

О.П. Щепин, В.А. Медик

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УЧЕБНИК

ПОСЛЕВУЗОВСКОЕ
ОБРАЗОВАНИЕ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

О.П. Щепин, В.А. Медик

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УЧЕБНИК

Министерство образования и науки РФ

ФГУ «Федеральный институт развития образования»

Рекомендовано ГОУ ВПО «Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова» в качестве учебника для системы послевузовского профессионального образования врачей по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2011

УДК [614(470+571)(091)+368.9.06](075.9)
ББК 51.1(2)я77-1+65.271.316(2Рос)я77-1+67.401.124(2Рос)я77-1
Ш57

Рецензенты:

Стародубов В.И. — засл. врач РФ, д-р мед. наук, проф., академик РАМН, директор ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения МЗиСР РФ;

Кучеренко В.З. — засл. деятель науки РФ, д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАМН, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.

Авторы:

Щепин Олег Прокопьевич — засл. деятель науки РФ, д-р мед. наук, проф., академик РАМН, лауреат Государственной премии СССР и Премии Правительства РФ в области науки и техники, директор Национального НИИ общественного здоровья РАМН. Первый заместитель министра здравоохранения СССР (1981–1987);

Медик Валерий Алексеевич — засл. врач РФ, д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАМН, лауреат Премии Правительства РФ в области науки и техники, зав. кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и общей гигиены института медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, директор Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН. Председатель Комитета по охране здоровья населения Администрации Новгородской области (1993–2008).

Щепин О.П., Медик В.А.

Ш57 Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / О. П. Щепин, В. А. Медик. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 592 с. : ил. — (Послевузовское образование).

ISBN 978-5-9704-1783-6

Учебник написан в соответствии с программой преподавания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение». Представлены исторический очерк развития здравоохранения и современные тенденции здоровья населения РФ. Даны основы законодательства, экономики, управления здравоохранением, медицинского страхования. Показаны перспективы совершенствования амбулаторно-поликлинической, больничной и специализированной помощи населению. Изложен алгоритм разработки и анализа Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Научно обоснован комплекс мер по совершенствованию охраны здоровья населения РФ. Материал проиллюстрирован статистическими данными, примерами, графиками.

Предназначен руководителям органов управления и учреждений здравоохранения, обучающимся в системе послевузовского профессионального образования врачей, преподавателям системы высшего медицинского образования, практическим врачам, организаторам здравоохранения.

УДК [614(470+571)(091)+368.9.06](075.9)
ББК 51.1(2)я77-1+65.271.316(2Рос)я77-1+67.401.124(2Рос)я77-1

Регистрационный номер рецензии 85 от 28 апреля 2010 г.

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».

© Щепин О.П., Медик В.А., 2010

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», оформление, 2010

ISBN 978-5-9704-1783-6

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	10
Предисловие	13
Глава 1. Исторический очерк о здравоохранении России	17
Глава 2. Современные тенденции здоровья населения Российской Федерации	34
2.1. Здоровье населения: основные понятия, современные подходы к изучению	34
2.2. Медико-социальные аспекты демографии	37
2.2.1. Общие положения	37
2.2.2. Демографическая ситуация в России конца XX — начала XXI вв.	37
2.2.3. Основные направления реализации демографической политики в Российской Федерации	60
2.3. Проблемы заболеваемости населения.	63
2.3.1. Общие положения	63
2.3.2. Основные тенденции заболеваемости населения	65
2.3.3. Важнейшие социально значимые болезни	69
2.3.4. Инфекционная заболеваемость.	80
2.3.5. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности.	82
2.3.6. Профессиональная заболеваемость	84
2.4. Инвалидность населения.	86
2.4.1. Общие положения	86
2.4.2. Медико-социальные проблемы инвалидности.	88
2.5. Физическое здоровье населения	91
2.5.1. Общие положения	91
2.5.2. Современные подходы к изучению физического здоровья населения	92
2.6. Состояние и пути улучшения здоровья детского населения. . .	95
2.7. Качество жизни, связанное со здоровьем	107
2.8. Современные подходы к изучению социальной обусловленности общественного здоровья	112
2.9. Организация медицинской профилактики	120
Глава 3. Правовые основы охраны здоровья граждан	131
3.1. Система законодательства об охране здоровья граждан	131
3.2. Права граждан в области охраны здоровья	137

3.3. Правовое положение медицинских и фармацевтических работников	141
3.4. Моральные принципы в профессиональной деятельности медицинских работников	152
3.5. Этические нормы взаимоотношений медицинского работника и пациента	155
3.6. Основные проблемы биоэтики	161
Глава 4. Организационные основы здравоохранения в Российской Федерации	165
4.1. Организационно-правовые аспекты функционирования системы здравоохранения Российской Федерации	165
4.2. Виды медицинской помощи	168
4.3. Сравнительная характеристика основных организационно-правовых форм организаций здравоохранения	169
4.4. Опыт организации здравоохранения в зарубежных странах	183
4.4.1. Социально-экономические модели здравоохранения	183
4.4.2. Всемирная организация здравоохранения	188
Глава 5. Основы управления здравоохранением	191
5.1. Общие положения	191
5.2. Принципы управления	192
5.3. Стили и методы управления	195
5.4. Функции управления	198
5.4.1. Основы прогнозирования общественного здоровья и здравоохранения	199
5.4.2. Принципы, виды и методы планирования в здравоохранении	201
5.4.3. Система стандартизации в здравоохранении	208
5.4.4. Координация и организация как функции управления здравоохранением	215
5.4.5. Организация контроля в управлении здравоохранением	216
5.4.6. Основные задачи маркетинга в управлении здравоохранением	218
5.4.7. Основные теории мотивации в системе управления здравоохранением	222
5.5. Технология принятия управленческого решения	224

5.6. Управление системой здравоохранения в Российской Федерации	226
Глава 6. Экономические основы здравоохранения в Российской Федерации	229
6.1. Общие положения	229
6.2. Источники финансирования здравоохранения	231
6.3. Планирование и расходование финансовых средств организациями здравоохранения	236
6.4. Оплата труда в здравоохранении	238
6.5. Финансовый контроль в здравоохранении	241
6.6. Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения	242
6.7. Медицинская, социальная и экономическая эффективность здравоохранения	249
6.8. Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба	256
6.9. Формирование рыночных отношений в здравоохранении ..	258
Глава 7. Совершенствование управления и финансирования Программы государственных гарантий	266
7.1. Общие положения	266
7.2. Нормативы объемов медицинской помощи, финансовых затрат и источники финансирования Программы государственных гарантий	267
7.3. Порядок разработки территориальной программы государственных гарантий	273
7.4. Совершенствование управления территориальной программой государственных гарантий	276
Глава 8. Развитие медицинского страхования в Российской Федерации	279
8.1. Общие положения	279
8.2. Обязательное медицинское страхование	281
8.2.1. Проблемы становления обязательного медицинского страхования в России	281
8.2.2. Организация обязательного медицинского страхования на современном этапе развития здравоохранения	284
8.3. Добровольное медицинское страхование	290
Глава 9. Лицензирование медицинской деятельности	293
9.1. Общие положения	293

9.2. Лицензионные требования и условия	296
9.3. Порядок выдачи лицензий	297
9.4. Контроль над соблюдением лицензионных требований и условий	299
9.5. Ответственность за нарушение лицензионных требований и условий	300
9.6. Порядок приостановления и прекращения действия лицензии	302
Глава 10. Совершенствование организации амбулаторно-поликлинической помощи	305
10.1. Общие принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи	305
10.2. Городская поликлиника для взрослых	307
10.3. Городская поликлиника для детей	313
10.4. Женская консультация	319
10.5. Центр общей врачебной (семейной) практики	326
10.6. Анализ медицинской деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений	328
10.6.1. Особенности анализа медицинской деятельности женских консультаций	332
10.6.2. Особенности анализа медицинской деятельности детских поликлиник	334
Глава 11. Пути улучшения организации больничной помощи	337
11.1. Общие положения	337
11.2. Городская больница для взрослых	338
11.3. Городская больница для детей	344
11.4. Родильный дом	345
11.5. Перинатальный центр	350
11.6. Стационарзамещающие технологии	351
11.7. Анализ медицинской деятельности больничных учреждений	354
11.7.1. Особенности анализа медицинской деятельности родильных домов	361
Глава 12. Особенности организации медицинской помощи жителям сельской местности	363
12.1. Общие положения	363
12.2. Комплексный терапевтический участок	363
12.3. Центральная районная больница	366

12.4. Областная (краевая, окружная, республиканская) больница	369
Глава 13. Состояние и перспективы развития стоматологической помощи	373
13.1. Общие положения	373
13.2. Профилактика стоматологических заболеваний	374
13.3. Основные формы организации стоматологической помощи	376
13.4. Стоматологическая поликлиника	380
13.5. Особенности организации стоматологической помощи детскому населению	383
13.6. Особенности организации стоматологической помощи сельскому населению	386
13.7. Анализ медицинской деятельности стоматологических организаций	388
13.8. Анализ медицинской деятельности врачей-стоматологов	392
13.9. Перспективы развития стоматологической службы в условиях рыночной экономики	396
Глава 14. Развитие специализированной медицинской помощи	399
14.1. Общие принципы организации специализированной медицинской помощи	399
14.2. Служба скорой медицинской помощи	400
14.3. Служба переливания крови	406
14.4. Онкологическая помощь	409
14.5. Психоневрологическая помощь	413
14.6. Наркологическая помощь	416
14.7. Фтизиатрическая помощь	419
14.8. Дерматовенерологическая помощь	423
14.9. Служба профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом	426
14.10. Служба судебно-медицинской экспертизы	429
14.11. Служба медицинской профилактики, лечебной физкультуры и спортивной медицины	434
Глава 15. Организация медико-социальной реабилитации	439
15.1. Общие положения	439
15.2. Классификация курортов и методы курортного лечения	441
15.3. Организация санаторно-курортного лечения	452

15.4. Отбор и направление на санаторно-курортное лечение взрослых	455
15.5. Особенности направления на санаторно-курортное лечение детей	457
15.6. Перспективы развития медико-социальной реабилитации	459
Глава 16. Организация медицинской помощи при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций	460
16.1. Общие положения	460
16.2. Классификация чрезвычайных ситуаций	461
16.3. Источники чрезвычайных ситуаций	462
16.4. Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций	463
16.5. Всероссийская служба медицины катастроф	464
16.5.1. Принципы и задачи Всероссийской службы медицины катастроф	465
16.5.2. Управление и организационно-функциональная структура Всероссийской службы медицины катастроф	466
16.5.3. Режимы деятельности Всероссийской службы медицины катастроф	472
16.5.4. Организация медико-санитарного обеспечения	475
Глава 17. Организация пенитенциарной медицины	478
17.1. Общие положения	478
17.2. Организация амбулаторной и больничной помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным	480
17.3. Медицинское обеспечение подозреваемых, обвиняемых и осужденных при перевозке и освобождении из учреждений уголовно-исполнительной системы	492
Глава 18. Управление качеством медицинской помощи	494
18.1. Общие характеристики и компоненты качества медицинской помощи	494
18.2. Система обеспечения качества медицинской помощи	499
Глава 19. Экспертиза трудоспособности	502
19.1. Общие положения	502
19.2. Экспертиза временной нетрудоспособности	503
19.3. Медико-социальная экспертиза	506

Глава 20. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защита прав потребителей на потребительском рынке	511
20.1. Общие принципы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения	511
20.2. Общие принципы защиты прав потребителей на потребительском рынке	513
20.3. Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор и контроль в сфере защиты прав потребителей на потребительском рынке.	514
20.4. Ответственность за нарушение законодательства в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей	518
20.4.1. Ответственность за нарушение санитарного законодательства	518
20.4.2. Ответственность за нарушение законодательства в сфере защиты прав потребителей.	521
Глава 21. Информатизация в здравоохранении	523
21.1. Общие положения	523
21.2. Информационные ресурсы в здравоохранении	527
21.3. Медицинские информационные системы	532
21.4. Классификация медицинских информационных систем	536
21.5. Безопасность медицинских данных	545
21.6. Перспективы развития информатизации в здравоохранении	546
Глава 22. Комплекс мер по совершенствованию охраны здоровья населения Российской Федерации	548
Основные термины	573
Рекомендуемая литература	586
Предметный указатель	588

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АПУ	— амбулаторно-поликлинические учреждения
АРМ	— автоматизированные рабочие места специалистов
АХЧ	— административно-хозяйственная часть
ВВП	— валовый внутренний продукт
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВК	— врачебная комиссия
ВМА	— Всемирная медицинская ассоциация
ВН	— временная нетрудоспособность
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ВСМК	— Всероссийская служба медицины катастроф
ВЦИОМ	— Всероссийский центр изучения общественного мнения
ВЦМК «Защита»	— Всероссийский центр медицины катастроф «Защита»
ГИБДД	— Государственная инспекция безопасности дорожного движения
ГИНЗ	— Государственный институт народного здравоохранения
ДЛО	— дополнительное лекарственное обеспечение
ДМС	— добровольное медицинское страхование
ДТП	— дорожно-транспортные происшествия
ЕС	— Европейский союз
ЗВУТ	— заболеваемость с временной утратой трудоспособности
ЗНО	— злокачественные новообразования
ЗОЖ	— здоровый образ жизни
ИППП	— инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
ИПР	— индивидуальные программы реабилитации
ИУ	— исправительные учреждения
КАОЛ	— кабинеты анонимного обследования и лечения
КДО	— консультативно-диагностические отделения
КДЦ	— консультативно-диагностические центры
КоАП	— Кодекс об административных правовых нарушениях
КТУ	— коэффициент трудового участия
КЭК	— клинико-экспертная комиссия

ЛИУ	— лечебные исправительные учреждения
ЛПУ	— лечебно-профилактические учреждения
ДФК	— лечебная физическая культура
МВД	— Министерство внутренних дел
МЗиСР	— Министерство здравоохранения и социального развития
МИС	— медицинские информационные системы
МКБ	— Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем
МКБ-10	— Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра
МСЭ	— медико-социальная экспертиза
МЧС	— Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий
ОМС	— обязательное медицинское страхование
ООН	— Организация Объединенных Наций
ОРВИ	— острая респираторная вирусная инфекция
ПМСП	— первичная медико-санитарная помощь
РНКБ	— Российский национальный комитет по биоэтике
РЦСМЭ	— Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы
СИЗО	— следственные изоляторы
СКО	— санаторно-курортные организации
СМО	— страховая медицинская организация
СМП	— скорая медицинская помощь
СМЭ	— судебно-медицинская экспертиза
СНГ	— Содружество независимых государств
СПИД	— синдром приобретенного иммунодефицита
СПК	— станция переливания крови
СППЖ	— средняя продолжительность предстоящей жизни
СУБД	— система управления базами данных
ТФОМС	— территориальные фонды обязательного медицинского страхования
УВД	— Управление внутренних дел
УЕТ	— условные единицы трудоемкости
УИС	— уголовно-исполнительная система

УК	— уголовный кодекс
ФАП	— фельдшерско-акушерский пункт
ФГУЗ	— Федеральные государственные учреждения здравоохранения
ФО	— федеральный округ
ФОМС	— фонды обязательного медицинского страхования
ФФОМС	— Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ЦБГ	— центральное бюро госпитализации
ЦОВП	— центры общей врачебной (семейной) практики
ЦРБ	— центральная районная больница
ЧС	— чрезвычайные ситуации
ЭИБ	— электронная история болезни
ЮНЕСКО	— (<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>), — специализированная Организация Объединенных Наций

ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящее время в связи с происходящей модернизацией здравоохранения вопросы повышения профессиональной квалификации руководителей органов управления и учреждений здравоохранения приобретают все большую актуальность. В последние годы в свет вышло большое количество учебников для студентов медицинских колледжей, училищ, высших учебных заведений. В то же время для такого важнейшего этапа в системе непрерывного медицинского образования, каким является послевузовское профессиональное образование врачей по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», учебника до настоящего времени не было.

Данный учебник отвечает государственному образовательному стандарту по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» и содержит необходимую информацию для подготовки современного специалиста в области общественного здоровья и здравоохранения, повышения квалификации руководителей органов управления, учреждений здравоохранения и их заместителей, руководителей структурных подразделений учреждений здравоохранения и главных специалистов. Учебник состоит из 22 глав и содержит современный материал по всем основным направлениям общественного здоровья и здравоохранения.

Учебник начинается кратким историческим очерком о здравоохранении России, в котором представлены основные этапы становления и развития здравоохранения в период XVI–XXI вв.

Важнейшую информацию для понимания современных тенденций здоровья населения Российской Федерации содержит вторая глава, в которой изложены медико-социальные аспекты демографии, заболеваемости, инвалидизации, современные подходы к изучению физического здоровья населения. Особый акцент сделан на анализе состояния и определения путей улучшения здоровья детского населения. Впервые представлен раздел, характеризующий качество жизни пациентов, связанное с их здоровьем. Даны научно-методические и практические подходы организации медицинской профилактики в свете современных требований формирования среди населения здорового образа жизни.

В главе 3 «Правовые основы охраны здоровья граждан» в рамках основных законодательных актов освещены права граждан в области охраны здоровья, права и юридическая ответственность медицин-

ских работников, этические нормы взаимоотношений медицинского работника и пациента, основные проблемы биоэтики и др.

В следующих главах изложены основы организации, управления и экономики здравоохранения Российской Федерации. В них представлен материал, необходимый для совершенствования профессионального уровня специалистов по общественному здоровью и здравоохранению, касающийся планирования и прогнозирования, стандартизации, контроля, маркетинга, современных теорий мотивации в управлении здравоохранением, анализа медицинской, социальной и экономической эффективности здравоохранения и др. Должное внимание уделено формированию рыночных отношений на современном этапе реформирования здравоохранения.

В учебном издании впервые представлена глава «Совершенствование управления и финансирования Программы государственных гарантий». Подчеркнуто, что основными задачами Программы являются создание единого правового и экономического механизма реализации конституционных прав граждан на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и обеспечение баланса между обязательствами государства по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и выделяемых для этого ресурсов.

Важное место в учебнике занимает глава «Развитие медицинского страхования в Российской Федерации», в которой представлены не только нормативная база и механизм реализации принципов медицинского страхования граждан РФ, но и краткий исторический очерк его становления в стране.

Для руководителей учреждений и органов здравоохранения, безусловно, будет полезна глава «Лицензирование медицинской деятельности», в которой с учетом современной нормативно-методической базы сформулированы лицензионные требования и условия, изложен порядок выдачи, приостановления и прекращения действия лицензий, определена ответственность лицензиатов за нарушения лицензионных требований.

С учетом требований, предъявляемых для подготовки высококвалифицированных организаторов здравоохранения, написаны главы 10–15, касающиеся совершенствования амбулаторно-поликлинической, больничной, специализированной помощи населению, организации медико-социальной реабилитации. С учетом действующих нормативных документов сформулированы основ-

ные задачи амбулаторно-поликлинических, больничных и специализированных учреждений, даны типовые структуры поликлиники, женской консультации, городской больницы, перинатального центра и др. Авторами сделан необходимый акцент на особенностях и перспективах организации медицинской помощи жителям сельской местности. Изложены должностные инструкции руководителей учреждений здравоохранения и их структурных подразделений. Очень важным является и то, что в этих главах даны основные статистические показатели, характеризующие медицинскую и экономическую деятельность учреждений здравоохранения и их интерпретация.

В объеме, необходимом для повышения квалификации организаторов стоматологической помощи, написана глава «Состояние и перспективы развития стоматологической помощи», в которой излагаются не только основные формы организации помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, но и показаны перспективы развития стоматологической службы в условиях рыночной экономики.

Безусловно, на фоне происходящих в мире природных и техногенных катастроф для организаторов здравоохранения будет полезна глава «Организация медицинской помощи при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций». В этой главе представлена современная классификация чрезвычайных ситуаций и источников их возникновения, изложены основные принципы и задачи Всероссийской службы медицины катастроф, организация медико-санитарного обеспечения в условиях чрезвычайных ситуаций и т.д.

В соответствии с современной законодательной базой написана глава «Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защита прав потребителей на потребительском рынке». Материал, изложенный в этой главе, позволяет не только глубже познакомиться с основными задачами службы Роспотребнадзора, но и обеспечить тесное взаимодействие между руководителями учреждений, органов управления здравоохранением и структурных подразделений санитарно-эпидемиологической службы.

С учетом прикладных задач, которые постоянно приходится решать организаторам здравоохранения в процессе управления с использованием современных информационных технологий, изложен материал главы «Информатизация в здравоохранении». В ней дана

классификация медицинских информационных систем и ресурсов, сформулированы основные принципы безопасности медицинских данных, раскрыты перспективы развития информатизации, дана статистика информационных ресурсов в здравоохранении и др.

Очень важна с практической точки зрения для разработки региональных и муниципальных программ здравоохранения заключительная глава учебника, в которой представлен «Комплекс мер по совершенствованию охраны здоровья населения Российской Федерации». В этой главе сформулированы приоритеты развития здравоохранения, дан комплекс первоочередных мер по совершенствованию управления, финансирования системы здравоохранения, организации профилактической, лечебно-диагностической помощи населению и др.

Авторы сочли необходимым представить основные термины, наиболее часто используемые в «Общественном здоровье и здравоохранении», что позволит сформировать единые методические и терминологические подходы в преподавании дисциплины.

Для лучшего восприятия и наглядности изложения материала главы учебника широко иллюстрированы таблицами, графиками, схемами, статистическими данными за последние годы.

Авторы надеются, что настоящий учебник поможет в подготовке высококвалифицированных руководителей органов управления и учреждений здравоохранения, специалистов в области общественного здоровья, с учетом современных требований общества, в лучших традициях отечественной медицины.

Глава 1

Исторический очерк о здравоохранении России

Здравоохранение России прошло сложный путь, а вершиной его успехов стали 60-е годы XX в., когда эффект социальной политики государства и вклад в нее здравоохранения были особенно видны.

У отечественного здравоохранения большая и славная история. На протяжении нескольких столетий, со времени создания в годы царствования Ивана Грозного Аптекарского приказа (1581), ставшего первым государственным учреждением и просуществовавшего 140 лет, здравоохранение России было преимущественно государственным.

В 1721 г. руководство медицинским делом было возложено на медицинскую канцелярию. Следуя рекомендациям близких к императорскому двору медиков (Бидлоу Н., Эрскин Р., Блюментрост И.), Петр I сознавал необходимость развития 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 ведать Медицинская коллегия (1763—1803). Как орган государственного управления 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 было передано 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 здоровья 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 во главе с Г.Е. Рейном) просуществовало лишь до Февральской революции 1917 г.

Многие идеи, возникшие еще во времена земской медицины, а также включенные в законопроекты Комиссии Г.Е. Рейна, были реализованы и получили дальнейшее развитие в советском здравоохранении.

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 — 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, как заботу государства об укреплении здоровья народа. Этот принцип последовательно реализовывался с первых лет существования Наркомздрава. Об этом свидетельствовали первые открытия:

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 грудящихся.

В середине 1920-х годов были разработаны основные теоретические положения диспансеризации, в последующем созданы новые виды лечебно-профилактических учреждений — 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 13 медицинским факультетам было открыто еще 16. Позднее (1930) медицинские факультеты были преобразованы в самостоятельные 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.П. Павловский, А.Н. Сытин, Л.А. Тарасевич и другие приняли участие в развитии отечественной науки.

Несмотря на экономические трудности 20-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 (ГИНЗ) — первое комплексное научно-исследовательское учреждение страны, объединившее 7 институтов (питания, контроля вакцин и сывороток, микробиологический, тропический, биохимический, экспериментальной биологии и санитарно-гигиенический).

В 1930-е годы 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 работы. Одновременно увеличилось число сельских врачебных участков.

К концу 30-х годов в стране резко возросло число стационаров и количество коек. Заметные успехи были достигнуты в борьбе с социальными болезнями. Система выявления, учета и лечения больных способствовала снижению заболеваемости туберкулезом, венерическими болезнями, их ранней диагностике и эффективному лечению, резкому сокращению числа больных с тяжелыми формами.

До начала Великой Отечественной войны была создана материально-техническая база здравоохранения, подготовлено большое число врачей и средних медицинских работников, создана 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. Главными стали медицинская помощь раненым, широкие противоэпидемические мероприятия, охрана здоровья детей, медицинское обслуживание труженников тыла. В стране была создана система лечения раненых и больных воинов, организована широкая сеть эвакуационных госпиталей. Увеличилось число медико-санитарных частей на промышленных предприятиях, выросло число детских медицинских учреждений. 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 (Филатов В.П., Богомолец А.А.), разработаны отечественные антибиотики для борьбы с селсисом (Ермольева З.В. и др.), внедрена новая методика лечения травм нервной системы (Бурденко Н.Н.) и т.д. В годы войны 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 были возвращены более 72% раненых и 90% больных. Итоги деятельности военных медиков оказались беспрецедентными в истории войн.

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 и больниц в единые лечебно-профилактические учреждения (1947–1949), что способствовало укреплению материально-технической базы, улучшению показателей деятельности больниц и повышению преемственности медицинской помощи. Однако в ходе объединения лечебно-профилактических учреждений в ряде регионов были допущены и некоторые просчеты.

Наряду с дальнейшим ростом медицинских учреждений и увеличением числа врачей большое внимание уделялось совершенствованию организации медицинской помощи сельскому населению.

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

В 1950-е годы повысилась роль Академии медицинских наук как высшего научного медицинского учреждения страны, ее научно-исследовательских институтов. Эти годы ознаменовались рядом важ-

ных открытий, внесших значительный вклад в совершенствование здравоохранения. В частности, были разработаны и начали применяться 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, определили новые задачи здравоохранения и создали 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 амбулаторно-поликлинических учреждений.

В практику здравоохранения вошли новые эффективные вакцины против полиомиелита и кори, новые средства лечения пневмонии и токсических диспепсий.

1970-е годы стали важным этапом в развитии и совершенствовании терапевтической помощи. Вступили в строй сотни новых, мощных, отвечающих современным требованиям амбулаторно-поликлинических учреждений на более чем 500 посещений в смену, было начато строительство крупных многопрофильных больниц мощностью 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 населению района обслуживания, но и городским жителям.

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

Большую профилактическую работу в эти годы проводили все службы здравоохранения. Все больший контингент здоровых людей охватывался диспансерным наблюдением. С каждым годом расширялись масштабы профилактических (скрининговых) медицинских осмотров с целью ранней диагностики и своевременного лечения социально значимых заболеваний, прежде всего туберкулеза, злокачественных опухолей, заболеваний сердечно-сосудистой системы и др. На базе крупных многопрофильных больниц началось создание хорошо оснащенных диагностических центров, укомплектованных высококвалифицированными специалистами.

Сознавая бесперспективность дальнейшего экстенсивного развития здравоохранения, Министерством здравоохранения серьезное внимание стало уделяться 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 дальнейшее развитие этого сложного процесса требовало определенных условий, соответствующих организационных форм и значительных материальных затрат, не всегда возможных в условиях финансирования здравоохранения по остаточному принципу.

Много делалось в эти годы по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения, обеспечению 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 Основ законодательства 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 все больше стала испытывать трудности, связанные, прежде всего, с недостаточным финансированием и возникающими из-за этого различными негативными явлениями. 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 медицинских училищ расширялась медленно, мало делалось для улучшения системы усовершенствования средних медицинских работников.

В начале 1980-х годов политическим руководством государства была поставлена грандиозная задача перед Министерством здравоохранения — охватить диспансерным наблюдением все население страны. Однако со временем стало ясно, что сил и средств для перехода к 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 работников здравоохранения зрело понимание необходимости радикальных изменений в здравоохранении.

Потребность реформирования здравоохранения стала очевидной еще в 1970-е годы, когда отчетливо стали проявляться тенденции в ухудшении состояния здоровья населения. Однако в силу ряда причин реформа здравоохранения началась лишь во второй половине 80-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 относится также проведение экспериментов по бригадной форме организации и оплаты труда медицинского персонала, интенсификации 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 80-х, начале 90-х годов кризис политической и социально-экономической системы страны особенно сильно ударил по здравоохранению. Застой в сфере здравоохранения, 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 появилось справедливое недовольство населения качеством медицинской помощи, профессиональной культурой медицинских работников, обозначился кризис доверия к врачу, к медицине. Предстоял большой и трудный поиск новых путей развития здравоохранения. Важными факторами совершенствования системы охраны здоровья населения должны были стать стимулирование качества работы медицинского персонала, оценка его деятельности по конечному результату, укрепление первичного звена здравоохранения.

В этот период у руководства Министерства 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 в управлении: вместо экстенсивных, количественных оценок в здравоохранении предлагались интенсивные, качественные показатели. Одновременно были заложены основы перехода к обязательному медицинскому страхованию, внедрялись новые (на основе соглашений о взаимодействии) формы взаимоотношений федеральных органов управления здравоохранением с все более самостоятельно действующими органами управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации (РФ).

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 лечебно-профилактических учреждений лекарствами, продуктами лечебного питания, медицинским оборудованием. Задержки

в выплате заработной платы работникам здравоохранения достигали 6–8 мес и более. И в это очень непростое время работники здравоохранения делали все возможное, чтобы обеспечить бесперебойное функционирование медицинских учреждений, 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 необратимые системные сбои, вероятно, следует искать в огромном запасе прочности, который она унаследовала от советской системы здравоохранения.

Правовой базой для проведения реформ в здравоохранении в то время стали Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (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 формирования особой политики в отношении детей. Такая политика 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 включал здравоохранительный компонент и обязывал принимать меры защиты детей от рекламы алкогольной продукции и табачных изделий, от распространения печатной продукции, аудио- и видеопроductии, 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 числа хронических форм соматической патологии, психических расстройств, врожденных пороков развития, наблюдались «возрождение» старых инфекций (туберкулеза, болезней, передаваемых половым путем) и актуализация новых (ВИЧ-инфекции, гепатита С и др.). Большое распространение среди детей получили алкоголизм, наркомания, отмечалось снижение показателей физического развития.

Указанные процессы подтверждают известный, но еще недостаточно учитываемый в стратегии национального развития факт,

что здравоохранение это не единственный сектор, ответственный за укрепление здоровья населения, в первую очередь детей. Основные причины, определяющие неблагоприятие в этой сфере, относятся и к другим социальным институтам общества.

В начале 1990-х годов, в силу происходящих в стране политических процессов, в отрасли произошел крутой поворот от централизованной системы управления к децентрализованной, с появлением автономно действующих региональных систем здравоохранения. В развитии здравоохранения 90-х годов ясно просматриваются два периода: до и после введения Закона РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации».

Начальный период (1990–1993) оказался весьма хаотичным, что было связано с обретением новых политических и экономических свобод и последовавшим за этим разрушением старой административно-командной системы. основополагающими принципами реформы в этот период 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 эти принципы вводились бессистемно, без должной научной и правовой поддержки, поэтому в период демонтирования старой и формирования новой системы управления народнохозяйственным 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 недопользование населения качеством и доступностью медико-санитарной помощи. Ученые и медицинские работники испытывали разочарование в результатах социально-экономической реформы.

Второй период реформ здравоохранения в 90-х годах относится к внедрению 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 регулирование здравоохранения и обеспечение качества медицинской помощи.

Дальнейшим шагом в формировании идеологической и нормативно-правовой базы для реформирования здравоохранения стала «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», которая была одобрена постановлением Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. № 1387. Целью Концепции были определены сохранение и улучшение здоровья населения, а также сокращение 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 года. Необходимо отметить, что в этих основополагающих документах обоснование приоритетов в сфере охраны здоровья базировалось на строгом научном анализе здоровья населения и деятельности системы здравоохранения. Этому во многом способствовала работа, проводимая Национальным НИИ общественного здоровья РАМН по подготовке Государственного доклада о состоянии здоровья населения РФ, который, начиная с 1992 г., ежегодно публиковался Министерством здравоохранения и социального развития РФ совместно с Российской академией медицинских наук.

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 Российской Федерации (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, рост 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 Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, которая охватывала основные виды этой помощи. Это было очень важным и правильным решением, нацеленным на обеспечение баланса 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 обязательного медицинского страхования не позволил в полной мере реализовать эту правильную во всех отношениях идею.

Некоторое 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 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. Системы здравоохранения субъектов РФ функционировали на основе эмпирически складывающихся региональных моделей развития. Это имело как положительные, так и отрицательные последствия. Положительные 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.

В начале XXI в. в центре внимания государственных структур и широкой общественности по-прежнему ключевыми проблемами были преждевременная и предотвратимая смертность, в первую очередь от сердечно-сосудистой патологии, травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин. На государственном и региональном уровнях в это время были приняты меры по преодолению неблагоприятных тенденций в здоровье населения. Результатом этого стало некоторое повышение показателя ожидаемой продолжительности предстоящей жизни, который к 2008 г. (по сравнению с 2000 г.) увеличился на 2,8 года у мужчин и на 1,9 года у женщин. Подобный рост данного показателя был в России только в период антиалкогольной кампании в конце 1980-х годов.

Снижение смертности произошло по всем основным классам причин смерти, кроме новообразований. Высокой остается смертность от болезни системы кровообращения, дорожно-транспортных происшествий, смертность от причин, связанных со злоупотреблением алкоголя.

В последующие годы во многих регионах России произошел рост основных показателей экономического и социального развития при сохранении высоких межрегиональных различий по доходам на душу населения, уровню безработицы, бюджетной обеспеченности. Все это явилось дополнительным фактором, усугубляющим региональное неравенство в состоянии здоровья населения, в первую очередь незащищенных слоев. Мозаичность показателей здоровья населения российских территорий предъявляет высокие требования к оптимизации здравоохранения с учетом, прежде всего, региональной специфики медико-демографической ситуации.

