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

**Курение.** Эта пагубная привычка способствует возникновению, прежде всего, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В настоящее время общепризнано, что искоренение привычки курения — одна из наиболее эффективных мер оздоровления населения. Многие страны (США, Финляндия, Исландия, Северная Ирландия, Канада и др.) развернули национальную кампанию, направленную на борьбу с курением, что привело к значительному снижению количества курящих и улучшению здоровья населения.

В одном из исследований, проведенных в США, показано, что число случаев сердечно-сосудистых заболеваний у лиц в возрасте 45–54 лет при выкуривании в день до 20 сигарет, по сравнению с некурящими, возрастает в 1,5 раза, а при выкуривании более 20 сигарет — в 2 раза. Аналогичные данные получены и при анализе смертности. Так, по сравнению с некурящими, у лиц, выкуривающих в день более 20 сигарет, риск смерти более чем в 2 раза выше.

В последние годы заметно увеличилось число курящих женщин и девушек, хотя курение по ряду причин более вредно для женщин, чем для мужчин. Будучи, как и у мужчин, фактором риска развития сердечно-сосудистых, онкологических и других заболеваний, курение усугубляет и другие, чисто женские проблемы. Так, риск сердечно-сосудистых заболеваний особенно велик у женщин, которые курят и принимают противозачаточные средства. Курение пагубно влияет на беременность:

- у курящих во время беременности женщин рост плода замедляется, и масса тела ребенка при рождении, в среднем, меньше на 200 г, чем у детей некурящих женщин;
- курение во время беременности повышает риск развития врожденных заболеваний у детей и риск перинатальной смертности;
- курение матери оказывает негативное влияние на плод, ускоряя число сердечных сокращений и замедляя дыхание;
- у курящих женщин больше вероятность самопроизвольного аборта и преждевременных родов.

Таким образом, борьбе с курением как профилактике многих заболеваний должно отводиться важное место. Тщательный научный анализ показывает, что только в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями 50% успеха может быть обусловлено снижением числа курящих среди населения.

**Несбалансированное питание.** Правильное, рациональное питание — основа для профилактики многих заболеваний. Основные принципы рационального питания включают:

- энергетическое равновесие пищевого рациона (соответствие энергозатрат энергопотреблению);

- сбалансированность пищевого рациона по основным компонентам (белки, жиры, углеводы, микроэлементы, витамины);
- соблюдение режима приема пищи.

Особую опасность для распространения многих социально значимых хронических заболеваний несет избыточное питание. Оно способствует возникновению заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, бронхолегочной системы, болезней эндокринной системы и нарушения обмена веществ, опорно-двигательного аппарата, ЗН и др. И наоборот, есть данные, что увеличение потребления овощей и клетчатки, а также снижение потребления жиров способствуют предотвращению некоторых видов онкологических заболеваний. Избыточное питание приводит дополнительно к возникновению таких факторов риска, как повышенное содержание холестерина в крови (гиперхолестеринемия), избыточная масса тела, избыточное потребление поваренной соли.

**Повышенный уровень содержания холестерина в крови (гиперхолестеринемия).** Холестерин относится к группе жиров, он необходим для нормальной жизнедеятельности организма, однако его высокий уровень в крови способствует развитию атеросклероза. Уровень холестерина в крови зависит, в основном, от состава пищи, хотя несомненное влияние оказывает и генетически обусловленная способность организма синтезировать холестерин. Обычно наблюдается четкая взаимосвязь между употреблением в пищу насыщенных жиров и уровнем холестерина в крови. Изменение диеты сопровождается изменением уровня холестерина в крови. В экономически развитых странах более 15% населения имеют повышенное содержание липидов в крови, а в некоторых странах этот показатель в два раза выше. В настоящее время накоплено большое количество неоспоримых доказательств взаимосвязи между повышенным уровнем холестерина в крови и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

**Избыточное потребление поваренной соли.** Привычка есть соленую пищу может вызывать развитие артериальной гипертонии. У людей, употребляющих соль не менее 5–6 г в сутки, с возрастом наблюдается повышение артериального давления. В настоящее время во многих странах люди употребляют соль в количестве, значительно превышающем их физиологические потребности. Ограничение же приема соли сопровождается снижением артериального давления. Таким образом, для первичной профилактики гипертонии следует ограничить содержание в рационе питания соли до 5 г в сутки, одновременно увеличив долю продуктов, богатых калием (томаты, бананы, грейпфруты, апельсины, картофель и др.), который ускоряет выведение натрия из организма через почки.

**Низкая физическая активность.** В экономически развитых странах каждый второй взрослый человек ведет малоподвижный образ жизни, и со дня на день их число становится еще больше. Особенно это характерно для лиц старшего возраста. Гиподинамия ведет к ожирению, нарушению обменных процессов, что, в свою очередь, приводит к росту количества социально значимых заболеваний. Научно доказано влияние физической активности на частоту и исход сердечно-сосудистых заболеваний. Физическая активность тормозит развитие атеросклероза.

Низкая физическая активность в сочетании с неправильным питанием может привести к избыточной массе тела. По данным специальных исследований, 10–30% населения экономически развитых стран в возрасте 25–65 лет страдают ожирением. Избыточное отложение жира приводит к риску кардиологических заболеваний — повышению артериального давления, нарушению липидного обмена, развитию инсулинозависимого диабета и др. Имеются достоверные данные, что ожирение отрицательно сказывается на функциях дыхательной и мочевыводящей систем, приводит к нарушениям менструального цикла, остеоартрозу нижних конечностей, повышает риск развития желчекаменной болезни, подагры. В настоящее время ожирение приобретает размах эпидемии как в развитых, так и в развивающихся странах.

Уменьшение избыточной массы тела и поддержание ее на нормальном уровне — задача довольно трудная, но вполне решаемая. Для ее выполнения необходим контроль за количеством, составом пищи и физической активностью. Поддержание нормальной массы тела обеспечивается балансом поступающих в организм и утилизируемых калорий. Сгоранию калорий способствует физическая нагрузка. Уменьшать массу тела рекомендуется постепенно, избегая экзотических диет, так как они обычно приносят лишь временный успех. Питание должно быть сбалансированным, пища — низкокалорийной. Однако в целом продукты питания должны быть разнообразными, привычными и доступными, а прием пищи должен доставлять удовольствие.

**Злоупотребление алкоголем.** Это одна из самых острых проблем здоровья в большинстве стран мира. Злоупотребление алкоголем может вызвать следующие серьезные проблемы для пьющего:

- ослабление самоконтроля в результате острого алкогольного опьянения, приводящее к нарушению правопорядка, несчастным случаям и т.д.;
- отравление алкоголем и его суррогатами;
- появление серьезных последствий длительного употребления алкоголя (риск ряда социально значимых заболеваний, снижение умственных способностей, преждевременная смерть).

В России от отравления алкоголем ежегодно погибают более 25 тыс. человек. Чрезмерное употребление алкоголя способствует развитию острых и хронических заболеваний. Во многих странах в последние десятилетия возросла смертность от цирроза печени, существуют убедительные доказательства влияния алкоголя на повышение артериального давления. Этот порок служит основной причиной смертности вследствие несчастных случаев и травм. Злоупотребление алкоголем вызывает и социальные проблемы, включая преступность, жестокость, разрушение семьи, отставание в учебе, проблемы на работе, самоубийства и т.д. Проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем, затрагивают не только самих пьющих, но и их семьи, окружающих, общество.

Специальные исследования показывают, что экономический ущерб, понесенный из-за проблем, связанных с алкоголем, составляет от 0,5 до 3,0% валового национального продукта.

**Повышенное артериальное давление.** Примерно каждый пятый человек, проживающий в экономически развитых странах, имеет повышенное артериальное давление, однако большая часть населения не контролирует свое состояние. Врачи Американской ассоциации сердца называют гипертонию «молчаливым и таинственным убийцей». Опасность артериальной гипертонии состоит в том, что это заболевание у многих больных протекает бессимптомно и они чувствуют себя здоровыми людьми. В медицине даже существует такое понятие как «закон половинок». Оно означает, что из всех лиц с артериальной гипертонией половина их не знает о своем заболевании, а из тех, кто знает, лечится тоже только половина, а из тех, кто лечится, только 50% лечатся эффективно.

Длительное повышение артериального давления оказывает отрицательный эффект на многие органы и системы человеческого организма, но больше всего страдают сердце, головной мозг, почки, глаза. Артериальная гипертония — один из основных факторов риска ишемической болезни сердца, кроме того повышенное давление увеличивает риск смерти от заболеваний, обусловленных атеросклерозом. Профилактика и лечение гипертонии должны стать основной частью комплекса мер, направленных на борьбу с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (курение, гиперхолестеринемия, гиподинамия, избыточная масса тела и др.).

Сахарный диабет, будучи сам по себе тяжелым заболеванием, выступает, в свою очередь, мощным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и других видов патологии, приводящих к инвалидности. В развитии сахарного диабета важную роль играет наследственная предрасположенность, поэтому лица, у которых в семье есть больные сахарным диабетом, регулярно должны проверять содержа-

ние сахара в крови. Больные сахарным диабетом должны стараться избавиться от других факторов риска неинфекционных заболеваний, таких как избыточная масса тела, гиподинамия, что будет способствовать более легкому течению сахарного диабета. При этом особенно важными факторами становятся отказ от курения, нормализация артериального давления и рациональное питание. Правильное и своевременное лечение по поводу основного заболевания будет препятствовать развитию других сопутствующих заболеваний. В большинстве стран мира действуют специальные программы, помогающие бороться с сахарным диабетом.

**Психологические факторы.** В последнее время отмечается возрастающая роль психологических факторов в развитии сердечно-сосудистых и иных заболеваний. Доказана роль стрессов, усталости на работе, чувства страха, враждебности, социальной незащищенности в развитии сердечно-сосудистых заболеваний.

Каждый из перечисленных факторов сам по себе оказывает существенное влияние на развитие и исход многих заболеваний, а их совместное воздействие, тем более, во много раз увеличивает риск развития патологии. Для предотвращения негативного влияния факторов риска необходима разработка и реализация комплекса государственных мер по профилактике заболеваний, снижению, а где возможно, и устранению причин, способствующих их возникновению.

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

## 15.2. ВИДЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР

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 индивидуумами. Групповая — с группами лиц со сходными симптомами и факторами риска. Популяционная профилактика охватывает большие группы населения (популяцию) или население в целом.

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

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

Первичная профилактика включает в себя следующий комплекс мер:

- меры по снижению влияния вредных факторов окружающей среды на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, почвы, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, снижение уровня психосоциального стресса и других факторов, отрицательно влияющих на качество жизни);
- меры по формированию ЗОЖ;
- меры по предупреждению 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 людей, 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, — это комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса больного. Это достигается путем развития сети центров восстановительной медицины и реабилитации, а также санаторно-курортных учреждений.

Одним из важнейших компонентов первичной профилактики служит формирование ЗОЖ, который предусматривает благоприятные условия жизнедеятельности человека, повышение уровня его культуры и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, поддерживать оптимальное качество жизни.



Важная роль в формировании ЗОЖ принадлежит его пропаганде. Цель пропаганды ЗОЖ заключается в формировании 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 пропаганды ЗОЖ следует считать:

- пропаганду факторов, способствующих сохранению здоровья, — личной гигиены, гигиены труда, отдыха, питания, физкультуры, гигиены половой жизни, медико-социальной активности, гигиены окружающей среды и др.;
- пропаганду мер по профилактике факторов риска, пагубно влияющих на здоровье, — избыточного потребления пищи при недостаточной физической нагрузке, злоупотребления спиртными напитками, употребления наркотиков, курения табака и т.д.

Для пропаганды ЗОЖ используются различные формы (рис. 15.1).

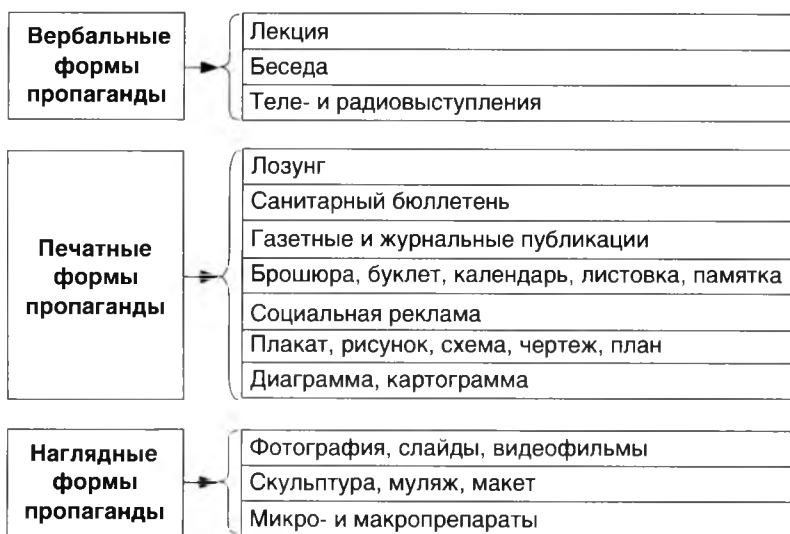


Рис. 15.1. Формы пропаганды здорового образа жизни

Первичными подразделениями службы формирования ЗОЖ являются отделения (кабинеты) профилактики. Их организуют в составе территориальных поликлиник, поликлинических отделений центральных районных (городских) больниц, диспансеров. По решению органа управления здравоохранением аналогичные подразделения могут создаваться в других ЛПУ.

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

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

Основные задачи отделения (кабинета) профилактики:

- обеспечение взаимодействия ЛПУ с региональным центром медицинской профилактики;
- организационно-методическое обеспечение деятельности медицинских работников ЛПУ по выявлению факторов риска, коррекции образа жизни, пропаганде медицинских и гигиенических знаний, ЗОЖ;
- обеспечение специалистов и населения информацией по вопросам охраны здоровья, в том числе с помощью средств массовой информации;
- изучение и применение знаний по вопросам профилактики заболеваний, формирование ЗОЖ у населения путем проведения социологических опросов;
- внедрение научно обоснованных мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний, гигиеническому обучению и воспитанию населения и др.

Значительное место в гигиеническом воспитании населения и пропаганде ЗОЖ отводится средним медицинским работникам. Медицинские сестры работают под непосредственным руководством врача, что должно обеспечивать взаимосвязь и преемственность в гигиеническом воспитании пациентов. Медицинская сестра продолжает воспитательную работу с пациентом, начатую врачом.

Тематику и объем информации для больных, уровень подготовки медицинских сестер по вопросам пропаганды ЗОЖ определяет и корректирует врач.

Рационально построенная система профилактики дает высокий экономический эффект за счет предотвращения преждевременной смертности, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности, сокращения расходов на выплату социальных пособий, содержание медицинских учреждений и др.

## **ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы.

3. Подготовить лекцию-презентацию по одной из предлагаемых тем:
- Факторы риска, способствующие возникновению нарушений здоровья детей до 1-го года жизни.
  - Факторы риска, способствующие возникновению нарушений здоровья детей дошкольного возраста.
  - Факторы риска, способствующие возникновению нарушений здоровья детей школьного возраста.
  - Факторы риска, способствующие возникновению нарушений здоровья лиц трудоспособного возраста.
  - Факторы риска, способствующие возникновению нарушений здоровья лиц пенсионного возраста.
  - Факторы риска, способствующие возникновению одного из социально значимых заболеваний:
    - болезней системы кровообращения;
    - злокачественных новообразований;
    - сахарного диабета;
    - туберкулеза.
  - Профилактика зависимости от психотропных веществ.
  - Гендерный подход в профилактике заболеваний.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какое влияние оказывает курение на здоровье человека?
2. Назовите принципы рационального питания.
3. Опишите влияние на здоровье человека повышенного уровня содержания холестерина в крови (гиперхолестеринемии).
4. Опишите влияние на здоровье человека избыточного потребления поваренной соли.
5. Какое влияние на здоровье человека оказывает избыточное питание?
6. Какое влияние на здоровье человека оказывает низкая физическая активность?
7. Какое влияние на здоровье человека оказывает избыточная масса тела?
8. Какое влияние на здоровье человека оказывает злоупотребление алкоголем?
9. Опишите отрицательный эффект высокого артериального давления на органы и системы человеческого организма.
10. Назовите основные факторы риска возникновения сахарного диабета и опишите его влияние на организм человека.

11. Раскройте значение психологических факторов в формировании заболеваний.
12. Дайте определение понятия «медицинская профилактика». Назовите ее виды.
13. Дайте определение понятия «первичная профилактика». Назовите комплекс мер первичной профилактики.
14. Дайте определение понятия «вторичная профилактика». Назовите комплекс мер вторичной профилактики.
15. Дайте определение понятия «третичная профилактика».
16. Назовите важнейший компонент первичной профилактики.
17. Что включает в себя ЗОЖ, каковы важнейшие направления его пропаганды?
18. Назовите формы пропаганды ЗОЖ.
19. Перечислите основные задачи отделения (кабинета) профилактики.
20. Раскройте роль медицинских работников в формировании ЗОЖ.

**16.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Основой любой информации являются *данные*, т.е. сведения, представленные числами или символами, которые фиксируют на носителях (бумажных, электронных, оптических), обрабатывают и передают с использованием средств вычислительной техники и каналов связи.

В здравоохранении использование данных более актуально для получения первичной статистической информации, которая применяется для формирования аналитических отчетов, справочников и других статистических материалов, необходимых для принятия управленческих решений. Данные, сгруппированные и представленные в определенном виде, служат исходным материалом для проведения статистического анализа.

Под *информацией* понимают структурированные сведения о явлениях, процессах и других объектах независимо от формы представления. Эти сведения устраняют существующие неопределенности, дают новые характеристики и используются для подготовки и принятия управленческих решений.

*Медицинская информация* представляет собой совокупность данных, характеризующих деятельность отдельных структурных элементов, подсистем и всей системы здравоохранения в целом. С одной стороны, информация отображает про-

цессы и явления в здравоохранении, т.е. служит инструментом в работе специалистов, руководителей организаций и органов управления здравоохранением, с другой — представляет собой предметную область работы статистиков, специалистов организационно-методических отделов, исследователей.

Медицинская информация подразделяется на следующие виды:

- *по форме представления* — первичная, промежуточная, итоговая (сводная);
- *по периодичности использования* — оперативная, текущая, ретроспективная;
- *по функциональному содержанию* — клиническая, научная, экономическая, кадровая, финансовая, правовая;
- *по целевому назначению* — статистическая, аналитическая, экспертная и прогностическая;
- *по уровню представления* — федеральная, региональная, муниципальная, учрежденческая, персонифицированная;
- *по медицинским службам (специальностям)* — хирургическая, терапевтическая, педиатрическая и т.д.

Конкретные требования к информации различаются в зависимости от категории пользователей, однако общие стандарты едины — информация должна быть предметной, достоверной, точной, полной, оперативной, доступной, сопоставимой.

В системе здравоохранения циркулирует и выходит на различные уровни принятия управленческих решений большой объем разноплановой информации: показатели состояния здоровья (средняя продолжительность предстоящей жизни, рождаемость, смертность, уровень и структура заболеваемости, инвалидизации и др.), информация о деятельности учреждений здравоохранения (объемы амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, нагрузка персонала, стоимость, состояние основных средств, финансовые результаты организации здравоохранения и др.). В связи с этим необходимо преодолеть или минимизировать противоречие между недостаточно четкой структуризацией системы здравоохранения, с одной стороны, и требованием высокой степени упорядочения медицинской информации для компьютерных систем — с другой. В ряду первых должно быть упорядочено техническое и программное обеспечение. Наибольшие преобразования связаны с самой информацией. Для обработки информационных материалов в компьютерных системах они должны отвечать основным требованиям: единообразию, непротиворечивости, однородности ввода и полноте. Эти требования непосредственно связаны с показателями эффективности информационных процессов — от получения до использования информации. От

последовательности действий по унификации основных требований зависит ценность самих информационных ресурсов.