Глубокая региональная дифференциация показателей здоровья населения РФ затрудняет выбор стратегии и тактики оптимизации здравоохранения на региональном уровне.

Говоря о проблемах и недостатках того периода, нельзя замалчивать те позитивные изменения, которые происходили в системе здравоохранения РФ конца XX – начала XXI вв.

Реализация государственной политики в сфере здравоохранения, выполнение федеральных и региональных медико-социальных про-

грамм позволили достичь определенных результатов по сохранению здоровья граждан, улучшению деятельности системы здравоохранения в период 2000–2008 гг. Дополнительная иммунизация населения привела к снижению инфекционной заболеваемости 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 2003–2008 гг. общий коэффициент смертности снизился с 16,4 до 14,6‰, а общий коэффициент рождаемости повысился с 10,2 до 12,1‰. Начиная с 2004 г. отмечался незначительный рост показателя средней продолжительности предстоящей жизни, значение которого в 2008 г. составило для мужчин 61,8 лет, женщин 74,2 года, оставаясь, тем не менее, значительно ниже аналогичных показателей ряда развитых стран. Наметилась положительная тенденция в изменении и такой важной характеристики в оценке демографической ситуации в целом и деятельности службы родовспоможения в частности, каким является коэффициент материнской смертности. В период 2000–2008 гг. значение этого показателя снизилось с 44,2 до 20,9 (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 32,0 (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 8,5‰, а уровень перинатальной смертности сократился с 13,2 до 8,3‰. Удалось обеспечить управляемость эпидемиологической ситуацией по туберкулезу, что выразилось в некотором снижении смертности от туберкулеза и стабилизации показателя первичной заболеваемости всеми формами активного туберкулеза на уровне 85,1 (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 лечебно-профилактических учреждений. В период с

2000 по 2008 г. произошло значительное сокращение сети лечебно-профилактических учреждений. Число больничных учреждений уменьшилось на 3953 (60%) и на 6439 (63%) — число учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. Продолжалось сокращение сети лечебно-профилактических учреждений, оказывающих помощь сельскому населению РФ. За последние 5 лет число участковых больниц сократилось на 2381, фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) — на 3344. В большинстве случаев сокращение сети учреждений здравоохранения в сельской местности было связано с продолжающейся реорганизацией маломощных участковых больниц и сельских амбулаторий, которые стали структурными подразделениями центральных районных больниц. В ряде случаев — с сокращением численности сельского населения и укрупнением сельских поселений. Как следствие проводимой работы по реструктуризации сети лечебно-профилактических учреждений, наблюдались позитивные тенденции сокращения объемов стационарной медицинской помощи, рост медицинской помощи, предоставляемой населению в дневных стационарах, и рост объема амбулаторно-поликлинической помощи. Показатель обеспеченности населения больничными койками снизился с 115,0 до 92,4 (на 10 тыс. населения), приближаясь к уровню обеспеченности больничными койками ряда европейских стран.

Таким образом, использование нормативно-подушевого принципа планирования и финансирования медицинской помощи, оказываемой гражданам РФ в рамках территориальных программ госгарантий, позволило улучшить управление объемами медицинской помощи и их сбалансированность по отдельным видам. Повысилась ответственность органов государственной власти и местного самоуправления за реализацию конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

Однако, несмотря на некоторые позитивные изменения состояния здоровья населения и 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 из-за отсутствия эффективных действующих механизмов государственного регулирования в этой сфере. Крайне мед-

ленно происходит адаптация медицинских работников к рыночным механизмам системы мотивации труда, остаются нерешенными ряд вопросов, связанных с их 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. В то же время у большей части населения отсутствует мотивированное ценностное отношение к собственному здоровью как к необходимому жизненному ресурсу.

Сохраняется высокий уровень смертности населения в трудоспособном возрасте, прежде всего по причине сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, дорожно-транспортных происшествий. В заболеваемости населения увеличивается доля невротических и психических расстройств, связанных с употреблением алкоголя, психотропных веществ, отмечается рост профессиональной заболеваемости вследствие неудовлетворительных условий труда, нарушений санитарно-гигиенических норм и правил. Продолжается углубление дифференциации показателей здоровья населения в зависимости от социального и имущественного положения.

Несмотря на дополнительные средства, выделяемые государством на развитие здравоохранения, эффективность их использования остается низкой. И это на фоне сохраняющегося дефицита финансирования здравоохранения в целом и программы госгарантий в частности.

Сегодня перед государством и медицинской общественностью стоит выбор пути развития системы здравоохранения РФ. Первый — дальнейшее 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 Российской Федерации как социального государства, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека.

Глава 2

Современные тенденции здоровья населения Российской Федерации

2.1. ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ: ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ

Проблемы здоровья населения следует отнести к глобальным, связанным с национальной безопасностью государства. Острый демографический кризис в России, сопровождающийся негативными тенденциями в состоянии здоровья населения, определяет особое внимание государства к состоянию здоровья граждан. Интересы национальной безопасности России диктуют необходимость сокращения прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости, инвалидности, смертности прежде всего в трудоспособном возрасте. Именно поэтому здоровье населения должно быть признано высшим приоритетом государства.

Проблема сохранения и улучшения здоровья граждан обуславливает, прежде всего, необходимость теоретического осмысления понятия «здоровье» и актуальность проведения комплексных научных исследований на государственном, межотраслевом уровне с участием специалистов из различных областей знаний: врачей, математиков, социологов, юристов, экономистов, экологов, биологов и др. Эти исследования необходимы для разработки концепции национальной политики в области охраны и улучшения здоровья граждан.

В настоящее время наиболее общепризнаны концепции, в которых здоровье человека рассматривается с точки зрения единства его социальной и биологической природы. Социальные факторы среды обитания для здоровья человека признаются ведущими, определяющими в его развитии. Один из основоположников этого подхода, академик РАМН Ю.П. Лисицын, в своих фундаментальных работах показал, что здоровье индивидуума в 50% случаев обусловлено социальными факторами условий и образа жизни.

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

Примат социального в определении здоровья и неразрывной связи его с биологической составляющей подчеркивали известные ученые-основоположники социальной гигиены З.П. Соловьев, Г.А. Баткис, С.Я. Фрейдлин, О.П. Щепин и др. На этих позициях базируется определение здоровья, данное в уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Определение социальной сущности здоровья — ключ к пониманию такой категории, как «болезнь».

Общепринято определение *болезни* как нарушения, поломки, дефекта физических или психических функций организма. Нередки определения болезни как нарушения связей, взаимодействия организма с внешней средой, нарушения адаптации к среде обитания. Пожалуй, рассмотрение болезни как нарушения функций организма или его органов, систем — наиболее распространенное определение.

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

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

В практической деятельности врач обычно оценивает здоровье индивидуума. Однако эти единичные, разрозненные данные не могут быть основой для принятия управленческих решений в области сохранения и улучшения здоровья населения, поэтому необходимо анализировать здоровье определенных, многочисленных групп людей. В этом случае речь идет об изучении общественного здоровья.

На семинаре заведующих кафедрами общественного здоровья и здравоохранения (Москва, 2000) было принято следующее определение: «Общественное здоровье — это важнейший экономический и

социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей».

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

Статистические данные об общественном здоровье принято изучать на трех уровнях:

- первый уровень (групповой) — здоровье малых социальных или этнических групп;
- второй уровень (региональный) — здоровье населения отдельных административных территорий;
- третий уровень (популяционный) — здоровье популяции в целом.

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

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

- показатели медико-демографических процессов;
- показатели заболеваемости населения;
- показатели инвалидности населения;
- показатели физического здоровья населения;
- показатели социальной обусловленности общественного здоровья;
- интегральные показатели здоровья населения.

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

2.2. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕМОГРАФИИ

2.2.1. Общие положения

В оценке общественного здоровья большое значение имеют показатели, характеризующие медико-демографические процессы, которые изучает демография. **Демография** (от греч. *demos* — народ, *grapho* — писать) — это наука, изучающая воспроизводство населения как процесс непрерывного изменения его численности и структуры в ходе смены одного поколения другим.

Применяя методы математической статистики, а также собственно демографические методы, демография разрабатывает политику, направленную на увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, рост рождаемости, регулирование внутренней и внешней миграции, сохранение и укрепление здоровья населения в целом.

Одним из разделов общей демографии является **медицинская демография**, которая изучает взаимосвязь воспроизводства населения с медико-социальными факторами и разрабатывает на этой основе меры, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшение здоровья населения.

Воспроизводство населения рассматривается как совокупность процессов рождаемости, смертности, естественного прироста, механического движения (миграции), в результате которых изменяются численность и структура населения.

Статистическое изучение воспроизводства населения ведется в двух направлениях:

- статика населения;
- динамика населения.

Современная демографическая ситуация в РФ в значительной степени обусловлена политическими и социально-экономическими процессами, происходившими во второй половине XX — начале XXI вв.

2.2.2. Демографическая ситуация в России конца XX — начала XXI вв.

Статику населения изучают по следующим основным признакам: численность, пол, возраст, социальные группы, профессия, брач-

ное состояние, национальность, образование, гражданство, место жительства, плотность населения на определенный момент времени. Эти данные получают из переписей населения и специальных выборочных исследований.

Статика населения характеризуется следующими основными показателями:

- показатель численности населения;
- показатель плотности населения;
- показатели возрастно-половой структуры населения;
- показатели демографической нагрузки.

Одна из важнейших демографических характеристик — *показатель численности населения*, динамика которого представлена на рис. 2.1. За период 1992–2009 гг. численность постоянного населения Российской Федерации имеет стойкую тенденцию к сокращению, и на начало 2009 г. она составила 141,9 млн человек. За этот период численность населения сократилась на 6 млн 600 тыс. человек, и среднегодовая убыль составила 470 тыс. человек. Причем численность городского населения, по сравнению с сельским, сокращалась более интенсивно.

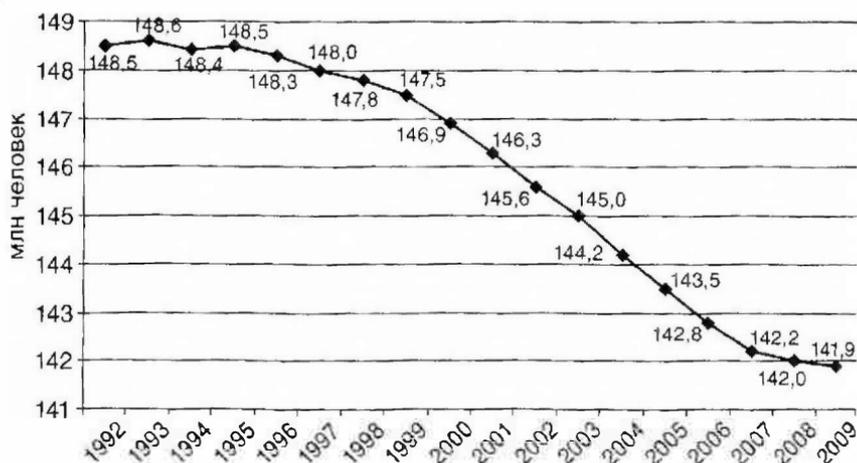


Рис. 2.1. Динамика численности постоянного населения Российской Федерации (1992–2009)

Другим важным показателем, характеризующим территориальные особенности размещения населения, служит *плотность населения*,

которая на начало 2009 г. в РФ составила 8,5 человека на 1 км². Значения этого показателя заметно различаются по федеральным округам (ФО). Так, наибольшая плотность населения в Центральном (57,7 человек на 1 км²), наименьшая — в Дальневосточном ФО (1,06 человек на 1 км²).

Значения ниже показателя плотности населения в РФ зафиксированы в Канаде (3,2), Австралии (2,6), Монголии (1,5). Наиболее высокая плотность населения в Гонконге (6604,7), Бангладеш (1039,6), Бельгии (337,5).

В анализе экономической активности и репродуктивного потенциала особое значение приобретает распределение населения по *возрастным и половым группам*. К основным показателям, определяющим половую структуру населения, относят численные соотношения мужского и женского населения. В медицинской демографии используются следующие два способа представления половой структуры.

Первый способ — расчет долей мужчин и женщин в общей численности населения. Так, в 2009 г. число мужчин составило 65 642 000, женщин — 76 262 000, соответственно их доля в общей численности населения РФ — 46,3 и 53,7%.

Второй способ — определение соотношения полов, которое рассчитывают как число мужчин, приходящихся на 100 женщин (или наоборот). В 2009 г. это соотношение в среднем по России составляло 86 мужчин на 100 женщин.

С возрастом соотношения полов меняются. Если при рождении в среднем на 100 девочек рождается 105–106 мальчиков, то с 30 лет, вследствие более высокой смертности мужчин, доля женщин начинает превышать долю мужчин, и к 70-летнему возрасту на 100 женщин приходится 41 мужчина.

Удобный способ визуализации данных о численности и возрастно-половой структуре населения — построение половозрастной пирамиды. Сравнение ступеней пирамиды от самых младших возрастов до самых старших позволяет сформировать представление о влиянии на возрастной состав населения процессов рождаемости, смертности, миграции (рис. 2.2).

На основе анализа возрастной структуры населения можно определить тип развития населения. В зависимости от удельного веса лиц в возрасте 0–14, 15–49, 50 лет и старше различают прогрессивный, стационарный и регрессивный типы населения.

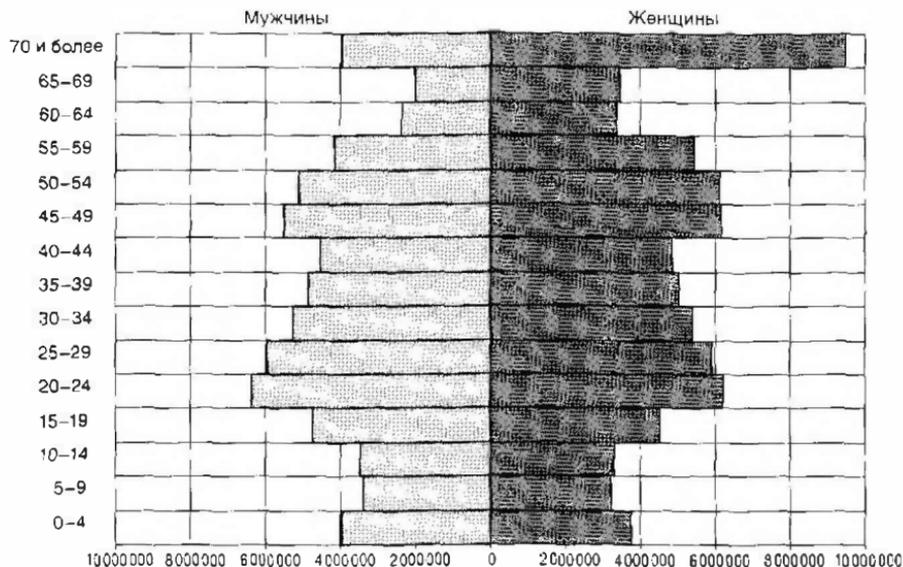


Рис. 2.2. Половозрастная пирамида населения Российской Федерации (2009)

Прогрессивным считается тип развития населения, в котором доля детей в возрасте 0–14 лет превышает долю населения в возрасте 50 лет и старше. Регрессивным типом развития принято считать население, в котором доля лиц в возрасте 50 лет и старше превышает долю детей в возрасте 0–14 лет. Стационарным называется тип развития, при котором доля детей в возрасте 0–14 лет равна доле лиц в возрасте 50 лет и старше.

Прогрессивный тип развития населения обеспечивает дальнейшее увеличение численности населения, а регрессивный угрожает нации депопуляцией. В период 1970–2009 гг. в России тип развития населения сменился с прогрессивного на регрессивный (рис. 2.3). Этот перелом произошел в середине 70-х годов XX в.

Большое значение с точки зрения достижения оптимальных соотношений производства и потребления общественных благ имеет анализ *показателей демографической нагрузки*, дающих представление о том, сколько детей и стариков приходится на каждые 1000 человек трудоспособного возраста. Данные, представленные в табл. 2.1, позволяют увидеть, что общий коэффициент демографической нагрузки с 1990 г. снизился на 23% и в 2008 г. составил 582,2 детей и стариков на 1000 трудоспособного населения.

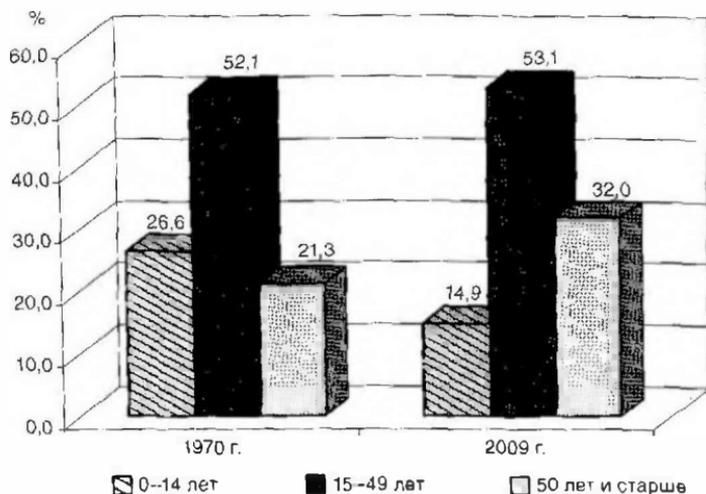


Рис. 2.3. Изменение типов развития населения Российской Федерации (1970 и 2009)

Однако такую динамику показателя нельзя считать положительной: уменьшение общей демографической нагрузки происходит исключительно за счет снижения коэффициента нагрузки по замещению, т.е. сокращения численности детей на каждую 1000 населения трудоспособного возраста при одновременном росте нагрузки трудоспособного населения за счет пенсионеров. Такая ситуация в итоге приводит к снижению объема производства при необходимости одновременного увеличения пенсионных выплат и социальных льгот.

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

- механического движения населения (миграции);
- естественного движения населения.

Механическое движение населения (миграция)

Миграция (от лат. *migratio, migro* — перехожу, переселяюсь) — территориальные перемещения населения с целью постоянной или временной смены места жительства. Под воздействием миграции меняется численность и возрастно-половой состав населения в отдельных административных территориях и населенных пунктах.

Миграция связана со многими причинами политического, социально-экономического и другого характера. Среди основных выделяют следующие:

- социально-экономические (переселение в поисках высокооплачиваемой работы, приобретение более высокого социального статуса, изменение образа жизни и др.);
- политические и религиозные (переселение по причине политических, расовых, религиозных преследований);
- военные (переселение по причине эвакуации, реэвакуации, депортации);
- демографические (переселение по причине изменения брачного состояния населения);
- эколого-гигиенические (переселение по причине загрязнения окружающей среды, экологических катастроф, ухудшения состояния здоровья вследствие неблагоприятных климатических условий).

Для анализа миграционных процессов используют в основном два метода статистического учета. Первый (прямой) основывается на текущей регистрации миграционных процессов, которую осуществляет Федеральная миграционная служба России. Однако эти данные недостаточно репрезентативны в силу существующей незаконной (нелегальной) миграции. Второй (косвенный) метод основывается на сопоставлении данных о месте рождения и месте проживания гражданина, полученных в результате переписи населения. Анализируя эти данные, можно определить число неместных жителей, которое косвенно характеризует миграционный прирост.

Распад Советского Союза, кризис, затрагивающий политическую и экономическую жизнь общества, обострение межнациональных отношений, либерализация въезда и выезда за границу привели к росту миграционных процессов. Так, в период 1992–2008 гг. из России выбыло более 3,5 млн человек, прибыло около 8,5 млн человек, в основном из стран Содружества независимых государств (СНГ). Таким образом, миграционный прирост (сальдо) за этот период составил 4,9 млн человек. Динамика этого показателя за период 1992–2008 гг. показана на рис. 2.4.

Более глубокое представление о происходящих в стране миграционных процессах можно получить на основе анализа относительных статистических показателей, таких, как:

- коэффициент прибытия;
- коэффициент выбытия;
- коэффициент миграционного прироста.

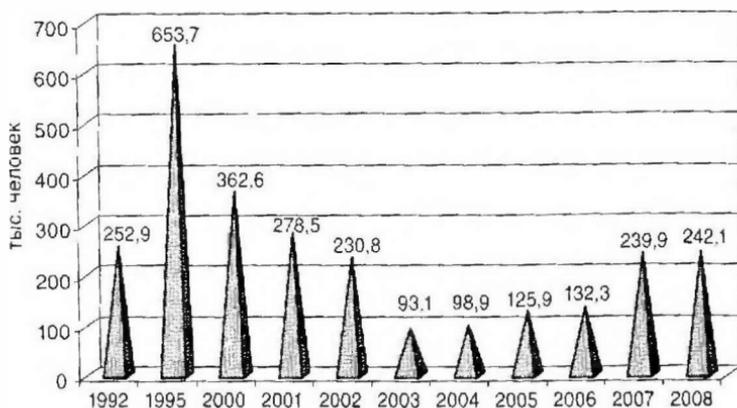


Рис. 2.4. Динамика миграционного прироста в Российской Федерации (1990–2008)

Анализ этих показателей за 1992–2008 гг. позволяет сделать вывод, что, несмотря на практически не изменившийся коэффициент миграционного прироста, коэффициент прибытия уменьшился в 3 раза, коэффициент выбытия — в 16 раз (табл. 2.2). Это свидетельствует о значительном снижении интенсивности миграционных процессов.

Миграция оказывает большое влияние на структуру населения, так как ей наиболее подвержены люди в возрасте до 30 лет, одинокие или семейные, но без детей. Пожилые люди и семьи с детьми переселяются реже, поэтому миграция деформирует возрастные структуры в местах притока и оттока населения. На территориях с интенсивным притоком население «омолаживается», так как в нем увеличивается доля молодых, и наоборот, на территориях с интенсивным оттоком население «старест», что существенно сказывается на уровнях рождаемости и смертности.

Миграция оказывает существенное влияние на здоровье населения. Маятниковая миграция (регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы своего постоянного места проживания) увеличивает число контактов, способствующих распространению инфекционных заболеваний, ведет к росту стрессовых ситуаций, травматизма. Сезонная миграция (перемещение людей в определенные периоды года, например к месту отдыха) ведет к неравномерной нагрузке учреждений здравоохранения, влияет на показатели здоровья населения. Показатели здоровья мигрантов зачастую хуже аналогичных показателей коренного населения.

Таблица 2.1. Показатели демографической нагрузки населения Российской Федерации (1990–2008)

Коэффициенты	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Общий коэффициент демографической нагрузки	759,1	755,0	662,5	662,5	625,6	604,0	590,9	579,6	576,5	583,1	582,2
Коэффициент нагрузки по замещению	430,1	397,6	322,7	322,7	292,6	278,1	267,2	257,7	251,7	250,8	250,7
Коэффициент пенсионной нагрузки	329,0	357,4	339,8	339,8	333,0	325,9	323,7	321,9	324,8	332,2	331,6

Таблица 2.2. Динамика основных показателей миграционных процессов в Российской Федерации за 1992–2008 гг. на 1000 населения

Коэффициенты	1992	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Коэффициент прибытия	6,24	5,68	2,46	1,33	1,28	0,90	0,83	1,25	1,31	2,02	1,98
Коэффициент выбытия	4,53	2,29	1,00	0,83	0,74	0,66	0,56	0,49	0,38	0,34	0,28
Коэффициент миграционного прироста	1,71	3,39	1,46	0,50	0,54	0,24	0,27	0,76	0,93	1,68	1,71

Одна из острых проблем, связанная с миграцией населения, — **урбанизация**, которая характеризуется быстрыми темпами роста населения в крупных городах и концентрацией в них экономической и культурной жизни. Для урбанизации характерна возрастающая маятниковая миграция населения из ближайших сел и мелких городов в крупные города.

Экономическое значение миграции определяется главным образом тем, что происходит перераспределение трудовых ресурсов между городом и селом, отдельными административными территориями, и это необходимо учитывать при разработке планов социально-экономического развития регионов.

Изучение миграционных процессов имеет большое значение как для государства в целом, так и для системы здравоохранения. Эти процессы влияют на экологическую обстановку, эпидемиологическую ситуацию, структуру заболеваемости и смертности населения. В связи с этим органы управления здравоохранением должны оперативно реагировать, изменяя структуру, мощность учреждений здравоохранения, обеспечивая тем самым населению доступную и качественную медицинскую помощь.

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

- рождаемость;
- смертность;
- естественный прирост (противоестественная убыль) населения.

В 80-х годах прошлого столетия в России ежегодно рождались 2,2–2,4 млн детей, а умирали 1,5–1,7 млн человек. С 1992 г. из-за превышения уровня смертности над рождаемостью начался процесс сокращения численности жителей Российской Федерации — противоестественная убыль населения. В течение последних 15 лет в России ежегодно умирали более 2 млн человек, а рождались около 1,5 млн человек, причем процессы депопуляции более интенсивно происходят в сельской местности.

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

Для анализа основных тенденций рождаемости и выработки комплекса мер по ее регулированию используют следующие статистические показатели:

- общий коэффициент рождаемости;
- специальный коэффициент рождаемости (плодовитости);
- возрастные коэффициенты рождаемости (плодовитости);
- суммарный коэффициент рождаемости.

Динамика *общего коэффициента рождаемости* в Российской Федерации за период 1990–2008 гг. представлена на рис. 2.5. С 1990 по 1999 г. отмечалась тенденция к его снижению, после чего наблюдается незначительный рост, и в 2008 г. значение этого показателя составило 12,1‰. В настоящее время уровень рождаемости в России оценивается как низкий.

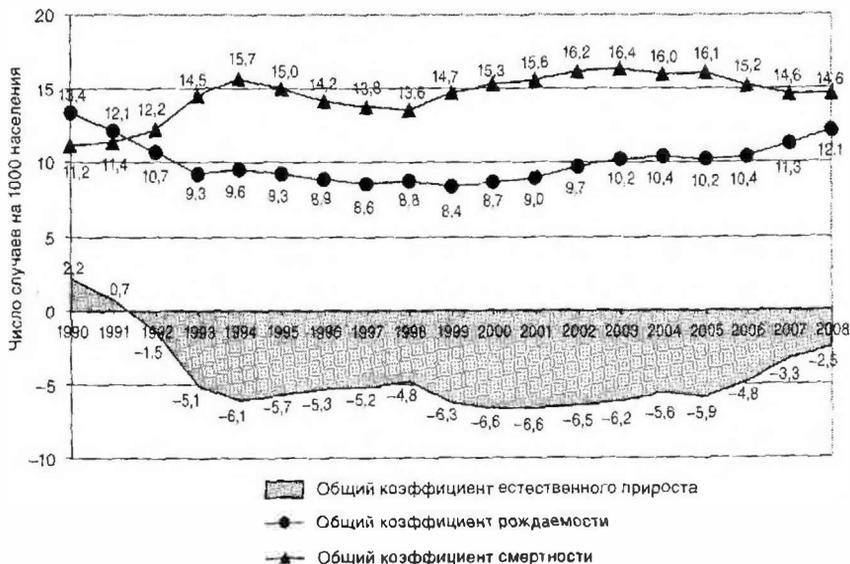


Рис. 2.5. Динамика общих коэффициентов рождаемости, смертности и естественного прироста населения Российской Федерации (1990–2008)

Наиболее высокие значения общего коэффициента рождаемости в 2008 г. зарегистрированы в следующих субъектах Российской Федерации: в Чеченской Республике (29,3‰), Республике Тыва (25,2‰), Агинском Бурятском автономном округе (22,5‰). Самые низкие — в Ленинградской (8,8‰), Тульской (9,0‰), Тамбовской областях (9,2‰).

Среди федеральных округов самый высокий уровень рождаемости имел место в Южном (13,9), самый низкий — в Центральном ФО (10,3 на 1000 населения).

Показатели рождаемости ниже российского уровня наблюдаются на Украине (10,2‰), в Германии (8,2‰), Японии (8,7‰), Австрии (9,0‰). Выше — во Франции (13,1‰), Норвегии (12,4‰), Казахстане (20,8‰), Узбекистане (22,4‰).

Величина общего коэффициента рождаемости зависит не только от интенсивности рождаемости, 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, рассчитываются и анализируются специальные и частные показатели рождаемости.

Специальный коэффициент рождаемости (плодовитости) рассчитывается как отношение числа родившихся живыми за год к среднегодовой численности женщин репродуктивного возраста (15–49 лет). За период 1990–2008 гг. он сократился с 55,2 до 44,6 родившихся на 1000 женщин репродуктивного возраста.

В условиях внутрисемейного регулирования рождаемости происходит процесс откладывания рождений, что проявляется, в частности, в повышении среднего возраста матери при рождении первого ребенка. Наиболее репродуктивными являются возрастные группы женщин 20–24 и 25–29 лет. В то же время, начиная с середины 90-х годов, отмечается тенденция снижения *возрастных коэффициентов рождаемости (плодовитости)* в этих группах и увеличения — в возрасте 30–34 и 35–39 лет. Данная тенденция наряду с положительными моментами (ребенок рождается у социально зрелых родителей) имеет и отрицательную сторону, поскольку с возрастом нарастает патология, осложняющая роды. Проблема состоит в том, что не менее 90% беременных имеют какие-либо заболевания, а свыше 60% из них страдают железодефицитной анемией, что не может не отразиться на здоровье их детей. В последнее десятилетие все чаще роды и послеродовый период осложняются различными заболеваниями матерей. Доля физиологических родов в 2008 г., по сравнению с 1992 г., сократилась на 16% и составила 35%. Наиболее часто беременность и роды осложняются анемией. За тот же период увеличилось число родов,

осложненных заболеваниями мочеполовой системы, а также системы кровообращения.

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

В начале 60-х годов XX в. в России наблюдалось расширенное воспроизводство населения — суммарный коэффициент рождаемости в среднем был 2,4 ребенка на одну женщину. В последующие два десятилетия вплоть до 1986 г. этот показатель снизился и оставался на уровне 2,0–2,1, что обеспечивало простое воспроизводство населения. Однако, начиная с 90-х годов прошлого столетия, значение этого показателя перешло рубеж от простого к суженному воспроизводству населения и составило в 2008 г. 1,49 ребенка на одну женщину. Если такая тенденция сохранится, то к 2050 г., по оценкам экспертов Организации Объединенных Наций (ООН), численность населения России сократится на треть.

Для сравнения, наиболее высокие значения суммарного коэффициента рождаемости зарегистрированы в Нигерии (7,9), Афганистане (7,5), Анголе (6,6). Ниже чем в России — на Украине (1,12), в Чехии (1,17), Греции (1,25 ребенка на одну женщину) и ряде других стран.

В настоящее время и ближайшие годы изменение возрастной структуры будет благоприятно отражаться на общих показателях рождаемости и, следовательно, на демографической ситуации в целом, поскольку в возраст наиболее интенсивного деторождения будут входить относительно многочисленные поколения женщин, родившихся в середине и во второй половине 80-х годов прошлого столетия. Совсем иная ситуация будет через 5–10 лет, когда активного репродуктивного возраста достигнут сравнительно малочисленные поколения, родившиеся в 90-е годы.

Именно поэтому важна ориентация в первую очередь на стимулирование рождения второго и третьего ребенка со значительным усилением социальных гарантий семьям при их рождении. Рождение первого ребенка не решает проблемы воспроизводства населения, обе-

спешения положительной демографической динамики. Существенное увеличение доли вторых рождений позволит значительно затормозить убыль населения, но не обеспечит прекращения ее. Ключевую роль в решении проблемы выхода России из демографического кризиса играет именно рождение третьего и последующего ребенка.

Дифференциация мер социально-экономической поддержки семей в зависимости от числа детей и очередности рождения будет выступать экономическим стимулом формирования репродуктивного поведения, ориентированного на рождение 2–3 детей. Кроме того, необходима реализация мер идеологического, воспитательного, информационного характера, направленных на формирование мотивированной потребности в таком числе детей.

Одна из причин откладывания рождения детей — поздняя регистрация брака, что сопровождается распространением гражданских браков. Число рождений вне зарегистрированного брака неуклонно растет. К 2008 г. удельный вес внебрачных рождений увеличился в России в три раза по сравнению с 1980 г. и составил около 30% от общего числа родившихся.

Большое число разводов и высокий уровень смертности мужчин в трудоспособном возрасте обуславливают значительный удельный вес рождения детей в так называемых неполных семьях с возникающими в дальнейшем проблемами воспитания.

Однако для приостановления и предупреждения процессов депопуляции населения Российской Федерации недостаточно только повысить уровень рождаемости. Необходимо в первую очередь решить проблему высокой смертности населения прежде всего в трудоспособных возрастах от управляемых причин.

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

Для анализа смертности населения используются следующие статистические показатели:

- общий коэффициент смертности;
- возрастные коэффициенты смертности;
- показатели структуры смертности по причинам;
- коэффициент материнской смертности;
- коэффициенты детской смертности;
- коэффициент перинатальной смертности;
- коэффициент мертворождаемости.

С начала 90-х XX в. годов в России был отмечен беспрецедентно высокий рост *общего коэффициента смертности*, который к 2003 г. увеличился почти в 1,5 раза (см. рис. 2.5). Начиная с 2004 г. наметилась тенденция к снижению этого показателя, и в 2008 г. его значение составило 14,6‰ (мужчины — 16,6‰, женщины — 12,9‰).

Среди всех умерших мужчин доля умерших в трудоспособном возрасте составила 47,1%, моложе трудоспособного возраста — 1,2%, старше трудоспособного — 51,7%. Структура умерших женщин отличается от таковой у мужчин: доля женщин, умерших в трудоспособном возрасте, составила 13,3%, моложе трудоспособного возраста — 1,3%, старше трудоспособного — 85,4%. Причем у мужчин резкое повышение *возрастных коэффициентов смертности* отмечается, начиная с 45 лет, у женщин значительно позднее — с 60 лет, что объясняет большую разницу средней продолжительности предстоящей жизни у мужчин и женщин. Из общего числа умерших в трудоспособном возрасте 80% составляют мужчины.

Уровень смертности мужчин в трудоспособном возрасте превышает аналогичный показатель у женщин в 4 раза (от болезней системы кровообращения — в 4,5 раза, внешних причин — в 5 раз, новообразований — в 2 раза).

Анализ *показателей структуры смертности* по причинам показывает, что на первом месте находятся болезни системы кровообращения (56,6%), на втором — новообразования (13,8%), на третьем — внешние причины (11,9%) (рис. 2.6). Эти заболевания составляют более 80% всех причин смертности населения Российской Федерации.

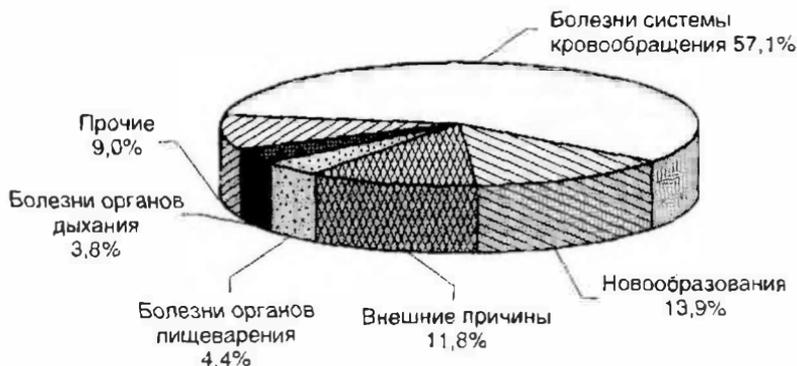


Рис. 2.6. Структура смертности населения Российской Федерации по причинам (2008)

Показатель смертности от болезней системы кровообращения за период 1992–2008 гг. увеличился на 30% и в 2008 г. составил 835,5 случая на 100 тыс. населения, значительно превысив аналогичный показатель в других странах [«старые» страны Европейского союза (ЕС) – 214, «новые» страны ЕС – 493 случая на 100 тыс. населения]. В структуре всех причин смерти от болезней системы кровообращения более 80% занимают ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни. У 30% мужчин трудоспособного возраста смертельный исход в результате болезней системы кровообращения наступает на фоне повышенного содержания алкоголя в крови.

Показатель смертности от новообразований за период 1992–2008 гг. вырос незначительно и составил в 2008 г. 203,8 на 100 тыс. населения. Онкологические заболевания в России характеризуются высокой долей смертей в течение первого года после установления диагноза. Например, показатель одногодичной летальности от рака легкого составил 56%, от рака желудка – 55%. Мужчины трудоспособного возраста умирают от онкологических заболеваний в 2 раза чаще, чем женщины.

Показатель смертности от внешних причин за период 1992–2008 гг. увеличился на 65% и в 2008 г. составил 172,2 случая на 100 тыс. населения, что в 5 раз больше, чем в «старых» странах ЕС, и в 3 раза больше, чем в «новых» странах ЕС. В структуре этих причин преобладают самоубийства (16,5%), транспортные несчастные случаи (16,0%), убийства (10,0%), случайные отравления алкоголем (8,4%).

Россия занимает первое место в мире по аварийности на дорогах. На рис. 2.7 представлено распределение некоторых европейских стран по величине показателя смертности от дорожно-транспортных происшествий (ДТП).

Анализ показывает, что основными причинами смертности пострадавших при ДТП являются: тяжесть полученных травм, несвоевременная доставка пострадавших в лечебно-профилактические учреждения, невозможность оказания адекватной медицинской помощи пострадавшим в учреждениях здравоохранения, расположенных вдоль автомобильных дорог. Летальность на догоспитальном этапе составляет 10,8%, в то время как в странах ЕС – 2–3%.

Для оказания квалифицированной помощи пострадавшим при ДТП, снижения смертности от транспортных травм Министерством здравоохранения и социального развития (МЗиСР) РФ разработан

и реализуется комплекс мер, включающий в себя мероприятия по оснащению современным медицинским оборудованием учреждений здравоохранения, находящихся в непосредственной близости с крупными автомобильными магистралями, приобретению за счет средств федерального бюджета современных реанимобилей и вертолетов, специализированных для оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП, повышению взаимодействия организаций здравоохранения с органами внутренних дел РФ, пожарной охраной и аварийно-спасательными формированиями Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС).

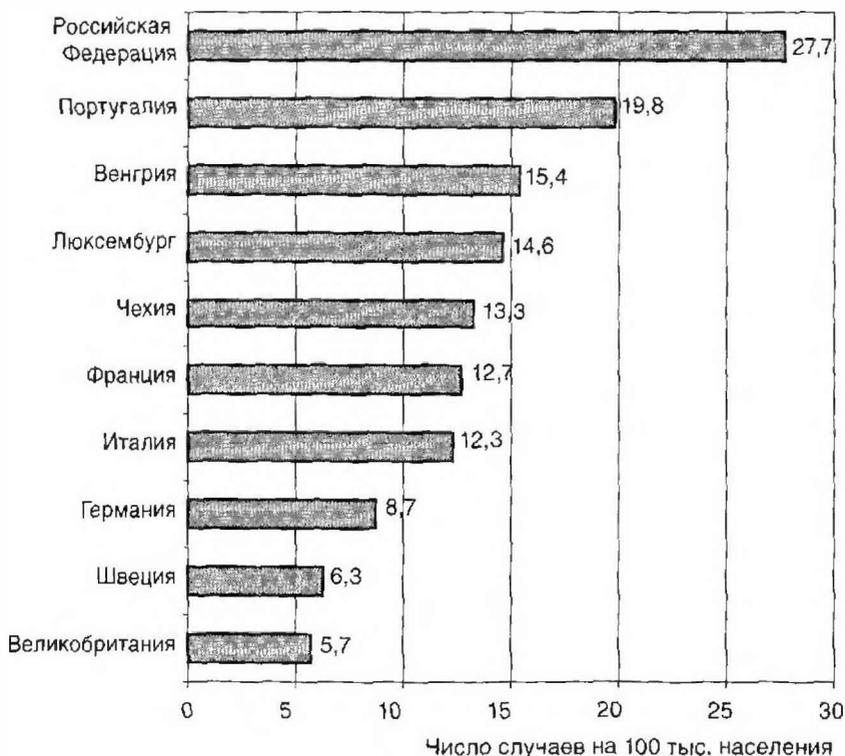


Рис. 2.7. Показатель смертности населения от дорожно-транспортных происшествий в некоторых европейских странах (2008)

Коэффициент материнской смертности представляет собой важную характеристику для оценки работы службы родовспоможения, хотя из-за невысокого уровня не оказывает заметного влияния на демографическую ситуацию в целом.

Одна из основных причин материнской смертности — аборт. В структуре причин смерти женщин от абортов ведущую роль играют сепсис и кровотечения. Снижение числа абортов (с 3 265 000 в 1992 г. до 1 236 000 в 2008 г.) положительно сказалось на динамике коэффициента материнской смертности (рис. 2.8).

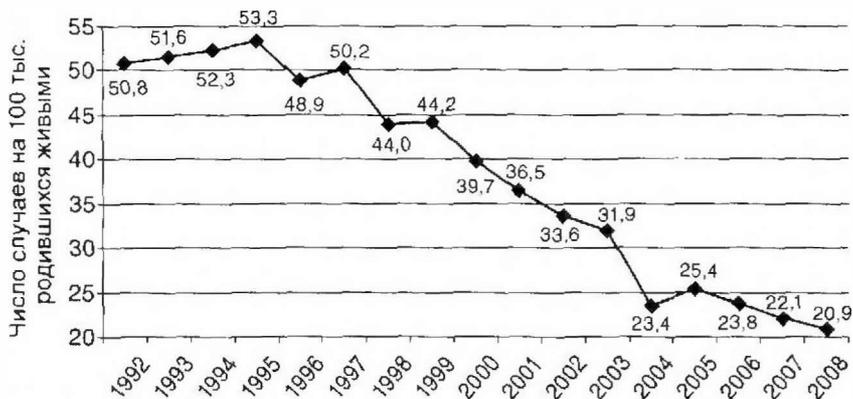


Рис. 2.8. Динамика коэффициента материнской смертности в Российской Федерации (1992–2008)

Детская смертность имеет сложную структуру, которая определяется в основном причинами смерти и возрастом умерших детей.

Правильный и своевременный анализ детской смертности позволяет разработать ряд конкретных мер по улучшению здоровья беременных и детей, оценить эффективность проводимых мероприятий по оздоровлению демографической ситуации.

Для анализа детской смертности используются следующие статистические показатели:

- коэффициент детской смертности;
- коэффициент младенческой смертности;
- показатель структуры младенческой смертности по причинам.

Коэффициент детской смертности используется для комплексной оценки состояния здоровья детского населения и рассчитывается как отношение числа детей, умерших в возрасте от 0 до 17 лет вклю-

чительно, к общей численности детей. Значение этого показателя в 2008 г. в РФ составило 1,01‰.

Младенческая смертность относится к тем немногим демографическим показателям, которые в 90-е годы прошлого века имели положительную динамику. Динамика *коэффициента младенческой смертности* в РФ за период 1992–2008 гг. представлена на рис. 2.9.

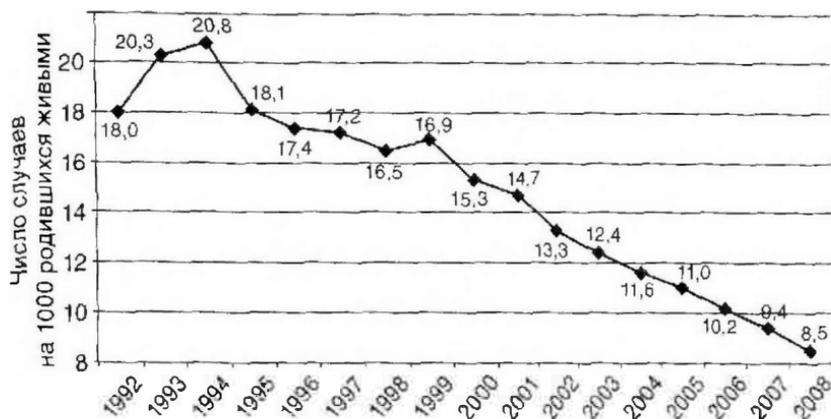


Рис. 2.9. Динамика коэффициента младенческой смертности в Российской Федерации (1992–2008)

К 2008 г. уровень младенческой смертности в России снизился до 8,5‰, оставаясь, тем не менее, в 1,3 раза выше, чем в «новых», и в 2,3 раза выше, чем в «старых» странах ЕС. Следует отметить, что в настоящее время коэффициент младенческой смертности в России учитывает смертность родившихся с массой 1000 г и выше, а в европейских странах — от 500 г. Это означает, что при переходе Российской Федерации на правила регистрации младенческой смертности, существующие в странах Европы, этот показатель будет намного выше. Следует также отметить, что положительная динамика коэффициента младенческой смертности могла быть значительней, если бы не неблагоприятные тенденции, связанные с репродуктивным здоровьем женского населения. Из 10 млн будущих матерей до 18 лет практически здоровы только 10–15%, остальные страдают теми или иными заболеваниями, влияющими на репродуктивную функцию женского организма. В структуре причин младенческой смертности более $\frac{2}{3}$ случаев смерти приходится на состояние пери-

патального периода и врожденные аномалии, т.е. заболевания, связанные со здоровьем матери.

Структура младенческой смертности по причинам представлена на рис. 2.10.



Рис. 2.10. Структура младенческой смертности по причинам в Российской Федерации (2008)

С 1963 г. в статистику здоровья населения и практику здравоохранения введен термин «перинатальный период». Перинатальный период включает в себя три периода: антенатальный (с 22 недели беременности до родов), интранатальный (период родов) и постнатальный (первые 168 часов жизни). Каждому периоду соответствует свой показатель смертности. Следует подчеркнуть, что перинатальная смертность в целом не является составной частью младенческой смертности. В младенческую смертность входит лишь одна составляющая перинатальной смертности — постнатальная (ранняя неонатальная) смертность.

Для анализа перинатальной смертности используются следующие статистические показатели:

- коэффициент перинатальной смертности;
- коэффициент мертворождаемости.

На рис. 2.11 представлена динамика *коэффициента перинатальной смертности* в Российской Федерации за период 1992–2008 гг., которая имеет выраженную тенденцию к снижению.

Антенатальная смертность и интранатальная смертность в сумме дают мертворождаемость. Значение *коэффициента мертворождаемости* в 2009 г. в Российской Федерации составило 5,0‰.

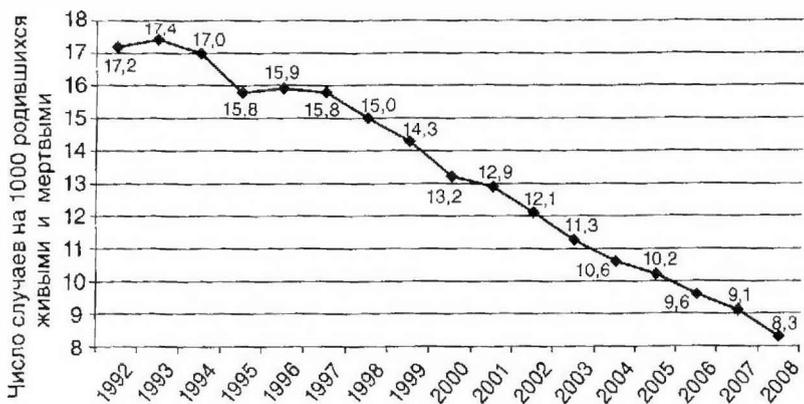


Рис. 2.11. Динамика коэффициента перинатальной смертности в Российской Федерации (1992–2008)

Раздельное изучение смертности в перинальном периоде и на 1-м году жизни не позволяет получить полную картину потерь всех жизнеспособных детей. В этой связи ВОЗ было введено понятие «фетоинфантильные потери», которое включает в себя мертворождаемость и смертность детей на первом году жизни. К сожалению, расчет показателя, характеризующего фетоинфантильные потери, не предусмотрен государственной статистикой Российской Федерации, поэтому его анализ затруднен.

Общий коэффициент естественного прироста населения представляет собой наиболее общую характеристику демографической ситуации, он исчисляется как разность между общими коэффициентами рождаемости и смертности.

Отрицательный естественный прирост (противоестественная убыль) свидетельствует о явном неблагополучии в обществе. Такая демографическая ситуация обычно характерна для периода войн, экономических кризисов и других потрясений.

За всю историю России (не считая периода войн) впервые в 1992 г. в стране был отмечен отрицательный естественный прирост населения (противоестественная убыль), который составил в 2008 г. — 2,5‰ (см. рис. 2.5). Отрицательный естественный прирост (противоестественная убыль) ведет к сокращению численности постоянного населения страны и другим неблагоприятным демографическим явлениям. Миграционный прирост в определенной степени смягчает, нивелирует эти процессы.

На рис. 2.12 представлен компонентный анализ изменения общей численности населения Российской Федерации за период 1992–2008 гг. Следует отметить, что процесс декомпенсации (превышения противоестественной убыли населения над миграционным приростом) начался с 1995 г. и достиг своего максимального значения к 2003 г., после чего стал уменьшаться. И хотя в 2008 г. миграционный прирост стал компенсировать около $1/2$ противоестественной убыли населения страны, это не может служить основой улучшения демографической ситуации в стране в долгосрочной перспективе.

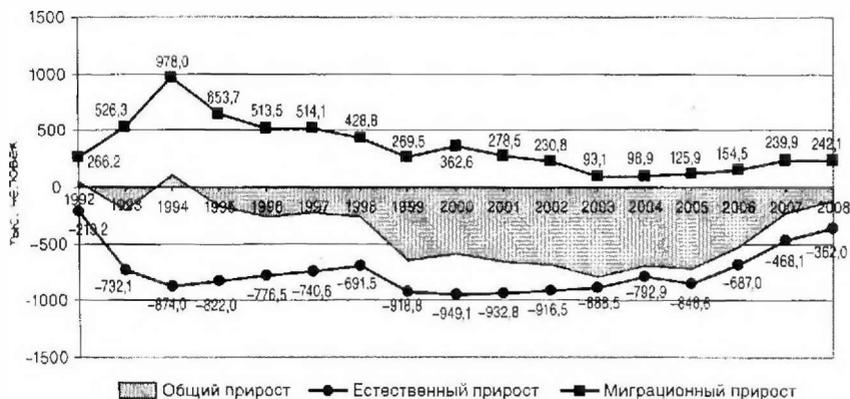


Рис. 2.12. Компоненты изменения общей численности населения Российской Федерации (1992–2008)

Важнейшая задача общества — создать необходимые социально-экономические условия для воспроизводства населения, превышения уровня рождаемости над смертностью. В соответствии с прогнозом, разработанным специалистами-демографами, при сохраняющихся тенденциях уровней смертности и рождаемости и без принятия комплекса мер по улучшению здоровья, численность населения Российской Федерации к 2015 г. сократится на 6,2 млн человек и составит 136 млн человек, а к 2025 г. — 124,9 млн человек.

Развитие ситуации по этому сценарию, помимо демографических потерь, неблагоприятно скажется на основных показателях социально-экономического развития страны, прежде всего на темпе роста валового внутреннего продукта (ВВП) и обеспеченности трудовыми ресурсами, потребует структурных и качественных изменений

системы оказания медицинской и социальной помощи с учетом увеличения доли граждан старшего возраста.

Одним из показателей, используемых для комплексной оценки общественного здоровья, служит *средняя продолжительность предстоящей жизни* (СППЖ). 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 том году, для которого производилось исчисление. Этот показатель характеризует жизнеспособность населения в целом, не зависит от особенностей возрастной структуры населения, пригоден для анализа данных в динамике и сравнения по различным административным территориям.

Его нельзя путать со средним возрастом умерших или средним возрастом населения.

Показатель СППЖ рассчитывается на основании повозрастных показателей смертности путем построения специальных таблиц смертности (дожития) для реального или гипотетического поколения.

В период 1992–2003 гг. показатель средней продолжительности предстоящей жизни в Российской Федерации имел тенденцию к снижению, однако, начиная с 2004 г., отмечается незначительный рост, и в 2008 г. значение показателя составило для мужчин — 61,8 лет, для женщин — 74,2 года (рис. 2.13). Основная причина низкой продолжительности предстоящей жизни населения Российской Федерации — высокая смертность граждан трудоспособного возраста.

Российская Федерация отстает от ряда развитых стран по показателю СППЖ у мужчин — на 15–18 лет и у женщин — на 10–13 лет. Например, этот показатель в Японии составляет для мужчин — 78,6, для женщин — 85,6; в Норвегии соответственно 77,8 и 82,8; в Швеции — 78,5 и 82,9 года.

Основные показатели, характеризующие демографическую безопасность Российской Федерации, представлены в табл. 2.3.

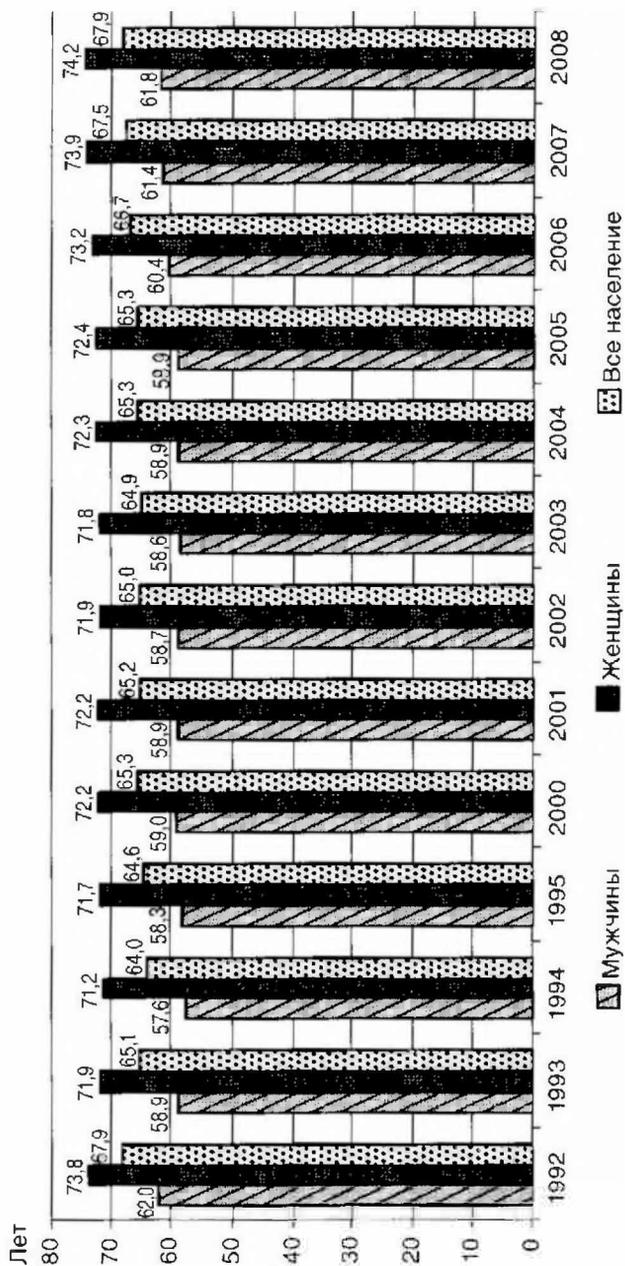


Рис. 2.13. Динамика показателя средней продолжительности предстоящей жизни населения Российской Федерации (1992–2008)

Таблица 2.3. Показатели демографической безопасности Российской Федерации

Показатели	Фактическое значение в 2008 г.	Критическое значение	Социально-экономические последствия
Общий коэффициент демографической нагрузки (на 1000 трудоспособного населения)	582,2	Более 600	Уменьшение трудового потенциала
Суммарный коэффициент рождаемости (плодовитости)	1,49	2,14–2,15	Суженное воспроизводство населения
Соотношение долей населения в возрасте 0–14; 50 лет и старше	1:2	1:1	Регрессивный тип развития населения
Показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни	61,8 лет для мужчин, 74,2 года для женщин	69 лет для мужчин, 77 лет для женщин	Снижение потенциала жизнеспособности населения
Уровень потребления алкоголя на душу населения, л	18,0	6,0	Деграляция нации

2.2.3. Основные направления реализации демографической политики в Российской Федерации

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

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

- Сокращение уровня смертности, прежде всего в трудоспособном возрасте, от заболеваний сердечно-сосудистой системы, онкологических заболеваний, вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), тубер-

кулеза, от травматизма в результате ДТП несчастных случаев на производстве, профессиональных заболеваний, от самоубийств.

- Сокращение уровня материнской и младенческой смертности.
- Укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков.
- Снижение уровня заболеваемости социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями.
- Повышение уровня рождаемости за счет рождения в семьях второго и последующих детей.

Значительное повышение рождаемости — необходимое условие сокращения противоестественной убыли населения. В условиях сохранения массовой малодетности (1–2 ребенка) от поколения к поколению численность населения будет неизбежно сокращаться. Исходя из цели демографической политики, необходимо поэтапное повышение суммарного коэффициента рождаемости до 2,2–2,5 ребенка в среднем на одну женщину фертильного возраста.

В связи с тем, что все большая доля рождений будет происходить у женщин старше 30 лет, актуализируется задача сохранения и улучшения репродуктивного здоровья. Ситуация усугубляется высоким уровнем заболеваемости репродуктивной системы, а также тем, что аборт продолжает оставаться одним из основных методов регулирования деторождения. Следствием абортотворения становятся нарушения репродуктивной сферы и бесплодие. Необходимо активизировать политику, направленную на сохранение репродуктивного здоровья и противодействие абортотворению. Однако последнее не должно носить запретительный характер. Основное внимание следует сосредоточить на осуществлении комплекса профилактических мер, помогающих предупреждать нежелательные беременности.

Демографическая политика в сфере повышения рождаемости и укрепления семьи должна включать в себя меры, направленные на комплексную социальную поддержку семей с детьми, особенно молодых: улучшение их жилищных условий, развитие системы льготного кредитования семей при покупке и строительстве жилья. Необходимо усилить роль средств массовой информации, социальной рекламы в пропаганде семейного образа жизни, эмоционально-позитивных отношений в семье, в повышении общественного престижа семьи с несколькими детьми. Важнейшими направлениями

являются развитие инфраструктуры семейного досуга и отдыха, формирование системы подготовки детей и молодежи к семейной жизни, консультирование вступающих в брак по вопросам семейной жизни, расширение сети перинатальных центров, а также психологических консультаций, оказывающих помощь в предотвращении и разрешении супружеских конфликтов.

В то же время реализация комплекса мер по стимулированию рождаемости не может быть единственным направлением решения проблемы депопуляции населения. По оценкам известного ученого профессора Ю.М. Комарова, процессы депопуляции на 65–67% зависят от чрезвычайно высокой смертности и только на 33–35% от низкой рождаемости, поэтому сокращение численности населения можно остановить в первую очередь снижением уровня смертности. С учетом огромных потерь, которые несет общество вследствие преждевременной смертности, и преимущественно от предотвратимых причин, снижение смертности следует считать наиважнейшей государственной задачей. Тем более что смертность, по сравнению с рождаемостью, больше подвержена внешнему воздействию, и ее уровень можно снизить при соответствующих усилиях в достаточно короткие сроки.

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

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

2.3. ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

2.3.1. Общие положения

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

Основные источники получения информации о заболеваемости населения: обращения населения за медицинской помощью в организации здравоохранения, медицинские осмотры, данные патологоанатомических и судебно-медицинских исследований.

Данные заболеваемости населения по обращаемости за медицинской помощью недостаточны для объективной оценки здоровья населения. Это связано с рядом причин:

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

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

Поэтому для более полной характеристики общественного здоровья показатели заболеваемости по данным обращаемости необходимо уточнять и дополнять. Для этого используют данные о заболеваемости населения, полученные при медицинских осмотрах.

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 для выявления заболеваний, которые могут прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учебы.

Цель **периодических медицинских осмотров** — динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих в условиях воздействия профессиональных вредностей, своевременное установление начальных признаков профессиональных заболеваний, выявление общих заболеваний, препятствующих продолжению работы с вредными опасными веществами и производственными факторами.

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

Наиболее качественный способ осуществления массовых медицинских осмотров — проведение их бригадами специалистов. Однако такие осмотры связаны с необходимостью привлечения значительных кадровых, финансовых, материальных ресурсов.

Именно поэтому стремление охватить медицинскими осмотрами как можно большую часть населения с привлечением ограниченного объема ресурсов обусловило разработку и внедрение в практическое здравоохранение скрининговых обследований населения.

Скрининг — это массовое обследование населения и выявление лиц с заболеваниями или с начальными признаками заболеваний. Основная цель скрининга — первичный отбор лиц, требующих углубленного обследования, консультаций узких специалистов, оптимиза-

ния выбора методов и сроков дообследования, формирование групп повышенного риска заболеть определенной патологией. Этот метод обследования в 2–2,5 раза экономичнее обычных медицинских осмотров.

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

2.3.2. Основные тенденции заболеваемости населения

Применение персонализированных баз данных позволяет регистрировать те заболевания, которые были установлены при медицинских осмотрах, но по поводу которых не было обращений в амбулаторно-поликлинические и больничные учреждения. Эти дополнительно выявленные на медицинских осмотрах заболевания учитываются для расчета показателя исчерпанной заболеваемости населения.

При хорошо спланированных и проведенных медицинских осмотрах дополнительно обнаруживают 1500–2000 случаев заболеваний на 1000 населения. Кроме того, для получения полной и объективной картины заболеваемости населения должны регистрироваться случаи заболеваний, которые привели к гибели больного, но не явились причиной его обращения в лечебно-диагностические учреждения при жизни. Эти случаи регистрируются при патолого-анатомических и судебно-медицинских исследованиях.

Основной нормативный документ, применяющийся во всех странах мира для изучения заболеваемости и причин смертности — **Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)**. МКБ — это система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки. МКБ пересматривается и утверждается ВОЗ примерно каждые 10 лет. В настоящее время действует Международная классификация десятого пересмотра (МКБ-10) (табл. 2.4).

Таблица 2.4. Классы болезней (МКБ-10)

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

Для статистического анализа заболеваемости населения применяются следующие основные статистические показатели:

- показатель первичной заболеваемости;
- показатель общей заболеваемости (распространенность, болезненность);
- показатель исчерпанной (истинной) заболеваемости.

В период 1992–2008 гг. в РФ *показатель первичной заболеваемости* населения имел стойкую тенденцию к увеличению и в 2008 г. составил 771,7 на 1000 населения (взрослые — 559,7; дети — 1838,9 на 1000 соответствующего населения). Проведенный компонентный анализ позволил установить, что прирост показателя первичной заболеваемости на 80% связан с увеличением доступности населению медицинской помощи, и прежде всего расширением диагностических возможностей системы здравоохранения, а на 20% связан с истинным ростом заболеваемости.

Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости отмечается в следующих субъектах РФ: в Ненецком (1741,8), Чукотском (1160,0) и Ямало-Ненецком (1137,9 на 1000 населения) автономных округах. Наиболее низкие значения этого показателя зарегистрированы: в Кабардино-Балкарской (391,2), Карачаево-Черкесской (472,6) и Чеченской (461,6 на 1000 населения) республиках.

Среди федеральных округов наиболее высокий показатель первичной заболеваемости в Приволжском ФО (850,8), самый низкий — в Южном ФО (654,1 на 1000 населения).

В *структуре первичной заболеваемости* взрослого населения (рис. 2.14) на первом месте находятся болезни органов дыхания (26,4%), на втором — травмы и отравления (15,6%), на третьем — болезни мочеполовой системы (9,3%).

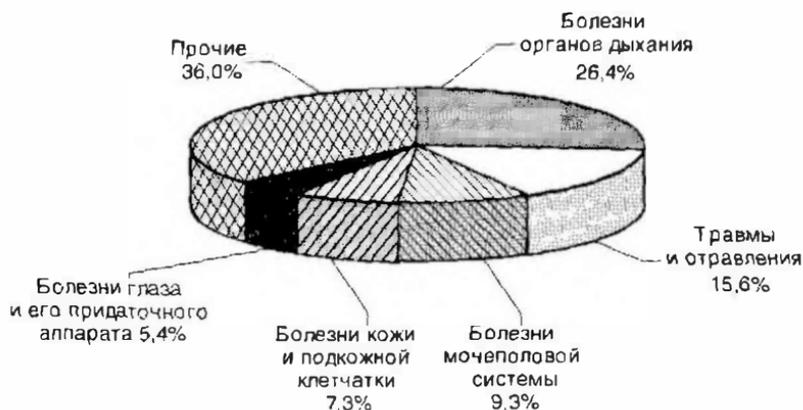


Рис. 2.14. Структура первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации (2008)

Показатель общей заболеваемости населения за период 1992–2008 гг. также сохранял тенденцию к росту и составил в 2008 г. 1560,9 на 1000 населения (взрослые — 1401,3; дети — 2336,4 на 1000 соответствующего населения), превысив в 2 раза значение показателя первичной заболеваемости.

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

Для изучения заболеваемости населения в практическом здравоохранении редко используется информация о заболеваниях, которые привели к смерти человека, но не явились причиной обращений в организации здравоохранения при жизни больного.

Результаты специальных исследований показывают, что разработка данных о заболеваниях, явившихся причиной смерти, но по поводу которых не было зарегистрировано при жизни обращений в организации здравоохранения, позволяет дополнительно обнаружить 1,2–1,3 случая заболеваний на 1000 населения, среди которых около 80% составляют заболевания сердечно-сосудистой системы.

Данные первичной, общей заболеваемости, заболеваний, дополнительно диагностированных на медицинских осмотрах, причин смерти (заболеваний, по поводу которых при жизни не было зарегистрировано обращений в организации здравоохранения) применяются для расчета *показателя исчерпанной (истинной) заболеваемости* населения. Этот показатель отсутствует в государственной статистике, но его можно рассчитать, проводя специальные исследования на основе персонализированных баз данных здоровья населения. Например, этот показатель, по результатам специально проведенного в Новгородской области исследования (2005), составил 3811,0‰, превысив практически в 2 раза уровень общей заболеваемости по общаваемости (1954,24‰).

Прирост показателя исчерпанной заболеваемости по сравнению с данными государственной статистики обусловлен в основном следующими классами заболеваний: болезнями эндокринной системы (IV), глаза (VII), системы кровообращения (IX), органов дыхания (X), пищеварения (XI), костно-мышечной системы (XIII) (рис. 2.15).



Рис. 2.15. Сравнительный анализ исчерпанной заболеваемости населения Новгородской области по результатам специально проведенного исследования и данным государственной статистики

2.3.3. Важнейшие социально значимые болезни

Приходится констатировать, что социально-экономические реформы, проводимые в стране в конце XX в., привели к девальвации таких общепринятых человеческих ценностей, как доброта, нравственность, милосердие. Это не могло не вызвать в обществе роста агрессии, ненависти, озлобленности, что, в свою очередь, стало причиной увеличения числа реактивных психозов, депрессий, тяжелых неврозов и психосоматических расстройств, алкоголизма, наркомании и заболеваний, передающихся половым путем. Эти заболевания, наряду с болезнями системы кровообращения, злокачественными новообразованиями, туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и СПИДом, стали ведущими причинами ухудшения общественного здоровья. В итоге сформировался порочный круг, главными связующими звеньями которого являются социопатии — заболевания, имеющие выраженную зависимость от социальных факторов среды обитания человека. Именно эти заболевания и состояния служат индикаторами ее неблагополучия и, в частности, приводят к снижению экономического потенциала общества, представляют реальную угрозу национальной безопасности.