Еще одно важное понятие для характеристики информационных процессов в здравоохранении — *информационные потоки*. От их упорядоченности зависит четкость функционирования отрасли и эффективность ее управления. Потоки начинаются в местах возникновения информации и обеспечивают ее поступление в места принятия решений. Необходимо определять информационные потоки с привязкой ко времени и месту: какие данные, где и когда формируются и кто является потребителями этих данных. Упорядочение потоков повышает уровень управления учреждением здравоохранения и при прочих равных условиях позволяет экономнее расходовать материальные, финансовые и кадровые ресурсы. При этом помощь в создании на основе информации обобщенной модели управления могут оказать прикладные математические методы описания потоков информации: графические методы, метод описания с использованием теории графов и др.

Отечественная система управления здравоохранением имеет иерархическую структуру, что и определяет схему информационных потоков. Сбор медицинской информации в общем виде сводится к выполнению трех действий: получение информации от субъектов, обработка и анализ полученных данных, обобщение и выдача информации на более высокий иерархический уровень управления. Обобщение информации состоит в получении интегральных оценок по тем или иным правилам (суммирование, выбор максимального или минимального значения и т.д.) и проводится по признакам объекта (регион, муниципальное образование, ЛПУ, структурное подразделение и др.), по признакам изучаемого явления (заболеваемость, смертность, обеспеченность койками и др.) и по временным признакам показателя (динамика рождаемости, смертности, заболеваемости за ряд лет).

Очевидно, что эти действия невозможны без внедрения автоматизации систем управления потоками. Однако автоматизация информационных потоков внутри неправильно организованной (неэффективно работающей) системы управления приведет только к ухудшению ситуации, увеличивая энтропию системы. Тем более, что особенности проектирования и внедрения компьютерных систем заключаются в привлечении больших финансовых и трудовых ресурсов, длительном сроке разработки из-за отсутствия готовых стандартных решений.

Необходимо учитывать, что моментальную отдачу от компьютерных технологий количественно оценить трудно. Речь идет о каче-

ственных аспектах: повышении удовлетворенности качеством услуг или снижении нагрузки на медперсонал, повышении производительности труда и уровня профессиональной подготовки средних медицинских работников и т.д.

## 16.2. ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В современных условиях функционирования системы здравоохранения на фоне сохраняющегося дефицита финансовых и материальных средств отмечается значительный рост информационных ресурсов.

**Информационные ресурсы (ИР) в здравоохранении** — бумажные, электронные или иные носители информации о здоровье населения и деятельности организаций здравоохранения, содержащиеся в библиотеках, архивах, фондах, файлах, базах данных и других информационных источниках.

ИР имеют ряд особых характеристик, которые отличают их от традиционных экономических ресурсов. В отличие от других ресурсов, они воспроизводятся скорее, чем используются, и при этом склонны к распространению с ограничениями, накладываемыми только временем и человеческими возможностями. ИР, получаемые и расходующиеся по информационным потокам, преимущественно играют роль средства, носителя медицинских сведений.

Специфические отличия использования ИР в здравоохранении:

- большой объем данных;
- многократное повторение циклов получения данных и необходимость преобразования их в установленные временные периоды;
- многообразие источников получения информации;
- большое число логических операций при обработке данных.

В целом, ИР в здравоохранении можно классифицировать следующим образом:

- *по источникам получения*: учетно-статистические формы, специально разработанные анкеты, компьютерные базы данных, печатные источники, ресурсы Интернет и др.;
- *по форме собственности*: государственные, муниципальные, частные;
- *по категории доступа*: открытые (общедоступные), с ограниченным доступом;



- по форме предоставления: бумажный носитель, микроноситель (микропленки), электронный носитель (аудио-, видеозапись, дискета, HDD «жесткий» диск, оптический диск, и т.д.);
- по типу информации: медицинские, экономические, статистические, нормативно-правовые, справочные, учебные, исследовательские;
- по типу пользователя: индивидуальные, корпоративные;
- по структуре: фактографические, полнотекстовые, библиографические, гипертекстовые.

К показателям, характеризующим объем ИР, относятся:

- количество учетных (отчетных) статистических форм (шт.);
- количество баз данных (шт.);
- объем баз данных (байт, Кбайт, Мбайт, Гбайт, Тбайт, Пбайт).

Единицей измерения объема информации на электронных носителях служит байт (*англ.* byte). Производные единицы:

- 1 бит — минимальная единица объема двоичной информации (0; 1);
- 1 байт = 8 бит;
- 1 Килобайт (Кб) = 1024 байт;
- 1 Мегабайт (Мб) = 1024 Килобайт;
- 1 Гигабайт (Гб) = 1024 Мегабайт;
- 1 Терабайт (Тб) = 1024 Гигабайт;
- 1 Петабайт (Пб) = 1024 Терабайт.

Единица измерения информации на бумажных носителях: 1 экземпляр, 1 наименование, 1 единица хранения и т.д.

Для оценки использования ИР в интернет-порталах: Google (<http://www.google.com>), Яндекс (<http://www.yandex.ru>), Рамблер (<http://www.rambler.ru>) — применяют следующие абсолютные величины:

- средний размер веб-страницы;
- среднее количество веб-страниц на одном сервере;
- средний объем одного сервера (Мб);
- число зарегистрированных пользователей ИР;
- число запросов (обращений) к ИР;
- число посещений веб-сайта;
- число просмотренных или выгруженных документов.

В настоящее время ИР в здравоохранении становятся товаром, который пользуется на рынке медицинских товаров и услуг высоким спросом.

Перечень ИР, порядок их использования как отдельной медицинской услуги (далее — услуги) определяется территориальными органами управления здравоохранением.

## 16.3. КЛАССИФИКАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ

Актуальность проблемы внедрения ИС в здравоохранение определяется, прежде всего, необходимостью повысить эффективность процессов управления здравоохранением, качество оказываемой населению медицинской помощи. До середины 70-х годов прошлого столетия развитие информатизации отставало от возрастающих потребностей системы здравоохранения в использовании информационных технологий, однако затем работы по созданию компьютерных систем медицинского назначения характеризовались активизацией и ускорением. Больничные отделения и небольшие административные подразделения получили возможность приобретения компьютерной техники для создания локальных ИС.

К сожалению, попытки создания в нашей стране медицинских автоматизированных систем опирались на вычислительную технику, не предусматривающую массового применения, и поэтому не предполагали дальнейшего тиражирования. Обслуживанием и поддержкой функционирования громоздких систем занимались большие коллективы людей и целые вычислительные центры. Ситуация изменилась, когда были созданы первые персональные компьютеры, что значительно расширило базу для компьютеризации здравоохранения и послужило толчком для разработки средств программного обеспечения нового поколения, обеспечивших возможность работы с компьютером для людей, не владеющих навыками программирования. В нашей стране компьютерный бум пришелся на конец 1980-х годов, когда каждое учреждение считало обязательным иметь хотя бы один персональный компьютер. Разработка отечественных компьютерных систем шла по нескольким направлениям с использованием, как правило, сил и средств медицинского учреждения (рис. 16.1).



Рис. 16.1. Направления разработки компьютерных систем в здравоохранении

В то же время, различные требования, предъявляемые к программному обеспечению персоналом множества врачебных специальностей, наличие большого количества готовых программ, поставляемых с аппаратурой и реализованных на индивидуальных платформах, применение различных алгоритмов обработки информации в разных учреждениях в условиях жесткого дефицита материальных средств — все это крайне усложняет задачу разработки интегральной ИС. Одним из главных препятствий на пути разработки любой ИС для здравоохранения служит отсутствие единых стандартов, утвержденных законодательно.

Тем не менее применение компьютерных технологий позволяет избавить специалиста от рутинной бумажной работы путем использования возможностей компьютера по обработке информации для формализованного ввода данных, автоматизированного составления отчетов и т.д. Это немаловажно, если учесть, что на прием одного пациента врачу поликлиники отводится от 10 до 15 мин, причем около 50% этого времени уходит на оформление медицинской карты. Сокращение бумажного документооборота происходит за счет использования компьютеров при вводе, хранении, поиске, обработке, анализе данных о больных.

Современная концепция медицинских ИС предполагает объединение существующих информационных ресурсов по следующим основным группам:

- электронные истории больных (ЭИБ);
- результаты лабораторных диагностических исследований;
- финансово-экономическая информация;
- базы данных по лекарственным препаратам;
- базы данных материальных ресурсов;
- базы данных трудовых ресурсов;
- экспертные системы;
- стандарты диагностики и лечения больных и др.

Медицинские ИС служат базой для поэтапного мониторинга здоровья и здравоохранения на региональном и федеральном уровнях. По назначению эти системы делятся на три группы: системы, основная функция которых состоит в накоплении данных и информации; диагностические и консультирующие системы и системы, обеспечивающие процесс медицинского обслуживания.

Однозначно классифицировать ИС, применяемые в здравоохранении, достаточно сложно из-за продолжающейся эволюции их структур и функций. Многоуровневая структура управления здравоохранением (муниципальный, региональный, федеральный уровни управления) может стать основой для классификации медицинских ИС. ИС в здравоохранении в пределах каждого уровня управления

классифицируют в зависимости от специфики решаемых задач по следующим функциональным признакам:

- административные медицинские системы;
- поисковые ИС;
- системы для лабораторно-диагностических исследований;
- экспертные системы;
- больничные медицинские ИС;
- автоматизированные рабочие места специалистов;
- телемедицинские системы и др.

**Административные медицинские системы** обеспечивают информационную поддержку функционирования медицинского учреждения, включая автоматизацию административных функций персонала. Медицинские ИС этого уровня необходимы для управления больничной, амбулаторно-поликлинической и специализированными службами на административно-территориальном уровне. В функциональном плане в системе можно условно выделить четыре базовых компонента:

- планирование и прогнозирование деятельности;
- учет и контроль деятельности учреждений, формирования отчетности;
- оперативное управление отдельными службами;
- вспомогательные задачи (создание и ведение классификаторов, нормативов и т.д.).

Сюда же входят ИС для решения специализированных медицинских задач, обеспечивающих информационную поддержку деятельности работников специализированных медицинских служб. В частности, используются ИС для отдельных направлений: взаиморасчеты в системе ОМС; управление экстренной медицинской помощью по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; лекарственное обеспечение; персонифицированные регистры.

Персонифицированные регистры территориального уровня содержат информацию о прикрепленном контингенте муниципального образования, субъекта РФ. Регистры заменяют многочисленные бумажные формы документации (журналы по учету больных по отдельным заболеваниям, возрастно-половому составу, диспансерному наблюдению) и облегчают переход на безбумажную технологию. Регистр обеспечивает хранение полицевой картотеки для получения данных по запросам специалистов; формирование государственной отчетности. Кроме того, регистр позволяет более объективно оценивать эффективность проведения профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий. Персонифицированные регистры, по сути, служат «кирпичиками» территориальной системы мониторинга здравоохранения.

В качестве обязательного требования предполагается наличие системы защиты конфиденциальности персонализированных данных при их передаче по телекоммуникационным сетям.

В конечном итоге, речь идет речь о создании корпоративной ИС, непосредственно объединяющей ИР ЛПУ и органов управления здравоохранением с использованием телекоммуникационных сетей. Для реализации этой задачи потребуются большие финансовые ресурсы (сопоставимые с годовым бюджетом всей системы здравоохранения отдельной территории), а также подготовка управленческих кадров, способных к использованию современных компьютерных технологий.

На федеральном уровне создание административных медицинских систем позволяет решать задачи, обеспечивающие стратегический уровень управления:

- мониторинг реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;
- мониторинг реализации национального проекта «Здоровье» и мониторинг эффективности работы органов государственной власти (ГАС «Управление»);
- социально-гигиенический мониторинг;
- мониторинг здоровья населения России (анализ динамики состояния здоровья населения в связи с социально-экономическими и экологическими факторами);
- ведение государственных регистров (регистр льготных категорий граждан Пенсионного фонда РФ и др.);
- управление медицинскими учебными заведениями, движением и переподготовкой медицинских кадров;
- учет и анализ материально-технических, финансовых ресурсов здравоохранения и др.

**Поисковые ИС** решают задачи информационного обеспечения медицинского персонала:

- подготовка реферативной информации для сотрудников;
- разработка и поддержка веб-сервера и поиск в Интернете;
- создание и ведение профессионально ориентированных баз данных;
- регистр лекарственных препаратов и информация по их совместимости;
- реестр видов медицинских услуг;
- показания и противопоказания к обследованиям и др.

Системы этого класса не осуществляют обработку информации, но обеспечивают быстрый доступ к необходимым данным. Обычно поисковые системы подразделяются по видам хранимой информации (клиническая, научная, нормативная, юридическая и др.), по ее

характеру (первичная, вторичная, оперативная, обзорно-аналитическая, экспертная, прогностическая и т.д.), по функциональному признаку (деятельность ЛПУ, материально-техническая база, лекарственные средства и др.). Различают документографические, фактографические и полнотекстовые поисковые системы.

Рост количества фактографических и документографических поисковых систем объясняется тем, что в управленческой деятельности руководителя учреждения здравоохранения, в клинической работе врача, для научно-медицинских исследований оперативный доступ к фактографическим данным более важен, чем доступ к данным библиографическим. Последние содержат сведения о документах, требующих дополнительного изучения, а фактографические — дают готовые результаты поиска информации. В настоящее время имеется большое количество коммерческих поисковых систем. Особое значение имеет интеграция медицинских поисковых систем в единую информационную сеть Интернет, которая обеспечивает доступ любого врача-пользователя к информации и обмен этой информацией.

**Системы для лабораторно-диагностических исследований** предназначены для автоматизированной диагностики патологических состояний (включая прогноз и выработку рекомендаций по методам лечения), для отдельных нозологических форм и групп больных. Причем существует несколько классов таких компьютерных систем: лабораторные анализаторы, цифровые рентгенодиагностические комплексы, компьютерная томография, ультразвуковая диагностика, визуализация и сравнительный анализ результатов гистологических исследований и др. Исторически этот тип систем начал развиваться одним из первых среди медицинских ИС.

Наиболее важные области применения лабораторно-диагностических систем — неотложные и угрожающие жизни состояния с недостаточной клинической симптоматикой, ограниченными возможностями обследования при высокой степени угрозы для жизни. Такие системы могут быть использованы в составе телемедицинских систем многопрофильных больниц для дистанционной консультативной помощи пациентам, находящимся в учреждениях первичного звена — врачебных амбулаториях, центрах общей врачебной (семейной) практики, ЦРБ.

**Экспертные системы** эффективно используют при решении задач диагностики, интерпретации данных, прогнозирования течения заболевания и осложнений. Одним из примеров экспертной системы служит автоматизированный комплекс диспансерных обследований, разработанный под руководством профессора В.В. Шаповалова, который используется для проведения медицинских осмотров населения.

По мере внедрения ИС в учреждениях здравоохранения экспертные системы могут использоваться на более высоком качественном уровне — как системы интеллектуального анализа данных, поиска закономерностей и выработки альтернативных решений в управлении медицинскими учреждениями. Основные компоненты таких систем включают базу данных (знаний), алгоритм моделирования, интерфейсы пользователя и интерфейсы с фактографическими базами данных.

В обучающей системе присутствует база данных, содержащая методическую и справочную информацию, позволяющую оценить и углубить знания обучающегося, тестовые задания и мультимедийные приложения для наглядного обучения. Стандартные программы представляют собой различные комплексы тренировочных упражнений и практических методик. Более сложные из них призваны помочь обучающимся в овладении навыками решения таких задач, как постановка диагноза, выработка плана лечения, прогнозирование отдаленных последствий. Современные экспертные медицинские системы интегрированы с другими типами ИС.

**Больничные медицинские ИС** объединяют в себе на основе ЭИБ функциональные возможности автоматизированных систем нескольких типов и комплексно решают задачи управления учреждением здравоохранения. Выработка и принятие на основе анализа ЭИБ интегрированных решений позволяют управлять процессами повышения качества медицинской помощи пациентам. ЭИБ служит электронным аналогом сводной истории болезни пациента, которая должна вестись на протяжении всей его жизни и аккумулировать всю касающуюся его здоровья информацию.

ЭИБ позволяет врачу в режиме реального времени получать доступ к структурированной информации о больном любой давности, хранящейся в архиве, и использовать ее для дальнейшего обследования, лечения и наблюдения пациента.

Функционирование ЭИБ обеспечивается системой управления базой данных. База данных для ЭИБ состоит из двух основных модулей: нормативно-справочной документации и хранения данных. Нормативно-справочный модуль включает территориальную и внутриучрежденческую нормативно-справочную информацию (справочники и классификаторы). Модуль хранения данных представляет собой банк ЭИБ по пролеченным (архивным) и проходящим лечение (оперативным) пациентам. В базе обеспечивается хранение всех сведений по каждому пациенту под уникальным идентификационным номером. Широкому внедрению таких систем препятствует недостаточное развитие корпоративных информационных сетей меди-

цинских учреждений, а также отсутствие необходимой нормативной базы.

При информатизации как лечебных учреждений, так и органов управления здравоохранением следует придерживаться следующих требований. Во-первых, использование компьютерных технологий не должно приводить к увеличению объема работы медицинского персонала и существенно изменять стиль его работы. Во-вторых, изначально должны быть автоматизированы те структурные подразделения, где информация фиксируется впервые.

Задачи управления требуют от руководителя любого уровня использовать и обрабатывать большой объем информации, проводить ее анализ в различных плоскостях, моделировать процессы и ситуации, структурировать материал для принятия управленческих решений. Для оперативного и качественного выполнения этих задач существенную роль играет автоматизированное рабочее место руководителя, для разработки которого используются современные информационные технологии, такие как оперативный анализ распределенных баз данных и сетевых технологий общего доступа, статистические пакеты и системы поддержки принятия решений, геоинформационные системы.

К автоматизированному рабочему месту врача-клинициста (терапевт, хирург, акушер-гинеколог, травматолог, офтальмолог и др.) предъявляются требования, соответствующие специфике его врачебных функций. В составе автоматизированного рабочего места могут быть экспертные системы, математические модели, обеспечивающие анализ различных ситуаций и предоставляющие специалисту дополнительную информацию для принятия клинических решений.

Важнейшим направлением использования ИС в здравоохранении служит **телемедицина**.

Истоки возникновения телемедицины относят к организации врачебного контроля космонавтов при космических полетах. С появлением сетевых технологий, современных методов передачи информации, позволивших обеспечить многосторонний обмен видео- и аудиоинформацией, телемедицина получила новый мощный импульс в своем развитии. Благодаря этой технологии стало возможным эффективное взаимодействие отдельных сегментов многоуровневой медицинской инфраструктуры (рис. 16.2). Внедрение телемедицины позволило проводить необходимые лечебно-диагностические консультации в федеральных и зарубежных медицинских центрах, региональных медицинских учреждениях для пациентов, находящихся на лечении в ЦРБ, центрах общей врачебной (семейной) практики.

Экономическая эффективность от внедрения телемедицины в практическое здравоохранение может оцениваться по таким крите-



риям, как снижение расходов на лечение из-за уменьшения количества ошибочных диагнозов и неадекватно выбранных схем лечения, сокращения непроизводительных затрат времени медицинского персонала на обучение с отрывом от своих рабочих мест.