Для того чтобы разорвать этот порочный круг, прежде всего необходимо устранение причин, обуславливающих эти заболевания, о чем подробно изложено в разделе 2.9 настоящей главы.

Болезни системы кровообращения

Основную опасность для здоровья населения и проблему для здравоохранения представляют болезни системы кровообращения, которые в настоящее время оказываются ведущими причинами инвалидизации и смертности взрослого населения. Эти болезни занимают первое место в структуре причин смерти в большинстве экономически развитых стран мира.

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

Основные причины, формирующие высокий уровень смертности от болезней системы кровообращения, это ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни.

Заболеваемость болезнями системы кровообращения имеет свои возрастно-половые особенности. Уровень заболеваемости, по данным обращаемости, у женщин в 1,5 раза выше, чем у мужчин. С увеличением возраста распространенность этих заболеваний интенсивно растет. В последние годы наблюдается омоложение этой патологии. В структуре распространенности болезней системы кровообращения гипертоническая болезнь составляет 25%, уступая первое место ишемической болезни сердца — 28%.

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

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

В связи с исключительной социальной и экономической значимостью сосудистых заболеваний МЗиСР РФ разработан и реализуется комплекс мероприятий, направленных на улучшение медицинской помощи таким больным. Этот комплекс включает в себя, прежде всего, создание эффективной системы профилактики артериальной гипертонии в группах риска, а также разработку и внедрение современных методов ее ранней диагностики, лечения и реабилитации больных с осложнениями в рамках реализации подпрограммы «Артериальная гипертензия» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)». Кроме того, важным направлением служит создание сети первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров, внедрение в них новых эффективных технологий диагностики и лечения инсульта, других цереброваскулярных нарушений, ишемической болезни сердца (мультидисциплинарной ранней реабилитации перенесших инсульт больных, ангиопластики и стентирования, малоинвазивных нейрохирургических методов лечения геморрагических инсультов, аневризм и др.).

Злокачественные новообразования

По данным международной статистики, в мире ежегодно регистрируются около 7 млн случаев заболеваний злокачественными новообразованиями и более 5 млн смертей от этих заболеваний.

Злокачественные новообразования занимают 2-е место в структуре причин инвалидизации и смертности населения.

В России ежегодно заболевают раком более 450 тыс. человек, из них более 3000 детей. Среди больных с впервые зарегистрированными злокачественными новообразованиями около 60% заболеваний выявляются в III–IV стадиях. В настоящее время на учете онкологической службы находится более 2,3 млн больных.

В 2008 г. в России от злокачественных новообразований умерли 286 628 человек, что составило 13,8% всех умерших. Последние 20 лет число умерших от злокачественных новообразований постоянно растет. Увеличение смертности от злокачественных новообразований происходит не только за счет лиц старших возрастных групп, но и среди детей.

Уровень и структура смертности от злокачественных новообразований находятся в тесной зависимости от пола и возраста. Смертность от рака у мужчин в 2 раза выше, чем у женщин. Более высокий уровень смертности мужчин объясняется, прежде всего, большей рас-

пространенностью у мужчин рака внутренних органов: пищевода (в 2 раза), желудка, трахеи, легких (в 7 раз).

В структуре первичной заболеваемости мужчин первое место занимают злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легких (23%), второе — рак желудка (12%), третье — новообразования кожи (9%). В структуре первичной заболеваемости женщин первое место принадлежит раку молочной железы (19%), второе — новообразованиям кожи (13%), третье — раку желудка (8%).

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

Придавая большую значимость борьбе со злокачественными новообразованиями, МЗиСР РФ разработана Национальная онкологическая программа. Этой программой, в частности, предусмотрены проведение мероприятий по первичной профилактике онкологических заболеваний на основе диспансеризации трудоспособного населения по единому стандарту обследования с целью раннего выявления лиц из групп высокого риска, повышение онкологической настороженности врачей «первичного контакта» и осуществление диспансерного наблюдения за установленными онкологическими больными. Перспективным направлением является внедрение средств телемедицины с возможностью передачи информации между региональным, межрайонным онкологическими диспансерами и онкологическими кабинетами учреждений здравоохранения общелечебной сети. Программой также предусматривается развитие отечественного производства диагностического и лечебного оборудования, противоопухолевых лекарственных средств, оснащение современным медицинским оборудованием региональных онкологических диспансеров и др.

Туберкулез

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

В России в 2008 г. на учете фтизиатрической службы находились более 270 тыс. больных туберкулезом. С начала 90-х годов первичная заболеваемость и смертность населения от туберкулеза возросли в среднем в 2,3 раза и составили в 2008 г.: первичная заболеваемость — 85,1 на 100 тыс., смертность — 17,9 на 100 тыс. населения (рис. 2.16). Среди умерших 75% составили лица трудоспособного возраста.

Среди всех форм активного туберкулеза преобладает туберкулез органов дыхания (96%), а среди внелегочных форм — туберкулез



Рис. 2.16. Динамика показателей первичной заболеваемости всеми формами активного туберкулеза и смертности от туберкулеза населения Российской Федерации (1992–2008)

мочеполовых органов (1,5%). У 30% больных туберкулез выявляется в запущенной форме. Мужчины болеют туберкулезом в 3–5 раз чаще женщин.

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

Инфекции, передающиеся половым путем

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

В структуре ИПППП в 2008 г. первое ранговое место принадлежало трихомонозу (29%), второе — сифилису (15%), третье — хламидиозу (12%), четвертое — гонорее (11%).

С начала и до середины 90-х годов отмечался резкий всплеск заболеваемости ИПППП, в первую очередь сифилисом (рис. 2.17). За период с 1993 по 2008 г. заболеваемость сифилисом детей возросла в 11 раз, в 20 раз возрос врожденный сифилис. В последние годы ситуация с венерическими заболеваниями несколько стабилизировалась.

ИПППП следует во многом расценивать как «болезни поведения». К особенностям, которые выделяют больных ИПППП из общего числа несовершеннолетних и позволяют различить их медико-социальный портрет, относятся: проживание в неполных семьях с алкогольным анамнезом, психопатологические черты характера, которые усугубляются на фоне безнадзорности, злоупотребления алкоголем и приводят к криминогенному поведению, сопровождающемуся промискуитетом. Психические заболевания и сексуальные девиации нередко становятся причиной ИПППП среди несовершеннолетних.

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

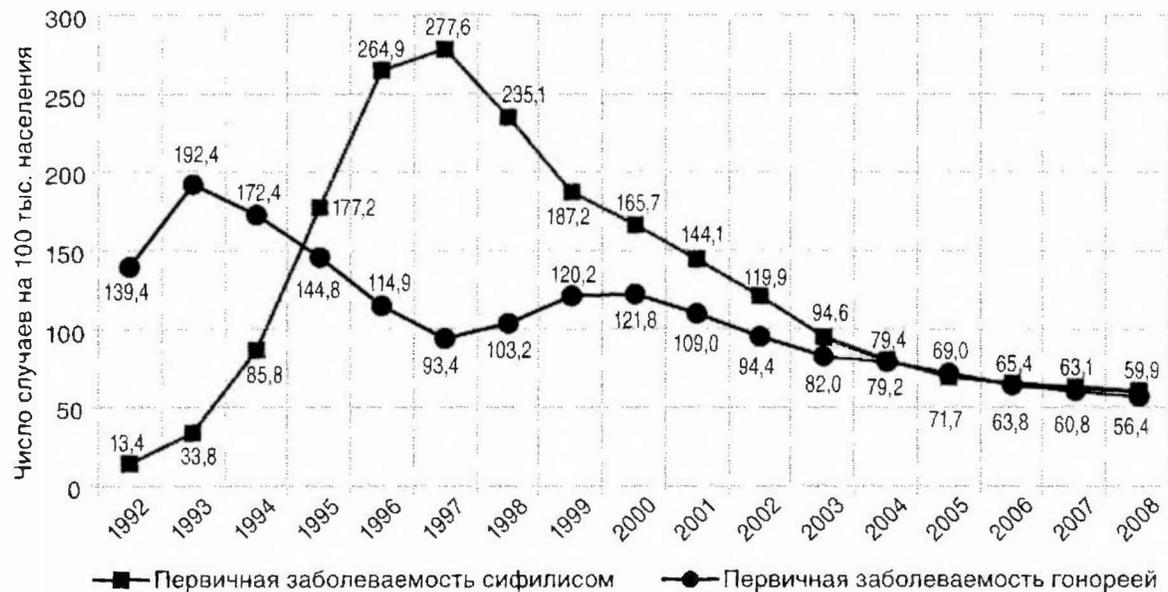


Рис. 2.17. Динамика показателей первичной заболеваемости сифилисом и гонореей в Российской Федерации (1992–2008)

ВИЧ-инфекция и СПИД

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

По состоянию на конец 2008 г. в России зарегистрировано около 301,3 тыс. ВИЧ-инфицированных, из них более 82 тыс. женщин, 2765 детей. Однако специалисты считают, что истинное число ВИЧ-инфицированных во много раз больше регистрируемого. Наиболее пораженные ВИЧ-инфекцией группы населения это потребители наркотиков, работники коммерческого секса и заключенные. Среди потребителей наркотиков распространенность ВИЧ-инфекции в различных субъектах РФ составляет от 8 до 64%, среди работников коммерческого секса — 6%, среди заключенных — 5%.

В России ВИЧ-инфекция чаще поражает молодое население: 75% зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции выявляется у лиц в возрасте 15–30 лет. За последние 5 лет доля женщин среди ВИЧ-инфицированных возросла в 2 раза. В 2008 г. у ВИЧ-инфицированных матерей родились 8931 ребенок, 36 из которых умерли в первые дни жизни. Наибольшее число случаев рождения детей у ВИЧ-инфицированных матерей зарегистрировано в Свердловской, Самарской, Иркутской областях, городах Москва и Санкт-Петербург. Инкубационный период ВИЧ по сравнению с другими инфекционными заболеваниями продолжителен и у разных индивидов в значительной степени варьирует. Около половины ВИЧ-инфицированных заболевают в течение 10 лет после заражения. С момента развития у человека признаков заболевания СПИДом средняя продолжительность его жизни составляет 2–4 года.

Для управления эпидемиологической ситуацией, начиная с 1990 г., в России ежегодно обследуются на ВИЧ 20–24 млн человек, что составляет 15–17% населения, при этом ежегодно выявляется около 50 тыс. новых случаев ВИЧ-инфекции.

Психические расстройства и расстройства поведения

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

В 2008 г. в России были зарегистрированы 4 226 900 человек с психическими расстройствами и расстройствами поведения (включая заболевания, связанные с употреблением психоактивных веществ). Ежегодно под диспансерное наблюдение берутся 80–100 тыс. человек.

Более чем в 30% случаев психические расстройства становятся причиной освобождения юношей от призыва на военную службу.

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

Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами, особенно с пограничной патологией, отмечается в подростковом возрасте. В этот период жизни каждый индивидум испытывает действие двух естественных, но не однозначных процессов: интенсивной социализации личности и активной физиологической перестройки организма. Эти процессы часто достигают силы и остроты социопсихобиологического кризиса, порождающего существенные проблемы состояния здоровья подростков. Так, в частности, серьезной проблемой подросткового возраста служит недостаточная социальная адаптация, проявляющаяся, прежде всего, в высокой частоте нарушений поведения — от повышенной конфликтности и антидисциплинированности до поведения, обязательным и определяющим компонентом которого оказывается совершение противоправных действий (делинквентность).

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

Депрессивные расстройства и шизофрения представляют собой причину 60% всех случаев самоубийств. Только в 2008 г. в России было зарегистрировано 38 406 самоубийств.

Нарушение состояния психического здоровья детей и подростков приводит к ухудшению качества их жизни, угрожает развитием в будущем тяжелой психической и психосоматической патологии, ведет к асоциальному поведению молодежи (росту наркомании, алкоголизма, проституции, преступности и т.д.).

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

Алкоголизм

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

В России в 2008 г. под диспансерным наблюдением по поводу психотических расстройств, связанных с употреблением алкоголя (алкогольных психозов) и синдрома зависимости от алкоголя, находились более 2 220 000 человек (1566,3 на 100 тыс. населения). Число больных, впервые обратившихся за лечением по поводу алкоголизма, составило 122,1 на 100 тыс. населения.

На фоне распространенности пьянства и алкоголизма среди населения в целом наблюдается рост алкоголизации женщин, детей и подростков. Так, число детей, впервые в жизни поставленных на диспансерный учет в связи со злоупотреблением алкоголя, за период 1990–2008 гг. возросло в 1,7 раза, а подростков — в 1,5 раза.

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

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

- Первая группа (проблемы для пьющего):

- последствия острого алкогольного опьянения (снижение самоконтроля, агрессивность, нарушение правопорядка, несчастные случаи и т.д.);
- отравления алкоголем (только в 2008 г. от случайных отравлений алкоголем погибло около 24 тыс. человек);

- последствия длительного употребления алкоголя (проблемы, связанные со здоровьем, снижение умственных способностей, преждевременная смерть).
- Вторая группа (проблемы для семьи пьющего):
 - ухудшение взаимоотношений в семье;
 - педагогическая запущенность детей;
 - снижение материального благополучия.
- Третья группа (проблемы для общества):
 - нарушение общественного порядка;
 - рост преступности;
 - увеличение числа заболеваний с временной утратой трудоспособности;
 - рост инвалидизации;
 - увеличение смертности среди трудоспособного населения;
 - экономический ущерб.

Результаты специальных исследований показывают, что экономический ущерб от алкоголизма в различных странах варьирует от 0,5 до 2,7% валового национального продукта.

Наркомания и токсикомания

Сегодня наркомания в России занимает третье место в рейтинге социальных проблем, стоящих перед обществом, после преступности и низкого уровня доходов граждан. В 2008 г. под диспансерным наблюдением в связи с наркоманией состояли 358 120 человек или 252,2 на 100 тыс. населения. По сравнению с 1992 г. эта цифра возросла более чем в 10 раз. При этом уровень первичной заболеваемости наркоманией несовершеннолетних в 2,5 раза выше, чем у взрослых. Всего в 2008 г. под наблюдением наркологических диспансеров находились более 90 тыс. подростков. Растет доля больных наркоманией женщин. За период с 1999 по 2008 г. число женщин, больных наркоманией, возросло на 35% и составило более 75 тыс. Однако данные специальных исследований свидетельствуют, что эти цифры значительно выше: сегодня в России насчитывается около 2 млн наркоманов, из них половина — дети и подростки.

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

Наркомания относится к трудноизлечимым заболеваниям, способным приводить к преждевременной гибели больного. Средняя продолжительность жизни наркоманов составляет не более 21 года, а

после начала регулярного употребления наркотиков они живут около 4 лет. Половина наркоманов умирает в возрасте 17–18 лет от передозировки наркотиков.

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

Употребление наркотиков представляет собой глобальную социальную и медицинскую проблему, требующую для ее решения привлечения всех государственных институтов и общества в целом.

2.3.4. Инфекционная заболеваемость

В настоящее время в природе насчитывается более 1,5 тыс. различных видов инфекционных болезней. Ежегодно в Российской Федерации регистрируется более 5,3 млн случаев инфекционных и паразитарных заболеваний. Значения показателя первичной заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями во многом зависят от социально-экономической ситуации. В период 1992–1995 гг. отмечался резкий подъем уровня инфекционной заболеваемости, после которого наблюдается устойчивая тенденция к его снижению. В 2008 г. значение этого показателя составило 36,5 на 1000 населения (рис. 2.18).

Самый высокий уровень инфекционной заболеваемости в 2008 г. зафиксирован в Омской области (67,0), Ненецком автономном округе (67,7), Магаданской области (60,2 на 1000 населения), самый низкий: в Кабардино-Балкарской Республике (12,4), Тамбовской (21,6), Воронежской (21,9 на 1000 населения) областях.

Среди федеральных округов наиболее высокий уровень инфекционной заболеваемости зафиксирован в Уральском (44,0), самый низкий — в Южном (28,4 на 1000 населения) федеральных округах.

С целью разработки оперативных и перспективных мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями в стране действует

достаточно эффективная система контроля за инфекционной заболеваемостью.

Инфекционные заболевания подлежат специальному учету на всей территории Российской Федерации независимо от места заражения и гражданства заболевшего. Список обязательных для извещения инфекционных заболеваний определен МЗиСР РФ.

За полноту, достоверность и своевременность учета инфекционных заболеваний, а также за оперативное и полное сообщение о них и Центры гигиены и эпидемиологии персональную ответственность несет руководитель организации здравоохранения.

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

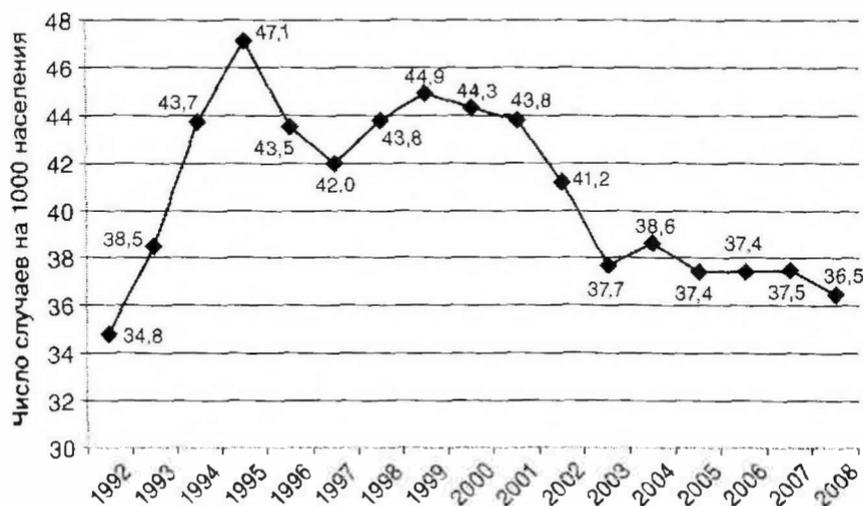


Рис. 2.18. Динамика показателя первичной заболеваемости некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями населения Российской Федерации (1992–2008)

В результате проводимых профилактических мероприятий в рамках национального проекта «Здоровье» в 2006–2007 гг. достигнут и поддерживается высокий уровень охвата профилактическими прививками против следующих инфекционных заболеваний: полиомиелита, гепатита В, краснухи, гриппа, дифтерии, коклюша, столбняка, кори, эпидемического паротита, туберкулеза. Охват детей вакцинацией в декретированные сроки против инфекций, включенных в Национальный календарь, составляет 97–98%. В результате проведенной работы, на территории Российской Федерации за этот период были зарегистрированы единичные случаи заболеваемости коклюшем, эпидемическим паротитом. Заболеваемость дифтерией снизилась в 2 раза, корью — в 6 раз, краснухой — в 4 раза, гепатитом В — на 30%. Благодаря дополнительной иммунизации пораженность населения гриппом и острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) находится на невысоком уровне и составляет 4,5–5%.

По оценкам академика РАМН Г.Г. Онищенко, экономические потери от инфекционных заболеваний только у детей составили 3,6 млрд руб.

В целях профилактики инфекционных заболеваний, наряду с мероприятиями по иммунизации населения, реализуется целый комплекс противоэпидемических мероприятий в рамках федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)», которая включает в себя подпрограммы «Вирусные гепатиты», «Туберкулез», «Вакцинопрофилактика», «Инфекции, передаваемые половым путем».

2.3.5. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) занимает особое место в статистике заболеваемости в силу большой социально-экономической значимости. По оценкам специалистов, только в 2008 г. экономический ущерб от временной утраты трудоспособности составил около 98 млрд рублей. На показатель заболеваемости с временной утратой трудоспособности значительно влияет законодательство об экспертизе трудоспособности и оплате дней нетрудоспособности. Кроме того, на уровень ЗВУТ влияют условия труда, быта, организация трудовых процессов, качество медицинской помощи, врачебной экспертизы и возрастно-половой состав работающих.

Установление факта временной нетрудоспособности имеет большое юридическое значение, так как оно гарантирует гражданину освобождение от работы и получение пособия. Единицей наблюдения при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности, в отличие от регистрации заболеваемости по обращаемости, является не заболевание, а случай потери трудоспособности. Именно поэтому, помимо заболеваний, учитываются и другие случаи нетрудоспособности: в связи с беременностью и родами, карантинном, уходом за больным и др.

Для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности используются следующие статистические показатели:

- число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих;
- число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих;
- средняя длительность случая временной нетрудоспособности.

В 2007 г. в Российской Федерации *число случаев временной нетрудоспособности* составило 61,4, *число дней* — 807,6 (на 100 работающих), *средняя длительность одного случая* — 13,6 дней. Кроме этого в связи с отпусками по беременности и родам зарегистрировано 3,6 случая и 507,1 дня временной нетрудоспособности на 100 работающих женщин.

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

Основными причинами ухудшения здоровья работающих последние годы служат возросшая конкуренция на рынке труда, боязнь потерять заработок, отсутствие выраженной заинтересованности работодателя и работников в сохранении и улучшении здоровья и, как следствие этого, — обращение за медицинской помощью в крайних случаях, что приводит к утяжелению течения заболеваний, росту первичной инвалидности. Кроме того, на ряде предприятий отмечается несоблюдение гигиенических регламентов по условиям, режимам труда и отдыха работников, что способствует росту заболеваемости с временной утратой трудоспособности, а в итоге — к увеличению экономических потерь.

Расчеты Всемирного банка показывают, что около $\frac{2}{3}$ экономических потерь, связанных с ЗВУТ, можно предотвратить с помощью специальных программ охраны здоровья.

Основой таких программ по охране здоровья работающих должны стать мероприятия, направленные на профилактику инфекционных, социально значимых и профессиональных заболеваний; восстановление в структуре крупных предприятий медико-санитарных частей, цеховой терапевтической службы, профилакториев; обеспечение сотрудников, членов их семей, пенсионеров предприятия корпоративными программами добровольного медицинского страхования (ДМС), поддержку массового спорта и др. Все это возможно на основе социального партнерства бизнес-сообщества и государства в рамках «Генерального соглашения между общероссийскими объединениями профсоюзов, общероссийскими объединениями работодателей и Правительством Российской Федерации».

2.3.6. Профессиональная заболеваемость

В 2008 г. в Российской Федерации были зарегистрированы 7265 лиц с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением).

Показатель профессиональной заболеваемости увеличился в 2008 г. по сравнению с 2001 г. на 22% и составил 1,47 на 10 тыс. работающих. На долю женщин в Российской Федерации приходится 25% выявленных профзаболеваний и профотравлений.

Во многом рост профессиональной заболеваемости связан с высокой долей работников, занятых во вредных условиях труда, который в различных отраслях производства колеблется от 12 до 44%.

Вместе с тем необходимо отметить, что статистический уровень профессиональной заболеваемости не отражает истинной ситуации, что связано с недостаточной верификацией профессиональных заболеваний.

На хронические профзаболевания и отравления приходится 98% от общего числа профзаболеваний и отравлений. Причем за последние годы четко проявляется тенденция роста числа профессиональных заболеваний с преобладанием тяжелых форм и ранней инвалидизации.

Наиболее высокие показатели профессиональной заболеваемости регистрируются в следующих отраслях экономики: угольной промышленности, строительно-дорожном машиностроении, тяжелом машиностроении, цветной металлургии. В структуре профессиональной заболеваемости первые три места занимают заболевания органов дыхания — 38%, опорно-двигательного аппарата — 20%, вибрационная болезнь — 18% (рис. 2.19).

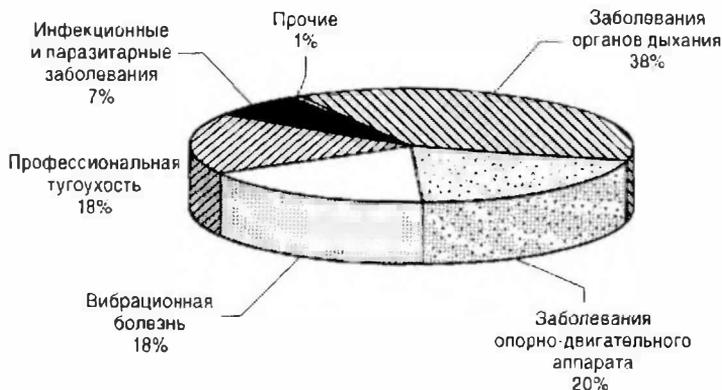


Рис. 2.19. Структура профессиональной заболеваемости в Российской Федерации (2007)

По данным академика РАМН Н.Ф. Измерова, экономический ущерб от профессиональной заболеваемости составляет 4–5% общего валового национального продукта.

Достижение конкретных результатов в профилактике и снижении профессиональной заболеваемости работающих возможно только при условии консолидации усилий руководителей предприятий, профсоюзных организаций, учреждений здравоохранения, Роспотребнадзора и других заинтересованных организаций. Для этого необходима разработка и реализация мер, направленных на:

- проведение аттестации рабочих мест и создание на их основе здоровых и безопасных условий труда;
- повышение качества диспансеризации работников, имеющих вредные и опасные условия труда, включая проведение предварительных и периодических медицинских осмотров;
- выделение необходимых финансовых средств на мероприятия, предусмотренные соглашениями об охране труда и коллективными договорами;
- перевод женщин на работу с более легкими и безопасными условиями труда;
- неукоснительное соблюдение законодательства по охране труда;
- привлечение к ответственности лиц, виновных в необеспечении безопасных и здоровых условий труда на производстве.

2.4. ИНВАЛИДНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

2.4.1. Общие положения

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

В теоретическом плане инвалидность рассматривают как особую биосоциальную категорию, основными компонентами которой являются болезнь, потеря трудоспособности, социальная дезадаптация. В патогенезе инвалидности пусковым фактором служит болезнь, которая действует на организм человека в определенных условиях социальной среды. Вопрос о роли болезни в формировании инвалидности в сочетании с социальными факторами остается достаточно дискуссионным. Инвалидность нередко отождествляют с невозможностью материального самообеспечения больного в результате физической или умственной неполноценности, и определять ее следует с учетом медицинских, биологических и социальных факторов.

При этом признается, что инвалидность как следствие увечья состоит в ограничении или в утрате функциональной способности отдельных органов и систем организма, приводя тем самым к снижению способности индивидуума к производительной деятельности.

В «биологической» трактовке инвалидности особая роль отводится наследственным факторам, при этом подчеркивают, что в возникновении инвалидности определенную роль играют генетически обусловленные заболевания. В то же время биологические факторы необходимо рассматривать как следствие от воздействия на организм комплекса социальных факторов, среды обитания индивидуума.

Правильное понимание соотношения социального и биологического в инвалидности возможно лишь с позиции их взаимодействия.

Как считает известный специалист в области медико-социальных проблем инвалидности академик РАМН С.Н. Пузин, «инвалидность как социально детерминированное явление означает, что болезнь,

лежащая в ее основе, является одним из условий, которое потенциально (но не в каждом случае абсолютно и однозначно) предопределяет возникновение инвалидности».

Единство социального и биологического в инвалидности одновременно предполагает наличие в нем противоречия, состоящее в том, что у одного конкретного лица не каждое заболевание, даже тяжелое, ведет к инвалидности, в то время как у другого сравнительно легкая болезнь может привести к стойкой утрате трудоспособности. Это зависит от таких социальных факторов, как профессия, условия труда, образование, должность и т.д. Таким образом, **стойкая нетрудоспособность** — это длительная либо постоянная потеря трудоспособности или значительное ее ограничение, вызванное хроническим заболеванием (травмой, анатомическим дефектом), приведшим к выраженному нарушению функций организма. В зависимости от степени стойкой нетрудоспособности путем медико-социальной экспертизы устанавливается инвалидность.

Переход от временной нетрудоспособности к инвалидности означает изменение не только в организме индивидуума, но и в системе «личность—общество». Наиболее существенными изменениями, присущими инвалидности в системе «личность—общество», являются (в отличие от временной нетрудоспособности) нарушения процесса социализации, утрата части старых социальных связей, определяющих социальную стабильность личности.

Один и тот же индивид может рассматриваться одновременно в качестве тяжелобольного или инвалида, т.е. выступать носителем как категории болезни, так и инвалидности. Болезнь и инвалидность находятся между собой не только во временных, но и в причинно-следственных, генетических связях: болезнь служит первоосновой инвалидности, которая происходит из факта наличия болезни.

В целом, инвалидность как проблема жизнедеятельности человека в условиях ограниченной свободы выбора включает в себя несколько основных аспектов: анатомо-функциональный, психологический, социальный, правовой, производственно-экономический. Эти и другие аспекты необходимо учитывать при проведении медико-социальной экспертизы и организации реабилитации инвалидов.

2.4.2. Медико-социальные проблемы инвалидности

В 2008 г. в стране было зарегистрировано 13,2 млн инвалидов. Ежегодно впервые в жизни инвалидами признаются свыше 1,1 млн человек, причем 32% из них — лица трудоспособного возраста.

Для разработки комплекса мер по профилактике и снижению инвалидности на основе ее анализа применяются следующие статистические показатели:

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

Показатель первичной инвалидности характеризует распространенность среди лиц трудоспособного возраста случаев инвалидности, установленных впервые в данном году. В 2008 г. в Российской Федерации этот показатель составил 83,5 на 10 тыс. населения.

Показатель структуры первичной инвалидности (по причинам)

В структуре причин первичной инвалидности взрослого населения первое место занимают болезни системы кровообращения (44,6%), второе — злокачественные новообразования (17,6%), третье — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,4%) (рис. 2.20). В структуре всех причин первичной инвалидности населения эти причины составляют более 70%.

Показатель структуры первичной инвалидности (по группам инвалидности) характеризует распределение инвалидов по группам. В 2008 г. инвалиды первой группы составляли 10,5%, второй — 52,2%, третьей — 37,4%.

Показатель полной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов позволяет оценить эффективность медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение стойкой утраты трудоспособности. Рекомендуемое значение этого показателя — 3–5%.

Признание человека инвалидом осуществляется исходя из комплексной оценки состояния его здоровья на основе анализа его клинично-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных и возможно только при проведении медико-социальной экспертизы. Порядок направления граждан и проведения медико-социальной экспертизы изложены в главе 19.



Рис. 2.20. Структура причин первичной инвалидности взрослого населения Российской Федерации (2008)

Медико-социальная экспертиза предусматривает не только установление самого факта стойкой утраты трудоспособности, но и разработку **индивидуальных программ реабилитации (ИПР)** инвалидов. Эта программа представляет собой перечень реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной и профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, кругом интересов, уровнем притязаний, с учетом прогнозируемого уровня его соматического состояния, психофизиологической выносливости, социального статуса и реальных возможностей социально-средовой инфраструктуры. В ИПР определяются виды, формы рекомендуемых реабилитационных мероприятий, их объем, сроки проведения и исполнители.

С учетом этого выделяют следующие основные виды реабилитации инвалидов.

- **Медицинская реабилитация** — вид реабилитации, направленный на восстановление нарушенных функций или на проведение различных лечебных и корректирующих мероприятий, приспособляющих инвалида к жизни и общественно полезной деятельности.
- **Психологическая реабилитация** — вид реабилитации, направленный на выработку активной жизненной позиции и положитель-

ной трудовой установки у инвалида, в основном за счет средств психотерапии.

- **Профессиональная реабилитация** включает комплекс мероприятий по профессиональной ориентации, профессиональной подготовке и переподготовке, подбор соответствующей профессии, обеспечение условий труда, отвечающих состоянию здоровья, приспособление рабочего места к имеющемуся дефекту и т.д.
- **Социальная реабилитация** — процесс восстановления способностей индивида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности. Она включает в себя социально-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию. Социально-средовая ориентация представляет собой индивидуальный подбор доступных видов общественной и семейно-бытовой деятельности, а социально-бытовая адаптация определяет оптимальные режимы общественной и семейно-бытовой деятельности в конкретных социально-средовых условиях и приспособление к ним инвалида.

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

Для снижения уровня инвалидности, повышения эффективности проводимых реабилитационных мероприятий и в итоге сохранения здоровья работающих граждан необходим системный межведомственный подход. Он должен включать в себя, прежде всего, совершенствование системы преемственности долечивания и реабилитации между стационарными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями, а также улучшение работы патронажной службы. Необходимо расширение за счет средств обязательного социального страхования для работающих граждан программ долечивания в условиях санаторно-курортных организаций непосредственно после стационарного лечения. Также за счет средств обязательного социального страхования необходимо обеспечение пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний медицинской реабилитацией в санаторно-курортных условиях. Перспективным направлением служит организация санаторно-курортного лечения и оздоровления работников путем привлечения средств добровольного медицинского страхования. Совершенствование системы реабилитации (включающей мультидисциплинарную службу реабилитации в стационарных учреждениях), развитие патронажно-

реабилитационной помощи и санаторно-курортного лечения будут способствовать улучшению функциональных исходов заболеваний, ранней физической активации и адаптации пациентов к труду. Все это в итоге приведет к снижению экономических потерь государства за счет сохранения трудового потенциала страны и уменьшения финансовых затрат на выплаты пенсий по инвалидности, пособий по временной нетрудоспособности.

2.5. ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

2.5.1. Общие положения

Физическое здоровье — это важный признак, определяющий в целом уровень здоровья населения. Показатели физического здоровья используются для выявления антропометрических маркеров риска ряда заболеваний, контроля физического развития 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 — важные критерии в определении годности к воинской службе и роду войск, широко используются в судебно-медицинской практике.

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

Физическое здоровье индивидуума — это интегральный показатель его жизнедеятельности, 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 других) в пределах, обеспечивающих его нормальную жизнедеятельность.

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

жизни способствуют повышению уровня физического здоровья населения.

2.5.2. Современные подходы к изучению физического здоровья населения

К основным методам изучения физического здоровья населения относятся:

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

Антропоскопия проводится на основе анализа данных визуального осмотра человека. Оцениваются тип телосложения, состояние кожных покровов, степень развития мускулатуры, жировых отложений, состояние опорно-двигательного аппарата, развитость вторичных половых признаков и др. Состояние опорно-двигательного аппарата визуально оценивается по ширине плеч, осанке, массивности. Степень полового созревания определяется по совокупности вторичных половых признаков: волосистости на лобке и в подмышечной области, развитию молочных желез и времени появления менструаций у девочек.

Антропометрия проводится с помощью специальных 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 сидя, длину окружности шеи, живота, талии, бедра и голени, размер плеча, сагиттальный и фронтальный диаметры грудной клетки, длину рук, массу подкожного жира и др.

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

Антропофизиометрия проводится с использованием специальных антропофизиометрических методов исследования и оценивается

целым рядом показателей. Эти показатели характеризуют силу кисти и становую силу, жизненную емкость легких, физическую работоспособность человека и др. Их измеряют с помощью специальных приборов (динамометров, угломеров, велоэргометров, спирографов и др.).

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

Специалистами национального НИИ общественного здоровья РАМН и Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН разработана методика оценки физического здоровья населения, которая основывается на балльной системе оценки критериев физического здоровья отдельно детей и взрослых с последующим их суммированием. Таким образом, получают интегральные показатели уровня физического здоровья детского, взрослого и всего населения.¹

Анализ данных о тенденциях физического здоровья на протяжении длительного периода времени и в разных странах 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 было введено в 1935 г. немецким гигиенистом Кохом. Процессы акселерации наиболее четко проявились во второй половине XX в.

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

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

¹ Методические рекомендации по изучению физического здоровья населения / О.П. Шепин, В.А. Медик, А.Г. Швецов, И.Л. Истомина и др. — Утв. МЗиСР РФ и РАМН — М., 2008.

- Отдельные факторы жизни:
 - алиментарные;
 - информационные;
 - социально-биологические;
 - урбанизация.
- Генетические факторы:
 - циклические биологические изменения;
 - гетерозис (смешение популяций).

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

Акселерацию не следует рассматривать однозначно как положительный или отрицательный процесс. Она ставит много проблем перед современным обществом, а именно:

- более раннее биологическое созревание, которое наступает до социальной зрелости и гражданской дееспособности (более раннее начало половой жизни, рост числа «юных» матерей, числа абортующих у несовершеннолетних и т.д.);
- необходимость установления новых норм трудовой, физической нагрузки, питания, нормативов детской одежды, обуви, мебели и предметов обихода;
- нарастающая вариабельность всех признаков возрастного развития, полового созревания, необходимость установления новых границ между нормой и патологией;
- диссоциация между продольными и поперечными размерами тела, приводящая к грацилизации тела и росту числа осложнений в родах.

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

Известно, что процессы акселерации носят циклический характер и имеют кратковременные периоды стабилизации. Так, в 80-х годы 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.

2.6. СОСТОЯНИЕ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Последние десятилетия в стране сохраняются негативные тенденции, связанные с состоянием здоровья детей, что характеризуется ростом заболеваемости, инвалидности, а также ухудшением показателей физического развития детей всех возрастных групп.

В период 1992–2008 гг. в Российской Федерации *показатель первичной заболеваемости* детского населения имел стойкую тенденцию к увеличению и в 2008 г. составил 1838,9 на 1000 детского населения. В структуре первичной заболеваемости детского населения (рис. 2.21) первое место занимают болезни органов дыхания (59,4%), второе — травмы и отравления (5,8%), третье — болезни кожи и подкожной клетчатки (5,2%), четвертое — инфекционные и паразитарные болезни (5,1%), пятое — болезни системы пищеварения (4,8%). Следует отметить, что почти $\frac{2}{3}$ всех заболеваний у детей составляют болезни органов дыхания.

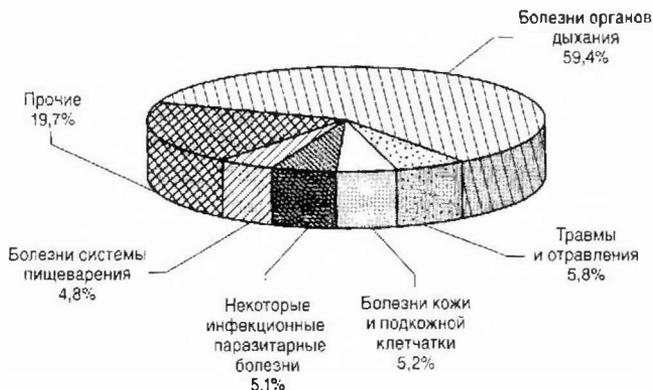


Рис. 2.21. Структура первичной заболеваемости детского населения Российской Федерации (2008)

Показатель общей заболеваемости детского населения за период 1992–2008 гг. также сохранял тенденцию к росту и составил в 2008 г. 2336,4 на 1000 детского населения. Выше, чем в среднем по Российской Федерации, показатель общей заболеваемости детей (на 1000 детского населения) в Приволжском (2568,4), Уральском (2400,7), Дальневосточном (2497,4), Центральном (2461,0), Северо-Западном

(2765,0) федеральных округах. Ниже среднероссийского показателя общая заболеваемость детей в Сибирском (2133,7) и Южном (1807,2) федеральных округах.

В структуре общей заболеваемости детского населения на первом месте находятся болезни органов дыхания (50,1%), на втором — болезни органов пищеварения (6,5%), на третьем — болезни кожи и подкожной клетчатки (5,0%), на четвертом — болезни глаза и его придаточного аппарата (5,0%), на пятом — травмы и отравления (4,7%).

За этот период увеличилась распространенность болезней крови и кроветворных органов, анемий, болезней органов дыхания, мочеполовой системы, нервной системы, врожденных аномалий. Сохраняются высокие уровни алиментарно-зависимых заболеваний (гастриты и дуодениты, болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей, сахарный диабет).

Серьезные нарушения, связанные с состоянием здоровья, установлены у наиболее уязвимой группы населения — детей первого года жизни. Так, железодефицитные анемии выявлены среди 30–50% обследованных, пищевая аллергия — 20–30%, гилопрофия и рахит — 5–10%.

По данным последней Всероссийской диспансеризации детей (2002 г.), по сравнению с предыдущей вдвое увеличилась доля детей, имеющих хроническую патологию, а также детей-инвалидов, низким остается доля детей с I и II группой здоровья.

По результатам многолетних исследований, проводимых профессором И.М. Воронцовым с помощью автоматизированных систем массовых профилактических осмотров (АСПОН-Д), в отдельных субъектах РФ доля здоровых детей составляет всего лишь 2–10%.

Негативные тенденции, связанные с состоянием здоровья детей, в определенной степени обусловлены ухудшением организации диспансеризации детей в возрасте до 14 лет. Например, по таким заболеваниям, как анемия, охват динамическим наблюдением составляет 45%, сахарный диабет — 88%, миопия — 49%, атопический дерматит — 36%, врожденные аномалии системы кровообращения — 70%, в то время как этот показатель должен приближаться к 100%.

Несколько лучше складывается эпидемиологическая ситуация по инфекционным заболеваниям. В РФ в последние годы достигнуты определенные результаты в снижении инфекционной заболеваемости среди детей по всем нозологическим формам за счет применения средств специфической профилактики (вакцинации). В 2008 г. число

больных дифтерией сократилось по сравнению с 2002 г. в 3 раза, эпидемическим паротитом — в 4 раза, краснухой — в 3 раза, острым гепатитом В — в 5 раз, гриппом — в 3 раза. Это достигнуто в первую очередь за счет высокого уровня охвата детей профилактическими прививками (96–98%).

В то же время сохраняется напряженная эпидемиологическая ситуация по коклюшу, кори, туберкулезу. Регистрируются спорадические случаи заболеваемости вакциноассоциированным полиомиелитом.

Дальнейшее улучшение эпидемиологической ситуации связано в первую очередь с реализацией приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, включающего дополнительную иммунизацию детей против вирусного гепатита В, краснухи, полиомиелита и гриппа; профилактику ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С; диагностику и лечение ВИЧ-инфекции.

Снижение инфекционной заболеваемости среди детей является существенным резервом сокращения детской смертности и увеличения продолжительности предстоящей жизни. По данным эпидемиологов США, достижения в борьбе с инфекционными заболеваниями в XX в. позволили увеличить продолжительность жизни населения почти на 25 лет.

Особую тревогу вызывает здоровье девочек-подростков — будущих матерей. По оценкам известного ученого академика РАМН В.И. Кулакова, за период 1997–2006 гг. доля абсолютно здоровых девочек уменьшилась с 29 до 6%, около 60% детей страдают хроническими заболеваниями. За последние пять лет гинекологическая заболеваемость среди девочек выросла в 1,5 раза, что обусловлено ранним началом половой жизни, родами, абортами, инфекциями, передающимися половым путем. В числе обследованных девочек 55% имеют нарушения менструального цикла.

Значительное ухудшение состояния здоровья девочек-подростков происходит на фоне нарушений репродуктивного здоровья, связанных в первую очередь с более быстрым в последние десятилетия половым созреванием, снижением возраста менархе, ранним сексуальным дебютом и его последствиями: ранней незапланированной беременностью, нежсланными родами, абортами, инфекциями, передающимися половым путем. К 15-летнему возрасту сексуальны дебют имеют 6% девушек и 20% юношей; к 17 годам, независимо от половой принадлежности, практически каждый второй подросток имеет сексуальные партнерские отношения; к 19-летнему возрасту

(окончанию подросткового периода) — более 80% подростков оказываются сексуально активными.

Экономическая и психологическая зависимость от родителей или сексуального партнера приводит к тому, что основным исходом ранней сексуальной активности становится аборт, а не роды: на каждые роды у подростков приходится 5 аборт.

Низкий уровень культуры в вопросах гигиены секса оказывается основной причиной роста частоты инфекций, передаваемых преимущественно половым путем. По данным ВОЗ, ежегодно в мире каждый двадцатый подросток заражается ИПППП. В 2008 г. в России зафиксировано около 6,5 тыс. случаев ИПППП, в их числе — у 12% девочек-подростков.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования службы охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, разработки доступных и эффективных технологий оказания специализированной медико-социальной помощи девочкам-подросткам. В первую очередь это касается дальнейшего развития сети молодежных центров, планирования семьи и репродукции, охраны репродуктивного здоровья подростков, психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям, кризисных центров и служб доверия и т.д.

В 2008 г. в учреждениях здравоохранения было зарегистрировано 738 018 детей в возрасте до 14 лет и 273 458 подростков 15–17 лет, страдающих психическими расстройствами. Темпы роста показателей первичной заболеваемости и болезненности психическими расстройствами в детско-подростковой популяции на протяжении последних 10 лет превышают практически в 2 раза аналогичные показатели у взрослых. С одной стороны, рост этих показателей можно рассматривать как ухудшение психического здоровья детей, с другой — как повышение доступности специализированной психиатрической помощи детям.

В структуре психических заболеваний поведенческие синдромы и непсихотические расстройства составляют 46% у детей и 22% у подростков, что обусловлено в большинстве случаев перенесенной перинатальной патологией — внутриутробной гипоксией и асфиксией при родах, респираторными расстройствами новорожденных и врожденными пороками развития. Эти болезни раннего детского возраста в последующем квалифицируются как нервно-психические и поведенческие нарушения и требуют медицинской и социально-

психологической коррекции. Однако в большом числе случаев поведенческие расстройства в детско-подростковом возрасте родителями и педагогами неверно трактуются как проявления дефектов воспитания и педагогической запущенности у «трудных» детей и подростков, что не вызывает должной настороженности и необходимости обследования и лечения.

Наиболее высокие показатели заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения отмечаются в категориях социально неблагополучных детей: беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, детей, находящихся в домах ребенка, детских домах и школах-интернатах.

С учетом исключительной социальной значимости проблемы улучшения психического здоровья детей и подростков, оказание психиатрической помощи детскому населению, по мнению известного организатора здравоохранения и ученого академика РАМН Г.Б. Дмитриевой, должно совершенствоваться по следующим основным направлениям:

- межведомственное взаимодействие органов здравоохранения, образования, социальной защиты по проблемам детского и подросткового суицида, вопросам организации суицидологической помощи, предупреждению детской инвалидности;
- взаимодействие органов здравоохранения с судебными органами по вопросам профилактики безнадзорности, беспризорности и преступности несовершеннолетних;
- внедрение современных психологических, психотерапевтических, реабилитационных методов работы с детьми и подростками, имеющими психические и поведенческие расстройства;
- внедрение дневных стационаров для детей и подростков как эффективной формы психиатрической помощи детскому населению;
- участие детских психиатров в деятельности медико-психолого-педагогических комиссий для решения социальных, учебно-коррекционных и лечебно-реабилитационных вопросов;
- включение должностей детских психиатров в штатное расписание центров социальной помощи семье и детям для оказания консультативно-диагностической и лечебно-коррекционной помощи несовершеннолетним, потерпевшим от насилия и жестокого обращения;
- развитие микропсихиатрии как эффективной формы укрепления детской психиатрической службы.

Сохраняется отрицательная динамика показателей, характеризующих социально-обусловленные заболевания подростков: алкоголизм, токсикомания, наркомания, сифилис, распространение ВИЧ-инфекции. Эпидемиология этих заболеваний более подробно рассмотрена в разделе 2.3.3 учебника.

Отмечается ухудшение показателей физического развития, нарастание процессов децелерации. При изучении основных показателей физического развития подростков установлены достоверное снижение темпов роста, диссоциация между продольными и поперечными размерами тела, приводящая к грацилизации телосложения. Масса тела современных подростков значительно ниже, чем их сверстников в предыдущие годы (рис. 2.22).

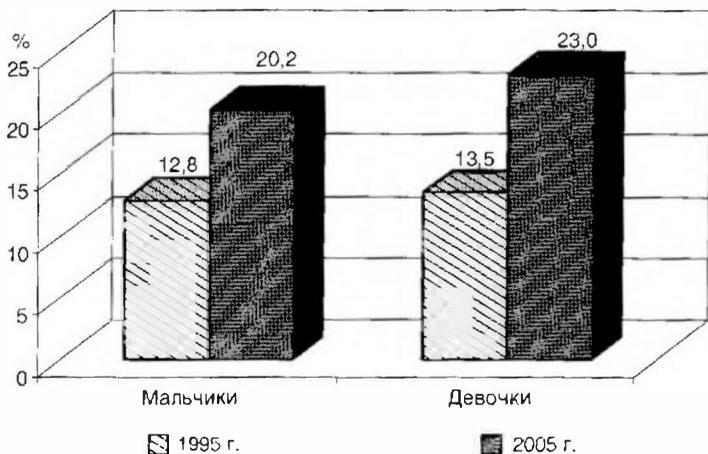


Рис. 2.22. Динамика показателя дефицита массы тела у подростков 15–17 лет

Известно, что состояние здоровья ребенка во многом зависит от образа жизни родителей. К сожалению, последние годы характеризуются значительным ростом распространенности среди детей стереотипов поведения взрослых, сопряженных с риском для здоровья: почти 18% детей курят в возрасте 10–11 лет и более 60% — в возрасте 15–17 лет, употребляют различные алкогольные напитки около 40% детей в возрасте 10–11 лет и более 70% — в 15–17 лет (рис. 2.23).

Среди девушек частота зависимости от алкоголя выше, чем среди юношей. Средний возраст приобщения к курсю составляет 10 лет, к употреблению алкоголя — 11 лет.

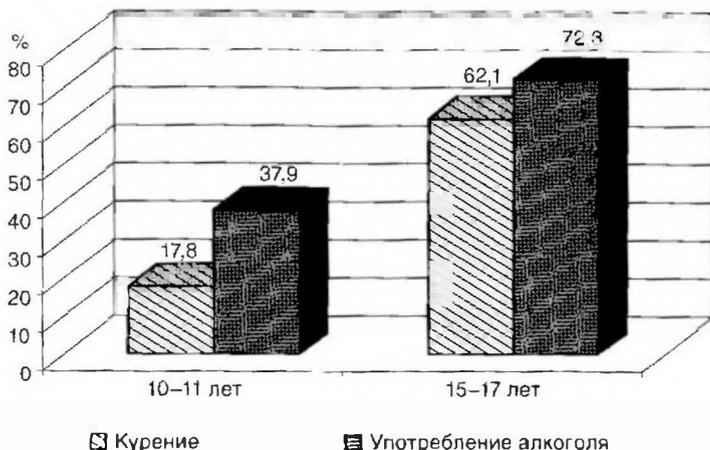


Рис. 2.23. Распространенность курения и употребления алкоголя среди школьников

Курение может стать причиной бесплодия у женщин. Уровень плодovitости у курящих женщин на 30% меньше, чем у некурящих. Среди курильщиц наблюдается большая распространенность вторичной аменореи и маточных кровотечений. Проведенное в Швеции обследование около 1,5 млн женщин, куривших в период беременности, позволило обнаружить повышение частоты патологии течения беременности на 36% и множественных пороков развития плода и новорожденного на 15% по сравнению с некурящими. У матерей, куривших во время беременности более 10 сигарет в день, вероятность употребления наркотиков дочерьми возрастала в 5 раз, а риск проблемного поведения сыновей — в 4 раза.

Профилактика рисков для здоровья поведенческих стратегий детей и подростков — важнейший резерв снижения заболеваемости и улучшения их социальной адаптации.

Уровень детской инвалидности выступает показателем как состояния здоровья детей, так и социального благополучия общества. В 2008 г. в стране было зарегистрировано 506,6 тыс. детей-инвалидов или 191,8 случая инвалидности на 10 тыс. детского населения. Причины столь высокого уровня инвалидности у детей связаны с общим уровнем социально-экономического развития страны, недостаточным качеством оказания населению медико-генетической помощи, неэффективной дородовой диагностикой, недостаточным внедрением современных эффективных технологий выхаживания и

реабилитации новорожденных, а также с недостаточной материально-технической базой педиатрических учреждений и слабым развитием сети учреждений для восстановительного лечения детей.

Среди заболеваний, обусловивших детскую инвалидность, на первом месте находятся психические расстройства и расстройства поведения (24,4%), на втором — болезни нервной системы (21,7%), на третьем — врожденные аномалии (19,1%) (рис. 2.24). На долю этих трех классов заболеваний приходится более 60% причин инвалидности детей.



Рис. 2.24. Структура причин первичной инвалидности детского населения Российской Федерации (2007)

В структуре врожденных аномалий развития, приводящих к детской инвалидности, по-прежнему ведущее место занимают аномалии сердечно-сосудистой, центральной нервной системы, возрастает значимость хромосомных аномалий. Это свидетельствует о недостаточном уровне пренатальной диагностики врожденных пороков развития, прежде всего совместимых с жизнью, и их коррекции.

Необходимо повышение эффективности реализации профилактических программ по детской инвалидности за счет расширения спектра массовых (скрининговых) обследований детей на врожденную и наследственную патологию. Важнейшей задачей остаются оснащение федеральных и региональных медико-генетических центров и консультаций современным оборудованием для пренатальной диагностики, повышение уровня профессиональной подготовки специалистов, работа с семьями высокого риска по своевременному принятию решений для предупреждения рождения ребенка-инвалида.

Главными нарушениями, связанными с состоянием здоровья детей-инвалидов, являются висцеральные, метаболические нарушения и расстройства питания, которые составляют около 25% всех нарушений. Они представляют собой тяжелые последствия таких патологических состояний, как заболевания кардиореспираторной, мочеполовой, пищеварительной систем, заболеваний крови и иммунной системы, ряда врожденных аномалий развития. Именно поэтому одной из важнейших задач органов управления и учреждений здравоохранения должны быть профилактика детской инвалидности и медико-социальная реабилитация детей с хроническими и инфекционными заболеваниями.

Государственная политика Российской Федерации в отношении детей-инвалидов направлена на предоставление им равных с другими гражданами возможностей в реализации экономических, социальных, культурных, личных и политических прав, предусмотренных Конституцией РФ.

Действенным механизмом реализации государственной политики в решении проблем детей-инвалидов в Российской Федерации стала подпрограмма «Дети-инвалиды» федеральной целевой программы «Дети России».

Принятие в последние годы новых государственных обязательств позволило усилить адресность социальной поддержки детей-инвалидов в части обеспечения их необходимыми техническими средствами реабилитации, лекарственными препаратами, путевками на санаторно-курортное лечение, проездом к месту лечения и обратно с сопровождающими лицами. Большая роль в реализации этих обязательств отводится государственному Фонду социального страхования РФ.

Потенциал здоровья взрослого человека в значительной степени формируется в школьном периоде, который совпадает с интенсивным физическим, психическим, половым развитием ребенка, что, безусловно, накладывает серьезный отпечаток на его здоровье.

Президент Российской Федерации Д.А. Медведев в своем послании Федеральному Собранию РФ (2008) дал резкую оценку состоянию здоровья школьников: «Сегодняшняя статистика здоровья школьников просто ужасающая. Да, многое, конечно, зависит от условий жизни в семье, от родителей. Но бесконечно «кивать» только в их сторону нельзя. Дети проводят в школе значительную часть дня, и заниматься их здоровьем должны в том числе и педагоги».

По результатам проводимых гигиенических исследований установлено, что реализация большинства учебных программ сопровождается увеличением суммарной учебной нагрузки, снижением физической активности школьников.

Нехватку времени на подготовку к урокам школьники компенсируют за счет сокращения сна и уменьшения двигательной активности, что негативно сказывается на состоянии их здоровья.

Повышенные учебные нагрузки уже в детском возрасте формируют патологию сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, приводят к нарушениям осанки, снижению зрения.

Положение усугубляется и тем, что от 25 до 40% учащихся школ и профтехучилищ подрабатывают в каникулярное время или совмещают работу с учебой. При этом многие из них заняты на запрещенных для подростков видах работ (мойка и заправка автотранспорта, погрузочно-разгрузочные и другие виды работ).

Результаты многолетнего мониторинга, проводимого в Научном центре здоровья детей РАМН, свидетельствуют о том, что наиболее значительный рост болезней и проблем, связанных со здоровьем, среди детей происходит в школьном возрасте. За период школьного обучения распространенность функциональных нарушений увеличивается в 1,8 раза, хронических болезней — в 2 раза. Отмечается преимущественный рост хронической патологии, доля которой в структуре общей заболеваемости школьников составляет более 30%. За последние 10 лет изменилась и структура заболеваемости. Среди учащихся младших классов вырос удельный вес невротических и вегетативных расстройств, патологии костно-мышечной системы и органов пищеварения, аллергических болезней. Ухудшилось физическое развитие учащихся начальной школы.

Среди учащихся старших классов ведущее место в структуре болезней занимают заболевания органов пищеварения, удельный вес которых за последние 10 лет увеличился в 2 раза, в 4,5 раза увеличилась доля болезней нервной системы, значительно возросла частота патологии опорно-двигательного аппарата.

Большая учебная нагрузка создает серьезные препятствия для реализации возрастных биологических потребностей детского организма во сне, двигательной активности, пребывании на воздухе. Напряженный характер учебы, значительный объем учебной нагрузки, дефицит времени для усвоения информации оказывают стрессорное воздействие на развивающийся детский организм. Это способ-

ствует формированию невротических и соматоформных расстройств, обусловленных стрессом. Степень утомления учащихся, уровень их невротизации и в конечном итоге состояние здоровья детей зависят не только от объема учебной нагрузки и ее содержания, но также и от методов и технологий обучения.

Важный фактор риска развития отклонений состояния здоровья — нерациональное питание школьников.

Проводимые ежегодные эпидемиологические исследования выявляют значительные нарушения, связанные как с несоответствием между калорийностью потребляемой пищи и фактическими энергозатратами, так и с разбалансировкой рациона по основным пищевым веществам. Вследствие этого около 10% детей имеют сниженные антропометрические характеристики, около 7% страдают ожирением.

В настоящее время охват учащихся горячим питанием составляет в среднем по стране только 63%. Школьные меню разрабатываются с учетом стоимости продуктов питания, а не физиологических потребностей детей в биологически ценных компонентах питания. Крайне недостаточно осуществляется обеспечение школьников продуктами, обогащенными витаминами и микронутриентами. С учетом сложившейся ситуации НИИ питания РАМН принимаются меры по разработке отечественных образцов высококачественных продуктов питания для школьников.

В частности, большое внимание уделяется проблемам, связанным с потреблением детьми хлеба и хлебобулочных изделий. Традиционно хлеб занимает особое место в детском питании, им покрывается более 30% энергетической потребности. Однако в изделиях массового потребления зачастую не хватает витаминов и микронутриентов. В целях ликвидации дефицита этих элементов внедряются технологии обогащения хлебобулочных и кондитерских изделий витаминами В₁, В₂, В₆, РР и микроэлементами.

Низкий уровень состояния здоровья детей, особенно формирующийся к окончанию школы, определяет значительные негативные медико-социальные последствия — снижение интеллектуального, трудового, репродуктивного и военного потенциала государства.

Важнейшие направления улучшения здоровья детей в период обучения в школе:

- разработка новых возрастных нормативов развития детей и подростков, критериев оценки адаптационных возможностей детей к учебным нагрузкам и к воздействию факторов среды;

- разработка новых технологий сохранения здоровья, основанных на прогнозе адаптации, повышении функциональных резервов организма и воздействии на факторы риска;
- разработка медико-педагогических критериев, нормативов и показателей адекватности учебных нагрузок, программ и технологий функциональным возможностям детей.

Для этого необходима разработка комплексных программ сохранения и улучшения здоровья детей в образовательных учреждениях, основные задачи которых:

- организация эффективной медицинской помощи;
- обеспечение детей и подростков здоровым питанием;
- развитие физической культуры и спорта;
- формирование устойчивых стереотипов здорового образа жизни детей, подростков и молодежи;
- профилактика детского травматизма; сохранение и улучшение репродуктивного здоровья;
- внедрение в общеобразовательных учреждениях учебных профилактических программ с целью формирования у детей и подростков навыков здорового образа жизни, сознательного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих;
- создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы с широким использованием федеральных и региональных средств массовой информации в целях снижения распространения негативных стереотипов среди подростков (табакокурение, употребление алкогольных напитков, наркотических веществ) и профилактики заболеваний;
- расширение научных исследований по разработке критериев оценки адаптационных возможностей детей и подростков к воздействию факторов окружающей и производственной среды, учебной нагрузки и разработке мероприятий по снижению вредного воздействия на их здоровье.

Все эти задачи должны решаться во взаимодействии руководителей медицинских и образовательных учреждений, служб Роспотребнадзора, органов внутренних дел, других заинтересованных ведомств.

Основными направлениями деятельности органов управления и учреждений здравоохранения по совершенствованию медицинской помощи детям являются:

- совершенствование нормативной правовой базы здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях;
- реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» и федеральной целевой программы «Дети России»;
- разработка и реализация региональных программ по профилактике и снижению детской заболеваемости, инвалидности, смертности;
- реализация приоритетного национального проекта «Образование» в части организации питания и медицинского обеспечения учащихся.

2.7. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ

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

- условия жизни, т.е. объективная, не зависящая от самого человека сторона его жизни (природная, социальная среда и др.);
- образ жизни, т.е. субъективная, создаваемая самим индивидуумом сторона жизни (общественная, физическая, интеллектуальная активность, досуг, духовность и др.);
- удовлетворенность условиями и образом жизни.

В настоящее время все большее внимание стало уделяться изучению качества жизни в медицине, что позволило глубже вникнуть в проблему отношения больного к своему здоровью. Появился даже

специальный термин **«качество жизни, связанное со здоровьем»**, под которым подразумевают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального состояния больного, основанную на его субъективном восприятии.

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

1. **Многомерность.** Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивается характеристиками, как ассоциированными, так и не ассоциированными с заболеванием, что позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.
2. **Изменяемость во времени.** Качество жизни, связанное со здоровьем, меняется во времени в зависимости от состояния больного. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии.
3. **Участие больного в оценке своего состояния.** Эта составляющая особенно важна. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, сделанная самим больным, представляет собой ценный показатель его общего состояния. Данные о качестве жизни, наряду с традиционным врачебным заключением, позволяют составить более полную картину болезни и прогноз ее течения.

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

- универсальными (охватывать все параметры качества жизни, связанного со здоровьем);
- надежными (фиксировать индивидуальные особенности качества жизни, связанного со здоровьем, у каждого респондента);
- чувствительными (отмечать любые значимые изменения здоровья каждого респондента);

- воспроизводимыми (тест–ретест);
- простыми в использовании;
- стандартизованными (предлагать единый вариант стандартных вопросов и ответов для всех групп респондентов);
- оценочными (давать количественную оценку параметров качества жизни, связанного со здоровьем).

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

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

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

Специальные опросники применяются для оценки качества жизни больных с тем или иным заболеванием, эффективности их лечения. Они позволяют уловить изменения качества жизни пациентов, произошедшие за относительно короткий промежуток времени (обычно за 2–4 нед). Специальные опросники применяются для оценки эффективности схем лечения конкретного заболевания.

В частности, их используют при клинических испытаниях фармакологических препаратов. Существует много специальных опросников, например AQLQ (*Asthma Quality of Life Questionnaire*) и AQ-20 (*20-Item Asthma Questionnaire*) для бронхиальной астмы, QLMI (*Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire*) для больных острым инфарктом миокарда и т.д.

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

Единых критериев и стандартных норм качества жизни, связанного со здоровьем, не существует. Каждый опросник имеет свои критерии и шкалу оценок. Для отдельных социальных групп населения, проживающих в различных административных территориях, странах, можно определить условную норму качества жизни больных и в дальнейшем проводить сравнение с ней.

Анализ международного опыта использования различных методик изучения качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет поставить ряд вопросов и указать на типичные ошибки, допускаемые исследователями.

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

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

оценке своего состояния. Исключения составляют некоторые опросники, применяемые в педиатрической практике.

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

Большое количество программ клинических исследований направлено на выбор оптимальных алгоритмов лечения различных заболеваний. При этом качество жизни рассматривается как важный интегральный критерий эффективности лечения. Например, он может использоваться для сравнительной оценки качества жизни больных, страдающих стабильной стенокардией напряжения, прошедших курс консервативного лечения и подвергшихся операции чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики, до и после лечения. Этот показатель также может быть использован при разработке реабилитационных программ для больных, перенесших тяжелые заболевания и операции.

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

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

Таким образом, исследование качества жизни, связанного со здоровьем, представляет собой новый и эффективный инструмент оценки состояния больного до, в ходе и после лечения. Большой между-

народный опыт изучения качества жизни больных показывает его перспективность во всех разделах медицины.

2.8. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ СОЦИАЛЬНОЙ ОБУСЛОВЛЕННОСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Для получения более полной картины о состоянии здоровья населения большое значение имеют показатели, характеризующие социальную обусловленность общественного здоровья. Эти показатели аккумулируют в себе группу социальных, культурных, психологических и информационных факторов, объективно влияющих на поведение индивидов в сфере здоровья и, следовательно, предопределяющих состояние и динамику общественного здоровья на уровне как отдельных социальных групп, так и популяции.

Социальная обусловленность общественного здоровья — это комплекс факторов, характеризующих образ и условия жизни субъектов, социальную организацию на уровне общества, локального сообщества и социальной среды, влияющий на состояние и динамику общественного здоровья.¹

Социальная обусловленность подразумевает объективную зависимость состояния здоровья, отношений и поведения людей в сфере здоровья от системы социального неравенства, социальных типов культуры, социальных стереотипов и устойчивых наборов социальных ролей в локальном сообществе.

Статистический анализ социальной обусловленности общественного здоровья — принципиально новый для исследователей и практиков здравоохранения, выходит за рамки устоявшегося набора показателей государственной и ведомственной статистики и возможен с использованием методов социальной статистики и прикладной социологии.

Как отмечает академик РАМН Ю.П. Лисицын «...оценка социальной обусловленности — это не дополнение к общепринятым статистическим показателям здоровья, а причинно-следственный

¹ Осипов А.М. Социальная статистика общественного здоровья: методологические проблемы // Сб. тр. Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН / под ред. В.А. Медика. — М.: Медицина: 2006. — Т. 5. — С. 55–61.

анализ их природы. Это подход, еще недостаточно применяемый в статистике здоровья и здравоохранения».

Для статистического анализа социальной обусловленности общественного здоровья целесообразно использовать следующие показатели:

- ценностное отношение индивидов (групп, населения) к своему здоровью;
- информированность населения об имеющихся заболеваниях;
- самооценка здоровья (удовлетворенность его состоянием);
- поведенческие стратегии населения в сфере здоровья;
- восприятие населением доступности медицинской помощи.

Данные показатели в реальной жизнедеятельности индивидов и групп объективно взаимосвязаны, поэтому их комплексное использование позволяет оценить социально-субъектные предпосылки состояния общественного сознания и поведения населения в сфере здоровья. Приведенный перечень, однако, не является исчерпывающим. Для статистического анализа социальной обусловленности общественного здоровья и эффективности здравоохранения в некоторых социальных системах могут использоваться дополнительно другие показатели (например, частота обращения пациентов к разным секторам медицины, социально-организационные условия воспроизводства определенных поведенческих стратегий в сфере здоровья и др.).

Ценностное отношение индивидов (групп, населения) к своему здоровью

Этот показатель позволяет выявлять глубокие различия в ценностном отношении к здоровью между отдельными социальными группами и слоями населения.