Рис. 16.2. Схема организации телемедицинских консультаций

Одним из направлений использования технологий телемедицины служит внедрение дистанционных форм медицинского образования, которые позволяют поднять качество, прежде всего, постдипломной системы подготовки работников здравоохранения.

Без квалифицированных кадров, обладающих практическими навыками работы с компьютерными технологиями, невозможно обеспечить эффективное функционирование всей системы здравоохранения.

## ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы.
3. При прохождении клинических практик в медицинских организациях изучить и описать имеющиеся медицинские ИС, автома-

тизированные рабочие места специалистов, медицинские приборно-компьютерные системы и технологии, телемедицинские системы.

4. Подготовить лекцию-презентацию по одной из предлагаемых тем:

- региональные проблемы внедрения ИС в медицине и здравоохранении;
- внедрение ИС в деятельность средних медицинских работников;
- медицинские ИС как основа повышения качества медицинской помощи.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что понимается под медицинской информацией?
2. Назовите виды медицинской информации.
3. Перечислите общие требования к информации.
4. Охарактеризуйте виды и движение информационных потоков в здравоохранении.
5. Дайте определение ИР в здравоохранении.
6. Перечислите специфические отличия использования ИР в здравоохранении.
7. Приведите классификации ИР в здравоохранении.
8. Какие показатели используются для характеристики объемов ИР?
9. Приведите классификацию медицинских ИС. Раскройте содержание каждой из ИС.
10. Опишите автоматизированное рабочее место специалистов.
11. Приведите схему организации телемедицинских консультаций.

# ЭТИКА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

## 17.1. МОРАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

История медицины и практический опыт здравоохранения со всей очевидностью показывают, что медицинская помощь не может быть полноценной, если самый высокопрофессиональный медицинский работник не обладает необходимыми этическими качествами. *Этика* (греч. ethos — обычай, нрав) — одна из древнейших теоретических дисциплин, объектом изучения которой служит мораль, нравственность.

*Медицинская этика* — это совокупность норм поведения и морали медицинских работников.

Известно, что помимо общих моральных норм, регулирующих жизнь общества, существуют нормы классической медицинской этики, имеющие свою профессиональную специфику. Наряду с термином «медицинская этика» часто применяется термин «*деонтология*» (от греч. deon — должное, долг и logos — учение, слово) — учение о должном поведении медицинских работников. Впервые это понятие было введено в начале XIX в. английским юристом и социологом И. Бентамом.

Деонтология служит составной частью медицинской этики и носит более конкретный характер применительно к отдельным медицинским специальностям. 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 гражданский и профессиональный долг. В реальной жизни соблюдение деонтологических правил 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 излагаются правила поведения врача. Наиболее известный документ — Клятва Гиппократа (V в. до н. э.), оказавшая огромное влияние на все последующее развитие медицинской этики. Нормы медицинской этики изменялись в зависимости от социальных условий, развития культуры, достижений медицины, однако традиционные вопросы оставались неизменными на протяжении веков.

Основные аспекты медицинской этики:

- медицинский работник и общество;
- нравственные качества и внешний вид медицинского работника;
- медицинский работник и пациент;
- медицинский работник и родственники пациента;
- медицинская тайна;
- взаимоотношения представителей медицинских профессий;
- усовершенствование знаний;
- этика эксперимента.

Нравственно-этические аспекты играли основополагающую роль в деятельности сестры милосердия во все времена. Собственно, сама профессия выросла из желания женщины помочь больному или раненому человеку. Женщины — монахини или мирянки — посвящали всю свою жизнь этому высокому служению. Священное Писание повествует о том, что еще в начальный период христианства появились люди, движимые любовью и состраданием, добровольно посвятившие себя уходу за больными и ранеными, — братья и, что особенно знаменательно, сестры милосердия, имена которых встречаются в посланиях Апостолов. Среди учеников и последователей Иисуса Христа были женщины, названные женами-мироносицами, которые сопровождали Спасителя и служили от его имени.

И поэтому, когда в середине XIX в. в Англии и России появились профессиональные сестры милосердия (т.е. женщины, не только желавшие служить ближнему, но и обладавшие определенными медицинскими познаниями и навыками), в основу их профессии легли те же этические принципы. Краеугольным камнем философии сестринского движения было представление о равном праве на милосердие любого человека, независимо от его национальности, социального статуса, вероисповедания, возраста, характера болезни и т.д.

Основательница профессии сестры милосердия Флоренс Найтингейл дала определение сестринскому делу как одному из древнейших искусств и одной из самых молодых наук, которая концентрируется на заботе о пациентах. Впервые в истории она высказала твердое убеждение в том, что «...по сути своей сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных знаний». Высшей оценкой профессионального служения медицинской сестры стала медаль имени Флоренс Найтингейл, учрежденная Международным комитетом обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Этой награды были удостоены многие российские медицинские сестры.

Нравственно-этические основы профессиональной деятельности медицинской сестры изложены в ряде международных и российских документов. Так, действуют Международный этический кодекс медицинских сестер и национальные этические кодексы медицинских сестер в большинстве развитых стран. Российские медсестры также имеют свой профессиональный этический кодекс, который был принят в 1997 г. на IV Всероссийской конференции по сестринскому делу.

Разработка и принятие Этического кодекса медицинской сестры России стало важным этапом реформы сестринского дела в нашей стране. Он составлен с учетом новых направлений развития сестринского дела в России, современных представлений о роли профессии медицинской сестры как самой массовой из медицинских профессий.

Этический кодекс дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности медицинской сестры и призван способствовать консолидации, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе, развитию сестринского дела в России. В соответствии с Кодексом, этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры являются гуманность и милосердие. Важнейшие задачи профессиональной деятельности медицинской сестры заключаются в комплексном всестороннем уходе за пациентами и облегчении их страданий; восстановлении здоровья и реабилитации; содействию в укреплении здоровья и предупреждении заболеваний.

Медицинская сестра, фельдшер, акушерка (далее — медицинская сестра) должны уважать неотъемлемые права каждого человека на достижение наивысшего уровня физического и психического здоровья и на получение адекватной медицинской помощи. Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности, профессиональным стандартам и нести моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом.

Основное условие сестринской деятельности — профессиональная компетентность. Медицинская сестра должна всегда соблюдать и поддерживать профессиональные стандарты деятельности, определяемые Министерством здравоохранения и социального развития РФ. Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня — первейший профессиональный долг медицинской сестры. Она должна быть компетентной также в отношении моральных и юридических прав пациента.

Медицинская сестра превыше всего должна ставить уважение к жизни пациента, его праву на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний. Она не имеет права участвовать в пытках, казнях и иных формах жестокого и бесчеловечного обращения с людьми, способствовать самоубийству больного. Медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам, независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой или национальной принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения, других различий. Проявления высокомерия, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом недопустимы. Медицинская сестра не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, политические убеждения.

При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам медицинская сестра должна руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию. В случаях, требующих по медицинским показаниям контроля за поведением пациента, медицинской сестре следует ограничивать свое вмешательство в личную жизнь пациента исключительно профессиональной необходимостью.

Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины «Прежде всего — не навреди!» и не может безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту такой вред. Действия медицинской сестры по уходу, любые другие медицинские вмешательства, сопряженные с болевыми ощущениями и иными временными негативными явлениями, допустимы

лишь в его интересах. «Лекарство не должно быть горше болезни!» Проводя медицинские вмешательства, чреватые риском, медицинская сестра обязана предусмотреть меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений.

Моральный долг медицинской сестры — информировать пациента о его правах, прежде всего на получение информации о состоянии его здоровья, возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе. Учитывая, что функция информирования пациента и его близких, по преимуществу, принадлежит врачу, медицинская сестра имеет моральное право передавать профессиональные сведения лишь по согласованию с лечащим врачом в качестве члена бригады, обслуживающей данного пациента. В исключительных случаях медицинская сестра имеет право скрыть от пациента профессиональную информацию, если она убеждена, что таковая причинит ему серьезный вред.

Медицинская сестра должна уважать право пациента или его законного представителя (когда она имеет дело с ребенком или недееспособным душевнобольным) соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказываться от него. Она должна быть уверена, что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознанно. Ее моральный и профессиональный долг — разъяснять пациенту в меру своей квалификации последствия отказа от медицинской процедуры. Отказ пациента не должен влиять на его положение и негативно отражаться на отношении к нему медицинской сестры и других медицинских работников.

Медицинская сестра вправе оказывать помощь без согласия пациента (или без согласия законного представителя некомпетентного пациента — ребенка до 15 лет или недееспособного душевнобольного) только в строгом соответствии с законодательством РФ. При оказании медицинской помощи некомпетентным пациентам медицинская сестра должна, насколько позволяет состояние таких пациентов, привлекать их к процессу принятия решения.

Медицинская сестра должна сохранять в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента даже после того, как пациент умрет. Она вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте какой-либо третьей стороне только с согласия самого пациента. Медицинская сестра вправе передавать конфиденциальную информацию без согласия пациента лишь в случаях, предусмотренных законом. Во всех других случаях медицинская сестра несет личную моральную, а иногда

и юридическую ответственность за разглашение профессиональной тайны.

Медицинская сестра должна с уважением относиться к праву умирающего пациента на гуманное обращение и достойную смерть. При этом она обязана владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной медицинской помощи, дающей умирающему возможность окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом. Первейшие моральные и профессиональные обязанности медицинской сестры: предотвращение и облегчение страданий, связанных, как правило, с процессом умирания; оказание умирающему и его семье психологической поддержки. Эвтаназия, т.е. преднамеренные действия с целью прекращения жизни умирающего пациента, даже по его просьбе, неэтична и недопустима, хотя отношение к этой проблеме в обществе неоднозначно.

Медицинская сестра должна относиться уважительно к умершему пациенту. При обработке тела следует учитывать религиозные и культурные традиции.

Медицинская сестра должна стремиться участвовать в исследовательской деятельности, в приумножении знаний в своей профессии. В исследовательской деятельности с участием человека в качестве объекта медицинская сестра обязана строго следовать международным документам по медицинской этике (Хельсинкская декларация и др.) и законодательству РФ. Интересы личности пациента для медицинской сестры всегда должны быть выше интересов общества и науки. Участвуя в научных исследованиях, медицинская сестра обязана особенно строго обеспечивать защиту тех пациентов, которые сами не в состоянии об этом позаботиться (дети, лица с тяжелыми психическими расстройствами). Участие пациентов в учебном процессе допустимо лишь с соблюдением тех же гарантий защиты их прав.

Всегда остро стоял вопрос отношения к той или иной форме благодарности со стороны пациента. Медицинская сестра должна отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в их основе лежит желание добиться привилегированного положения по сравнению с другими пациентами. Однако она вправе при этом принять благодарность от пациента, если она выражается в форме, не унижающей человеческого достоинства обоих, не противоречит принципам справедливости и порядочности и не нарушает правовых норм. Интимные отношения с пациентом осуждаются медицинской этикой.

Медицинская сестра обязана точно и квалифицированно проводить назначенные врачом медицинские манипуляции в соответствии с перечнем медицинских услуг. Высокий профессионализм медицин-



ской сестры — важнейший фактор товарищеских, коллегиальных взаимоотношений медицинской сестры и врача. Фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений врача и медицинской сестры при исполнении ими профессиональных обязанностей осуждаются медицинской этикой. Если медицинская сестра сомневается в целесообразности лечебных рекомендаций врача, она должна тактично обсудить эту ситуацию сначала с самим врачом, а при сохраняющемся сомнении и после этого — с вышестоящим руководством.

Столкнувшись с фактами нелегальной, неэтичной или некомпетентной практики, медицинская сестра должна становиться на защиту интересов пациента и общества.

Требования Этического кодекса обязательны для всех медицинских сестер России. Ответственность за нарушение Этического кодекса медицинской сестры России определяется уставом Межрегиональной ассоциации медицинских сестер России. За нарушение норм Кодекса к членам ассоциации могут быть применены следующие взыскания:

- замечание;
- предупреждение о неполном профессиональном соответствии;
- приостановление членства в ассоциации на срок до одного года;
- исключение из членов ассоциации с обязательным уведомлением об этом соответствующей аттестационной (лицензионной) комиссии.

## **17.2. ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА И ПАЦИЕНТА**

Взаимоотношения медицинского работника и пациента — центральная проблема как классической медицинской этики, так и биоэтики (см. раздел 17.3). И в древности, и сегодня проблемы взаимоотношений сложны, не всегда бесконфликтны, часто неравноправны. Трудности во взаимоотношениях рождаются с двух сторон. Врач и медсестра не всегда стараются успокоить, понять больного со всеми его переживаниями и страхами. Они недостаточно учитывают психическую составляющую соматического заболевания, рассматривают пациента как очередной случай в своей медицинской практике. В свою очередь, пациент часто переоценивает технические возможности медицины, доверяя ей свою жизнь и здоровье, требует к себе повышенного внимания, не думая о том, что медицинский работник может быть ограничен во времени.

Немаловажное значение имеет тот факт, что медицинский работник и пациент могут исповедовать различные ценности, относиться

ся к различным социальным слоям общества, этническим группам, религиозным конфессиям. Свои особенности накладывает и форма собственности учреждения, где оказывается медицинская помощь. Например, в условиях коммерческой медицины, а в настоящее время часто и в государственных ЛПУ, возникает своеобразный конфликт интересов — врач или средний медицинский работник как представитель своего учреждения объективно заинтересованы в уменьшении расходов и увеличении доходов, а пациент стремится получить большее количество медицинских услуг с минимальными затратами.

Сегодня растет доля пациентов пожилого возраста, а хорошо известно, что лечить их труднее. Хронические болезни и груз прожитых лет сказываются на психике, к старости люди становятся излишне раздражительны, обидчивы, свертребовательны, забывчивы; у них зачастую складываются непростые отношения в семье. Поэтому медсестра должна стремиться к установлению доверительных отношений с больным, способствующих психологическому спокойствию больного и его физическому излечению.

К настоящему времени выработаны определенные этические принципы сбора анамнеза, осмотра пациента, постановки диагноза и прогноза заболевания, назначения лечебных и профилактических мероприятий. Основой этих принципов должны быть: корректность, доброжелательность и индивидуальный подход.

При беседе с пациентом медицинский работник должен уделять достаточное внимание проблемам, с которыми к нему обращается пациент, и выделять необходимое для консультации время. Рекомендуется обращение к пациенту по имени и отчеству, к ребенку — по имени, к родителям ребенка — по имени и отчеству; необходимо внимательное отношение к рассказу пациента, родственников и деликатная постановка вопросов. Именно в процессе беседы медицинский работник устанавливает с пациентом отношения, основанные на взаимном доверии, таким образом, чтобы пациент мог откровенно рассказать о любой своей проблеме или высказать неудовлетворенность. Доверительные отношения способствуют психологическому комфорту больного и физическому излечению.

Особо следует оговорить соблюдение этических правил при проведении инвазивных методов диагностики и лечения (инъекции, внутривенные введения лекарств, взятие крови из вены и др.), которые широко внедрены в медицинскую практику. Их эффективность и безопасность зависят от профессионализма и соблюдения медицинской сестрой деонтологических норм. Необходимость фиксации внимания медицинских сестер на инвазивных методах диагностики и лечения диктуется тем, что все они несут в себе долю риска: можно повредить слизистую оболочку исследуемого органа, совершить его

перфорацию, а также причинить пациенту боль или нанести психическую травму.

Работу медицинской сестры при совместном с врачом выполнении сложных диагностических инвазивных манипуляций (в соответствии с перечнем медицинских услуг) можно разделить на три этапа: подготовка больного к манипуляции; проведение манипуляции; послеманипуляционный период.

После назначения врачом той или другой инвазивной манипуляции в задачу среднего медицинского работника входит профессионально грамотная подготовка к ней больного. В первую очередь нужно помочь больному принять правильное решение, убедить его, что назначенная врачом манипуляция поможет поставить окончательный диагноз заболевания и определить лечебную тактику. Следует убедить пациента в безопасности и необходимости манипуляции, объяснить важность выполнения во время манипуляции всех советов врача. Больному нужно разъяснить, как вести себя во время манипуляции, чтобы она прошла быстрее и легче, предупредить его о возможных (хотя и необязательных) неприятных ощущениях и подсказать, как вести себя при этом. Хорошо проведенная психологическая подготовка к инвазивной манипуляции обеспечивает сознательное, активное участие в ней больного и предотвращает возможную стрессовую ситуацию. Важно хотя бы несколько минут уделить больному перед манипуляцией, ободрить его, напомнить о необходимости спокойного поведения во время манипуляции.

Деонтологически важно работать четко и слаженно со всей бригадой, проводящей инвазивную манипуляцию, необходимы высокий профессионализм и умение понимать друг друга с полуслова. Во время манипуляции больной внимательно прислушивается к разговору врача с медицинской сестрой, фиксирует свое внимание на произносимых словах, особенно – непонятных ему. Он следит за мимикой, жестами, настроением и другими формами поведения персонала. Это требует от всех участников процедуры согласованности действий, высокой организованности и дисциплинированности, предельного самоконтроля, особого такта в профессиональном общении. Медицинская сестра во время манипуляции имеет возможность не только наблюдать за поведением больного, но и предвидеть его поступки и вовремя корректировать его поведение, держать под контролем всю психологическую ситуацию. Для больного медицинская сестра должна быть заботливым, самым близким человеком, готовым не только сопереживать его страданиям, но и оказать конкретную психологическую и медицинскую помощь.

По завершении диагностической или лечебной манипуляции, независимо от ее результатов, следует похвалить больного за адек-

ватное поведение, которое в значительной мере облегчило врачу работу, позволило получить нужную информацию. У подавляющего большинства больных, независимо от их самочувствия, возникают вопросы о конкретных результатах исследования. Вот тут и врачу, и медицинской сестре следует проявить профессиональную мудрость. Естественно, что право формулирования ответа принадлежит только врачу; деонтологическая задача медицинской сестры сводится к тому, чтобы в беседах с больным поддерживать версию, высказанную врачом. Недопустима свободная интерпретация медицинской сестрой результатов исследования с целью ложного самоутверждения. Она может оказаться неверной и стать причиной тяжелой ятрогении. Независимо от характера полученной диагностической информации следует успокоить больного, обнадежить в благоприятном исходе основного заболевания, нацелить на совместную борьбу с болезнью.

После исследования у больного могут возникнуть негативные явления — резь и кровь при мочеиспускании после цистоскопии, ощущение присутствия постороннего предмета в ротоглотке после гастро- или бронхоскопии, распирание кишечника после колоноскопии и др. Во всех таких случаях больного следует успокоить, сказать о временном характере и безопасности этих ощущений. Ни в коем случае нельзя оставаться безучастной к жалобам больного, надо постараться помочь, принять меры, назначенные врачом.

При самостоятельном выполнении инвазивных манипуляций медицинская сестра несет всю полноту ответственности за их качество и своевременность, за реакцию больного. Как и при более сложных манипуляциях, больной и в этих случаях испытывает если не чувство страха, то внутреннюю тревогу в ожидании неприятных ощущений от вводимого лекарства, а иногда и неуверенность в профессионализме медицинской сестры. А длительные и многократно повторяющиеся инвазивные манипуляции в известной мере невротизируют пациента, обостряют чувствительность к ним, формируют негативное отношение. Требования деонтологии не допускают механического, а тем более грубого выполнения инвазивных манипуляций. Медицинская сестра должна сочувственно относиться к психологическим слабостям больного, уметь успокоить его, снять чувство страха, вселить уверенность в необходимости и безопасности назначенной процедуры. Профессиональное мастерство медицинской сестры, которая найдет добрые слова, сумеет успокоить больного, отвлечь его внимание, положительно сказывается на ее деловом авторитете.

Большое место в работе медицинской сестры занимает выполнение так называемых интимных манипуляций на «закрытых зонах» человеческого организма. Это очистительные и лечебные клизмы, обработка наружных половых органов, спринцевание у женщин,

манипуляции на молочных железах, подача подкладного судна, моче-приемника и др. Выполнение этих рядовых для медицинской сестры манипуляций у больных вызывает естественное чувство стыдливости, неловкости как перед медицинским работником, так и, особенно, перед соседями по палате. Об этом надо помнить, учитывать легкую ранимость психики больного, шадить его самолюбие, стыдливость, которая формируется у человека с раннего детства. Особенно чувствительна и ранима психика женщин, страдающих заболеваниями тазовых и половых органов, мочевыводящих путей, молочных желез и др.

Выполняя интимные манипуляции, медицинская сестра не имеет права демонстрировать их окружающим, особенно соседям по палате, подчеркивать немощность больного, неопрятность, неспособность обслужить себя и т.д. Деонтологический долг медицинской сестры заключается в шадящем отношении к психике больного, соблюдении профессионального такта. Каждый больной ожидает от медицинской сестры не только облегчения своих страданий, но и сохранения тайны о своем здоровье перед окружающими. И об этом всегда надо помнить. При выполнении интимной манипуляции медицинская сестра должна следить за своей речью, мимикой, жестами, силой голоса, не проявлять брезгливости к больному и неприязненного отношения к своей работе. Нужно уметь использовать слово как важный психотерапевтический фактор. Во время манипуляции следует поддерживать контакт с больным, осведомляться о его самочувствии, неприятных ощущениях.

Желательно любую интимную манипуляцию выполнять не в палате, на глазах у соседей, а в специально приспособленном помещении (клизменная, процедурная и др.). Ведь и для окружающих больных вид постороннего человека в обнаженном виде, дополнительные запахи, техника самой манипуляции служат источником отрицательных эмоций. Выполняя манипуляцию, не следует без особой необходимости обнажать тело больного, особенно его «закрытые зоны». Рекомендуется пользоваться специальными простынями с разрезом, пеленками и др. Если манипуляция все же выполняется в палате (подача судна, мочеприемника, клизма), больного лучше отгородить ширмой. Следует учитывать особенности работы с женщинами и мужчинами, подростками и больными пожилого возраста, проявляя индивидуальный подход.

Тактика общения медицинского работника с пациентом определяется этико-правовой формой взаимоотношений. Если прежде информирование пациента ставилось в зависимость от желания медицинского работника, то в новых формах взаимоотношений получение информации становится правом пациента. Право граждан на

информацию о состоянии здоровья закреплено в ст. 31 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» (далее – «Основы»), 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 риском, если таковой имеется.

В то же время, право на полную и правдивую информацию иногда входит в противоречие с принципом классической медицинской этики, идущим от Гиппократата: «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, соблюдать осторожность при сообщении информации, давать ее в тактичной и доступной форме, чтобы избежать так называемой информационной, или психогенной, ятрогении.

Широко обсуждается в медицинской этике *принцип информированного согласия*, т.е. осознанного добровольного согласия пациента на определенное обследование и лечение, которое врач должен получить перед началом лечения. Этот принцип дает пациенту возможность сделать сознательный выбор, разделить ответственность за исход лечения с медицинскими работниками. 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 клинической 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 медицинский работник обязан сохранить жизнь и обеспечить благо пациента. В настоящее время положение изменилось: сохранение жизни за счет эффективной аппаратуры может вступать в противоречие с благом пациента, как он его понимает. Возникла одна из самых острых в медицинской этике проблем, имеющая не только медицинское, этическое, но и мировоззренческое, общефилософское содержание. Принцип информированного согласия закреплен в ст. 32 «Основ». В ст. 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 обращается на компетентность больного, дающего согласие, и на способы оценки его компетентности. Компетентным при-

знается лицо, способное понимать существо и последствия избранного им способа лечения. К ним нельзя относить маленьких детей, лиц, находящихся в коматозном состоянии, под действием лекарств и др.

При сообщении прогноза, особенно неблагоприятного, медработник должен быть предельно тактичным. Решение в каждом случае должно приниматься индивидуально, исходя из психологического и физического состояния больного, характера заболевания, его тяжести, наличия у больного близких и их отношения к больному. 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 должны получить полную информацию. Однако многие опытные врачи и медицинские сестры советуют «дозировать» сообщения прогноза при неизлечимых болезнях, делать их в корректной форме, не обещать чуда, но и не отнимать надежду.

Особой проблемой в клинической деятельности медицинских работников является *ятрогения* — болезни или психогенные реакции, вызванные неправильным поведением медицинских работников, а также их действиями (последствия диагностических оперативных вмешательств, лекарственная болезнь и др.). В практике медицинского работника причинами ятрогении могут быть излишне подробная беседа с пациентом или его родственниками, особенно содержащая описание возможных осложнений, неблагоприятного прогноза, или неумело проведенная санитарно-просветительная беседа. Кроме того, причиной ятрогении может быть выдача на руки пациентам медицинской карты и других медицинских документов.

Введение в практику средств интенсивной лекарственной терапии, появление инвазивных методов диагностики, сложнейших методик хирургического вмешательства привело не только к успехам медицины, но и ко многим проблемам. Понятие ятрогении расширилось и включило в себя все заболевания и патологические процессы, возникновение которых связано с действиями медицинских работников. В возникновении психогенной ятрогении во многом виноват врач или медицинская сестра. Психогенных ятрогений будет тем меньше, чем лучше медицинский работник будет соблюдать этические правила беседы с пациентом, следовать принципам медицинской этики.

Одним из важных условий, влияющих на все разделы деятельности медицинского учреждения, служат взаимоотношения в коллективе. Психологический климат в коллективе зависит от многих факторов: социальных, организационных, личностных. Медицинский

коллектив в психологическом отношении — одна из сложнейших социальных групп. Это связано с большой напряженностью работы медицинских работников, повышенной ответственностью за жизнь человека, неадекватностью оценки труда медицинских работников обществом и государством, преобладанием в коллективе женщин (более эмоциональных, чем мужчины).

Одним из показателей взаимоотношений в медицинском коллективе служит наличие конфликтов между коллегами. В зависимости от причин их условно можно разделить на профессиональные, этические и возникшие по другим поводам. В медицинской среде профессиональные споры неизбежны, но они не должны переходить в конфликты.

### 17.3. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ

В связи с большими достижениями в биологической и медицинской науке и внедрением новых медицинских технологий в начале XXI в. медицинский работник иногда вынужден принимать решения, которые входят в противоречия с нормами классической медицинской этики. Большое внимание к правам личности, в том числе к правам пациента, привело к новому пониманию сути взаимоотношений между медицинским работником и пациентом. Все это послужило предпосылками к возникновению и развитию *биомедицинской этики* (биоэтики). Термин «биоэтика» был введен американским биологом В. Поттером в 1969 г. и, по его определению, заключался в соединении биологических знаний и человеческих ценностей.

Изучая моральные, философские, теологические, правовые и социальные проблемы, рождающиеся по мере развития биологии и медицины, биоэтика служит междисциплинарной областью знаний, она охватывает медицинскую этику и простирается за ее пределы. Центральное звено в биоэтике — отношение к жизни и смерти, причем жизнь понимается как высшая ценность. Поэтому иногда биоэтику определяют как систему знаний о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека.

Основные проблемы биомедицинской этики отчасти перекликаются, а иногда дополняют проблемы классической медицинской этики:

- право на жизнь;
- аборт, контрацепция, стерилизация;
- новые репродуктивные технологии;
- право на смерть, эвтаназия;
- медико-биологические эксперименты на человеке;



- генетика, генные технологии;
- трансплантация органов;
- психиатрия и права человека;
- моральные проблемы при ВИЧ-инфекции;
- межпрофессиональные отношения в медицине;
- проблемы социальной справедливости в медицине.

Медицинская сестра, работающая в специализированных учреждениях, оказывающих 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. Считается 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 образа мыслей, конфессиональной принадлежности медицинской сестры.

Одна из важнейших проблем, связанных с новыми биотехнологиями, — *искусственное оплодотворение*, которое предоставляет возможность преодолеть бесплодие. Использование этой технологии затрагивает такие человеческие ценности, как природа самого брака, взаимоотношения супругов, судьба будущего ребенка. Искусственное оплодотворение не вызывает морального осуждения в обществе и даже имеет законодательное разрешение. Действительно, каждая женщина имеет право быть матерью, и долг медицины — помочь ей в этом.

Спорным и уязвимым, с точки зрения биоэтики, является *метод суррогатного материнства*, когда оплодотворенная яйцеклетка (от биологических отца и матери) вносится в матку другой женщины (социальной или суррогатной матери), которая вынашивает и рождает ребенка, а потом передает его биологическим родителям. Таким образом, становится очевидной манипуляция телесной природой ребенка, получающего генетическое наследие от двух определенных лиц и вместе с тем кровь, питание и жизненное внутриматочное обеспечение (что в будущем может иметь последствия и на психическом уровне) от третьего лица — суррогатной матери. Все это способствует ряду злоупотреблений в отношении не только брака, но и ребенка, который как личность вправе знать собственных родителей и идентифицировать себя с ними.

Ожесточенные споры велись и ведутся вокруг проблемы *клонирования человека*. В обсуждении морального аспекта клонирования участвуют биологи, врачи, философы, священнослужители. Высказываются две противоположные точки зрения. Первая — кло-

нирование морально этично, и появление человеческих генетических копий безопасно для самого человека и общества. Эта технология открывает путь к освобождению от болезней и бессмертию. Вторая — клонирование аморально и небезопасно, так как наука еще не в состоянии определить последствия, к которым оно приведет.

Для медицинской сестры, работающей в специализированных учреждениях хирургического профиля, может оказаться немаловажной выработка этической позиции по отношению к такому важнейшему достижению медицинской науки XX в., как *трансплантология*. Сегодня пересаживают практически все жизненно важные органы: почки, сердце, печень, поджелудочную железу. Однако трансплантология породила много сложных этических и правовых проблем, связанных с определением прав и обязанностей донора и его родственников, реципиента, медицинских работников. Кроме того, сложнейшей проблемой остаются условия получения информированного согласия, определения и констатации смерти мозга, распределения донорских органов и соблюдения принципа социальной справедливости, защиты жизни донора и реципиента, сохранения идентичности личности. В настоящее время главным правовым документом в этой области в России служит «Закон РФ о трансплантации органов и (или) тканей человека» (1992 г.). В нем отражены принципы трансплантации человеческих органов. В то же время данный закон не вполне совершенен и не дает ответа на все этические вопросы.

Одна из наиболее горячо обсуждаемых сегодня этических проблем — *эвтаназия*, т.е. намеренное ускорение 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 ст. 45 «Основ» эвтаназия запрещена. В ней указано: «...Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии — удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращение искусственных мер по поддержанию жизни». Аналогичная позиция содержится и в Этическом кодексе медицинской сестры России. Эвтаназия противоречит и религиозной этике всех основных конфессий, и клас-

сической медицинской этике, в частности клятве Гиппократата, однако этот вопрос не может считаться окончательно решенным.

В современных условиях роль медицинской сестры неизмеримо возросла. Из пассивного помощника врача, лица, осуществляющего простейшие лечебные процедуры и уход за больными, медицинская сестра становится значимой фигурой современного здравоохранения. Она приобретает большую самостоятельность, стоит ближе к больному, чем врач. Это особенно отчетливо проявляется, например, в хосписах, так как инкурабельные больные более других нуждаются в милосердной сестринской помощи, в психологической и духовной поддержке.

Сопереживание и милосердие должны стать внутренним содержанием, стержнем медицинского работника, который должен выражать это своими поступками и повседневным поведением. Этические убеждения медицинской сестры должны находить свое выражение не в громких заявлениях о любви к человечеству, а в повседневной работе, прежде всего — через общение с пациентами, их близкими, во взаимоотношениях с коллегами.

## **ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы.
3. Подобрать интернет-источники по актуальным проблемам био-медицинской этики с составлением библиографии.
4. Написать эссе на одну из предлагаемых тем:
  - мое понимание термина «милосердие»;
  - зачем проявлять милосердие к пациенту?
  - надо ли больному все знать о своей болезни?
  - эвтаназия — благо или убийство?
  - заменят ли новые репродуктивные технологии естественный процесс рождения?

## **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ**

1. Дайте определение понятий «медицинская этика» и «деонтология». В чем различие и что общего между ними?
2. Почему соблюдение этических норм имеет особенно важное значение в профессии медицинской сестры?
3. Назовите основные аспекты медицинской этики.
4. Назовите международные и отечественные этические документы, в которых зафиксированы принципы медицинской и биомедицинской этики применительно к профессии медицинской сестры.

5. Какие основные требования к медицинской сестре предъявляет Этический кодекс медицинской сестры России?
6. Раскройте суть и разъясните важность соблюдения принципа конфиденциальности. По отношению к кому он должен соблюдаться?
7. Каковы этические правила беседы с пациентом?
8. Назовите этические правила проведения инвазивных лечебных и диагностических процедур.
9. Какие этические правила следует соблюдать при проведении интимных манипуляций на «закрытых зонах» человеческого организма?
10. Охарактеризуйте принцип информированного согласия. Каков порядок его соблюдения? Ваше отношение к принципу информированного согласия.
11. Дайте определение понятия «ятрогения». Назовите причины ее возникновения. Какие виды ятрогений вам известны?
12. Дайте определение понятия «биомедицинская этика». Назовите причины ее появления.
13. Назовите основные проблемы биомедицинской этики.
14. Эвтаназия и ее этическая оценка. Ваше отношение к эвтаназии?
15. Назовите международные и отечественные этические и правовые документы, в которых зафиксированы принципы медицинской и биомедицинской этики.

# **ОБЕСПЕЧЕНИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НА ПОТРЕБИТЕЛЬСКОМ РЫНКЕ**

## **18.1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Санитарно-эпидемиологическое благополучие граждан РФ обеспечивается путем неукоснительного соблюдения санитарного законодательства, основу которого составляет 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. Оно служит одним из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

Для достижения санитарно-эпидемиологического благополучия населения проводится следующий комплекс мероприятий:

- профилактика 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;
- сертификация продукции, работ и услуг, представляющих потенциальную опасность для человека;
- лицензирование видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека;
- государственная регистрация потенциально опасных для человека химических и биологических веществ, отдельных видов продукции, радиоактивных веществ, отходов производства и потребления, а также впервые ввозимых на территорию РФ отдельных видов продукции;
- проведение социально-гигиенического мониторинга;
- 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 ЗОЖ;
- 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 ЛПУ возложены на Роспотребнадзор, его территориальные органы и учреждения.

За последние десятилетия достигнуты осязаемые результаты в борьбе с инфекционными заболеваниями. При этом наиболее эффективным средством борьбы с инфекциями остается вакцинопрофилактика.

Выполнение широкомасштабных программ иммунизации населения позволило России включиться в реализацию объявленных ВОЗ глобальных программ по борьбе с инфекциями — ликвидация полио-

миелита, кори и врожденной краснухи, борьба с гепатитом В и гриппом.

Целенаправленная работа по иммунизации детей против *полиомиелита* в РФ позволила ликвидировать полиомиелит, и в 2002 г. Россия получила статус страны, свободной от полиомиелита.

Реализуя государственную стратегию ликвидации *кори*, РФ достигла стабильно высокого уровня охвата прививками против кори детей декретированных возрастов и взрослых 18–35 лет. К 2013 г. величина экономического ущерба от заболеваемости корью в РФ снизилась на 24% (с 1,058 млн рублей до 0,8 млн рублей).

Заболеваемость *острым вирусным гепатитом В* в РФ приобрела выраженную тенденцию к снижению благодаря проведению массовых профилактических прививок в рамках приоритетного проекта «Здоровье»: за последние шесть лет заболеваемость гепатитом В снизилась в 5 раз.

Наибольший ущерб экономике страны наносят *грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции*, которые в структуре инфекционной заболеваемости составляют 90%. Профилактические и противоэпидемические мероприятия, прежде всего иммунизация лиц из групп риска, позволяют удерживать эпидемическую ситуацию на социально приемлемом уровне, предупреждать тяжелые осложнения и летальные исходы от гриппа. Благодаря проводимым мероприятиям экономический ущерб от заболеваемости гриппом и ОРВИ снизился на 30%.

Сохраняет свою актуальность борьба с *клещевым вирусным энцефалитом*. В течение последних 15 лет повсеместно увеличена численность и расширен ареал иксодовых клещей. Одно из важнейших направлений профилактики клещевого вирусного энцефалита — специфическая иммунизация населения. В течение последних 5 лет увеличено общее число привитых лиц. Однако иммунизация населения эндемичных территорий в России остается недостаточной.

Одна из важнейших проблем как здравоохранения, так и ветеринарии — борьба с *бешенством*. Его эпидемиологическая значимость определяется абсолютной летальностью, повсеместным распространением, прямой связью с заболеваниями животных, уровнем социально-экономического развития государства и оказания антирабической помощи населению.

Эффективность государственного контроля (надзора) заключается в достижении значений показателей, характеризующихся не только снижением инфекционной заболеваемости, но и динамикой в других сферах деятельности Роспотребнадзора.

## **18.2. 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 (выполнения работ, оказания услуг), не соответствующих обязательным требованиям, и информированию об этом потребителей;
- направления в орган, осуществляющий лицензирование, материалов о нарушении прав потребителей для рассмотрения вопросов о приостановлении действия или аннулировании соответствующей лицензии;
- направления в органы прокуратуры, другие правоохранительные органы материалов для решения вопросов о возбуждении уголовных дел по признакам преступлений, связанных с нарушением прав потребителей;
- обращения в суд с заявлениями в защиту прав потребителей;
- привлечения к ответственности за нарушения законодательства РФ в сфере защиты прав потребителей на потребительском рынке.

Настоящий закон регулирует отношения, возникающие между потребителями и изготовителями, исполнителями, продавцами при продаже товаров (выполнении работ, оказании услуг), устанавливает права потребителей на приобретение товаров (работ, услуг) надлежащего качества и безопасных для жизни, здоровья и окружающей среды.

## **18.3. ОРГАНЫ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР И КОНТРОЛЬ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НА ПОТРЕБИТЕЛЬСКОМ РЫНКЕ**

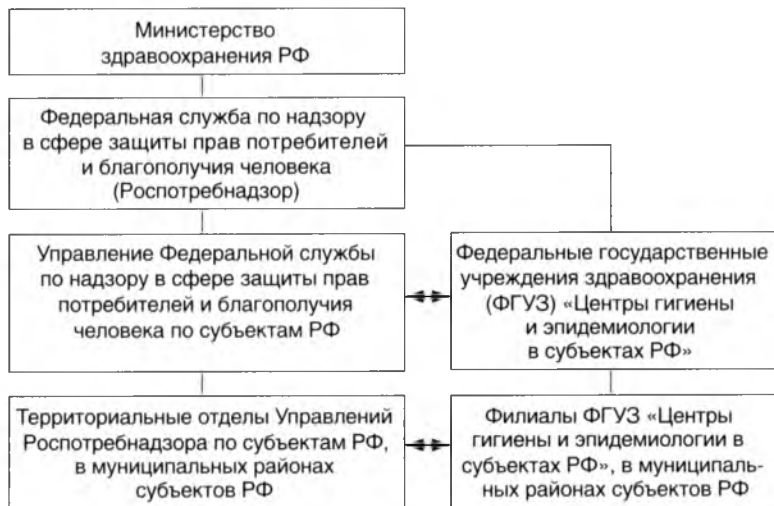
В 2004 г. в соответствии с Указом Президента РФ была образована Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), которая стала правопре-



емником Государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ. На Роспотребнадзор возложено решение двух важнейших задач:

- контроль и надзор в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- защита прав потребителей на потребительском рынке.