Проблему общественного здоровья и место здоровья в системе ценностей нельзя понять вне смысла, который индивиды, представляющие разные социальные группы, вкладывают в понятие здоровья. Это понятие на обыденном уровне сознания семантически тяготеет к текущему самочувствию, и большинство людей воспринимает проблему здоровья сквозь призму — острой боли, страдания. К сожалению, в индивидуальных и групповых системах ценностей здоровье нередко выпадает из ценностного ядра под давлением окружающей социальной и культурной среды.

При отсутствии развитого ценностного отношения к здоровью индивиды в повседневных ситуациях, затрагивающих интересы здоровья, часто оказываются не в состоянии оценить существующие

риски здоровья и выбирают решения, ведущие в действительности к непосредственной или отложенной во времени потере части своего потенциала здоровья. Например, желание проводить время перед телевизором в ущерб столь необходимой для нормального функционирования организма двигательной активности.

Ценностное отношение к здоровью может быть эмпирически измерено с применением методов стандартизованного опроса. Подобное исследование было проведено в рамках комплексного изучения здоровья населения Новгородской области в 2006 г. Динамика ценностного отношения к здоровью наиболее наглядно проявляется в возрастном плане, где ценность здоровья становится доминантной лишь в когортах населения старше 60 лет (рис. 2.25).

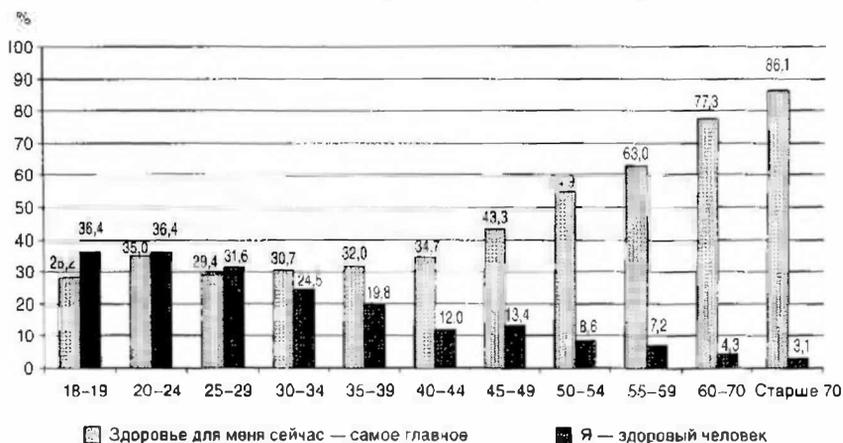


Рис. 2.25. Ценностное отношение к здоровью и самооценка здоровья населения Новгородской области в разных возрастных группах

Отмечаются существенные различия ценностного отношения к здоровью между мужчинами и женщинами (рис. 2.26). На примере возрастно-половой пирамиды населения Новгородской области видно, что основная масса носителей развитого ценностного отношения к здоровью сосредоточена в женских когортах старше 55 лет. Именно эти когорты служат «естественным» источником распространения ценности здоровья в локальном сообществе.

При отсутствии мотивированного и развитого ценностного отношения здоровье не воспринимается населением как необходимый жизненный ресурс, в связи с этим, как правило, отсутствует индивидуальное и корпоративное планирование в этой сфере, в

го время как мировой опыт показывает, что наличие у человека развитого ценностного отношения к своему здоровью играет ведущую роль в снижении смертности от социально значимых заболеваний.

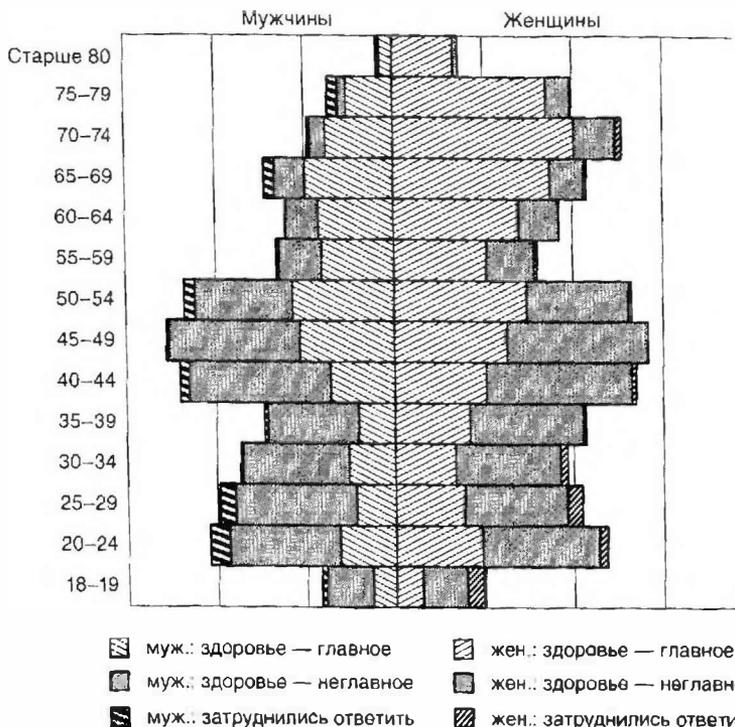


Рис. 2.26. Ценностное отношение к здоровью мужчин и женщин Новгородской области в разных возрастных группах (%)

Следует признать, что система здравоохранения, опираясь лишь на свои возможности, не в состоянии изменить ценностное отношение населения к здоровью. Для решения этой задачи требуется включение других социальных институтов общества, в первую очередь — политической власти, законодательства, образования, средств массовой информации. Именно поэтому статистический анализ состояния и динамики ценностного отношения населения к здоровью — необходимая составляющая для принятия эффективных решений в сфере охраны здоровья граждан.

Информированность населения об имеющихся заболеваниях

Этот показатель в сочетании с определенным ценностным отношением индивидов к своему здоровью выступает как личностное основание мотивации и поведения в сфере здоровья.

Анализ этого показателя по результатам проведенных медико-социологических исследований позволяет сделать следующие выводы:

- около четверти взрослого населения (по отдельным социальным группам — до половины) ничего не знают о своих заболеваниях (рис. 2.27);
- более 3/4 пациентов не знали о половине своих заболеваний и не получали соответствующего лечения.



Рис. 2.27. Информированность населения Новгородской области об имеющихся заболеваниях в разных возрастных группах

Для изучения информированности населения об имеющихся заболеваниях может быть использован *индекс информированности населения о заболеваниях*, который рассчитывается как отношение числа известных пациентам заболеваний к числу заболеваний, установленных при обращении в организации здравоохранения. По результатам

проведенного в Новгородской области исследования (2006 г.) этот показатель составил 0,6.

Самооценка здоровья (удовлетворенность его состоянием)

Этот показатель также рассматривается в качестве статистически значимого индикатора ценностного отношения индивидов к своему здоровью и их поведения в этой сфере.

Самооценка здоровья, в силу отмеченной ранее недостаточной информированности населения об имеющихся заболеваниях, зачастую расходится с объективными данными и с поведенческими стратегиями в сфере здоровья. Так, более $\frac{1}{3}$ пациентов, имеющих инвалидность, считают свое здоровье «удовлетворительным». Такие самооценки здоровья приводят к неадекватным поведенческим стратегиям населения в сфере здоровья.

Самооценка здоровья выражает соотношение двух характеристик: текущего самочувствия и жизненных притязаний. Эта самооценка связана с внешними информационными и культурными (социально-нормативными) воздействиями, что подчеркивает необходимость коррекции самооценок для оптимизации поведенческих стратегий в сфере здоровья.

Поведенческие стратегии населения в сфере здоровья

Поведенческие стратегии населения в сфере здоровья характеризуют относительно устойчивые социально-ролевые модели, в которых индивиды и группы так или иначе используют ресурсы собственного здоровья и системы здравоохранения. Принципиально важными характеристиками этих стратегий являются приверженность к здоровому образу жизни, а также основные типы взаимодействия населения с существующей системой здравоохранения.

Результаты проведенных медико-социологических исследований свидетельствуют, что в поведенческих стратегиях населения в сфере здоровья преобладает ориентация на самолечение, а также игнорирование медицинской помощи в случае болезни. Выделяют три основные поведенческие модели:

- всегда обращаются за медицинской помощью;
- обращаются только в тяжелых случаях;
- практически не обращаются за медицинской помощью.

Обращение пациентов за медицинской помощью при любом заболевании представляется оптимальной поведенческой моделью

и свойственно, по данным проведенных медико-социологических исследований, $\frac{1}{3}$ части взрослого населения.

Две последние поведенческие модели являются по своей сути игнорированием медицинской помощи. Игнорирование выступает в двух формах отказа: мягкой и жесткой.

Мягкий отказ — обращение к медицинской помощи только при тяжелом течении болезни, свойствен $\frac{2}{3}$ взрослого населения.

Жесткий отказ — ориентация на самолечение в любых ситуациях, свойствен в среднем каждому восьмому взрослому.

Принципиально важно определить пороговые значения распространенности той или иной стратегии, выступающей в качестве социальной нормы. В данном случае можно обратиться к распространенной «концепции двух третей», согласно которой социальная норма, охватывая в социуме большинство индивидов, имеет тенденцию к активному распространению. Если, по данным репрезентативного исследования, стратегия отказа превысила две трети популяции, то данная норма объективно выступает культурным барьером, препятствующим эффективному использованию населением возможностей действующей системы здравоохранения. Преодоление такого барьера потребует значительных ресурсов, а его недооценка может снизить эффективность использования потенциала общества в сфере охраны здоровья граждан.

Восприятие населением доступности медицинской помощи

Государства с развитой экономикой ориентируют здравоохранение на предоставление различным социальным группам и слоям населения равного доступа качественной медицинской помощи в объеме социальных гарантий, предусмотренных законодательством. В таком случае одним из основных критериев социальной обусловленности общественного здоровья выступает *показатель восприятия населением доступности медицинской помощи*, который может измеряться с точки зрения реальных временных и материальных затрат различных социальных групп населения при получении гарантированной (бесплатной) медицинской помощи. Этот показатель служит массовой социальной оценкой, которую следует учитывать как субъективную предпосылку той или иной поведенческой стратегии в сфере здоровья.

В то же время объективными индикаторами доступности здравоохранения в случае, например, с сельским населением (как особой социальной группой) могут служить показатели средней удаленности

местных учреждений здравоохранения от получателей медицинской помощи или среднего времени, затрачиваемого сельскими жителями на получение медицинской помощи, причем это время должно включать в себя не только проезд, но и вынужденное ожидание пациентов в очередях медицинских учреждений.

Восприятие доступности медицинской помощи также может быть измерено средствами стандартизированного опроса.

Показатель восприятия населением доступности медицинской помощи целесообразно применять дифференцированно к се отдельным видам: первичной медико-санитарной, специализированной, скорой и др. В общественном мнении восприятие доступности медицинской помощи на уровне регионального сообщества, как показывает многолетний мониторинг медико-социальной ситуации, остается в целом стабильным, но при этом отмечаются некоторые различия. Если доступность первичной медико-санитарной помощи критично оценивает лишь каждый девятый взрослый, то в отношении доступности специализированной помощи о постоянных и эпизодических затруднениях говорит каждый третий взрослый.

Социально-экономические слои населения с низким уровнем материального благосостояния в 2,5 раза чаще в сравнении с благополучными слоями испытывают затруднения в получении качественной медицинской помощи (табл. 2.5).

Таблица 2.5. Восприятие населением доступности медицинской помощи в зависимости от материального благосостояния

Уровни материального благосостояния	Ответы на вопрос: «Легко ли Вам при болезни обычно попасть на прием к врачу-специалисту?», %	
	Всегда легко	Всегда трудно
Крайне низкий	13	42
Низкий	14	29
Средний	15	23
Хороший	19	18
Высокий	27	9

Таким образом, анализ показателей социальной обусловленности в комплексе с другими показателями, характеризующими общественное здоровье, может служить информационной основой для разработки стратегии в области сохранения и улучшения здоровья населения Российской Федерации.

2.9. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Здоровье населения обусловлено комплексным воздействием факторов, определяющих образ жизни человека и состояние среды его обитания. При этом одни факторы позитивно влияют на состояние здоровья населения, а другие, наоборот, оказывают отрицательное воздействие. Факторы, потенциально опасные для здоровья человека и способствующие возникновению заболеваний, называют факторами риска.

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

Выявление факторов риска и профилактика хронических заболеваний способствуют сохранению здоровья и повышению качества жизни популяции. С учетом этого важнейшая задача органов государственной власти состоит в разработке комплекса мер, направленных не только на предупреждение заболеваний, но, прежде всего, и на коррекцию и устранение факторов риска их возникновения.

Основные факторы риска условно можно объединить в 5 групп (рис. 2.28).

Наиболее распространенные среди взрослого населения и поддающиеся коррекции факторы риска:

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

В 2006 г. региональным комитетом ВОЗ принята «Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями». В Стратегии рассматриваются основные факторы риска и

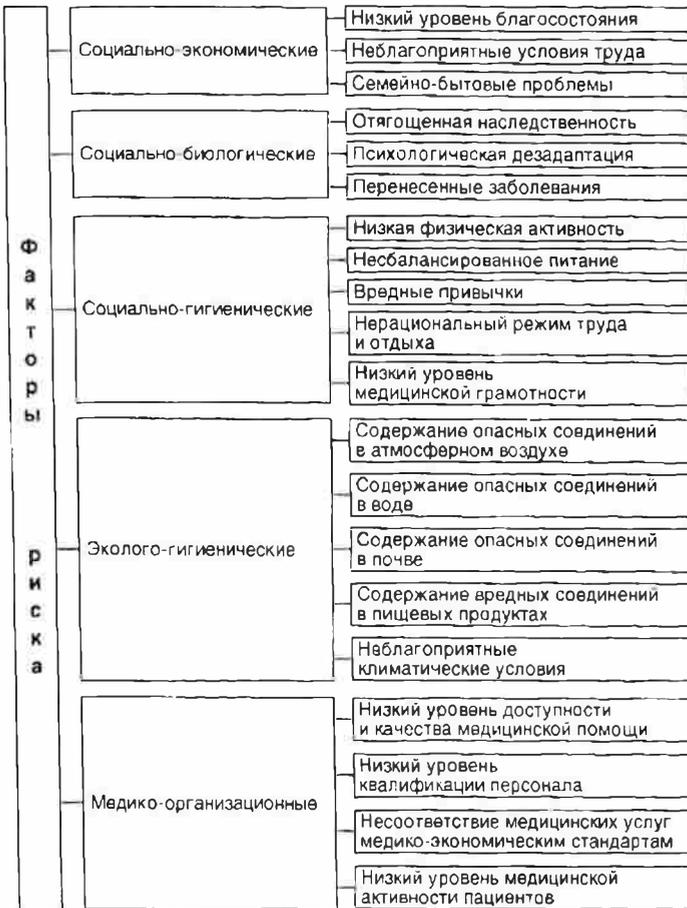


Рис. 2.28. Классификация факторов риска

детерминанты, являющиеся причиной тяжелого и возрастающего бремени неинфекционных заболеваний в Европейском регионе.

Анализ показателя DALY¹ свидетельствует, что почти 60% общего бремени болезней, которыми страдает население Европы, приходится на долю 7 ведущих факторов риска: повышенное кровяное давление (12,8%); табак (12,3%); алкоголь (10,1%); повышенное содержание

¹ DALY (*Disability Adjusted Life Year*) — показатель, отражающий число лет здоровой жизни, утраченных вследствие болезней, инвалидности и преждевременной смерти.

холестерина в крови (8,7%); избыточная масса тела (7,8%); недостаточное потребление фруктов и овощей (4,4%) и малоподвижный образ жизни (3,5%).

Высокое артериальное давление

По данным ВОЗ, примерно каждый пятый человек, проживающий в экономически развитых странах, имеет повышенное артериальное давление, однако большая часть гипертоников не контролирует свое состояние. Доля лиц, страдающих артериальной гипертонией, по отдельным субъектам РФ колеблется в пределах 30–45%. Такие пациенты имеют в 6 раз выше риск развития ишемической болезни сердца и в 2 раза инсультов по сравнению с лицами, имеющими нормальное артериальное давление.

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

Курение

Курение представляет собой фактор риска, способствующий возникновению прежде всего сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В настоящее время общепризнано, что искоренение 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 числа курящих и улучшению здоровья нации.

В одном из исследований, проведенном в США, было 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 более 20 сигарет в день, риск смерти от всех причин оказался в 2 раза выше.

Российская Федерация входит в число стран с наиболее высокой распространенностью употребления табака (более 50% населения курит). Среди них 63% мужчин, 30% женщин, 40% юношей, 7% девушек. Причем ежегодно количество курящих в России увеличивается

на 1,5–2%. Доля курящих мужчин в России в 2 раза больше, чем в США и странах Евросоюза. С курением связано 40% случаев смерти мужчин от болезней системы кровообращения. По различным экспертным оценкам, в России от болезней, связанных с табакокурением, ежегодно умирают от 330 до 500 тыс. человек. Несмотря на убыль населения, ежегодно растет потребление сигарет. В период с 2000 по 2005 г. уровень потребления сигарет возрос на 30%. Курение табака служит основным фактором риска развития сосудистых, бронхолегочных, желудочно-кишечных заболеваний. При употреблении табака увеличивается риск развития заболеваний репродуктивной системы, внутриутробной смерти плода, болезней ротовой полости, других органов и систем организма. Угрожающими темпами растет доля курильщиков среди детей, подростков и женщин.

Таким образом, борьбе с курением как профилактике многих заболеваний должно отводиться важное место. Среди мер, направленных на борьбу с курением, наиболее значимы:

- повышение налогов на табачные изделия;
- ограничение мест и времени продажи табака, например запрещение продажи табачных изделий рядом со школами;
- запрет рекламы табака;
- принятие законодательных мер по запрещению курения в общественных местах и повышение мер административной ответственности по борьбе с табакокурением;
- разработка и проведение комплексной антитабачной образовательной информационной программы, особенно для подростков и молодежи;
- разработка современных лекарственных средств для профилактики и снижения зависимости от табакокурения.

Алкоголизм

Это одна из самых острых проблем здоровья в большинстве стран мира. Потребление алкоголя на душу населения в РФ за период 1990–2008 гг. выросло более чем в 2,5 раза и составило 18 л. В основном это произошло за счет увеличения потребления пива, доля которого в структуре продажи алкогольных напитков возросла до 76%. По данным Роспотребнадзора, в настоящее время в России ежедневно употребляют алкогольные напитки 33% юношей, 20% девушек, около 70% мужчин и 47% женщин. В России от случайных отравлений алкоголем ежегодно погибает более 40 тыс. человек.

Широко описаны острые и хронические заболевания, вызванные чрезмерным употреблением алкоголя. Во многих странах в последние

десятилетия возросла смертность от цирроза печени, существуют убедительные доказательства влияния потребления алкоголя на повышение артериального давления. Злоупотребление алкоголем является основной причиной смертности от несчастных случаев и травм. Чрезмерное употребление алкоголя вызывает и социальные проблемы, включая преступность, жестокость, разрушение семьи, отставание в учебе, проблемы на работе, самоубийства и т.д. Проблемы, связанные с пьянством, затрагивают не только самих пьющих, но и их семьи, окружающих, общество. В среднем продолжительность жизни больных, страдающих алкоголизмом, сокращается на 12 лет.

Специальные исследования показывают, что экономический ущерб, понесенный из-за проблем, связанных с алкоголем, в РФ составляет около 3,0% валового национального продукта.

Основными мероприятиями по борьбе с алкоголизмом служат:

- повышение налогов на винно-водочные изделия;
- повышение штрафов за пребывание в общественных местах в нетрезвом виде и распитие спиртных напитков на улице;
- запрещение рекламы спиртных напитков;
- организация системы профилактики алкоголизма среди населения, особенно среди подростков и молодежи;
- расширение возможностей для занятий физической культурой и спортом, в первую очередь для детей, подростков и молодежи;
- разработка современных методов профилактики и лечения алкогольной зависимости.

Повышенный уровень содержания холестерина в крови (гиперхолестеринемия)

У 60% взрослых граждан Российской Федерации уровень холестерина превышает норму, из них у 20% уровень настолько высок, что требует медицинского вмешательства. Уровень холестерина в крови зависит в основном от состава пищи, хотя несомненное влияние оказывают и генетически обусловленная способность организма синтезировать холестерин. Обычно наблюдается четкая связь между употреблением в пищу насыщенных жиров и уровнем холестерина в крови. Изменение диеты сопровождается и изменением уровня холестерина в крови.

В настоящее время накоплено большое число неоспоримых доказательств связи между повышенным уровнем холестерина в крови и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний: в 60% случаев гиперхолестеринемия является фактором риска заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Несбалансированное питание

Правильное, рациональное питание представляет собой основу для профилактики многих заболеваний.

По данным ВОЗ, около 30% всех болезней системы кровообращения обусловлены неправильным питанием, недостаточным потреблением фруктов и овощей. Улучшение структуры и качества питания может снизить смертность от онкологических заболеваний на $\frac{1}{3}$ и даже более.

Особую опасность для распространения многих социально значимых хронических заболеваний несет избыточное питание. Оно способствует возникновению заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, болезней эндокринной системы и нарушения обмена веществ, опорно-двигательного аппарата, злокачественных новообразований и др. И наоборот, есть данные, что увеличение потребления овощей и клетчатки, а также снижение потребления жиров способствует 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.

Малоподвижный образ жизни усугубляет данную проблему, в то время как умеренные, но регулярные физические упражнения улучшают физическое и психическое состояние, снижают вероятность развития болезней системы кровообращения, рака толстой кишки, сахарного диабета.

Низкая физическая активность

В экономически развитых странах сегодня каждый второй взрослый человек ведет малоподвижный образ жизни, и их число становится еще больше, особенно среди лиц старшего возраста. В настоящее время в Российской Федерации около 70% мужчин и более 80% женщин имеют низкий уровень физической активности. Малоподвижный образ жизни ведет к ожирению, нарушению обменных процессов, что, в свою очередь, отражается на росте числа социально значимых заболеваний. Научно доказано влияние физической активности на частоту и исход сердечно-сосудистых заболеваний. Физическая активность оказывает тормозящее действие на развитие атеросклероза. По данным академика РАМН Р.Г. Оганова, низкая физическая активность в 2 раза повышает вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Избыточное потребление поваренной соли

Избыточное потребление поваренной соли может вызывать артериальную гипертензию. В настоящее время во многих странах люди употребляют соль в количестве, значительно превышающем физиологические потребности (более 6 г в сутки). По данным ВОЗ, избыточное потребление соли в 1,5 раза повышает риск развития инсультов. Таким образом, для профилактики сосудистых заболеваний следует ограничить содержание в рационе питания соли до 5 г в сутки, одновременно увеличивая долю продуктов, содержащих много калия (томаты, бананы, грейпфруты, апельсины, картофель и др.), так как калий снижает эффект соли в повышении артериального давления.

Сахарный диабет

Россия входит в число 10 стран мира с наибольшим количеством больных сахарным диабетом. Представляя собой тяжелое заболевание, сахарный диабет выступает, в свою очередь, мощным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и других серьезных болезней, приводящих к инвалидности. По данным академика РАМН Р.Г. Оганова, сахарный диабет в 2–4 раза повышает риск развития ишемической болезни сердца, инсульта и заболеваний периферических сосудов. В развитии сахарного диабета важную роль играет наследственная предрасположенность, поэтому лица, у которых в семье есть больные сахарным диабетом, регулярно должны проверять содержание сахара в крови. Эти больные должны избавляться от других факторов риска неинфекционных заболеваний, таких, как избыточная масса тела, гиподинамия, что будет способствовать более легкому течению сахарного диабета. При этом особенно важным фактором становятся отказ от курения, нормализация артериального давления, рациональное питание. Перспективны разработка и реализация обучающих программ для больных сахарным диабетом по вопросам профилактики и лечения этого заболевания, создание школ больных сахарным диабетом.

Психологические факторы

Психическое здоровье представляет собой важнейший медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению его гармоничного развития и достижению оптимального уровня качества жизни людей. В последнее время отмечается возрастающая роль психологических факторов в развитии сердечно-сосудистых и иных заболеваний. Доказана роль стрессов, усталости на работе, чувства страха, враждебности, социальной незащищен-

ности в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. По данным ВОЗ, депрессия в 1,5–3 раза повышает риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, а хронический стресс на 35% повышает уровень артериального давления, учащение сердечного ритма, тем самым увеличивая вероятность сердечного приступа.

Каждый из перечисленных факторов сам по себе существенно влияет на развитие и исход многих заболеваний. Тем более их суммирование во много раз увеличивает риск развития патологии. Для предотвращения этого необходимы разработка и реализация комплекса государственных мер по профилактике заболеваний, снижению, а где это можно, и устранению факторов риска, способствующих их возникновению.

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

Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан приоритет профилактических мер закреплен в системе охраны здоровья населения. Вся эта работа должна проводиться в рамках профилактической медицины — самостоятельного направления медицины, включающего в себя общественное здоровье и здравоохранение, общую гигиену, эпидемиологию. Последние годы профилактическая медицина пополнилась за счет таких областей знаний, как социология медицины, экология человека, медицина труда. Профилактика заболеваний остается главным принципом отечественного здравоохранения.

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

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

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

Первичная профилактика включает в себя следующий комплекс мер:

- 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, уровня психосоциального стресса и других факторов, влияющих на качество жизни);
- по формированию здорового образа жизни;
 - 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 на предупреждение их обострений, осложнений и хронизацию.

Вторичная профилактика включает в себя:

- целевое санитарно-гигиеническое обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием (организация школ здоровья для больных, страдающих бронхиальной астмой, сахарным диабетом, гипертонической болезнью и др.);
- проведение медицинских осмотров с целью выявления заболеваний на ранних стадиях развития;
- проведение курсов профилактического (противорецидивного) лечения.

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

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

Важная роль в формировании ЗОЖ принадлежит его пропаганде. Цель пропаганды ЗОЖ состоит 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 задачами формирования ЗОЖ следует считать:

- пропаганду факторов, способствующих сохранению здоровья: личную гигиену, гигиену труда, отдыха, питания, физкультуру, гигиену половой жизни, медико-социальную активность, гигиену окружающей среды и др.;
- пропаганду мер по профилактике факторов, пагубно влияющих на здоровье: избыточное потребление пищи при недостаточной физической нагрузке, злоупотребление спиртными напитками, употребление наркотиков, курение табака, соблюдение некоторых этнических обрядов и привычек и т.д.

Первичными подразделениями службы формирования ЗОЖ служат отделения (кабинеты) профилактики. Они организуются в составе территориальных поликлиник, поликлинических отделений центральных районных (городских) больниц, медико-санитарных частей. По решению органов управления здравоохранением аналогичные подразделения могут создаваться в других лечебно-профилактических учреждениях.

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

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

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

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

- формирование у различных групп населения, особенно у подрастающего поколения, мотивации для ведения здорового образа жизни путем повышения информированности граждан через средства массовой информации о влиянии на здоровье негативных факторов и возможности их предупреждения. Привлечение граждан к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, организации отдыха и досуга независимо от места жительства, а также разработка механизмов поддержки общественных инициатив, направленных на укрепление здоровья населения;
- разработка мер, направленных на снижение количества потребляемого алкоголя, регулирование производства, продажи и потребления алкогольной продукции, осуществление в образовательных учреждениях профилактических программ, направленных на недопущение потребления алкоголя и табачных изделий детьми и подростками;
- создание эффективной системы профилактики социально значимых заболеваний, предупреждения факторов их развития;
- обеспечение безбарьерной среды обитания для лиц с ограниченными возможностями, развитие реабилитационной индустрии, направленной на обеспечение максимальной социализации инвалидов;
- внедрение комплексных оздоровительных и реабилитационных программ по сокращению сроков восстановления здоровья после перенесенных заболеваний и травм, развитие услуг, предоставляемых санаторно-курортными организациями и оздоровительными учреждениями.

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

Глава 3

Правовые основы охраны здоровья граждан

3.1. СИСТЕМА ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

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

В последние десятилетия реформы социально-экономического уклада прогресс медицины, появление наряду с государственной и муниципальной частной системы здравоохранения вызвали необходимость радикальных изменений действующей системы 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 и социального развития РФ.

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

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

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

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

В соответствии с Конституцией РФ в 1993 г. приняты **Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан** (далее — Основы), которые стали правовой базой для развития законодательства в области здравоохранения (с учетом внесенных в 1998, 1999, 2000, 2003–2008 годах изменений).

В Основах впервые на законодательном уровне проблема здоровья населения стала рассматриваться как общегосударственная, и правовые нормы охватили широкий круг общественных отношений, а не только системы здравоохранения. В соответствии с этим законодательным актом **охрана здоровья граждан** рассматривается как 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.

В Основах определены **основополагающие принципы охраны здоровья граждан**:

- соблюдение прав человека в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

- приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- доступность медико-социальной помощи;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность органов государственной власти и местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Также в Основах изложены основные задачи законодательства в области здравоохранения, права граждан при оказании медико-социальной помощи, обязанности и права медицинских работников, ответственность за причинение вреда здоровью и др.

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

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

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

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

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

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

Согласно этим правилам, донорство крови и ее компонентов — это свободно выраженный добровольный акт. Донором крови и ее компонентов может быть каждый дееспособный гражданин с 18 лет, прошедший медицинское обследование. Взятие от донора крови и ее

компонентов допустимо только при условии, если здоровью донора не будет причинен вред.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Федеральный закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» устанавливает правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в РФ. Система медицинского страхования (обязательного и добровольного) является основанием возникновения обязательства по оказанию медицинской помощи гражданам нашей страны. Она выступает в качестве формы социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья. Подробно вопросы медицинского страхования рассмотрены в главе 8.

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

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

Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее 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 такие законы, как:

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

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

3.2. ПРАВА ГРАЖДАН В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

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

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

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

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

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

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

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

- **На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.** Грубое, небрежное отношение к пациенту может служить основанием для привлечения медицинского работника к юридической ответственности.
- **Выбор врача и лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования.** Пациент может лечиться в медицинском учреждении не только по месту своей регистрации. Для этого необходимо письменно поставить в известность страховую компанию и выбранное лечебное учреждение при условии, что оно входит в систему оказания медицинской помощи по договорам обязательного или добровольного медицинского страхования.
- **Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.** Санитарные нормы и правила регламентируют условия и порядок размещения людей в больничных палатах, противозидемический и санитарный режим в лечебных учреждениях.
- **Проведение по просьбе пациента консилиума и консультаций других специалистов.**
- **Облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.** Недопустимо применение методов диагностики или лечения без необходимого обезболивания. За виновное причинение боли пациенту

действующим законодательством предусмотрена юридическая ответственность.

- **Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании пациента и его лечения.** Пациенты имеют право на врачебную тайну, т.е. на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при их обследовании и лечении. Эта информация без согласия пациента никому не может быть предоставлена, за исключением случаев, которые предусмотрены ст. 61 Основ. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается: в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; по запросу органов дознания, следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; в случае оказания помощи несовершеннолетнему больному наркоманией в возрасте старше 16 лет, иным несовершеннолетним в возрасте старше 15 лет для информирования его родителей или законных представителей; при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий; в целях проведения военно-врачебной экспертизы.
- **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.** Это необходимое предварительное условие медицинского вмешательства. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.
- **Отказ от медицинского вмешательства.** Пациент или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. При отказе от медицинского вмешательства пациенту или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства

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

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

- **Допуск к пациенту адвоката или иного законного представителя для защиты его прав.**
- **Допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов.**

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

3.3. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

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

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

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

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

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

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

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

Меры социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников федеральных специализированных организаций здраво-

охранения устанавливаются Правительством РФ; организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъектов РФ, — органами государственной власти субъектов РФ, а муниципальных организаций здравоохранения — органами местного самоуправления.

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

Статья 63 Основ предусматривает право медицинских и фармацевтических работников на **страхование профессиональной ошибки**, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением профессиональных обязанностей. Однако, к сожалению, страхование риска ответственности за причинение вреда пациенту при оказании медицинских услуг еще не нашло широкого распространения в здравоохранении.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

За совершение дисциплинарного проступка работодатель имеет право применить к нарушителю следующие дисциплинарные взы-

скания: замечание, выговор, увольнение по соответствующим основаниям. До применения дисциплинарного взыскания работодатель должен затребовать от работника объяснение в письменной форме. Если по истечении 2 рабочих дней указанное объяснение работником не предоставлено, то составляется соответствующий акт. Непредставление работником объяснения не служит препятствием для применения дисциплинарного взыскания.

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

За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание. Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под роспись в течение 3 рабочих дней со дня его издания, не считая времени отсутствия работника на работе. В случае отказа работника ознакомиться с указанным приказом (распоряжением) под роспись составляется соответствующий акт. Дисциплинарное взыскание может быть обжаловано работником в государственную инспекцию труда и (или) органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров.

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

Основанием для **административной ответственности** служит административное правонарушение, т.е. такое противоправное виновное

действие (бездействие) физического или юридического лица, за которое законодательством установлена административная ответственность.

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

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

- незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством);
- нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта, к питьевой воде, к организации питания населения, к условиям воспитания и обучения;
- незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов;
- потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача;
- пропаганду наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров;
- нарушение законодательства о труде и об охране труда;
- отказ от предоставления гражданину информации;
- сокрытие страхового случая при обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- сокрытие лицом, больным ВИЧ-инфекцией, венерическим заболеванием, источника заражения, а также лиц, имевших с указанным лицом контакты, создающие опасность заражения.