Роспотребнадзор находится в ведении Министерства здравоохранения РФ и осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы (рис. 18.1).



**Рис. 18.1.** Организационная структура Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека — Главный государственный санитарный врач РФ.

Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека служит **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 — главный государственный санитарный врач 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.

В функции Управления по субъекту РФ, в соответствии с возложенными на него задачами, входят:

- 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;
- организация 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 РФ товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека;
- организация 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 подготовки приказов и иных документов, обсуждения актуальных вопросов на совместных коллегиях, совещаниях, семинарах, конференциях.

Приоритетное направление деятельности Роспотребнадзора и его территориальных органов заключается в осуществлении комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. В их число входят организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных и массовых инфекционных заболеваний (отравлений), их ликвидацию.

Для оценки эффективности проводимых мероприятий в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также подготовки дополнительных предложений по устранению вредных воздействий факторов среды обитания человека на территории РФ проводится социально-гигиенический мониторинг на основании Положения, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 02.02.2006 г. № 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 — разработка 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 обеспечения деятельности управлений Роспотребнадзора по субъектам РФ созданы **федеральные государственные учреждения здравоохранения «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 — некоммерческие организации, входящие в единую федеральную централизованную систему органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический контроль и надзор.

Основные задачи центров гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ:

- проведение необходимых для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического контроля и надзора исследований, испытаний, измерений, экспертиз и иных видов оценок;
- осуществление государственного учета инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваний, пищевых отравлений, других заболеваний и отравлений, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека;
- обеспечение социально-гигиенического мониторинга, оценки риска воздействия вредных и опасных факторов среды обитания на здоровье человека;
- проведение статистического наблюдения 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.

## **ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы.
3. Составить и оформить структурно-логическую схему, раскрывающую взаимосвязь между территориальным Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и медицинскими организациями территории.
4. Изучить правовые нормативные документы по реализации обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей на потребительском рынке.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие две важнейшие задачи возложены на Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека?

2. Раскройте понятие «санитарно-эпидемиологическое благополучие населения».

3. Перечислите комплекс мероприятий, который должен проводиться для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

4. Назовите основные направления, по которым предусмотрена защита прав потребителей на потребительском рынке.

5. Приведите организационно-функциональную структуру Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

6. Перечислите задачи территориального Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

7. Дайте определение понятия «социально-гигиенический мониторинг».

8. Перечислите основные задачи центров гигиены и эпидемиологии субъектов РФ.

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

## 19.1. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Несмотря на большое разнообразие национальных и исторических особенностей, имеющих место в различных странах мира, выделяют пять устойчиво функционирующих моделей здравоохранения:

- модель здравоохранения без государственного регулирования;
- модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан;
- модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для большинства граждан;
- монопольная государственная модель здравоохранения;
- модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования.

Эти модели принципиально отличаются друг от друга: во-первых, степенью участия государства в управлении здравоохранением; во-вторых, формами собственности производителей медицинских услуг; в-третьих, степенью охвата населения программами государственной поддержки; в-четвертых, источниками финансирования здравоохранения.

Условно первую и вторую модели можно отнести к негосударственным (частным), а последние три — к государственным моделям здравоохранения. В странах с неустойчивыми политическими системами и переходной экономикой могут встречаться промежуточные формы (переходные модели), включающие элементы разных моделей.

**Модель здравоохранения без государственного регулирования.** Эта модель основана на простых законах потребительского рынка. Виды и объем медицинской помощи формируются путем саморегулирования спроса и предложения на медицинские услуги. Неимущие слои населения не имеют доступа к квалифицированной медицинской помощи. Для такой модели характерно отсутствие существенной государственной поддержки малоимущих категорий граждан. Производители медицинских услуг представлены врачами частной практики. Участие государства сводится к обеспечению необходимых противоэпидемических мероприятий и минимальных санитарных условий в общественных местах. Государство также берет на себя обязанность по изоляции и лечению больных, представляющих опасность для общества (инфекционных, психических и т.д.).

В этой системе здравоохранения оплата медицинской помощи осуществляется непосредственно потребителями медицинских услуг — пациентами. Для нее характерны следующие признаки:

- основной источник финансирования медицинской помощи — личные средства граждан;
- свободные (нерегулируемые) цены на медицинские услуги;
- свободный выбор врача;
- высокие доходы врачей;
- ограниченная доступность медицинской помощи большинству граждан.

Такая модель здравоохранения существует в ряде развивающихся стран Азии и Африки.

**Модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан.** Эта модель здравоохранения возникла в эпоху раннего капитализма. Ее появление было связано с развитием сложных медицинских технологий (полостная хирургия, наркоз, инструментальные методы обследования и т.д.), 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, боль-

ной — за здорового. Это стало удобно для большинства пациентов. Механизм страхового дела совершенствовался в течение десятилетий. Формировалась юридическая база для правового регулирования отношений между страховщиками (работодателями, частными лицами), страховыми компаниями, частными производителями медицинских услуг, адвокатскими конторами, которые разрешали спорные вопросы, и т.д.

В этот период постепенно усиливалась роль государства в формировании законодательной правовой базы, возникли отдельные элементы ОМС для отдельных категорий граждан (программы для немущих и инвалидов в США). Таким образом, формировалась государственная поддержка отдельных категорий граждан в получении медицинской помощи. Однако эта поддержка государства 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;
- высокая доля национального дохода, выделяемого на здравоохранение;
- высокие доходы врачей, других медицинских работников;
- высокая стоимость медицинских услуг, ограниченная доступность медицинской помощи для широких слоев населения;
- недостаточное внимание к помощи на дому и профилактике, приоритет в лечении «легких» заболеваний;
- неэффективное использование ресурсов, преобладание затратных хозяйственных механизмов;
- гипердиагностика, выполнение значительной доли дорогостоящих процедур и вмешательств без достаточных медицинских показаний;
- государственная поддержка отдельных категорий граждан.

Такая модель характерна для здравоохранения США, ряда арабских, африканских и латиноамериканских стран.

**Модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для большинства граждан.** Более прогрессивная и совершен-



шенная модель ОМС зародилась в конце XIX в. в Германии и получила развитие в период после Первой мировой войны в большинстве европейских стран. Основной характеристикой такой модели служит 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 этой модели здравоохранения характерны следующие положительные стороны:

- наличие нескольких основных источников финансирования (бюджетные средства, обязательные платежи по страхованию, осуществляемые как работодателями, так и самими работниками);
- высокая доля национального дохода, выделяемого на здравоохранение;
- наличие централизованной системы финансирования, основанной на независимых специализированных организациях (фондах, страховых компаниях);
- большое внимание со стороны финансирующих организаций к контролю качества медицинской помощи и объемам расходов при оказании медицинских услуг;
- регулируемое ценообразование на медицинские услуги, многообразие форм и способов оплаты медицинской помощи;
- обеспечение высокого, гарантированного государством уровня качества оказания медицинской помощи.

Основной недостаток — недостаточно полный охват населения программами ОМС.

В настоящее время данная модель наиболее развита в Германии и Франции и называется *регулируемой системой страхования здоровья*.

**Монопольная государственная модель здравоохранения.** После Октябрьской революции (1917 г.) в нашей стране была создана монопольная государственная модель здравоохранения. 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 разви-

тие медицинских учреждений производится в соответствии с государственными нормативами по штатам, ресурсам, заработной плате и т.д. Монопольная государственная модель здравоохранения имеет ряд неоспоримых преимуществ:

- высокая степень социальной защищенности граждан путем установления всеобщих гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи;
- строгий государственный контроль за условиями оказания медицинской помощи;
- воздействие на заболеваемость управляемыми инфекциями путем проведения иммунизации населения;
- высокая степень мобилизационной готовности при чрезвычайных ситуациях.

В то же время, к существенным недостаткам этой модели следует отнести:

- низкоэффективную бюрократическую систему управления;
- недостаток дополнительных платных и сервисных услуг и отсутствие конкурентной среды;
- низкую заработную плату медицинских работников;
- отсутствие экономических стимулов в работе медицинского персонала;
- отсутствие системы независимого контроля за качеством медицинской помощи;
- диспропорции в развитии стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи;
- низкая 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. Однако 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 национальную систему здравоохранения и управлять ею.

Основной отрицательный фактор монопольной государственной модели здравоохранения заключается в том, что финансирование медицинской деятельности осуществляется исключительно из государственного бюджета по остаточному принципу. В этой модели не предусмотрено использование принципов ни обязательного, ни добровольного медицинского страхования (см. главу 5).

**Модель здравоохранения на основе всеобщего государственно-медицинского страхования.** После Второй мировой войны ряд ведущих стран мира (Великобритания, Италия, Испания, Япония, Канада) заимствовали у Советского Союза положительные стороны монопольной государственной системы здравоохранения и построили принципиально новую модель государственного медицинского страхования.

Характерная черта для этой модели здравоохранения, основанной на всеобщем государственном медицинском страховании, заключается в том, что государство непосредственно координирует работу всех медицинских учреждений и само обеспечивает производство медицинских услуг всему населению страны. Система государственного страхования служит 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 ОМС, наиболее приближена к этой модели.

## **19.2. ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

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, чаще называемую ВОЗ (World Health Organization, WHO). Устав ВОЗ был ратифицирован 7 апреля 1948 г., с тех пор этот день отмечается как Всемирный день здоровья.

ВОЗ — это специальное агентство Организации Объединенных Наций (ООН), состоящее из 192 государств-членов, основная задача которого заключается в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения мира. В состав ВОЗ входят государства — члены ООН, хотя в нее возможен прием и не входящих в ООН стран.

Официальные языки ВОЗ — английский и французский, рабочие (кроме указанных) — русский, испанский, арабский, китайский, немецкий.

Деятельность ВОЗ осуществляется следующими уполномоченными органами: Всемирной ассамблеей по здравоохранению, Исполнительным комитетом, Секретариатом.

Высшим органом ВОЗ служит Всемирная ассамблея здравоохранения, которая состоит из делегатов, представляющих государства — члены ВОЗ. Сессии Ассамблеи созываются ежегодно. Между сессиями высшим органом ВОЗ служит Исполнительный комитет, включающий представителей 30 государств (среди них 5 постоянных членов: США, Россия, Великобритания, Франция и Китай). Он собирается на очередные сессии 2 раза в год. Центральный административный орган ВОЗ — Секретариат, возглавляемый Генеральным директором, которого назначает Ассамблея по представлению Исполнительного комитета сроком на 5 лет. Штаб-квартира Секретариата находится в Женеве (Швейцария). У Генерального директора работают шесть помощников, один из которых — представитель РФ. Секретариат ВОЗ состоит из пяти отделов:

- гигиены окружающей среды и санитарной статистики;
- укрепления служб здравоохранения и охраны здоровья семьи;
- неинфекционных болезней, развития кадров здравоохранения и лекарственных средств;
- административного руководства и персонала;
- бюджета и финансов.

Для оказания государствам адекватной помощи с учетом специфических для данной страны проблем здравоохранения в рамках ВОЗ создано 6 региональных организаций. Каждая такая организация имеет региональный комитет, который состоит из представителей государств — членов ВОЗ, входящих в данный географический регион. Исполнительными органами этих организаций служат 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 ВОЗ.

Основные направления деятельности ВОЗ:

- 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, номенклатуры 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 т.д. 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 были кампания по борьбе с малярией, распространенность которой сократилась почти в 2 раза, программа иммунизации против инфекционных заболеваний, борьба с ВИЧ-инфекцией; формирование служб ПМСП и др. Основная роль ВОЗ в достижении поставленных целей — консультативная, экспертная и техническая помощь странам, а также предоставление необходимой информации. Это делается для того, чтобы научить страны самим решать ключевые проблемы охраны здоровья населения.

На сегодня ВОЗ определила следующие наиболее важные направления деятельности национальных систем здравоохранения: борьба с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, малярией, содействие безопасной беременности, охрана здоровья матери и ребенка, подростков, улучшение психического здоровья и др.

ВОЗ сотрудничает с большинством неправительственных международных организаций, в том числе с Лигой обществ Красного Креста, Международным обществом реабилитации, Всемирной медицинской ассоциацией, Советом международных медицинских научных организаций, Всемирной федерацией помощи слепым и др.

## ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Изучить материалы главы учебника, рекомендуемой литературы.
2. Ответить на контрольные вопросы.
3. Подобрать интернет-источники по характеристике функционирования социально-экономических моделей здравоохранения в отдельных странах.
4. Подготовить реферат-презентацию по одной из предлагаемых тем:
  - система здравоохранения в странах СНГ;
  - система здравоохранения в экономически развитых странах Западной Европы;
  - система здравоохранения в странах Восточной Европы;
  - система здравоохранения в странах Азии;
  - система здравоохранения в странах Латинской Америки;
  - система здравоохранения в США;
  - система здравоохранения в странах Африки.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите социально-экономические модели здравоохранения.
2. Охарактеризуйте модель здравоохранения без государственного регулирования.
3. Дайте характеристику модели здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан.
4. Опишите модель здравоохранения с государственным регулированием ОМС для большинства граждан.
5. Охарактеризуйте монопольную государственную модель здравоохранения.
6. Дайте характеристику модели здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования.
7. Какова структура ВОЗ?

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### **ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.02.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО» (утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 мая 2014 г. № 514)**

#### **(выписка)**

#### **V. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА**

5.1. Фельдшер должен обладать общими компетенциями, включающими в себя способность:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

5.2. Фельдшер должен обладать профессиональными компетенциями, соответствующими видам деятельности:

5.2.1. Диагностическая деятельность.

ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.4. Проводить диагностику беременности.

ПК 1.5. Проводить диагностику комплексного состояния здоровья ребенка.

ПК 1.6. Проводить диагностику смерти.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

5.2.2. Лечебная деятельность.

ПК 2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп.

ПК 2.2. Определять тактику ведения пациента.

ПК 2.3. Выполнять лечебные вмешательства.

ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения.

ПК 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента.

ПК 2.6. Организовывать специализированный сестринский уход за пациентом.

ПК 2.7. Организовывать оказание психологической помощи пациенту и его окружению.

ПК 2.8. Оформлять медицинскую документацию.

5.2.3. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе.

ПК 3.1. Проводить диагностику неотложных состояний.

ПК 3.2. Определять тактику ведения пациента.

ПК 3.3. Выполнять лечебные вмешательства по оказанию медицинской помощи на догоспитальном этапе.

ПК 3.4. Проводить контроль эффективности проводимых мероприятий.

ПК 3.5. Осуществлять контроль состояния пациента.

ПК 3.6. Определять показания к госпитализации и проводить транспортировку пациента в стационар.

ПК 3.7. Оформлять медицинскую документацию.

ПК 3.8. Организовывать и оказывать неотложную медицинскую помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

5.2.4. Профилактическая деятельность.

ПК 4.1. Организовывать диспансеризацию населения и участвовать в ее проведении.



ПК 4.2. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия на закрепленном участке.

ПК 4.3. Проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения.

ПК 4.4. Проводить диагностику групп здоровья.

ПК 4.5. Проводить иммунопрофилактику.

ПК 4.6. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья различных возрастных групп населения.

ПК 4.7. Организовывать здоровьесберегающую среду.

ПК 4.8. Организовывать и проводить работу школ здоровья для пациентов и их окружения.

ПК 4.9. Оформлять медицинскую документацию.

5.2.5. Медико-социальная деятельность.

ПК 5.1. Осуществлять медицинскую реабилитацию пациентов с различной патологией.

ПК 5.2. Проводить психосоциальную реабилитацию.

ПК 5.3. Осуществлять паллиативную помощь.

ПК 5.4. Проводить медико-социальную реабилитацию инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий и лиц из группы социального риска.

ПК 5.5. Проводить экспертизу временной нетрудоспособности.

ПК 5.6. Оформлять медицинскую документацию.

5.2.6. Организационно-аналитическая деятельность.

ПК 6.1. Рационально организовывать деятельность персонала с соблюдением психологических и этических аспектов работы в команде.

ПК 6.2. Планировать свою деятельность на фельдшерско-акушерском пункте, в здравпункте промышленных предприятий, детских дошкольных учреждениях, центрах общей врачебной (семейной) практики и анализировать ее эффективность.

ПК 6.3. Вести медицинскую документацию.

ПК 6.4. Организовывать и контролировать выполнение требований противопожарной безопасности, техники безопасности и охраны труда на ФАПе, в здравпункте промышленных предприятий, детских дошкольных учреждениях, центрах, офисе общей врачебной (семейной) практики.

ПК 6.5. Повышать профессиональную квалификацию и внедрять новые современные формы работы.

5.2.7. Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих, должностям служащих (приложение к ФГОС СПО).

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2****ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ  
СТАНДАРТ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.02.02 «АКУШЕРСКОЕ ДЕЛО» (утвержден  
приказом Министерства образования и науки Российской  
Федерации от 12 мая 2014 г. № 514)****(выписка)****V. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ  
ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА**

5.1. Акушерка/акушер (базовой подготовки) должен обладать общими компетенциями, включающими в себя способность:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

5.2. Акушерка/акушер (базовой подготовки) должен обладать профессиональными компетенциями, соответствующими видам деятельности:

5.2.1. Медицинская и медико-социальная помощь женщине, новорожденному, семье при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода.

ПК 1.1. Проводить диспансеризацию и патронаж беременных и родильниц.

ПК 1.2. Проводить физиопсихопрофилактическую подготовку беременных к родам, обучение мерам профилактики осложнений беременности, родов и послеродового периода.

ПК 1.3. Оказывать лечебно-диагностическую помощь при физиологической беременности, родах и в послеродовом периоде.

ПК 1.4. Оказывать акушерское пособие при физиологических родах.

ПК 1.5. Проводить первичный туалет новорожденного, оценивать и контролировать динамику его состояния, осуществлять уход и обучать родителей уходу за новорожденным.

ПК 1.6. Применять лекарственные средства по назначению врача.

ПК 1.7. Информировать пациентов по вопросам охраны материнства и детства, медицинского страхования.

5.2.2. Медицинская помощь беременным и детям при заболеваниях, отравлениях и травмах.

ПК 2.1. Проводить лечебно-диагностическую, профилактическую, санитарно-просветительскую работу с пациентами с экстрагенитальной патологией под руководством врача.

ПК 2.2. Выявлять физические и психические отклонения в развитии ребенка, осуществлять уход, лечебно-диагностические, профилактические мероприятия детям под руководством врача.

ПК 2.3. Оказывать доврачебную помощь при острых заболеваниях, несчастных случаях, чрезвычайных ситуациях и в условиях эпидемии.

5.2.3. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни.

ПК 3.1. Проводить профилактические осмотры и диспансеризацию женщин в различные периоды жизни.

ПК 3.2. Проводить лечебно-диагностические мероприятия гинекологическим больным под руководством врача.

ПК 3.3. Выполнять диагностические манипуляции самостоятельно в пределах своих полномочий.

ПК 3.4. Оказывать доврачебную помощь пациентам при неотложных состояниях в гинекологии.

ПК 3.5. Участвовать в оказании помощи пациентам в периоперативном периоде.

ПК 3.6. Проводить санитарно-просветительскую работу по вопросам планирования семьи, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья.

5.2.4. Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода.

ПК 4.1. Участвовать в проведении лечебно-диагностических мероприятий беременной, роженице, родильнице с акушерской и экстрагенитальной патологией и новорожденному.

ПК 4.2. Оказывать профилактическую и медико-социальную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.

ПК 4.3. Оказывать доврачебную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.

ПК 4.4. Осуществлять интенсивный уход при акушерской патологии.

ПК 4.5. Участвовать в оказании помощи пациентам в периоперативном периоде.

5.2.5. Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих, должностям служащих.

5.3. Акушерка/акушер (углубленной подготовки) должен обладать общими компетенциями, включающими в себя способность:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

5.4. Акушерка/акушер (углубленной подготовки) должен обладать профессиональными компетенциями, соответствующими видам деятельности:

5.4.1. Медицинская и медико-социальная помощь женщине, новорожденному, семье при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода.

ПК 1.1. Проводить диспансеризацию и патронаж беременных, родильниц самостоятельно.

ПК 1.2. Проводить физиопсихопрофилактическую подготовку беременных к родам, обучать мерам профилактики осложнений беременности, родов и послеродового периода.

ПК 1.3. Оказывать лечебно-диагностическую помощь при физиологической беременности, родах и в послеродовом периоде.

ПК 1.4. Применять лекарственные средства по назначению врача.

ПК 1.5. Оценивать, контролировать динамику состояния новорожденного и осуществлять уход.

ПК 1.6. Обучать родителей уходу за новорожденным.

ПК 1.7. Информировать пациентов по вопросам охраны материнства и детства, медицинского страхования.

5.4.2. Медицинская помощь беременным и детям при заболеваниях, отравлениях и травмах.

ПК 2.1. Проводить лечебно-диагностическую, профилактическую, санитарно-просветительскую работу с пациентами с экстрагенитальной патологией под руководством врача.

ПК 2.2. Выявлять физические и психические отклонения в развитии ребенка, осуществлять уход, лечебно-диагностические, профилактические мероприятия детям под руководством врача.

ПК 2.3. Оказывать доврачебную помощь при острых заболеваниях, несчастных случаях, чрезвычайных ситуациях и в условиях эпидемии.

ПК 2.4. Обучать население приемам оказания первой медицинской помощи.

5.4.3. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни.

ПК 3.1. Проводить профилактические осмотры и диспансеризацию женщин в различные периоды жизни.

ПК 3.2. Проводить лечебно-диагностические мероприятия гинекологическим больным под руководством врача.

ПК 3.3. Выполнять диагностические манипуляции самостоятельно, в пределах своих полномочий.

ПК 3.4. Оказывать профилактическую помощь гинекологическим больным самостоятельно.

ПК 3.5. Оказывать доврачебную помощь пациентам при неотложных состояниях в гинекологии.

ПК 3.6. Оказывать помощь пациентам в периоперативном периоде.

ПК 3.7. Проводить санитарно-просветительскую работу по вопросам планирования семьи, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья.

5.4.4. Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода.

ПК 4.1. Проводить лечебно-диагностические мероприятия беременной, роженице, родильнице с акушерской и экстрагенитальной патологией под руководством врача.

ПК 4.2. Оказывать профилактическую и медико-социальную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.

ПК 4.3. Оказывать доврачебную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.

ПК 4.4. Осуществлять интенсивный уход при акушерской патологии.

ПК 4.5. Ассистировать врачу и выполнять акушерские операции в пределах своих полномочий.

ПК 4.6. Оказывать помощь в периоперативном периоде.

ПК 4.7. Обучать пациентов и членов семьи навыкам самоухода и ухода в послеоперационном периоде.

5.4.5. Высокотехнологичная помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

ПК 5.1. Участвовать в ранней диагностике патологии репродуктивной функции.

ПК 5.2. Участвовать в оказании высокотехнологичной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам из групп высокой степени риска и новорожденным.

ПК 5.3. Участвовать в проведении неонатального и аудиологического скрининга.

ПК 5.4. Участвовать в разработке профилактических программ с целью снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

5.4.6. Организация и управление персоналом акушерско-гинекологической службы учреждений здравоохранения.

ПК 6.1. Контролировать качество и эффективность оказания акушерско-гинекологической помощи.

ПК 6.2. Работать с организационно-распорядительной документацией.

ПК 6.3. Осуществлять контроль деятельности среднего и младшего медицинского, вспомогательного и технического персонала.

ПК 6.4. Вести учет и рационально использовать материальные ценности учреждения здравоохранения (структурного подразделения).

ПК 6.5. Организовывать надлежащий фармакологический порядок в учреждении здравоохранения (структурном подразделении).

ПК 6.6. Планировать и организовывать работу по повышению квалификации среднего медицинского персонала.

5.4.7. Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих, должностям служащих.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3****ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ  
СТАНДАРТ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО  
СПЕЦИАЛЬНОСТИ 34.02.01 «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО» (утвержден  
приказом Министерства образования и науки Российской  
Федерации от 12 мая 2014 г. № 502)****(выписка)****V. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ  
ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА**

5.1. Медицинская сестра/медицинский брат (базовой подготовки) должен обладать общими компетенциями, включающими в себя способность:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

5.2. Медицинская сестра/медицинский брат (базовой подготовки) должен обладать профессиональными компетенциями, соответствующими видам деятельности:

5.2.1. Проведение профилактических мероприятий.

ПК 1.1. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.

ПК 1.2. Проводить санитарно-гигиеническое воспитание населения.

ПК 1.3. Участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

5.2.2. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

5.2.3. Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных и экстремальных состояниях.

ПК 3.1. Оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях и травмах.

ПК 3.2. Участвовать в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

ПК 3.3. Взаимодействовать с членами профессиональной бригады и добровольными помощниками в условиях чрезвычайных ситуаций.

5.2.4. Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих, должностям служащих.

5.3. Медицинская сестра/медицинский брат (углубленной подготовки) должен обладать общими компетенциями, включающими в себя способность:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Решать проблемы, оценивать риски и принимать решения в нестандартных ситуациях.



ОК 4. Осуществлять поиск, анализ и оценку информации, необходимой для постановки и решения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии для совершенствования профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Ставить цели, мотивировать деятельность подчиненных, организовывать и контролировать их работу с принятием на себя ответственности за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать повышение квалификации.

ОК 9. Быть готовым к смене технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ОК 14. Сформировать мотивацию здорового образа жизни контингента.

ОК 15. Организовывать обучение и контроль знаний и умений подчиненных.

ОК 16. Создавать благоприятную производственную среду в трудовом коллективе.

5.4. Медицинская сестра/медицинский брат (углубленной подготовки) должен обладать профессиональными компетенциями, соответствующими видам деятельности:

5.4.1. Проведение профилактических мероприятий.

ПК 1.1. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.

ПК 1.2. Проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения.

ПК 1.3. Участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

5.4.2. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объясняя ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами.

- ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.
- ПК 2.5. Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделиями медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.
- ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.
- ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.
- ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.
- 5.4.3. Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных и экстремальных состояниях.
- ПК 3.1. Оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях и травмах.
- ПК 3.2. Участвовать в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.
- ПК 3.3. Взаимодействовать с членами профессиональной бригады и добровольными помощниками в условиях чрезвычайных ситуаций.
- 5.4.4. Осуществление организационной и исследовательской сестринской деятельности.
- ПК 4.1. Организовывать подбор и расстановку среднего и младшего медицинского персонала.
- ПК 4.2. Организовывать рациональную работу исполнителей.
- ПК 4.3. Определять и планировать потребность в материально-технических ресурсах и осуществлять контроль за их рациональным использованием.
- ПК 4.4. Проводить исследовательскую работу по анализу и оценке качества сестринской помощи, способствовать внедрению современных медицинских технологий.
- ПК 4.5. Работать с нормативно-правовой, учетно-отчетной и медицинской документацией.
- 5.4.5. Организация и проведение лечебно-диагностических, реабилитационных и профилактических мероприятий в отношении пациентов всех возрастных категорий в системе первичной медико-санитарной помощи, в учреждениях специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.
- ПК 5.1. Организовывать и оказывать сестринскую помощь, консультировать по вопросам укрепления здоровья пациента, его семьи, в том числе и детей; групп населения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.
- ПК 5.2. Проводить мониторинг развития ребенка в пределах своих полномочий.
- ПК 5.3. Организовывать и оказывать специализированную и высокотехнологичную сестринскую помощь пациентам всех возрастных категорий.
- 5.4.6. Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих, должностям служащих.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 4****ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ  
СТАНДАРТ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ 060500 «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»  
(КВАЛИФИКАЦИЯ (СТЕПЕНЬ) «БАКАЛАВР») (утвержден Приказом  
Министерства образования и науки Российской Федерации  
от 17 января 2011 г. № 57)****(выписка)****V. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ОСНОВНЫХ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ БАКАЛАВРИАТА**

5.1. Выпускник должен обладать следующими общекультурными компетенциями (ОК):

- владением культурой мышления, способен к обобщению, анализу, восприятию информации, постановке цели и выбору путей ее достижения (ОК-1);
- умением логически верно, аргументированно и ясно строить устную и письменную речь (ОК-2);
- готовностью к кооперации с коллегами, работе в коллективе (ОК-3);
- способностью находить организационно-управленческие решения в нестандартных ситуациях и готов нести за них ответственность (ОК-4);
- умением использовать нормативные правовые документы в своей деятельности (ОК-5);
- стремлением к саморазвитию, повышению своей квалификации и мастерства (ОК-6);
- умением критически оценивать свои достоинства и недостатки, намечать пути и выбрать средства развития достоинств и устранения недостатков (ОК-7);
- осознанием социальной значимости своей будущей профессии, обладанием высокой мотивацией к выполнению профессиональной деятельности (ОК-8);
- использованием основных положений и методов социальных, гуманитарных и экономических наук при решении социальных и профессиональных задач, способностью анализировать социально значимые проблемы и процессы (ОК-9);
- использованием основных законов естественнонаучных дисциплин в профессиональной деятельности, применением методов математического анализа, теоретического и экспериментального исследования (ОК-10);
- способностью понимать сущность и значение информации в развитии современного информационного общества, осознанием опасностей и

угроз, возникающих в этом процессе, соблюдением основных требований информационной безопасности, в том числе защиты государственной тайны (ОК-11);

- владением основными методами, способами и средствами получения, хранения, переработки информации, наличием навыков работы с компьютером как средством управления информацией (ОК-12);
- способностью работать с информацией в глобальных компьютерных сетях (ОК-13);
- владением одним из иностранных языков на уровне не ниже разговорного (ОК-14);
- владением основными методами защиты производственного персонала и населения от возможных последствий аварий, катастроф, стихийных бедствий (ОК-15);
- владением средствами самостоятельного, методически правильного использования методов физического воспитания и укрепления здоровья, готовностью к достижению должного уровня физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности (ОК-16).

5.2. Выпускник должен обладать следующими профессиональными компетенциями (ПК):

- лечебно-диагностическая деятельность:
  - способностью выполнять сестринские манипуляции (оказывать медицинские услуги), подготавливать пациента к диагностическим процедурам, осуществлять лекарственную терапию по назначению врача (ПК-1);
  - готовностью обеспечить квалифицированный уход за пациентом с учетом его индивидуальных потребностей и проблем, на основе владения методами сбора и оценки данных о состоянии здоровья пациента, методологии сестринского процесса, результатов оценки эффективности оказания медицинской и медико-социальной помощи пациенту (ПК-2);
  - готовностью к взаимодействию с коллегами и работе в коллективе, в том числе в составе лечебной бригады, в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи больным (ПК-3);
  - готовностью оказать медицинскую помощь при неотложных и угрожающих жизни состояниях (ПК-4);
- реабилитационная деятельность:
  - способностью и готовностью к участию в разработке и реализации специализированных реабилитационных программ (ПК-5);
  - способностью и готовностью к организации сестринского обеспечения реабилитационной работы в учреждении здравоохранения (ПК-6);
- медико-профилактическая деятельность:
  - способностью применять знания общих закономерностей происхождения и развития жизни, строения и функционирования клеток, тканей, органов и систем организма, представления о факторах

формирования здоровья, защитно-приспособительных процессах, регуляции и саморегуляции в норме и патологии, с целью проведения целенаправленных мероприятий по профилактике заболеваний, укреплению, восстановлению здоровья индивида и группы населения (ПК-7);

- способностью вести пропаганду здорового образа жизни на основе научного представления о здоровом образе жизни, владения методами, умениями и навыками физического самосовершенствования (ПК-8);
  - способностью консультировать пациента (семью) по вопросам профилактики обострений заболеваний, их осложнений, травматизма, вопросам организации рационального питания, обеспечения безопасной среды, физической нагрузки (ПК-9);
  - способностью обеспечить выполнение требований к лечебно-охранительному, санитарно-гигиеническому и санитарно-эпидемиологическому режиму в медицинском учреждении (ПК-10);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовностью работать с нормативно-распорядительной документацией и применять основы экономических и правовых знаний для реализации профессиональных функций в области здравоохранения (ПК-11);
  - способностью и готовностью к реализации правовой компетентности, соблюдению норм в области профессиональной деятельности и оказанию помощи в защите прав и интересов пациента (ПК-12);
  - способностью к руководству сестринским персоналом и готовностью к разработке управленческих решений по повышению эффективности работы структурного подразделения/учреждения (ПК-13);
  - способностью к анализу работы, оценке потенциальных возможностей развития и определению потребности в изменениях сестринской службы структурного подразделения/учреждения и готовностью к составлению программ нововведений и разработке плана мероприятий по их реализации (ПК-14);
  - способностью и готовностью к организации мероприятий по оценке, повышению квалификации, переподготовке кадров со средним медицинским образованием (ПК-15);
  - готовностью осуществлять сбор и обработку медико-статистических данных (ПК-16);
- исследовательская деятельность:
- готовностью к оперативному поиску, обмену, анализу информации в области исследований в сестринской практике и медицине; способностью к созданию условий для их осуществления (ПК-17);
  - готовностью проводить исследовательскую работу в области своей профессиональной деятельности (ПК-18).

## ПРИЛОЖЕНИЕ 5

### Образовательные компетенции к главам учебника

#### Глава 1. Исторический очерк о здравоохранении России

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с основными этапами формирования системы здравоохранения в различные исторические периоды развития российского государства.

После изучения главы студент должен **знать**:

- истоки формирования государственной системы здравоохранения в России;
- состояние государственной системы здравоохранения в России XIX в.;
- значение Октябрьской революции (1917 г.) для развития системы здравоохранения;
- роль советского здравоохранения во время Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.);
- особенности развития и состояние здравоохранения в период до начала 90-х годов XX в.;
- особенности развития и состояние здравоохранения в период последнего десятилетия XX и начала XXI вв.;
- современное состояние здравоохранения Российской Федерации.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- использовать полученные исторические знания для понимания и оценки современного состояния отечественного здравоохранения.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-1; ОК-6; ОК-8; ОК-9	ПК-17; ПК-18
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 10	–
31.02.02 «Акушерское дело»		–
34.02.01 «Сестринское дело»		–

#### Глава 2. Общественное здоровье как важнейший социальный и экономический потенциал государства

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с базовыми понятиями здоровья населения, факторами, его определяющими, основными показателями состояния общественного здоровья для обоснования государственных приоритетов, направленных на сохранение и улучшение здоровья населения.

После изучения главы студент должен **знать**:

- значение здоровья в общественном и экономическом развитии страны;
- виды экономических потерь в связи с заболеваемостью населения;

- основные принципы охраны здоровья населения;
- основные понятия здоровья населения;
- факторы, формирующие здоровье населения, как важнейший социальный и экономический потенциал государства;
- определение медицинской демографии, ее основные разделы;
- источники медико-демографической информации;
- основные тенденции медико-демографических процессов и факторы, их определяющие;
- методику расчета и анализа демографических показателей;
- определение понятия заболеваемости;
- значение заболеваемости в оценке общественного здоровья;
- источники получения информации о заболеваемости населения;
- первичные учетные статистические документы, используемые при изучении заболеваемости;
- правила регистрации заболеваний в лечебно-профилактических учреждениях;
- основные тенденции заболеваемости населения РФ и факторы, их определяющие;
- методику расчета и анализа показателей заболеваемости;
- определение понятия инвалидности;
- значение инвалидизации в оценке общественного здоровья;
- источники получения информации об инвалидности населения;
- основные тенденции инвалидности населения РФ и факторы, их определяющие;
- методику расчета и анализа показателей инвалидности;
- определение понятия «физическое здоровье» и его значение для характеристики общественного здоровья;
- методы изучения физического здоровья населения;
- основные тенденции физического здоровья населения РФ и факторы, их определяющие;
- методику расчета и анализа показателей физического здоровья.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- рассчитывать, оценивать и интерпретировать медико-демографические показатели;
- использовать полученную информацию о демографических показателях для анализа общественного здоровья и оценки деятельности учреждений здравоохранения;
- применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), 10-го пересмотра в практической деятельности;
- заполнять основные формы первичной учетной медицинской документации для регистрации случаев рождения, смерти, перинатальной смерти;
- рассчитывать, оценивать и интерпретировать показатели заболеваемости населения;
- заполнять первичные учетные статистические документы при регистрации заболеваний;

- использовать полученную информацию о показателях заболеваемости для анализа общественного здоровья, деятельности учреждений здравоохранения;
- рассчитывать, оценивать и интерпретировать показатели инвалидности населения;
- использовать полученную информацию о показателях инвалидности для анализа общественного здоровья и обоснования реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение здоровья инвалидов;
- заполнять форму первичной учетной медицинской документации при направлении на медико-социальную экспертизу (МСЭ);
- рассчитывать, оценивать и интерпретировать показатели физического здоровья населения;
- использовать полученную информацию о показателях физического здоровья для анализа общественного здоровья.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-1; ОК-4; ОК-5; ОК-8; ОК-9; ОК-10; ОК-16	ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-14; ПК-17; ПК-18
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 11; ОК 13	ПК 1.6; ПК 1.7; ПК 2.8; ПК 3.7; ПК 4.3; ПК 4.4; ПК 4.9; ПК 5.6; ПК 6.3
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 1.7; ПК 5.1; ПК 5.4
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 1.1; ПК 1.2; ПК 1.3; ПК 2.6; ПК 4.5

### Глава 3. Правовые и организационные основы профессиональной деятельности

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с нормативной правовой базой в области охраны здоровья граждан и организационными основами оказания населению РФ медицинской помощи.

После изучения главы студент должен **знать:**

- определение системы здравоохранения;
- организационно-функциональную структуру системы здравоохранения РФ;
- характеристики государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения;
- основные законодательные и нормативные документы, обеспечивающие охрану здоровья граждан;
- права граждан в области охраны здоровья;



- правовое положение медицинских и фармацевтических работников;
- юридическую ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение своих профессиональных обязанностей;
- виды медицинской помощи;
- номенклатуру организаций здравоохранения.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- использовать полученные знания в своей практической медицинской деятельности.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-1; ОК-4; ОК-5; ОК-6; ОК-8; ОК-9	ПК-11; ПК-12; ПК-13; ПК-17
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 4; ОК 7; ОК 11	–
31.02.02 «Акушерское дело»		–
34.02.01 «Сестринское дело»		–

#### Глава 4. Основы экономики здравоохранения

**Цель изучения главы:** показать обучающимся значение экономики здравоохранения в повышении эффективности использования материальных, финансовых, информационных, трудовых и других ресурсов для поддержания, укрепления и восстановления здоровья населения.