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

Основанием для **уголовной ответственности** является совершение деяния, содержащего все признаки состава преступления. Преступлением признается виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным кодексом (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, либо пожизненное лишение свободы, либо смертную казнь за **убийство** в целях использования органов или тканей потерпевшего. Пункт «ж» ч. 2 ст. 111 УК РФ предусматривает уголовное наказание в виде лишения свободы на срок от 3 до 10 лет за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью в целях использования органов и тканей потерпевшего.

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

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

Средний вред здоровью (ст. 112 УК РФ) определяется после исключения признаков, указанных в ст. 111 УК РФ. При этом учитываются два критерия: длительность расстройства здоровья — временная утрата трудоспособности на срок более 3 нед и значительная утрата общей трудоспособности, под которой следует понимать стойкую утрату трудоспособности от 10 до 30% включительно. Стойкой утра-

той работоспособности следует считать и длительность расстройства здоровья свыше 120 дней с учетом последствий травмы.

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

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

Неоказание помощи больному квалифицируется как преступление, если помощь не была оказана без уважительной причины, а медицинский работник осознавал, что ее неоказание может повлечь тяжкие последствия для больного. Уважительной причиной неоказания помощи больному служат, 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 либо иного дохода осужденного за период до 6 мес, либо обязательными работами на срок от 100 до 240 ч, либо исправительными работами на срок от 1 до 2 лет. Деяния, повлекшие по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью, наказываются лишением свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации влечет уголовную ответственность по ст. 120 УК РФ. За принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации, совершенное с применением насилия либо с угрозой его применения, предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового. То же деяние, совершенное в отношении лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии либо в материальной или иной зависимости от виновного, наказывается лишением свободы на срок от 2 до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

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

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

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

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

Согласно ч. 1 ст. 235 УК РФ, **занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии** на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека, наказывается штрафом в размере до 120 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 1 года, либо ограничением свободы на срок до 3 лет, либо лишением свободы на срок до 3 лет. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, согласно ч. 2 ст. 235 УК РФ, наказывается ограничением свободы на срок до 5 лет или лишением свободы на тот же срок.

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

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

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

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

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

Злоупотребление должностными полномочиями, т.е. использование должностным лицом своих служебных полномочий вопреки интересам службы, если это деяние совершено из корыстной или иной личной заинтересованности и повлекло существенное нару-

шение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, влечет уголовную ответственность по ст. 285 УК РФ. Лицо, совершившее такое преступление, наказывается штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы осужденного за период до 6 мес, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 5 лет, либо арестом на срок от 4 до 6 мес, либо лишением свободы на срок до 4 лет.

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

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

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

Служебный подлог имеет место при выдаче листка нетрудоспособности здоровому человеку, выдаче ложных справок о якобы тяжелом заболевании, о необходимости постороннего ухода, о наличии беременности, о перенесенной травме и т.д. Как служебный подлог

квалифицируются случаи выдачи заведомо ложного свидетельства о рождении или смерти, уничтожение историй болезни, протоколов патолого-анатомического вскрытия.

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

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

3.4. МОРАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

История медицины и практический опыт здравоохранения со всей очевидностью показывают, что медицинская помощь не может быть полноценной, если даже самый высококвалифицированный врач не обладает необходимыми этическими качествами.

Этика (от греч. *ethos* — обычай, нрав) — это одна из философских дисциплин, объектом изучения которой являются мораль, нравственность. **Медицинская этика** определяется как совокупность норм поведения и морали медицинских работников. Известно, что помимо общих моральных норм, регулирующих жизнь общества, существуют нормы классической медицинской этики, имеющие свою специфику, связанную с природой самой профессии.

Наряду с термином медицинская этика, часто применяется термин «**деонтология**» (от греч. *deon* — должное, долг и *logos* — учение, слово), т.е. учение о должном поведении медицинских работников. Впервые это понятие было введено в обиход в начале XIX в. английским юристом и философом И. Бентамом.

Медицинская этика охватывает более широкий круг вопросов, чем деонтология. Это учение о морали медицинского работника, о его взаимоотношениях с больными и здоровыми, с людьми, окружающими больного, с коллегами. Это учение о врачебной тайне, об этике научных исследований, о внешнем виде медицинских работников и др. Медицинская этика не несет в себе специфики определенной медицинской специальности. Так, например, нет отдельно этики терапевта, хирурга, операционной медицинской сестры или другого специалиста, но есть этика медицинского работника.

Понятия медицинская этика и деонтология органически связаны, так как имеют дело с моральными и нравственными нормами и основанными на них принципами и правилами поведения медицинских работников, выполняющих свой профессиональный и гражданский долг. В реальной жизни соблюдение деонтологических правил обязательно дополняется определенным нравственно-этическим содержанием. С другой стороны, многие нормы морали, особенно профессиональной, так тесно сливаются с деонтологическими требованиями, что их трудно отделить друг от друга.

Медицинская этика возникла тысячелетия назад, одновременно с началом врачевания. Во многих древнейших письменных источниках по медицине, наряду с советами по сохранению здоровья и лечению болезней, содержатся правила поведения врача. Наиболее известный документ — клятва Гиппократова (V век до н.э.), оказавшая огромное влияние на все последующее развитие медицинской этики. Нормы медицинской этики изменялись в зависимости от социальных условий, развития культуры, достижений медицины, однако традиционные вопросы оставались неизменными на протяжении веков.

Основные проблемы медицинской этики:

- медицинский работник и общество;
- медицинский работник и пациент;
- медицинский работник и родственники пациента;
- взаимоотношения представителей медицинских профессий;
- нравственные качества и внешний вид медицинского работника;
- врачебная тайна;
- совершенствование знаний и отношение к различным теориям;
- этика эксперимента.

Существует ряд правовых документов общего характера, где отражаются многие принципы медицинской и биомедицинской этики, например «Женевская декларация», принятая в 1949 г. Всемирной медицинской ассоциацией (ВМА) и содержащая текст присяги, которую приносят врачи стран-членов ВМА.

В 1949 г. был также принят «Международный кодекс медицинской этики», который более подробно излагает нормы профессиональной медицинской морали. Согласно этому кодексу, врач обязан:

- соответствовать наивысшим профессиональным стандартам;
- ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи вне зависимости от собственной профессиональной специализации;
- не позволять соображениям собственной выгоды влиять на свободу и независимость профессионального решения, которое должно приниматься исключительно в интересах пациента;
- быть честным в отношениях с пациентами и коллегами и бороться с теми, кто проявляет некомпетентность или замечен в обмане;
- уважать права пациентов, коллег по работе;
- осуществлять вмешательства, способные ухудшить физическое или психическое состояние больного, в процессе оказания ему медицинской помощи, лишь в исключительных случаях и только в интересах пациента;
- утверждать лишь то, что проверено им лично;
- постоянно помнить о своем долге сохранения человеческой жизни;
- обращаться к более компетентным коллегам, если необходимое пациенту обследование или лечение выходят за уровень его собственных профессиональных возможностей;
- хранить врачебную тайну даже после смерти своего пациента;

- всегда оказывать неотложную помощь любому в ней нуждающемуся.

Большое значение имеет принятие Советом Европы в 1997 г. общеввропейской «Конвенции о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины». В ст. 1 и 2 Конвенции подчеркивается обязанность «защищать достоинство и индивидуальную целостность каждого человека, гарантировать всем без исключения неприкосновенность личности и соблюдение других прав и основных свобод»... «Интересы и благо отдельного человека должны превалировать над интересами общества и науки». Кроме того, разработаны документы, регламентирующие проведение экспериментов на человеке, генетические исследования, аборт, права доноров и реципиентов при трансплантации органов и др.

3.5. ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА И ПАЦИЕНТА

Взаимоотношения врача и пациента представляют центральную проблему классической медицинской этики. И в прошлом, и сегодня эти взаимоотношения остаются непростыми и не всегда бесконфликтными. Сложности во взаимоотношениях рождаются с двух сторон. Врач не всегда пытается понять больного как личность со всеми ее переживаниями и страхами. Он недостаточно учитывает психическую составляющую соматического заболевания, рассматривая пациента как очередной случай в своей медицинской практике. В свою очередь, пациент часто переоценивает возможности медицины, доверяя ей свою жизнь и здоровье, требует к себе повышенного внимания.

Кроме того, врач и пациент могут исповедовать различные ценности, относиться к различным социальным слоям общества, этническим группам, религиозным конфессиям. Свои особенности накладывает и форма собственности учреждения, в котором пациент получает помощь. Например, в случае оказания медицинской помощи в коммерческой медицинской организации возникает конфликт интересов, когда врач заинтересован в уменьшении расходов и увеличении доходов, а пациент стремится получить большее число медицинских услуг с минимальными затратами. Другая пробле-

ма во взаимоотношениях врача и пациента связана с постарением населения, с увеличением доли хронических больных, когда люди к старости становятся излишне раздражительны, обидчивы, сверхтребовательны, забывчивы. Особенно с учетом этих обстоятельств врач должен стремиться к установлению доверительных отношений с больным, способствующих психологическому спокойствию и его физическому излечению.

К настоящему времени выработаны определенные этические принципы сбора анамнеза, осмотра пациента, сообщения диагноза и прогноза заболевания, назначения лечения. Основой этих принципов должно быть триединство: профессионализм, доброжелательность и индивидуальный подход.

При беседе с пациентом врач должен уделить достаточное внимание проблемам, с которыми к нему обращается пациент, и выделить необходимое для консультации время. Рекомендуется обращение к пациенту по имени и отчеству, к ребенку — по имени. Необходимо терпеливо и внимательно слушать рассказ пациента, его родственников и деликатно задавать вопросы.

Особо следует соблюдать этические правила при проведении инвазивных методов диагностики и лечения, которые все шире внедряются в медицинскую практику, так как их эффективность и безопасность зависят от профессионализма и соблюдения врачом деонтологических норм. Необходимость особо внимательного отношения к инвазивным методам диагностики и лечения диктуется тем, что каждый из них несет в себе долю риска: можно повредить слизистую оболочку исследуемого органа, совершить его перфорацию, а также причинить пациенту боль или нанести психическую травму. Длительные и многократно повторяющиеся инвазивные манипуляции невротизируют пациента и формируют негативное отношение к ним. Врач должен сочувственно относиться к психологическим слабостям больного, быть с ним в доверительном контакте, уметь успокоить его, снять чувство страха, вселить уверенность в необходимости и безопасности назначенной процедуры.

Интимные манипуляции на «закрытых зонах» человеческого организма желательно выполнять не в палате, на глазах у соседей, а в специально приспособленном помещении (клизменная, процедурная и др.). Ведь и для окружающих больных вид обнаженного соседа, дополнительные запахи, сама манипуляция служат источником

отрицательных эмоций. Выполняя манипуляцию, не следует без особой необходимости обнажать тело больного, особенно его «закрытые зоны». Для их прикрытия 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 с пациентом зависит и от того, каких этических и правовых принципов придерживается врач. Если прежде информирование пациента было необязательным, то сегодня получение информации становится правом пациента. Право граждан на информацию о состоянии здоровья закреплено в ст. 31 Основ, где сказано, что каждый обращающийся за медицинской помощью имеет право получить информацию о состоянии своего здоровья, диагнозе, возможных осложнениях, различных имеющихся методах лечения и связанном с ними риске, если таковой имеется. В то же время эта информация не предоставляется пациенту помимо его воли. Право на полную и правдивую информацию иногда входит в противоречие с принципом классической медицинской этики Гиппократа: «Окружи больного любовью и разумным утешением, но главное, оставь его в неведении о том, что ему предстоит, и особенно, что угрожает». Необходимо учитывать психическое состояние пациента, давать информацию в тактичной и доступной форме, чтобы избежать так называемой информационной или психогенной ятрогении.

Статьей 32 Основ предусмотрен принцип информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство. То есть это добровольное осознанное согласие пациента на проведение обследования и лечения, которое врач должен получить от него перед началом лечения. При анализе этой важной проблемы следует исходить из ее особенностей: наличия двух составляющих — информированность и согласительность. Информированность предполагает объективное раскрытие информации и адекватное понимание пациентами ситуации. Согласительный компонент делает упор на добровольность принятия решения. Информированное согласие предполагает, что каждый человек считается хозяином своего тела и может, если он в здравом уме, разрешить или запретить любое медицинское вмешательство и даже спасающую жизнь хирургиче-

скую операцию. В традиционной медицинской этике считалось, что врач обязан сохранить жизнь и тем самым обеспечить благо пациента. Сегодня же с созданием эффективных жизнеподдерживающих методов и аппаратов положение изменилось: сохранение жизни и обеспечение блага пациента могут вступать в противоречие друг с другом. Возникла проблема, одна из самых острых в медицинской этике, имеющая не только медицинское, этическое, юридическое, но и мировоззренческое, общефилософское содержание. В 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 ее оценки. Компетентным признается больной, способный сознательно выбрать способ лечения. К ним нельзя относить детей, лиц, находящихся в коматозном состоянии, под действием лекарств и др.

При сообщении прогноза, особенно неблагоприятного, врач должен быть предельно осторожным и тактичным. Решение в каждом случае должно приниматься индивидуально, исходя из психологического и физического состояния больного, характера заболевания, его тяжести, наличия у больного близких и их отношения к нему. Здесь на первый план выступает такой принцип медицинской этики, как правдивость. Существует правило, что взрослому компетентному пациенту при его желании в деликатной форме можно сообщить диагноз и прогноз. Детям диагноз тяжелого заболевания и неблагоприятного прогноза не сообщают, но родители при этом должны получить полную информацию. При неизлечимых болезнях опытные врачи советуют давать «дозированные» сообщения о прогнозе, делать их в предельно корректной форме, не обещая чуда, но и не отнимая надежду.

Среди этических требований важным считается умение врача успокоить и ободрить больного и его родственников, мобилизовать их на активную помощь. Важно вселить в больного уверенность в возвращение к активной жизни, способность преодолеть свои недуги.

В процессе взаимоотношений врача и пациента может возникнуть конфликт интересов. Согласно данным социологических опросов, среди причин конфликтов преобладают нарушения больными врачебных предписаний, их неудовлетворенность профессиональными

и человеческими качествами врача, а также неэффективность и длительность лечения.

С позиций медицинской этики единственный приемлемый способ разрешения конфликтов — честное открытое обсуждение заинтересованными сторонами (врачом и пациентом) ситуации, поиск разумных аргументов в защиту собственной позиции, стремление понять оппонента и найти устраивающее все стороны решение. Безусловно, медицинские работники должны стремиться избегать конфликтов, чему в первую очередь будет способствовать неукоснительное следование принципам медицинской этики.

Особой проблемой в клинической деятельности врача является **ятрогения** — болезни или психогенные реакции, вызванные неправильным поведением медицинского персонала, а также их действиями (последствиями диагностических, оперативных вмешательств, лекарственной болезнью и др.). В практике врача причинами ятрогений могут быть излишне откровенная беседа с пациентом или его родственниками, содержащая ненужное описание возможных осложнений, неблагоприятного прогноза или неумело проведенная санитарно-просветительная беседа. Кроме того, причиной ятрогении может быть выдача на руки пациентам истории болезни и других медицинских документов.

Введение в медицинскую практику средств интенсивной лекарственной терапии, появление инвазивных методов диагностики, сложнейших методик хирургического вмешательства привели не только к успехам медицины, но и к новым проблемам. Понятие ятрогении расширилось и включило в себя все заболевания и патологические процессы, возникновение которых связано с действием медицинских работников: последствия диагностических, оперативных вмешательств, лекарственная болезнь и др. Безусловно, в возникновении психогенной ятрогении виноваты, прежде всего, сами медицинские работники. Психогенных ятрогений будет тем меньше, чем более неукоснительно врач будет соблюдать принципы медицинской этики.

Соблюдение принципов медицинской этики во многом связано с врачебной тайной, ответственность за разглашение которой предусмотрена ст. 61 Основ.

Принцип конфиденциальности, или сохранения врачебной тайны, возник в глубокой древности и до сих пор он один из актуальных в

системе этического и правового регулирования медицинской деятельности. Соблюдение тайны сегодня — не только исполнение профессионального долга и нравственная обязанность медицинского работника, но и его правовой долг. Предоставление сведений, содержащих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается только в следующих случаях, оговоренных в законодательстве:

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

Исходя из традиционного понимания врачебной тайны, сохранять ее надо от посторонних лиц, знакомых, соседей по палате, а иногда и родственников больного. Право больного определить круг лиц, которым врач может сообщить данные о состоянии его здоровья.

Одним из важных условий, влияющих на успешную деятельность медицинского учреждения, служит психологический климат в коллективе, который зависит от многих факторов: социальных, организационных, личностных и др. Медицинский коллектив в психологическом отношении представляет собой одну из сложнейших социальных групп. Это связано с большой физической и психологической напряженностью работы медицинских работников, высокой ответственностью за жизнь человека.

Один из показателей взаимоотношений в медицинском коллективе — наличие конфликтов между коллегами. В зависимости от причин возникновения их условно можно разделить на профессиональные, этические, личностные и др. В медицинской среде профессиональные споры неизбежны, но они не должны переходить в конфликты.

3.6. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ

В связи с большими достижениями биологической и медицинской науки и внедрением новых медицинских технологий в начале XXI в. врач в исключительных случаях вынужден принимать решения, которые входят в противоречия с нормами классической медицинской этики. Большое внимание к правам личности, в том числе и к правам пациента, привело к новому пониманию сути взаимоотношений между врачом и пациентом. Все это послужило предпосылками к возникновению и развитию биомедицинской этики (биоэтики). Термин «биоэтика» был введен американским биологом В. Поттером в 1969 г., по его определению, **биоэтика** — это соединение биологических знаний и человеческих ценностей.

В нашей стране изучение биоэтики началось намного позже по сравнению с другими странами. В 1992 г. создан Российский национальный комитет по биоэтике (РНКБ), учрежденный Российской академией наук. Основная цель РНКБ — способствовать защите прав, свобод и достоинства человека в условиях бурного прогресса биологических и медицинских наук и во взаимодействии человека как пациента со сферой здравоохранения.

Биоэтика представляет собой одно из приоритетных направлений деятельности ЮНЕСКО, которой в 2005 г. была принята Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека.

Изучая моральные, философские, теологические, правовые и социальные проблемы, рождающиеся по мере развития биологии и медицины, биоэтика тем самым является междисциплинарной областью знаний, она охватывает медицинскую этику и простирается за ее пределы. Круг проблем биомедицинской этики гораздо шире проблем классической медицинской этики, но отчасти перекликается с ними. В биоэтике центральное место занимает отношение к жизни и смерти, причем жизнь понимается как высшая ценность. Именно поэтому иногда биоэтику определяют как систему знаний о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека.

К основным аспектам приложения биомедицинской этики относятся:

- право на жизнь;
- право на смерть, эвтаназия;
- аборт, контрацепция, стерилизация;
- новые репродуктивные технологии;
- медико-биологические эксперименты на человеке;

- современные технологии генной инженерии;
- трансплантация органов и тканей;
- психиатрия и права человека;
- моральные проблемы ВИЧ-инфицированных;
- межпрофессиональные отношения в медицине;
- проблемы социальной справедливости в медицине.

Врач, работающий в специализированном учреждении, оказывающем медицинскую помощь женщинам, не может не задумываться об этических аспектах **искусственного прерывания беременности, контрацепции и стерилизации**, относящихся к современным формам медицинского вмешательства в репродуктивную функцию человека. Скажем, представляет ли аборт нарушение основного принципа медицинской этики — «не навреди»? Допустимо ли его проведение с этической точки зрения (а она совсем не обязательно совпадает с юридической)? Если да, то в каких случаях? Ответы на эти вопросы зависят от профессиональной подготовленности и нравственных принципов врача.

Одна из важнейших проблем, связанных с разработкой новых репродуктивных технологий, — **искусственное оплодотворение**, которое предоставляет возможность преодолеть бесплодие. Использование этой технологии затрагивает такие человеческие ценности, как природа самого брака, взаимоотношения супругов, судьба личности будущего ребенка. С точки зрения морали здесь важно не перейти ту грань, когда вмешательство в репродуктивную сферу помогает женщине обрести долгожданную беременность, а не превращается в вид манипуляции, эксперимента. Искусственное оплодотворение в нашей стране имеет законодательное разрешение и не должно вызывать морального осуждения в обществе. Действительно, каждая женщина имеет право быть матерью, и долг врача — помочь ей в этом.

Спорный и уязвимый с точки зрения биоэтики метод **суррогатного материнства**, когда оплодотворенная яйцеклетка (от биологических отца и матери) вносится в матку другой женщины (суррогатной матери), которая вынашивает и рождает ребенка, а потом передает его биологическим родителям. Таким образом, с одной стороны, становится очевидной манипуляция телесной природой ребенка, получающего генетическое наследие от двух определенных лиц и вместе с тем кровь, питание от суррогатной матери. С другой стороны, это единственный способ для отдельных семейных пар обрести желанного ребенка.

Ожесточенные споры велись и ведутся вокруг проблемы **клонирования человека** на основе современных технологий генной инженерии. В обсуждении морального аспекта клонирования участвуют биологи, врачи, политики, философы, священнослужители. Высказываются две противоположные точки зрения. Первая — клонирование морально этично, и появление человеческих генетических копий безопасно для самого человека и общества. Эта технология открывает путь к освобождению от болезней и бессмертию. Вторая — клонирование аморально и не безопасно, так как наука еще не в состоянии определить последствия, к которым оно приведет, нет экспериментальных доказательств, что каждый клонированный эмбрион будет развиваться нормально и у клонированного ребенка не возникнут уродства или умственные задержки, кроме того, могут появиться самые непредсказуемые злоупотребления.

Для врача, работающего в специализированном учреждении хирургического профиля, может оказаться немаловажной выработка этической позиции по отношению к такому важнейшему достижению медицинской науки XX в., как **трансплантация органов и тканей человека**. Сегодня пересаживаются практически все жизненно важные органы и ткани: почки, сердце, печень, легкое, костный мозг и другие. Однако трансплантология породила много сложных этических и правовых проблем, связанных с определением прав и обязанностей донора и его родственников, реципиента и медицинских работников, а также сопряженных с ними условий получения информированного согласия (реципиента, живого донора), констатации необратимой гибели головного мозга предполагаемого донора. В настоящее время основной правовой документ в этой области — Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека». В нем определены условия и порядок трансплантации человеческих органов и тканей с учетом современных достижений медицинской науки и практики, однако не даны ответы на многие этические вопросы.

К одной из наиболее горячо обсуждаемых сегодня этических проблем относится проблема эвтаназии, т.е. намеренного ускорения наступления смерти неизлечимого больного с целью прекращения его страданий. Иными словами, **эвтаназия** — это преднамеренное убийство человека (по его просьбе). Различают две основные формы эвтаназии: активную и пассивную. Активная эвтаназия — преднамеренное применение медицинскими работниками каких-либо средств с целью прерывания жизни пациента. К активной эвтаназии

также относят самоубийство при помощи врача, который предоставляет больному средства для прекращения жизни. Пассивная эвтаназия — отказ от поддерживающего лечения, которое или совсем не начинают, или прекращают на определенном этапе. В Основах существует специальная ст. 45 «Запрещение эвтаназии». В ней говорится: «Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии — удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни». Эвтаназия противоречит религиозным взглядам всех основных конфессий и классической медицинской этике, в частности клятве Гиппократу, однако этот вопрос не может считаться окончательно решенным.

Еще один принцип биоэтики — **социальная справедливость**, который предусматривает равное предоставление необходимых видов медицинской помощи любому пациенту независимо от его физического, психического и материального состояния. Врач при оказании медицинской помощи пациентам должен руководствоваться исключительно профессиональными и этическими нормами, а не отдавать предпочтение больным с особым социальным статусом и высоким материальным положением.

Социально-психологической основой профессионального воспитания врачей служат формирование и развитие у них соответствующей этико-деонтологической культуры. Это означает, что сопереживание и милосердие должны стать внутренним содержанием, нравственным стержнем медицинского работника. Этические нормы врача должны находить свое проявление в профессиональной деятельности, прежде всего в общении с пациентами, их близкими, во взаимоотношениях с коллегами.

Глава 4

Организационные основы здравоохранения в Российской Федерации

4.1. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В соответствии с п. 2 ст. 41 Конституции РФ, ст. 12–14 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, в РФ выделяют три системы здравоохранения:

- 1) государственную;
- 2) муниципальную;
- 3) частную.

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

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

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

В то же время по сложившейся практике в Российской Федерации действует единая система здравоохранения, которая представляет собой совокупность федеральных органов управления здравоохранением, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации

Федерации, 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. 4.1.

Возникает вопрос, не противоречит ли Конституции РФ функционирование в России единой системы здравоохранения, ввиду того, что п. 2 ст. 41 Конституции РФ предусматривается автономное существование государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения? Если создание единой системы здравоохранения РФ не противоречит Конституции, то можно ли рассматривать эту единую систему в качестве конституционного института? Несмотря на отсутствие прямых норм, Конституция дает основания считать, что единая система здравоохранения РФ функционирует в правовом поле. Согласно подпункту «ж» п. 1 ст. 72 Конституции координация вопросов здравоохранения отнесена к вопросам совместного ведения Российской Федерации и субъектов РФ. Исходя из понимания того, что координация осуществляется для обеспечения определенного единства функционирования обособленных элементов системы, то выделение, таким образом, в Конституции вопросов координации здравоохранения в качестве предмета совместного ведения следует расценивать как необходимость системного подхода в охране здоровья граждан, что невозможно без создания единой системы здравоохранения. Такая цель может быть достигнута при формировании единой системы здравоохранения, состоящей из трех иерархически упорядоченных подсистем:

- 1) здравоохранение федерального уровня;
- 2) здравоохранение уровня субъектов РФ;
- 3) здравоохранение уровня муниципальных образований.

Координацию деятельности этих подсистем как составляющих единой системы здравоохранения РФ должен осуществлять федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения.

На уровне каждой из перечисленных подсистем соответствующим органом управления здравоохранением должно осуществляться управление деятельностью организаций здравоохранения государственной и муниципальной форм собственности, входящих в эту подсистему.

Субъекты частной системы здравоохранения вправе, наряду с государственными и муниципальными учреждениями здравоохра-



Рис. 4.1. Организационно-функциональная структура системы здравоохранения Российской Федерации

нения, участвовать в реализации государственной политики в сфере здравоохранения, формировании рынка медицинских услуг, решении задачи обеспечения граждан квалифицированной медицинской помощью. Деятельность частных организаций здравоохранения должна основываться на принципах применения единых в сфере здравоохранения нормативно-правовых актов, стандартов медицинской помощи и этических норм.

Только в этом случае может быть обеспечена эффективная деятельность федерального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения, соответствующих органов управления здравоохранением субъектов РФ и муниципальных образований в решении задач по сохранению и улучшению здоровья населения Российской Федерации.

Для обеспечения легитимности функционирования единой системы здравоохранения РФ необходимо закрепление данного положения в Основах и его конкретизация соответствующими федеральными подзаконными актами и правовыми актами субъектов РФ.

4.2. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Учреждения, входящие в систему здравоохранения РФ, оказывают населению различные виды медицинской помощи. Существует несколько принципов классификации медицинской помощи населению. Согласно ст. 37.1–42 Основ выделяют:

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

Наиболее массовый вид медицинской помощи — первичная медико-санитарная помощь (ПМСП). **Первичная медико-санитарная помощь** — это основной, доступный и бесплатный для каждого гражданина вид медицинского обслуживания, включающий лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний, проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики

важнейших заболеваний, санитарно-гигиеническое образование, проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

ПМСП оказывается жителям муниципального района и городского округа учреждениями муниципальной системы здравоохранения и предоставляется населению в рамках территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. В оказании ПМСП могут участвовать учреждения государственной и частной систем здравоохранения, индивидуальные предприниматели, имеющие соответствующую лицензию на данный вид деятельности.

С учетом номенклатуры учреждений здравоохранения, а также стоящих перед ними задач выделяют следующие виды медицинской помощи:

- амбулаторно-поликлиническую (внебольничную) медицинскую помощь;
- больничную (стационарную) медицинскую помощь;
- скорую медицинскую помощь;
- санаторно-курортную медицинскую помощь.

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

- первая;
- доврачебная;
- первая врачебная;
- скорая;
- специализированная;
- высокотехнологичная.

4.3. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫХ ФОРМ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В системе здравоохранения Российской Федерации действуют некоммерческие и коммерческие организации здравоохранения. Основной формой некоммерческих организаций здравоохранения служат учреждения.

Номенклатура учреждений здравоохранения утверждается федеральным органом управления здравоохранением. В настоящее время действует Единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, утвержденная приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 ноября 2005 г. № 627, в основу которой заложены юридические и функциональные признаки учреждений здравоохранения. Можно использовать и другие подходы для классификации учреждений здравоохранения:

- по форме собственности: государственные, муниципальные, частные;
- по территориально-административной подчиненности: федеральные, субъектов РФ, муниципальные;
- по ведомственной принадлежности: системы МЗиСР, Министерства обороны, Министерства внутренних дел, Министерства юстиции, Российской академии медицинских наук и др.;
- по месту расположения учреждений: городские и сельские;
- по организационно-функциональной структуре: объединенные и необъединенные;
- по специализации: многопрофильные и специализированные;
- по возрастному признаку: детские, взрослые, гериатрические и др.;
- по степени интенсивности лечения: интенсивного, восстановительного, паллиативного лечения и др.

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.

Кроме того, к некоммерческим организациям здравоохранения относятся некоммерческие партнерства, автономные некоммерческие организации и автономные учреждения. Сравнительная характеристика некоммерческих организаций здравоохранения представлена в табл. 4.1.

К основным формам коммерческих организаций здравоохранения относятся государственные и муниципальные унитарные предприятия, а также хозяйственные товарищества (полные и командитные) и хозяйственные общества (акционерные, с ограниченной или дополнительной ответственностью), сравнительная характеристика которых представлена в табл. 4.2.

Таблица 4.1. Сравнительная характеристика основных организационно-правовых форм некоммерческих организаций здравоохранения

Признаки	Учреждение			Некоммерческое партнерство	Автономная некоммерческая организация
	Государственное, муниципальное		Частное		
	бюджетное	автономное			
Понятие	Некоммерческая организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера	Некоммерческая организация, созданная для выполнения работ, оказания услуг в целях осуществления полномочий органов государственной власти, органов местного самоуправления в здравоохранении, а также в иных сферах. Осуществляет свою деятельность на основании заданий учредителя	Некоммерческая организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера	Основанная на членстве некоммерческая организация, учрежденная для содействия ее членам в осуществлении деятельности, направленной на достижение социальных, благотворительных, культурных, образовательных, научных и управленческих целей	Не имеющая членства некоммерческая организация, учрежденная на основе добровольных имущественных взносов в целях предоставления услуг в области образования, здравоохранения, культуры, науки, права, физической культуры и иных услуг

Признаки	Учреждение		Частное	Некоммерческое партнерство	Автономная некоммерческая организация
	Государственное, муниципальное				
	бюджетное	автономное			
Правовая основа деятельности	Гражданский кодекс РФ, Бюджетный кодекс РФ	Гражданский кодекс РФ, Бюджетный кодекс, Федеральный закон «Об автономных учреждениях»	Гражданский кодекс РФ, Бюджетный кодекс РФ	Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях»	Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях»
Учредители, участники	Российская Федерация, субъект РФ, муниципальное образование	—	Физическое или юридическое лицо	Члены НП – физические и (или) юридические лица	Учредители: физические и (или) юридические лица
Число учредителей, участников	1		1	От 1 и более	От 1 и более

Признаки	Учреждение			Некоммерческое партнерство	Автономная некоммерческая организация
	Государственное, муниципальное		Частное		
	бюджетное	автономное			
Имущество	<p>Имущество закрепляется на праве оперативного управления.</p> <p>БУ не вправе отчуждать или иным способом распоряжаться закрепленным за ним имуществом и имуществом, приобретенным за счет средств, выделенных ему по смете</p>	<p>Имущество закрепляется на праве оперативного управления.</p> <p>Без согласия учредителя АУ не вправе распоряжаться недвижимым и особо ценным движимым имуществом, закрепленным за АУ учредителем или приобретенным за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение этого имущества.</p> <p>Остальным имуществом, в том числе недвижимым, автономное учреждение вправе распоряжаться самостоятельно</p>	<p>Имущество закрепляется на праве оперативного управления.</p> <p>ЧУ не вправе отчуждать либо иным способом распоряжаться имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества</p>	<p>Имущество, переданное НП его членами, является собственностью НП</p>	<p>Имущество, переданное АНО ее учредителями, является собственностью АНО.</p> <p>Учредители не сохраняют права на имущество, переданное ими в собственность АНО</p>

Признаки	Учреждение			Некоммерческое партнерство	Автономная некоммерческая организация
	Государственное, муниципальное		Частное		
	бюджетное	автономное			
Учредительные документы	Устав			Устав, может заключаться учредительный договор	
Ответственность по обязательствам	<p>БУ отвечает по своим обязательствам находящимися в его распоряжении денежными средствами.</p> <p>При недостаточности указанных денежных средств субсидиарную ответственность по обязательствам БУ несет собственник его имущества</p>	<p>Отвечает по своим обязательствам закрепленным за ним имуществом, за исключением недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленных за ним учредителем или приобретенных автономным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение этого имущества.</p> <p>Собственник имущества АУ не несет ответственность по обязательствам АУ</p>	<p>ЧУ отвечает по своим обязательствам находящимися в его распоряжении денежными средствами.</p> <p>При недостаточности указанных денежных средств субсидиарную ответственность по обязательствам ЧУ несет собственник его имущества</p>	Члены НП не отвечают по его обязательствам, а НП не отвечает по обязательствам своих членов	Учредители не отвечают по обязательствам созданной ими АНО, а она не отвечает по обязательствам своих учредителей

Признаки	Учреждение			Некоммерческое партнерство	Автономная некоммерческая организация
	Государственное, муниципальное		Частное		
	бюджетное	автономное			
Обязательные органы управления	1. Учредитель. 2. Руководитель	1. Учредитель. 2. Наблюдательный совет. 3. Руководитель	1. Учредитель. 2. Руководитель	1. Высший орган управления — общее собрание членов. 2. Коллегиальный, единственный исполнительный орган	1. Коллегиальный высший орган управления. 2. Коллегиальный / единоличный исполнительный орган
Предпринимательская деятельность	Вправе заниматься предпринимательской деятельностью с согласия учредителя	—	—	НП вправе осуществлять предпринимательскую деятельность, соответствующую целям, для достижения которых оно создано	АНО вправе осуществлять предпринимательскую деятельность, соответствующую целям, для достижения которых она создана

Признаки	Учреждение		Частное	Некоммерческое партнерство	Автономная некоммерческая организация
	Государственное, муниципальное				
	бюджетное	автономное			
Распределение прибыли от предпринимательской деятельности	Доходы, полученные от деятельности, и приобретенное за счет этих доходов имущество поступают в самостоятельное распоряжение учреждения, учитываются на отдельном балансе	Доходы АУ поступают в его самостоятельное распоряжение и используются им для достижения целей, ради которых оно создано. Собственник имущества не имеет права на получение доходов от осуществления автономным учреждением деятельности и использования закрепленного за автономным учреждением имущества	Доходы, полученные от деятельности, и приобретенное за счет этих доходов имущество поступают в самостоятельное распоряжение учреждения, учитываются на отдельном балансе	Доходы от предпринимательской деятельности не могут перераспределяться между членами и должны использоваться только для достижения уставных целей	Доходы от предпринимательской деятельности не могут перераспределяться между членами и должны использоваться только для достижения уставных целей

НП — некоммерческое партнерство; БУ — бюджетное учреждение; АУ — автономное учреждение; ЧУ — частное учреждение; АНО — автономная некоммерческая организация.