После изучения главы студент должен **знать**:

- определение науки «экономика здравоохранения»;
- основные вопросы, рассматриваемые в экономике здравоохранения;
- источники финансирования здравоохранения;
- основные формы оплаты труда в здравоохранении;
- принципы формирования рыночных отношений в здравоохранении;
- особенности формирования рыночных отношений в здравоохранении;
- основные понятия рынка;
- особенности медицинской услуги;
- основные показатели экономической деятельности учреждений здравоохранения;
- методику расчета и анализа показателей экономической деятельности учреждений здравоохранения;
- понятия «медицинская эффективность», «социальная эффективность», «экономическая эффективность» здравоохранения;
- определение понятия «медицинский маркетинг».

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- эффективно использовать имеющиеся в здравоохранении ресурсы;
- рассчитывать, оценивать и интерпретировать показатели экономической деятельности учреждений здравоохранения;
- применять понятие об эффективности в здравоохранении для оценки деятельности учреждений здравоохранения;
- использовать в практической деятельности знания основ медицинского маркетинга.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-4; ОК-5; ОК-6; ОК-9	ПК-11; ПК-12; ПК-13; ПК-17; ПК-18
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 2; ОК 3; ОК 4; ОК 9	ПК 1.1; ПК 2.4; ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.5
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 6.1; ПК 6.2
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 4.3

## Глава 5. Основы медицинского страхования граждан

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с системой медицинского страхования и показать ее роль и значение в оказании медицинской помощи гражданам РФ.

После изучения главы студент должен **знать:**

- предпосылки для введения ОМС в РФ;
- основные термины и понятия, используемые в системе медицинского страхования;
- основные положения законодательных актов о медицинском страховании;
- принципы ОМС;
- функции субъектов и участников ОМС;
- механизм финансирования здравоохранения в условиях ОМС;
- порядок оплаты медицинских услуг в медицинских организациях в системе ОМС;
- права и обязанности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС;
- отличия ОМС от ДМС.

После овладения материалом главы студент должен **уметь:**

- применять принципы ОМС в своей практической медицинской деятельности;
- использовать в практической деятельности инструменты экспертизы качества медицинской помощи;
- применять на практике нормативы объемов и финансовых затрат по видам медицинской помощи.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-4; ОК-5; ОК-6; ОК-9	ПК-11; ПК-12; ПК-13; ПК-17; ПК-18
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 2; ОК 3; ОК 4; ОК 9	ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.3
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 1.7; ПК 2.1; ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.4
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 2.6; ПК 4.3; ПК 4.4; ПК 4.5

## Глава 6. Основы управления здравоохранением

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с основами управления и показать роль управления здравоохранением в повышении эффективности оказания населению медицинской помощи.

После изучения главы студент должен **знать:**

- определение основных понятий и терминов, используемых в управлении;
- основные функции управления;
- принципы управления и их содержание;
- стили управления и их содержание;
- методы управления и их содержание;
- технологию принятия управленческого решения.

После овладения материалом главы студент должен **уметь:**

- анализировать ситуацию и разрабатывать альтернативные варианты управленческих решений;
- принимать управленческие решения в различных ситуациях, складывающихся при оказании медицинской помощи.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-2; ОК-3; ОК-4; ОК-5; ОК-8; ОК-9	ПК-3; ПК-10; ПК-11; ПК-13; ПК-15; ПК-18
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 3; ОК 6; ОК 7; ОК 9; ОК 12; ОК 14	ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.4; ПК 6.5
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.3; ПК 6.4; ПК 6.5; ПК 6.6
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 4.1; ПК 4.2

## Глава 7. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

**Цель изучения главы:** показать обучающимся значение программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — Программа) как основы реализации конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи в РФ.

После изучения главы студент должен **знать**:

- основные задачи Программы;
- виды медицинской помощи, предоставляемые бесплатно в рамках Программы;
- группы нормативов, используемые для разработки Программы;
- виды средних нормативов объемов медицинской помощи;
- виды средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;
- особенности формирования территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- основные задачи территориальной программы.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- в практической деятельности дифференцировать виды медицинской помощи, оказываемой на платной и бесплатной основе;
- использовать нормативы объемов медицинской помощи и финансовых затрат для анализа деятельности медицинского учреждения.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-1; ОК-3; ОК-4; ОК-5	ПК-11; ПК-12; ПК-13; ПК-16; ПК-17
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 4; ОК 9	ПК 1.1; ПК 2.1; ПК 3.2; ПК 4.1; ПК 4.3; ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.3; ПК 6.4; ПК 6.5
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.3; ПК 6.4; ПК 6.5; ПК 6.6
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 1.1; ПК 2.1; ПК 2.3; ПК 2.6; ПК 4.4; ПК 5.3

## Глава 8. Медицинские кадры со средним профессиональным образованием

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с нормативной правовой базой в области охраны здоровья граждан и организационными основами оказания населению РФ медицинской помощи.

После изучения главы студент должен **знать**:

- основные задачи современной кадровой политики в здравоохранении;
- формы статистического учета, используемые для статистического анализа движения и эффективности использования трудовых ресурсов в здравоохранении;

- группы показателей, используемых для статистического анализа трудовых ресурсов;
- методику расчета показателей, используемых для статистического анализа трудовых ресурсов.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- рассчитывать, оценивать и интерпретировать показатели, используемые для статистического анализа трудовых ресурсов;
- использовать полученную информацию о показателях статистического анализа трудовых ресурсов для оценки обеспеченности средним медицинским персоналом.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-3; ОК-6	ПК-12; ПК-14; ПК-15; ПК-18
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 6; ОК 7; ОК 8; ОК 9; ОК 11; ОК 12; ОК 15	ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.4; ПК 6.5
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 6.3; ПК 6.6
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 2.6, ПК 4.1, ПК 4.2

## Глава 9. Организация работы среднего медицинского персонала в амбулаторно-поликлинических учреждениях

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с организацией работы среднего медицинского персонала в АПУ и показать значение статистических показателей для оценки и анализа результатов их деятельности.

После изучения главы студент должен **знать**:

- особенности организации работы среднего медицинского персонала в городской поликлинике для взрослых;
- основные задачи и структуру городской поликлиники для взрослых;
- функции регистратуры городской поликлиники для взрослых;
- функции участковой медицинской сестры городской поликлиники для взрослых;
- первичные учетные статистические формы, используемые в городской поликлинике для взрослых;
- основные статистические показатели деятельности городской поликлиники для взрослых, методику их расчета и анализа;
- особенности организации работы среднего медицинского персонала в городской поликлинике для детей;
- основные задачи и структуру городской поликлиники для детей;
- особенности организации работы регистратуры городской поликлиники для детей;
- функции участковой медицинской сестры городской поликлиники для детей;

- особенности проведения профилактической работы среди детей;
- первичные учетные статистические формы, используемые в городской поликлинике для детей;
- основные статистические показатели деятельности городской поликлиники для детей, методику их расчета и анализа;
- особенности организации работы среднего медицинского персонала женской консультации;
- основные задачи и структуру женской консультации;
- особенности работы регистратуры женской консультации;
- первичные учетные статистические формы, используемые в женской консультации;
- основные статистические показатели деятельности женской консультации и методику их расчета и анализа;
- функции и структуру центров (отделений) общей врачебной (семейной) практики (ЦОВП);
- функции медицинской сестры ЦОВП.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- заполнять формы первичных статистических учетных медицинских документов, которые ведутся в АПУ;
- рассчитывать, оценивать и интерпретировать показатели работы АПУ;
- организовать эффективную работу регистратуры АПУ;
- организовать работу врача, ведущего амбулаторный прием.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
<b>060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)</b>	ОК-1; ОК-3; ОК-4; ОК-5; ОК-6; ОК-8; ОК-9	ПК-1; ПК-3; ПК-8; ПК-9; ПК-13; ПК-14; ПК-15; ПК-16; ПК-18
<b>31.02.01 «Лечебное дело»</b>	ОК 1; ОК 2; ОК 3; ОК 4; ОК 5; ОК 8; ОК 9; ОК 12; ОК 13; ОК 15; ОК 16	ПК 1.1; ПК 1.4; ПК 2.1; ПК 4.1; ПК 4.2; ПК 4.3; ПК 4.4; ПК 4.6; ПК 4.8; ПК 4.9; ПК 5.5; ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.3; ПК 6.4; ПК 6.5
<b>31.02.02 «Акушерское дело»</b>		ПК 1.1; ПК 1.2; ПК 1.7; ПК 3.1; ПК 3.6; ПК 5.1; ПК 5.4; ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.3; ПК 6.4; ПК 6.5; ПК 6.6
<b>34.02.01 «Сестринское дело»</b>		ПК 1.1; ПК 1.2; ПК 1.3; ПК 2.1; ПК 2.6; ПК 2.7; ПК 4.4; ПК 5.1; ПК 5.3

## Глава 10. Организация работы среднего медицинского персонала в больничных учреждениях

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с организацией работы среднего медицинского персонала в больничных учреждениях и показать значение статистических показателей для оценки и анализа результатов их деятельности.

После изучения главы студент должен **знать:**

- особенности организации работы среднего медицинского персонала в городской больнице для взрослых;
- организационную структуру городской больницы для взрослых;
- задачи, функции и организацию работы приемного отделения городской больницы для взрослых;
- обязанности медицинской сестры приемного отделения;
- обязанности палатной медицинской сестры;
- основные формы первичной учетной статистической медицинской документации, используемой в городской больнице для взрослых;
- основные статистические показатели деятельности городской больницы для взрослых и методику их расчета и анализа;
- особенности организации работы среднего медицинского персонала в детской городской больнице;
- особенности организации работы приемного отделения детской городской больницы;
- задачи палатной медицинской сестры детской городской больницы;
- особенности оказания стационарной помощи новорожденным и недоношенным детям;
- основные формы первичной учетной статистической медицинской документации, используемые в детской городской больнице;
- основные статистические показатели деятельности детской городской больницы и методику их расчета и анализа;
- организационные формы стационарзамещающих технологий;
- организацию работы дневных стационаров;
- основные формы первичной учетной медицинской документации дневных стационаров;
- особенности организации работы среднего медицинского персонала родильного дома;
- организационную структуру родильного дома;
- особенности работы приемно-смотрового блока акушерского отделения родильного дома;
- обязанности акушерки акушерского отделения стационара родильного дома;
- особенности оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, а также гинекологическим больным в стационаре родильного дома;
- основные задачи и организационная структура перинатального центра;

- основные формы первичной учетной статистической медицинской документации, используемые в родильном доме;
- основные статистические показатели деятельности родильного дома и методику их расчета и анализа.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- заполнять формы первичных статистических учетных медицинских документов, ведущиеся в больничных учреждениях;
- рассчитывать, оценивать и интерпретировать показатели работы больничных учреждений;
- использовать полученные знания в организации работы медицинской сестры в соответствующих подразделениях больничных учреждений.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-1; ОК-3; ОК-4; ОК-5; ОК-6; ОК-8	ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-10; ПК-12; ПК-13; ПК-14; ПК-15; ПК-16; ПК-18
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 2; ОК 3; ОК 4; ОК 5; ОК 8; ОК 9; ОК 12; ОК 13; ОК 15; ОК 16	ПК 2.1; ПК 2.4; ПК 2.5; ПК 2.8; ПК 5.1; ПК 5.5; ПК 5.6; ПК 6.1; ПК 6.3; ПК 6.5
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 1.2; ПК 3.4; ПК 4.2; ПК 4.7; ПК 5.2; ПК 5.4; ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.3; ПК 6.4; ПК 6.5; ПК 6.6
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 1.1; ПК 1.2; ПК 1.3; ПК 2.1; ПК 2.6; ПК 2.7; ПК 4.4; ПК 5.1; ПК 5.3

## Глава 11. Организация работы среднего медицинского персонала скорой медицинской помощи

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с организацией работы среднего медицинского персонала СМП и показать значение статистических показателей для оценки и анализа результатов деятельности станции (подстанции) СМП.

После изучения модуля студент должен **знать**:

- формы оказания СМП населению;
- определение понятий «экстренная медицинская помощь» и «неотложная медицинская помощь»;
- характеристики СМП;
- структуру службы СМП;
- задачи СМП;
- организационную структуру станции (подстанции) СМП;
- задачи выездной бригады СМП;



- обязанности фельдшера выездной бригады СМП;
- особенности организации работы среднего медицинского персонала в городской больнице для взрослых;
- функции оперативного отдела станции (подстанции) СМП;
- основные формы первичной учетной медицинской документации станций (подстанций) СМП;
- показатели деятельности станций (подстанций) СМП;
- методику расчета и анализа статистических показателей деятельности станций (подстанций) СМП.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- заполнять формы первичных статистических учетных медицинских документов, ведущиеся на станции (подстанции) СМП;
- рассчитывать, оценивать и интерпретировать показатели работы станции (подстанции) СМП;
- использовать полученные знания в организации работы среднего медицинского персонала на станции (подстанции) СМП.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-4; ОК-6; ОК-8; ОК-15	ПК-4; ПК-11; ПК-15; ПК-16; ПК-18
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 2; ОК 3; ОК 4; ОК 5; ОК 8; ОК 9; ОК 12; ОК 13	ПК 3.6; ПК 3.7; ПК 6.1; ПК 6.3; ПК 6.5
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 2.3; ПК 2.4; ПК 3.5; ПК 4.3; ПК 6.2; ПК 6.3
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 1.1; ПК 1.2; ПК 1.3; ПК 2.1; ПК 2.6; ПК 2.7; ПК 3.1; ПК 3.2; ПК 3.3; ПК 4.4; ПК 5.1; ПК 5.3

## Глава 12. Паллиативная медицинская помощь

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с организацией паллиативной медицинской помощи в России и особенностями деятельности медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь.

После изучения главы студент должен **знать**:

- основные причины организации паллиативной медицинской помощи в России;
- определение понятия «паллиативная медицина»;
- основные задачи паллиативной помощи;
- определение терминов «поддерживающее, или сопроводительное, лечение», «восстановительная помощь»;
- показания для получения паллиативной медицинской помощи;

- правила организации паллиативной медицинской помощи;
- основной этический принцип паллиативной помощи;
- особенности оказания паллиативной помощи детям;
- организационные формы оказания населению паллиативной медицинской помощи;
- организацию деятельности кабинета паллиативной медицинской помощи;
- организацию деятельности дневного стационара паллиативной медицинской помощи;
- организацию деятельности отделения паллиативной медицинской помощи;
- требования к среднему медицинскому персоналу при оказании паллиативной медицинской помощи.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- использовать полученные знания в организации работы среднего медицинского персонала при оказании паллиативной медицинской помощи.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-4; ОК-8	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-13; ПК-14; ПК-18
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 2; ОК 3; ОК 4; ОК 5; ОК 7; ОК 8; ОК 9; ОК 11; ОК 12; ОК 13	ПК 5.3; ПК 5.4; ПК 6.1; ПК 6.3; ПК 6.5
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 2.2; ПК 4.7; ПК 5.2; ПК 6.6
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 1.1; ПК 1.2; ПК 1.3; ПК 2.1; ПК 2.6; ПК 2.7; ПК 2.8; ПК 4.4; ПК 5.1

### Глава 13. Особенности организации работы среднего медицинского персонала в учреждениях здравоохранения сельской местности

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с организацией и особенностью работы среднего медицинского персонала в учреждениях здравоохранения сельской местности.

После изучения главы студент должен **знать**:

- особенности в оказании медицинской помощи сельскому населению;
- медицинские учреждения первого этапа оказания медицинской помощи сельскому населению;
- структуру, функции, задачи, организацию работы фельдшерско-акушерского пункта;
- основные формы первичной учетной медицинской документации, ведущиеся на ФАП;

- задачи заведующего фельдшерско-акушерским пунктом;
- функции акушерки фельдшерско-акушерского пункта;
- задачи патронажной медицинской сестры фельдшерско-акушерского пункта;
- функции участковой больницы;
- медицинские учреждения второго этапа оказания медицинской помощи сельскому населению;
- организационную структуру центральной районной больницы;
- значение межрайонных медицинских центров;
- медицинские учреждения третьего этапа оказания медицинской помощи сельскому населению;
- организационную структуру областной (краевой, окружной, республиканской) больницы.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- заполнять формы первичных статистических учетных медицинских документов, ведущиеся на ФАП и в других медицинских учреждениях, оказывающих помощь сельскому населению;
- использовать полученные знания в работе фельдшера, акушерки, медицинской сестры в соответствующих учреждениях, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-4; ОК-6	ПК-1; ПК-3; ПК-4; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-12; ПК-14; ПК-15; ПК-16; ПК-18
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 2; ОК 3; ОК 4; ОК 5; ОК 7; ОК 8; ОК 9; ОК 11; ОК 12; ОК 13; ОК 15; ОК 16	ПК 1.1; ПК 1.7; ПК 2.8; ПК 4.1; ПК 4.2; ПК 4.3; ПК 4.4; ПК 4.5; ПК 4.6; ПК 4.7; ПК 4.8; ПК 4.9; ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.3; ПК 6.4; ПК 6.5
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 1.1; ПК 1.2; ПК 1.7; ПК 2.1; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 3.1; ПК 3.7; ПК 4.2; ПК 4.7; ПК 5.1; ПК 5.4; ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.3; ПК 6.4; ПК 6.5; ПК 6.6
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 1.1; ПК 1.2; ПК 1.3; ПК 2.1; ПК 2.6; ПК 2.7; ПК 4.4; ПК 5.1

## Глава 14. Экспертиза трудоспособности

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с организацией экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности.

После изучения главы студент должен **знать**:

- определение понятий «экспертиза трудоспособности», «трудоспособность», «нетрудоспособность»;
- медицинские и социальные критерии трудоспособности;
- определение понятия «временная нетрудоспособность»;
- виды ВН (полную и частичную);
- организацию экспертизы ВН;
- документ, удостоверяющий ВН;
- причины, при которых выдается листок нетрудоспособности;
- способы выдачи листков нетрудоспособности;
- учреждения, медицинские работники которых не выдают листки нетрудоспособности;
- определение понятия «стойкая нетрудоспособность»;
- определение понятия «медико-социальная экспертиза»;
- условия направления граждан на МСЭ;
- систему государственных учреждений МСЭ;
- статистический документ, используемый при направлении на МСЭ;
- порядок проведения МСЭ;
- показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- рассчитывать и оценивать показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
- использовать полученные знания в своей будущей профессиональной деятельности.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-5	ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-11; ПК-12; ПК-16; ПК-18
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 2; ОК 3	ПК 5.4; ПК 5.5; ПК 5.6
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.3; ПК 6.6
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 2.1; ПК 2.6; ПК 2.7

## Глава 15. Роль средних медицинских работников в организации медицинской профилактики

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с факторами риска возникновения заболеваний и ролью средних медицинских работников в организации медицинской профилактики.

После изучения главы студент должен **знать**:

- основные факторы риска возникновения социально значимых заболеваний;
- определение, основные задачи, виды медицинской профилактики;
- определение понятия «здоровый образ жизни»;
- формы, методы и основные направления пропаганды ЗОЖ;
- основные задачи отделения (кабинета) профилактики;
- роль средних медицинских работников в организации медицинской профилактики.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- обосновывать актуальность медицинской профилактики для сохранения и укрепления здоровья человека;
- определять и оценивать влияние возможных факторов риска возникновения заболеваний у отдельного человека;
- планировать, организовать и осуществлять работу по укреплению здоровья и медицинской профилактике среди различных групп населения;
- использовать различные формы пропаганды ЗОЖ как в индивидуальной работе с человеком, так и на уровне популяции;
- составлять план (конспект) лекции (беседы) по пропаганде ЗОЖ как для индивидуальной работы с человеком, так и на уровне популяции;
- использовать полученные знания для разработки профилактических мероприятий, направленных на формирование ЗОЖ среди конкретных групп населения.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-2; ОК-5; ОК-6; ОК-9; ОК-16	ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-17; ПК-18
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 2; ОК 3; ОК 4; ОК 5; ОК 6; ОК 10; ОК 11; ОК 12; ОК 13; ОК 14	ПК 4.2; ПК 4.3; ПК 4.6; ПК 4.7; ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.3; ПК 6.5
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 1.2; ПК 2.1; ПК 2.2; ПК 3.1; ПК 3.4; ПК 3.6; ПК 3.7; ПК 4.2; ПК 5.4; ПК 6.2; ПК 6.6
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 1.1; ПК 1.2; ПК 1.3; ПК 2.6; ПК 2.7; ПК 2.8; ПК 5.1; ПК 5.3

## Глава 16. Информатизация в здравоохранении

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с современными представлениями об информационных системах (ИС) в здравоохранении.

После изучения главы студент должен **знать**:

- основные понятия, используемые для характеристики информационных процессов: «данные», «информация», «медицинская информация», «информационные потоки»;

- виды медицинской информации;
- виды и движение информационных потоков в здравоохранении;
- определение понятия «информационные ресурсы»;
- специфические отличия использования информационных ресурсов в здравоохранении;
- классификацию информационных ресурсов в здравоохранении;
- показатели, характеризующие объем информационных ресурсов;
- классификацию ИС в здравоохранении;
- роль и значение административных медицинских систем для обеспечения информационной поддержки функционирования медицинского учреждения;
- основные задачи административных медицинских систем федерального уровня;
- роль и значение поисковых ИС;
- роль и значение систем для лабораторно-диагностических исследований;
- роль и значение экспертных систем;
- роль и значение больничных медицинских ИС;
- роль и значение телемедицины.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- применять компьютерные технологии в практической деятельности;
- применять полученные знания при использовании медицинских ИС в деятельности медицинских организаций.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-10; ОК-11; ОК-12; ОК-13	ПК-11; ПК-14; ПК-16; ПК-17; ПК-18
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 2; ОК 5; ОК 9; ОК 12	ПК 6.2; ПК 6.5
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 3.1; ПК 5.3; ПК 6.4; ПК 6.6
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 2.5

## Глава 17. Этика в профессиональной деятельности среднего медицинского персонала

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с современными проблемами медицинской и биомедицинской этики в профессиональной деятельности среднего медицинского персонала.

После изучения главы студент должен **знать**:

- значение медицинской этики в формировании личности среднего медицинского работника;

- определение понятий «медицинская этика», «деонтология»;
- историю возникновения медицинской этики;
- основные аспекты медицинской этики;
- нравственно-этические основы профессиональной деятельности медицинской сестры;
- основные требования «Этического кодекса медицинской сестры России»;
- ответственность медицинской сестры за нарушение норм кодекса;
- этические нормы взаимоотношений среднего медицинского работника и пациента;
- принцип информированного согласия;
- определение понятия «ятрогения»;
- определение понятия «биомедицинская этика»;
- предпосылки появления и развития биомедицинской этики;
- основные проблемы биомедицинской этики.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- применять полученные знания в своей будущей медицинской деятельности.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-2; ОК-3; ОК-5; ОК-6; ОК-7; ОК-8; ОК-16	ПК-3; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-12; ПК-15
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 2; ОК 3; ОК 4; ОК 6; ОК 7; ОК 8; ОК 11; ОК 12; ОК 13	ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.4; ПК 6.5
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 6.1; ПК 6.3; ПК 6.6
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 2.1; ПК 2.5

## Глава 18. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей на потребительском рынке

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с организацией Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) и ее ролью в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения и профилактике заболеваний.

После изучения главы студент должен **знать**:

- организационно-функциональную структуру и задачи Роспотребнадзора;
- определение понятия «санитарно-эпидемиологическое благополучие населения»;
- комплекс мероприятий для достижения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

- определение понятия «социально-гигиенический мониторинг»;
- основные задачи социально-гигиенического мониторинга;
- основные задачи центров гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ;
- виды ответственности за нарушение законодательства в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- использовать полученные знания во взаимодействии с сотрудниками Роспотребнадзора в реализации мероприятий по профилактике заболеваний.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-5; ОК-15	ПК-7; ПК-8; ПК-10; ПК-12; ПК-18
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 3	ПК 6.2; ПК 6.3; ПК 6.4; ПК 6.5
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 1.7; ПК 3.7; ПК 6.1; ПК 6.2; ПК 6.3; ПК 6.4; ПК 6.6
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 1.1; ПК 1.2; ПК 1.3; ПК 2.3

## Глава 19. Организация здравоохранения в зарубежных странах

**Цель изучения главы:** ознакомить обучающихся с особенностями организации здравоохранения в зарубежных странах, деятельностью Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

После изучения главы студент должен **знать**:

- особенности организации здравоохранения в ряде зарубежных стран;
- роль ВОЗ в международном сотрудничестве по сохранению и укреплению здоровья населения.

После овладения материалом главы студент должен **уметь**:

- использовать полученные знания для совершенствования организации оказания медицинской помощи населению РФ.

Изучение главы должно способствовать формированию у обучающихся общих и профессиональных компетенций.

Специальность	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
060500 «Сестринское дело» (степень «Бакалавр»)	ОК-6; ОК-11; ОК-13; ОК-14	ПК-17; ПК-18
31.02.01 «Лечебное дело»	ОК 1; ОК 4; ОК 5; ОК 10	ПК 6.5
31.02.02 «Акушерское дело»		ПК 6.6
34.02.01 «Сестринское дело»		ПК 4.4



# ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

## Глава 1. Исторический очерк о здравоохранении России

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
1	3	6	4	11	2
2	5	7	3	12	4
3	4	8	4	13	5
4	3	9	1	14	4
5	5	10	5	15	3

## Глава 2. Общественное здоровье как важнейший социальный и экономический потенциал государства

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
1	2	13	3	25	1
2	3	14	1	26	5
3	1	15	3	27	4
4	2	16	1	28	3
5	3	17	1	29	5
6	3	18	3	30	2
7	4	19	1	31	2
8	5	20	3	32	5
9	1	21	3	33	4
10	3	22	4	34	2
11	5	23	4	35	3
12	1	24	5		

### Глава 3. Правовые и организационные основы профессиональной деятельности

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
1	4	11	3	21	2
2	2	12	5	22	4
3	1	13	5	23	4
4	4	14	3	24	3
5	5	15	2	25	4
6	4	16	1	26	2
7	1	17	4	27	2
8	3	18	5	28	4
9	5	19	2	29	1
10	5	20	3		

### Глава 4. Основы экономики здравоохранения

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
1	3	9	1	17	3
2	2	10	2	18	1
3	4	11	5	19	4
4	2	12	1	20	3
5	3	13	4	21	5
6	2	14	1	22	1
7	4	15	1	23	2
8	4	16	5	24	3

### Глава 5. Основы медицинского страхования граждан

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
1	3	8	3	15	2
2	2	9	4	16	3
3	3	10	4	17	1
4	5	11	4	18	4
5	4	12	2	19	5
6	5	13	4	20	3
7	4	14	5		

### Глава 7. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
1	3	5	5	8	4
2	4	6	3	9	5
3	2	7	4	10	3
4	1				

### Глава 9. Организация работы среднего медицинского персонала в амбулаторно-поликлинических учреждениях

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
1	3	10	4	19	2
2	2	11	3	20	4
3	4	12	2	21	2
4	4	13	1	22	3
5	3	14	3	23	3
6	2	15	3	24	5
7	5	16	5	25	4
8	4	17	4		
9	4	18	4		

### Глава 10. Организация работы среднего медицинского персонала в больничных учреждениях

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
1	3	10	3	19	5
2	2	11	5	20	1
3	4	12	3	21	4
4	5	13	3	22	3
5	3	14	4	23	2
6	2	15	2	24	2
7	4	16	4	25	3
8	3	17	3		
9	5	18	5		

### Глава 11. Организация работы среднего медицинского персонала скорой медицинской помощи

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
1	3	6	1	11	2
2	2	7	2	12	2
3	2	8	4	13	2
4	4	9	3	14	3
5	4	10	4	15	1

### Глава 13. Особенности организации работы среднего медицинского персонала в учреждениях здравоохранения сельской местности

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
1	4	6	4	11	3
2	4	7	5	12	5
3	4	8	2	13	3
4	3	9	1	14	4
5	3	10	4	15	4

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Вялков А.И.* Управление в здравоохранении Российской Федерации. Теория и практика. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003. — 528 с.
2. *Герасименко Н.Ф., Максимов Б.П.* Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан. Комментарии, основные понятия, подзаконные акты. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. — 512 с.
3. *Медик В.А., Лисицин В.И., Прохорова А.В.* Практикум по общественному здоровью и здравоохранению. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 144 с.
4. *Медик В.А., Юрьев В.К.* Общественное здоровье и здравоохранение: Учеб. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 288 с.
5. *Пузин С.Н., Гришина Л.П., Храмов И.С.* Инвалидность как геронтологическая проблема. — М.: Медицина, 2003. — 208 с.: ил.
6. *Решетников А.В.* Управление, экономика и социология обязательного медицинского страхования: Руководство: В 3 т. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. — Т. 3. — 696 с.
7. *Сорокина Т.С.* История медицины: Учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Академия, 2006. — 560 с.
8. *Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И.* Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. — М.: Медицина, 2007. — 264 с.
9. *Щепин О.П., Коротких Р.В., Щепин В.О., Медик В.А.* Здоровье населения — основа развития здравоохранения. — М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2009. — 376 с.

# ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

## А

- Акселерация 70
- Антропометрия 65
- Антропоскопия 65
- Антропозизиометрия 67

## Б

- Банкротство 162
- Благополучие санитарно-эпидемиологическое 434
- защита прав потребителя 437
- определение 434
- принципы 434

## В

- Взяточничество 133

## Г

- Гомеостаз 64

## Д

- Движение населения
  - естественное 43
  - механическое 42
- Демография
  - аспекты медико-социальные 41
- Доношенность 45

## Ж

- Живорожденность 45

## З

- Заболееваемость 53
  - истинная 58
  - исчерпанная 58
  - общая 56, 58
  - первичная 57
- Здоровье
  - населения 38
  - понятия основные 38
  - факторы 39
  - общественное 36
  - физическое 64, 69
- Здравоохранение
  - бухгалтерия 161
  - зарубежное 443

- модели социально-экономические 443
- организация 443
- история 17
- оплата труда 156
- организация здравоохранения
  - Всемирная 448
- отношения рыночные 176
- ресурсы 160
- решение управленческое 221
- система 115
  - государственная 115
  - муниципальная 115
  - частная 116
- управление 215
  - методы 220
  - основы 214
  - принципы 216
  - стили 219
- финансирование 155
- экономика 154, 160
- эффективность 171
  - медицинская 172
  - социальная 173
  - экономическая 174

## И

- Инвалид 61
- Инвалидность 61
  - группы 61
  - показатели 63
- Индекс
  - Кетеля 65
  - массы тела 65
- Информатизация 402
  - медицинская 402
  - ресурсы 405
  - системы информационные 407

## К

- Качество жизни 71
- Конкуренция 182
- Коэффициент
  - динамометрии становой 67
  - силы кисти 67
  - состояния осанки 66

**Л**

- Летальность 51
- в стационаре 52

**М**

- Маркетинг медицинский 184
- Медицина народная 126
- Мертворождаемость 51

**Н**

- Недоношенность 45
- Номенклатура организаций здравоохранения 136

**О****Основы**

- организационные 114
- правовые 114, 122, 125
- ответственность 127

**Ответственность**

- административная 128
- гражданско-правовая 127
- дисциплинарная 128
- уголовная 129

**Охрана здоровья**

- законодательство 117
- права граждан 122
- принципы 38

**П****Переносимость 45****Персонал медицинский средний 233**

- амбулаторно-поликлинический 249
- организация работы 249
- больница 299
- детская 306
- для взрослых 300
- областная 374
- районная центральная 372
- дом родильный 310
- консультация женская 262
- местность сельская 367
- поликлиника детская 257
- помощь медицинская скорая 337
- профилактика медицинская 391
- сестра участковая 255

- стационар дневной 308
- центр практики общей этика медицинская 416

**Подлог служебный 133****Помощь медицинская 134**

- виды 134
- высокотехнологичная 135
- неотложная 136
- паллиативная 135, 353
- детям 357
- кабинет 359
- организация 357
- отделение 362
- подготовка кадров 364
- стационар дневной 360
- плановая 136

**программа гарантий****государственных 225****скорая 135, 337**

- задачи 338
- организация работы 337
- отдел оперативный 341
- персонал медицинский
- средний 337
- статистика 342
- фельдшер 340
- специализированная 135
- экстренная 136

**Практика медицинская частная 125****Прибыль 168****Проба****Руфье 69****Программа гарантий**

- государственных 225
- задачи 225
- территориальная 228

**Профилактика медицинская 391, 396**

- вторичная 397
- первичная 396
- третичная 397

**Р****Работоспособность физическая 68****Ресурсы трудовые движение 234**

- квалификация 240
- статистика 234
- Рождаемость
  - коэффициент общий 46
  - определение 44
  - статистика 44, 45
- С**
- Скрининг 55
- Смертность
  - детская 50
  - коэффициент общий 47
  - материнская 48
  - младенческая 50
  - определение 47
  - перинатальная 51
  - статистика 47
  - таблицы 53
  - учет 47
- Статистика учреждений
  - больничных 318
- Стационар
  - дневной 308
  - на дому 310
- Страхование медицинское 195
  - добровольное 205
  - обеспечение страховое 197
  - обязательное 197
  - основы 195
  - риск страховой 197
  - случай страховой 197
- Т**
- Термины основные 10
- Тип телосложения 69
- Трудоспособность 381
  - критерии 381
- У**
- Услуга медицинская 181
- Ф**
- Факторы риска заболеваний 391
- Х**
- Халатность 133
- Э**
- Экспертиза
  - нетрудоспособности
    - временной 382
    - стойкой 385
  - трудоспособности 381
- Этика медицинская 416
  - взаимоотношения с пациентом 422
  - нормы этические 422
  - принципы моральные 416
  - проблемы биоэтики 429



## ГДЕ И КАК КУПИТЬ КНИГИ

### Оптовые продажи

Тел./факс: (495) 921-39-07, 662-91-32 (доб. 290, 120, 152, 192, 112);  
моб.: 8 (916) 876-90-59;

**e-mail:** [opt@geotar.ru](mailto:opt@geotar.ru), [sa@geotar.ru](mailto:sa@geotar.ru), [iragor@geotar.ru](mailto:iragor@geotar.ru)

### Розничные продажи

Тел./факс: (495) 228-09-74, (915) 313-30-23, (495) 921-39-07

Отдел продаж медицинским училищам и колледжам

Тел./факс: (495) 228-09-74, 921-39-07 (доб. 207); моб.: (926) 817-51-50;

**e-mail:** [sales2@geotar.ru](mailto:sales2@geotar.ru)

Отдел розничных продаж, выставок и продаж интернет-магазинам

Тел./факс: (495) 228-09-74, 921-39-07 (доб. 138, 113); моб.: (985) 339-53-01;

**e-mail:** [zhernova@geotar.ru](mailto:zhernova@geotar.ru), [bookpost@geotar.ru](mailto:bookpost@geotar.ru),  
[sitnikova@geotar.ru](mailto:sitnikova@geotar.ru)

### Интернет-магазин «Медкнигасервис»

Тел.: 8 (800) 555-99-92; [www.medknigaservis.ru](http://www.medknigaservis.ru);

**e-mail:** [bookpost@medknigaservis.ru](mailto:bookpost@medknigaservis.ru)

### Фирменные магазины «МЕДБУК» (Москва)

**М. «Фрунзенская»**, Комсомольский пр-т., д. 28  
(Московский дворец молодежи, вход со стороны  
Детского парка). Ежедневно с 9 до 20 ч.  
Тел.: (916) 877-06-84, (499) 685-12-47



**М. «Новокузнецкая»**,  
ул. Садовническая, д. 13, стр. 11.  
Будни с 10 до 19 ч. Тел.: (495) 228-09-74,  
(495) 921-39-07 (доб. 567, 568)



**М. «Цветной бульвар», «Сухареvская»**, ул. Троицкая, д. 9, корп. 1  
(в здании магазина «Магнолия»). Ежедневно с 9 до 20 ч. Тел.: (985) 387-14-57



## **ПРИГЛАШЕНИЕ К СОТРУДНИЧЕСТВУ**

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» приглашает к сотрудничеству авторов и редакторов медицинской литературы.

**ИЗДАТЕЛЬСТВО СПЕЦИАЛИЗИРУЕТСЯ НА ВЫПУСКЕ**  
учебной литературы для вузов и колледжей, атласов,  
руководств для врачей, переводных изданий.

По вопросам издания рукописей обращайтесь в отдел по работе с авторами.  
Тел. (495) 921-39-07.

*Учебное издание*

**Медик Валерий Алексеевич**  
**Лисицин Виктор Иванович**

## **ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

4-е издание,  
переработанное и дополненное

Главный редактор издательства *С.Ю. Кочетков*  
Зав. редакцией *А.В. Андреева*  
Научный редактор *И.В. Кислицына*  
Менеджер проекта *Т.Е. Якобсон*  
Выпускающие редакторы *И.Н. Самуйлова, Т.В. Самойлик*  
Редактор *Т.В. Шемшур*  
Корректоры *Л.В. Бодрова, М.А. Шандренко*  
Компьютерная верстка *И.С. Габова*  
Дизайн обложки *Н.А. Лён*  
Технолог *О.А. Ильина*

Подписано в печать 10.04.2017. Формат 60×90 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Бумага офсетная. Печать офсетная. Объем 31 усл. печ. л.  
Доп. тираж 2000 экз. Заказ № К-623.

ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».  
115035, Москва, ул. Садовническая, д. 9, стр. 4.  
Тел.: 8 (495) 921-39-07.  
E-mail: info@geotar.ru, <http://www.geotar.ru>.

Отпечатано в АО «ИПК «Чувашия».  
428019, г. Чебоксары, пр-т И. Яковлева, д. 13.

ISBN 978-5-9704-4284-5



9 785970 442845 >

- Учебник

- для медицинских училищ и колледжей

**В.А. Медик, В.И. Лисицин**

# **ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

4-е издание,  
переработанное и дополненное

В учебнике, подготовленном в соответствии с учебной программой по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», рассмотрен широкий круг вопросов, касающихся здоровья населения, управления и экономики в здравоохранении. Показана роль среднего медицинского персонала в организации работы больничных, амбулаторно-поликлинических учреждений, скорой медицинской помощи. Особое внимание уделено вопросам оплаты труда, правовой и социальной защиты средних медицинских работников, соблюдению моральных принципов и этических норм в их профессиональной деятельности.

Теоретический материал сопровождается заданиями для самостоятельной работы, включающими контрольные вопросы, тестовые задания, задачи-эталон и задачи для самостоятельного решения.

Для студентов факультетов высшего сестринского образования медицинских вузов, медицинских колледжей и медицинских училищ, преподавателей системы высшего и среднего медицинского образования, средних медицинских работников, занимающих руководящие должности в учреждениях здравоохранения.

ISBN 978-5-9704-4284-5



9 785970 442845 >



[www.geotar.ru](http://www.geotar.ru)  
[www.medknigaservis.ru](http://www.medknigaservis.ru)