Таблица 4.2. Сравнительная характеристика основных организационно-правовых форм коммерческих организаций здравоохранения

Признаки	Хозяйственные общества			Хозяйственные товарищества		Унитарное предприятие (государственное, муниципальное), основанное на праве		
	Общество с ограниченной ответственностью	Акционерное общество		Общество с дополнительной ответственностью	Полное товарищество	Товарищество на вере (командитное товарищество)	хозяйственного ведения	оперативного управления (казенное предприятие)
		Открытое	Закрытое					
Понятие	Хозяйственное общество, учрежденное одним или несколькими лицами, уставный капитал разделен на доли, размеры которых определены учредительными документами	Коммерческая организация, уставный капитал которой разделен на определенное число акций, владельцы которых могут отчуждать принадлежащую им часть без согласия других акционеров. Акционеры несут риск лишь в пределах стоимости принадлежащих им акций	Коммерческая организация, акции которой распределяются только среди его учредителей или иного заранее определенного круга лиц. Акционеры имеют преимущественное право приобретения других его акциями. Акционеры несут риск лишь в пределах стоимости принадлежащих им акций	Хозяйственное общество, учрежденное одним или несколькими лицами, уставный капитал разделен на доли, размеры которых определены учредительными документами	Товарищество, участники которого (полные товарищи) в соответствии с заключенным между ними договором занимаются предпринимательской деятельностью от имени товарищества и несут ответственность по его обязательствам принадлежащим им имуществом	Товарищество, в котором наряду с полными товарищами имеется один или несколько участников — вкладчиков (командитистов), которые несут риск убытков, связанных с деятельностью товарищества, — в пределах сумм внесенных ими вкладов и не принимают участия в осуществлении товариществом предпринимательской деятельности	Коммерческая организация, не наделенная правом собственности на имущество, закрепленное за ней собственником	
Правовая основа деятельности	Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон от 8 февраля 1998 г. № 14-ФЗ «Об обществах с ограниченной ответственностью»	Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон от 26 декабря 1995 г. № 208-ФЗ «Об акционерных обществах»	Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон от 8 февраля 1998 г. № 14-ФЗ «Об обществах с ограниченной ответственностью»	Гражданский кодекс РФ	Гражданский кодекс РФ		Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон от 14 ноября 2002 г. № 161-ФЗ «О государственных и муниципальных унитарных предприятиях»	

Продолжение табл. 4.2

Признаки	Хозяйственные общества				Хозяйственные товарищества		Унитарное предприятие (государственное, муниципальное), основанное на праве	
	Общество с ограниченной ответственностью	Акционерное общество		Общество с дополнитель- ной ответствен- ностью	Полное товарищество	Товарищество на вере (командитное товарищество)	хозяйственного ведения	оперативного управления (казенное пред- приятие)
		Открытое	Закрытое					
Учредители, участни- ки, члены	Учредители (участники) — физические и (или) юридиче- ские лица	Учредители (участники) — физиче- ские и (или) юридические лица		Учредители (участники) — Физические и (или) юридиче- ские лица	Участники (пол- ные товарищи) — индивидуальные предприниматели и (или) коммер- ческие органи- зации	Участники (пол- ные товарищи) — индивидуальные предприниматели и (или) коммер- ческие органи- зации. Вкладчики — граждане и юри- дические лица	Учредители — государственный орган / орган местного самоуправления	
Число участ- ников, учре- дителей	Не более 50	Не ограничено	Не более 50	Не более 50	От 2 участников и более		1	
Уставный, складоч- ный, паевой капитал, фонд	Уставной капитал составляется из номинальной стоимости долей его участников размером не менее 100 МРОТ	Уставной капитал составляется из номинальной стоимости акций, приобретенных акционерами, размером не менее 1000 МРОТ	Уставной капитал составляется из номинальной стоимости акций, приобретенных акционерами, размером не менее 100 МРОТ	Уставной капитал составляется из номинальной стоимости долей его участников размером не менее 100 МРОТ	Складочный капитал разделен на доли (вклады) участников		Размер уставного фонда государствен- ного предприятия — не менее 5000 МРОТ, муниципального предприятия — не менее 1000 МРОТ	

Продолжение табл. 4.2

Признаки	Хозяйственные общества			Хозяйственные товарищества		Унитарное предприятие (государственное, муниципальное), основанное на праве	
	Общество с ограниченной ответственностью	Акционерное общество		Полное товарищество	Товарищество на вере (коммандитное товарищество)	хозяйственного ведения	оперативного управления (казенное предприятие)
		Открытое	Закрытое				
Имущество	Имущество, созданное за счет вкладов учредителей (участников), а также произведенное и приобретенное в процессе деятельности, принадлежит ООО на праве собственности	Имущество, созданное за счет вкладов учредителей (участников), а также произведенное и приобретенное в процессе деятельности, принадлежит АО на праве собственности	Имущество, созданное за счет вкладов учредителей (участников), а также произведенное и приобретенное в процессе деятельности, принадлежит ОДО на праве собственности	Имущество, созданное за счет вкладов участников, а также произведенное и приобретенное в процессе деятельности, принадлежит товариществу на праве собственности		Имущество находится в государственной / муниципальной собственности, неделимо и не может быть распределено по вкладам (долям, паям), в том числе между работниками	
Учредительные документы	Устав, учредительный договор	Устав		Учредительный договор		Устав	
						<p>ГП распоряжается движимым имуществом, принадлежащим ему на праве хозяйственного ведения, самостоятельно.</p> <p>ГП не вправе продавать принадлежащее ему недвижимое имущество, сдавать его в аренду или иным способом распоряжаться таким имуществом без согласия собственника.</p> <p>ГП распоряжается имуществом только в пределах, не лишаящих его возможности осуществлять деятельность, предмет, виды которой определены уставом</p>	<p>КП вправе отчуждать или иным способом распоряжаться принадлежащим ему имуществом только с согласия уполномоченного органа исполнительной власти.</p> <p>ГП вправе распоряжаться принадлежащим ему имуществом только в пределах, не лишаящих его возможности осуществлять деятельность, предмет и цели которой определены уставом</p>

Продолжение табл. 4.2

Признаки	Хозяйственные общества			Хозяйственные товарищества		Унитарное предприятие (государственное, муниципальное), основанное на праве		
	Общество с ограниченной ответственностью	Акционерное общество		Общество с дополнитель- ной ответствен- ностью	Полное товарищество	Товарищество на вере (командитное товарищество)	хозяйственного ведения	оперативного управления (казенное пред- приятие)
		Открытое	Закрытое					
Ответственность по обязательствам	<p>ООО несет ответственность по своим обязательствам всем принадлежащим ему имуществом, не отвечает по обязательствам своих участников.</p> <p>Участники ООО не отвечают по его обязательствам и несут риск убытков, связанных с деятельностью ООО, в пределах стоимости внесенных ими вкладов</p>	<p>АО несет ответственность по своим обязательствам всем принадлежащим ему имуществом, не отвечает по обязательствам своих акционеров.</p> <p>Акционеры не отвечают по обязательствам АО и несут риск убытков, связанных с его деятельностью, в пределах стоимости принадлежащих им акций</p>	<p>Участники солидарно несут субсидиарную ответственность по его обязательствам своим имуществом в одинаковом для всех кратном размере к стоимости их вкладов</p>	<p>Участники несут субсидиарную ответственность своим имуществом по обязательствам ПТ.</p> <p>Участник ПТ, не являющийся его учредителем, отвечает наравне с другими участниками по обязательствам, возникшим до его вступления в ПТ.</p> <p>Участник, выбывший из ПТ, отвечает по обязательствам ПТ, возникшим до момента его выбытия, наравне с оставшимися участниками в течение двух лет со дня утверждения отчета о деятельности ПТ за год, в котором он выбыл из ПТ</p>	<p>Участники несут субсидиарную ответственность своим имуществом по обязательствам КТ.</p> <p>Участник КТ, не являющийся его учредителем, отвечает наравне с другими участниками по обязательствам, возникшим до его вступления в КТ.</p> <p>Участник, выбывший из КТ, отвечает по обязательствам товарищества, возникшим до момента его выбытия, наравне с оставшимися участниками в течение двух лет со дня утверждения отчета о деятельности товарищества за год, в котором он выбыл из товарищества.</p> <p>Участники — вкладчики (командитисты) несут риск убытков, связанных с деятельностью товарищества, в пределах сумм внесенных ими вкладов</p>	<p>Предприятие отвечает по своим обязательствам всем принадлежащим ему имуществом.</p> <p>Предприятие не несет ответственности по обязательствам собственника его имущества</p>		

Признаки	Хозяйственные общества			Хозяйственные товарищества		Унитарное предприятие (государственное, муниципальное), основанное на праве		
	Общество с ограниченной ответственностью	Акционерное общество		Общество с дополнительной ответственностью	Полное товарищество	Товарищество на вере (коммандитное товарищество)	хозяйственного ведения	оперативного управления (казенное предприятие)
		Открытое	Закрытое					
Обязательные органы управления	1. Высший орган управления — общее собрание участников. 2. Единоличный исполнительный орган — генеральный директор, президент и др. 3. Ревизионная комиссия / ревизор (при наличии более 15 участников)	1. Высший орган управления — общее собрание акционеров. 2. Счетная комиссия (при наличии акционеров — владельцев голосующих акций более 100). 3. Совет директоров (наблюдательный совет) (при наличии акционеров — владельцев голосующих акций более 50). 4. Единоличный исполнительный орган — директор / генеральный директор	1. Высший орган управления — общее собрание участников. 2. Единоличный исполнительный орган — генеральный директор, президент и др. 3. Ревизионная комиссия / ревизор (при наличии более 15 участников)	Управление деятельностью осуществляется по общему согласию всех участников		1. Собственник имущества. 2. Руководитель предприятия		
Предпринимательская деятельность	Извлечение прибыли является целью деятельности	Извлечение прибыли является целью деятельности	Извлечение прибыли является целью деятельности	Извлечение прибыли является целью деятельности		Извлечение прибыли является целью деятельности		

Признаки	Хозяйственные общества				Хозяйственные товарищества		Унитарное предприятие (государственное, муниципальное), основанное на праве	
	Общество с ограниченной ответственностью	Акционерное общество		Общество с дополнительной ответственностью	Полное товарищество	Товарищество на вере (командитное товарищество)	хозяйственного ведения	оперативного управления (казенное предприятие)
		Открытое	Закрытое					
Распределение прибыли от предпринимательской деятельности	Решение о распределении чистой прибыли между участниками принимается ежеквартально, раз в полгода или раз в год. Часть прибыли, предназначенная для распределения между участниками, распределяется пропорционально их долям в уставном капитале ООО	Решение о выплате дивидендов по размещенным акциям, источником которых является чистая прибыль, принимается по результатам первого квартала, полугодия, 9 мес финансового года и (или) по результатам финансового года		Решение о распределении чистой прибыли между участниками принимается ежеквартально, раз в полгода или раз в год. Часть прибыли, предназначенная для распределения между участниками, распределяется пропорционально их долям в уставном капитале общества	Прибыль ПТ распределяется между его участниками пропорционально их долям в складочном капитале	Прибыль ПТ распределяется между полными товарищами и вкладчиками пропорционально их долям в складочном капитале. В первую очередь дивиденды выплачиваются вкладчикам. Размер дивиденда на единицу вклада у полных товарищей не может быть выше, чем у вкладчиков	Условия использования прибыли оговариваются в уставе	

МРОТ — минимальный размер оплаты труда; ООО — Общество с ограниченной ответственностью; АО — акционерное общество; ОДО — Общество с дополнительной ответственностью; ПТ — Полное товарищество; КТ — Командитное товарищество; ГП — Государственное предприятие; КП — Казенное предприятие.

4.4. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

4.4.1. Социально-экономические модели здравоохранения

Несмотря на большое разнообразие национальных и исторических особенностей, имеющих место в различных странах мира, выделяют пять устойчиво функционирующих моделей здравоохранения:

- 1) модель здравоохранения без государственного регулирования;
- 2) модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан;
- 3) модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для большинства граждан;
- 4) монополярная государственная модель здравоохранения;
- 5) модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования.

Эти модели принципиально отличаются друг от друга: во-первых, степенью участия государства в финансировании здравоохранения; во-вторых, формами собственности производителей медицинских услуг; в-третьих, степенью охвата населения программами государственной поддержки; в-четвертых, источниками финансирования здравоохранения.

Условно первые две модели можно отнести к негосударственным (частным), а последние три — к государственным моделям здравоохранения. В странах с неустойчивыми политическими системами и переходной экономикой могут встречаться промежуточные формы (переходные модели), включающие элементы разных моделей.

Модель здравоохранения без государственного регулирования

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, психиатрических и т.п.).

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 стран Азии и Африки.

Модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан

Эта модель здравоохранения возникла в эпоху раннего капитализма. Ее появление было связано с развитием сложных медицинских технологий (полостная хирургия, наркоз, рентген и т.п.), потребовавших больших дополнительных материальных и финансовых затрат. Это, в свою очередь, поставило перед населением проблему оплаты дорогостоящего лечения.

Одним из решений проблемы стали создание больничных касс, развитие частного медицинского страхования. Страховые компании использовали принцип общественной солидарности, при котором богатый платит за бедного, молодой — за старого, здоровый — за больного. Это оказалось удобно для большинства пациентов. Механизм страхового дела оттачивался в течение десятилетий. Формировалась юридическая база для правового регулирования отношений между страхователями, пациентами, страховыми компаниями, частными производителями медицинских услуг, адвокатскими конторами, которые регулировали спорные вопросы, и т.д.

В этот период стала постепенно усиливаться роль государства в формировании правовой базы, начали вводиться отдельные элементы обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан (программы для немущих и инвалидов в США). Таким

образом, появилась 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:

- основной источник финансирования медицинской помощи — личные средства граждан и прибыль (доход) юридических лиц;
- большой выбор медицинских учреждений, врачей, создающих конкурентную среду на рынке медицинских услуг;
- свободное (нерегулируемое) ценообразование на медицинские услуги;
- высокие доходы врачей, других медицинских работников;
- высокая стоимость медицинских услуг, ограниченная доступность медицинской помощи для широких слоев населения;
- недостаточное внимание к помощи на дому и профилактике, приоритет в лечении «легких» заболеваний;
- неэффективное использование ресурсов, преобладание затратных хозяйственных механизмов;
- гипердиагностика, выполнение значительной доли дорогостоящих процедур и вмешательств без достаточных медицинских показаний;
- государственная поддержка отдельных категорий граждан.

Такая модель характерна для здравоохранения США, ряда арабских, африканских и латиноамериканских стран.

Модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для большинства граждан

Более прогрессивная и совершенная модель обязательного медицинского страхования зародилась в конце XIX в. в Германии и получила развитие в период после Первой мировой войны в большинстве европейских стран. Основная характеристика такой модели состоит в том, 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 обязательного медицинского страхования (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, арбитражных служб и контроля над санитарно-эпидемиологическим благополучием в стране.

Для этой модели здравоохранения с государственным регулированием программ всеобщего ОМС характерны следующие положительные стороны:

- наличие нескольких основных источников финансирования (средства бюджетов, обязательные платежи по страхованию, осуществляемые как работодателями, так и самими работниками);
- высокая доля национального дохода, выделяемого на здравоохранение;
- наличие централизованной системы финансирования, основанной на независимых специализированных организациях (фондах, страховых компаниях);
- большое внимание со стороны финансирующих организаций к контролю качества медицинской помощи и объемам расходов при оказании медицинских услуг;
- регулируемое ценообразование на медицинские услуги, многообразие форм и способов оплаты медицинской помощи;
- обеспечение высокого, гарантированного государством уровня качества оказания медицинской помощи.

Основной недостаток — неполный охват населения программами обязательного медицинского страхования.

В настоящее время данная модель наиболее развита в Германии и Франции и называется регулируемой системой страхования здоровья.

Монопольная государственная модель здравоохранения

После Октябрьской революции (1917) в СССР была создана монопольная государственная модель здравоохранения. Она была ориентирована на высокий уровень централизации управления отраслью. Организация материально-технического и лекарственного обеспечения производится на основе государственного заказа и фондового снабжения по фиксированным ценам. Формирование и развитие медицинских учреждений осуществляется в соответствии с государственными нормативами по штатам, ресурсам, заработной плате и т.п. Монопольная государственная модель здравоохранения имеет ряд неоспоримых преимуществ:

- высокую степень социальной защищенности граждан путем установления всеобщих гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи;
- строгий государственный контроль за условиями оказания медицинской помощи;
- воздействие на заболеваемость управляемыми инфекциями путем иммунизации населения;
- высокую степень мобилизационной готовности при чрезвычайных ситуациях.

В то же время к существенным недостаткам этой модели следует отнести:

- низкоэффективную бюрократическую систему управления;
- недостаток дополнительных платных и сервисных услуг и отсутствие конкурентной среды;
- низкую заработную плату медицинских работников;
- отсутствие экономических стимулов в работе медицинского персонала;
- отсутствие системы независимого контроля над качеством медицинской помощи;
- диспропорции развития стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи;
- низкую эффективность использования ресурсов в здравоохранении.

Эта модель, несомненно, сыграла положительную роль в эпоху политических кризисов и войн в обществах с устойчивыми и традиционными представлениями о медицине как о социальном благе, в равной степени доступном и бесплатном для всех граждан. 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 и управлять национальной системой здравоохранения.

Основным отрицательным фактором монополярной государственной модели здравоохранения служит то, что финансирование медицинской деятельности осуществляется исключительно из госбюджета по остаточному принципу.

В этой модели не предусмотрено использование принципов ни обязательного, ни добровольного медицинского страхования.

Модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования

После Второй мировой войны ряд ведущих стран мира (Италия, Испания, Япония, Канада) заимствовали у Советского Союза положительные стороны монопольной государственной модели здравоохранения и построили новые страховые модели, которые существенно отличаются от предыдущих частных моделей обязательного медицинского страхования и которые можно охарактеризовать как модели государственного медицинского страхования.

Для этой модели здравоохранения, основанной на всеобщем государственном медицинском страховании, характерно то, что государство непосредственно координирует работу всех медицинских учреждений и само обеспечивает производство медицинских услуг всему населению страны. Система государственного страхования это наиболее экономичная и рациональная модель организации медицинского обслуживания населения. Фактически это модель XXI в. для стран, которые стремятся ограничить расходы, не потеряв эффективность и качество 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 Российской Федерации система здравоохранения, которая в основном базируется на принципах государственного и всеобщего обязательного медицинского страхования, наиболее приближена к этой модели.

4.4.2. Всемирная организация здравоохранения

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) — это крупнейшая международная медицинская организация, основная цель деятельности которой — достижение народами всех стран возможно высшего уровня здоровья. В уставе ВОЗ впервые на международном уровне было провозглашено право каждого человека на здоровье, утвержден принцип ответственности правительств за здоровье своих народов.

ВОЗ была создана после Второй мировой войны. В 1946 г. в Нью-Йорке была созвана международная конференция по здравоохра-

нению, на которой был разработан устав ВОЗ, вступивший в силу 7 апреля 1948 г. Этот день ежегодно отмечается как Всемирный день здоровья.

В числе стран-учредителей ВОЗ, активно участвовавших в разработке ее устава, был Советский Союз, правопреемником которого в этой организации стала Российская Федерация.

С самого начала ВОЗ создавалась как поистине всемирная организация: прием в ее ряды открыт для всех государств, независимо от их социально-политического строя и уровня экономического развития. Все государства — члены ВОЗ наделены одинаковыми правами. Сегодня это одна из самых крупных и авторитетных международных организаций, объединяющая в своих рядах около 200 государств мира.

В качестве своих официальных языков организация использует шесть наиболее распространенных языков мира, в том числе русский, на нем издаются публикации ВОЗ, он используется при проведении международных совещаний.

Высший орган ВОЗ — Всемирная ассамблея здравоохранения, которая состоит из делегатов, представляющих государства — члены ВОЗ. Сессии Ассамблеи созываются ежегодно. Между сессиями высшим органом ВОЗ служит исполком, который собирается на очередные сессии 2 раза в год. Центральным административным органом ВОЗ является секретариат, возглавляемый генеральным директором, который избирается Ассамблеей сроком на 5 лет. Штаб-квартира секретариата находится в Женеве. У генерального директора есть шесть помощников, один из них — представитель Российской Федерации. Структурно секретариат ВОЗ состоит из пяти отделов:

- 1) отдел гигиены окружающей среды и отдел санитарной статистики;
- 2) отдел укрепления служб здравоохранения и охраны здоровья семьи;
- 3) отдел неинфекционных болезней, развития кадров здравоохранения и лекарственных средств;
- 4) отдел административного руководства и персонала;
- 5) отдел бюджета и финансов.

Для оказания государствам адекватной помощи, с учетом специфических для данной страны вопросов здравоохранения, в рамках ВОЗ создано 6 региональных организаций. Каждая такая организация имеет региональный комитет, который состоит из представи-

телей государств-членов ВОЗ, входящих в данный географический район. 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. Он формируется за счет взносов стран-членов.

Основные направления деятельности ВОЗ — это:

- 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.

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.

Глава 5

Основы управления здравоохранением

5.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

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

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

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

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

5.2. ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ

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

Принцип целенаправленности

В управлении этот принцип главенствующий, поскольку аккумулирует в себе все составляющие процесса управления.

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

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

- в зависимости от уровня управления: стратегические, тактические, оперативные;
- по характеру решаемых задач: комплексные, промежуточные, конечные;

- по содержанию: медико-организационные, финансово-экономические, медико-технологические и др.

Формулировка цели должна отвечать конкретным требованиям. Она должна быть своевременной и необходимой, реальной и достижимой, конкретной и согласованной с другими целями, иметь количественную или качественную оценку. Таким образом, один из важнейших принципов управления можно сформулировать предельно коротко и четко: каждое действие должно иметь ясную и определенную цель.

Принцип правовой защищенности управленческого решения

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

Принцип оптимизации управления

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

Принцип достаточности в централизации и децентрализации управления

Централизация и децентрализация власти, по сути дела, два взаимосвязанных процесса, предусматривающих концентрацию власти и ее распределение, централизованное управление и самоуправление. Баланс, который устанавливается между ними, очень динамичен и может быть нарушен в ту или иную сторону, но чаще — в пользу централизованной власти. Централизация функции управления должна гибко сочетаться с децентрализацией и создавать необходимые условия для нижестоящих звеньев в системе управления здравоохране-

нием, позволяющие им эффективно выполнять возложенные на них функциональные обязанности.

Централизация управления имеет несомненные преимущества при решении глобальных, стратегических задач, а также в случаях возникновения чрезвычайных, экстремальных ситуаций (война, стихийные бедствия, техногенные катастрофы, которые сопровождаются большими санитарными потерями). Децентрализация управления характеризуется передачей на нижние иерархические уровни управления функций, которые прежде были закреплены за звеньями управления более высоких уровней или входили в компетенцию вышестоящих органов. Эта форма управления освобождает исполнителей от ненужной опеки, стимулирует инициативу, раскрывает потенциальные возможности личности.

Децентрализация оправдана, если на низших уровнях управленческой иерархии принимаются обоснованные и результативные тактические решения, которые не противостоят стратегическим решениям, принимаемым на высшем уровне управления. Другими словами, при наличии продуманной стратегии развития здравоохранения на федеральном уровне больше прав, а соответственно и обязанностей, можно передать органам управления здравоохранением субъектов РФ. Аналогично разработка эффективной политики охраны здоровья населения на уровне субъекта РФ позволит делегировать многие полномочия по ее реализации органам управления здравоохранением муниципальных образований. Децентрализация ряда управленческих функций оправдана и при территориальной разобщенности структурных подразделений крупных, многопрофильных организаций здравоохранения.

Принцип единоначалия

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. Эффективная реализация этого принципа во многом 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 над 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, наличия доверительных отношений и здорового психологического климата в коллективе.

Переход от командно-административных к социально-психологическим и экономическим методам управления с соблюдением вышеперечисленных принципов возможен только эволюционным путем. Однако, прежде всего, должны произойти изменения в сознании самих руководителей. В итоге должен сформироваться новый тип руководителя-менеджера, нацеленного на достижение главного результата в своей управленческой деятельности — повышение доступности и качества медицинской помощи населению.

5.3. СТИЛИ И МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ

С личностью руководителя во многом связан **стиль управления** — как индивидуальный способ осуществления управленческой деятельности. Стиль управления во многом формируется под влиянием сложившихся отношений между руководителем и коллективом в процессе принятия и реализации управленческих решений.

Наиболее распространены следующие четыре стиля управления:

- 1) авторитарный;
- 2) либеральный;
- 3) демократический;
- 4) динамичный.

Авторитарный стиль руководства характеризуется абсолютизацией власти в одних руках. Он предполагает полное отрицание коллегиальности в принятии решений. Авторитарный стиль руководства в повседневной деятельности не следует смешивать с административно-авторитарным стилем, эффективно используемым в экстремальных ситуациях. Для авторитарного стиля управления характерны преувеличение роли административно-командных форм руководства, централизация власти, единоличное принятие управленческих решений. Руководители такого стиля ориентируются, прежде всего, на дисциплину и жесткий контроль над 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 зачастую резок, прямолинеен, властолюбив, подозрителен, болезненно реагирует на критику. Нередко под этой маской скрывается его некомпетентность и профессиональная несостоятельность.

Либеральный стиль управления еще называют анархическим, попустительствующим. Руководитель такого стиля стоит как бы в стороне от своего коллектива. Для него характерны минимальное вмешательство в работу подчиненных и коллектива в целом, низкий уровень требовательности как к сотрудникам, так и к себе. Он предпочитает нейтральные методы воздействия на подчиненных, чья инициатива хотя и не подавляется, но активно не поощряется. В такой ситуации властью, как правило, пользуются неформальные лидеры.

Для **демократического стиля** характерны децентрализация управления, коллегиальное принятие решений, инициатива подчиненных поддерживается и активно поощряется. Во взаимоотношениях руководителя с подчиненными отмечаются тактичность, выдержка, доброжелательность.

В современных условиях оптимальным для руководителя признан **динамичный стиль** управления. Для такого стиля руководства характерны: четкая позиция по любым вопросам, творческий подход к решению проблем, готовность идти в разумных пределах на риск, деловитость и предприимчивость, непримиримость к недостаткам, чуткое и внимательное отношение к людям, отсутствие субъективизма и формализма, опора на коллективное мнение в решении поставленных задач.

Безусловно, представленное разделение руководителей по стилю их управления довольно условно, так как у одного и того же руководителя зачастую можно наблюдать одновременно черты, характерные для разных стилей руководства.

Методы управления — это способы и приемы воздействия руководителя организации здравоохранения или его подразделения на коллектив для более эффективного использования имеющихся ресурсов в решении поставленных задач. Различают следующие методы управления здравоохранением:

- организационно-распорядительные;
- экономические;
- социально-психологические;
- общественные или коллективные.

Организационно-распорядительные методы управления позволяют, прежде всего, компенсировать просчеты в планировании, оперативно реагировать на изменяющуюся ситуацию и, внося коррективы, выводить объект управления на новые параметры путем директив, приказов, указаний, распоряжений, резолюций, предписаний и т.д. Этими методами достаточно эффективно можно обеспечивать взаимодействие между отдельными структурными элементами системы или организации здравоохранения.

В настоящее время в управлении здравоохранением все большую распространенность приобретают **экономические методы управления**, которые включают в себя экономический анализ деятельности организации здравоохранения, методы планирования и прогнозирования, статистического анализа. Особое значение имеют методы экономического стимулирования, позволяющие материально заинтересовать работников здравоохранения, создать мотивацию для оказания высококвалифицированной, качественной медицинской помощи.

Социально-психологические методы управления можно рассматривать как совокупность средств воздействия на коллектив, на происходящие в коллективе процессы в целом и на отдельных работников в частности. Это умение мотивировать работника к эффективному труду, партнерским отношениям, создание благоприятного психологического климата в коллективе. 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 включаются заместители главного врача, главные (старшие) медицинские сестры, руководители общественных организаций, специалисты, пользующиеся наибольшим авторитетом в коллективе. Надо отметить, что решения коллегии или совета имеют рекомендательный характер, но на их основании руководитель организации здравоохранения может издать приказ, закрепляя тем самым юридически эти решения.

5.4. ФУНКЦИИ УПРАВЛЕНИЯ

Управление представляет собой многоплановый, системный вид человеческой деятельности, включающий функции, представленные на рис. 5.1.



Рис. 5.1. Функции управления в здравоохранении

Эти функции лежат в основе управленческой деятельности руководителей органов, учреждений здравоохранения, других категорий руководящих работников отрасли.

5.4.1. Основы прогнозирования общественного здоровья и здравоохранения

Человеку свойственно желание заглянуть в будущее. Это обусловлено тем, что вся наша жизнь связана с выбором решений, а правильный выбор нельзя сделать, не предвидя всех его желательных и нежелательных последствий. Будущее во многом становится предсказуемым, если правильно и полно учитываются сложившаяся ситуация, факторы и тенденции, способствующие ее изменению в перспективе. Видение перспектив и способность предугадывать события позволяют своевременно принимать превентивные меры и избегать нежелательных результатов.

Сознательно или подсознательно человек прогнозирует последствия своих действий, разрабатывает сценарии развития событий, строит для себя модель будущего. Роль прогнозирования неизменно возрастает в связи с ускорением научно-технического прогресса, усложнением задач управления, переходом здравоохранения на систему бюджетирования, ориентированного на результат.

Прогнозирование по своей сути означает «предвидение» и основано на познании законов природы, общества, человеческого мышления. В зависимости от степени конкретизации и характера воздействия на ход исследуемых процессов (объектов) различают гипотезу и прогноз.

Гипотеза — это научное предположение, выдвигаемое для объяснения каких-либо явлений.

Прогноз — это комплекс аргументированных предположений (выраженных в качественной и количественной формах) относительно будущих параметров системы.

Прогноз, по сравнению с гипотезой, более определен и достоверен, имеет качественные и количественные параметры. В то же время прогноз вероятностен и многовариантен, что обусловлено наличием неопределенностей в отображаемой им в будущем действительности. Именно поэтому прогноз, не определяя параметры развития системы с абсолютной точностью, раскрывает возможные альтернативы, положительные и отрицательные тенденции, противоречия и условия, при которых обеспечивается решение поставленных задач. Он

может иметь несколько вариантов в зависимости от вероятностного воздействия различных факторов.

Поскольку прогноз строится на вероятностном развитии событий, то он может иметь несколько сценариев: оптимистический, пессимистический, реалистический. Сценарий устанавливает логическую последовательность событий, имеет системный характер и учитывает факторы, позволяющие достичь поставленных целей.

Прогнозы в здравоохранении могут разрабатываться по следующим основным направлениям:

- прогнозы здоровья населения;
- прогнозы развития отдельных видов медицинской помощи, специализированных служб;
- прогнозы финансово-хозяйственной деятельности системы здравоохранения и др.

Хотя такие прогнозы и разрабатываются для отдельных служб, они между собой взаимосвязаны. На их основе должен разрабатываться прогноз развития системы здравоохранения в целом, который, в свою очередь, должен стать составной частью прогноза социально-экономического развития страны.

В Российской Федерации прогнозы социально-экономического развития разрабатываются на долгосрочную, среднесрочную и краткосрочную перспективы. В здравоохранении в зависимости от поставленных задач выделяют следующие формы прогнозов:

- оперативные (текущие);
- краткосрочные (годовые);
- перспективные (среднесрочные — 3–5-летние и долгосрочные — 10 лет и более).

В современной теории управления прогнозирование тесно связано с математическим моделированием процессов, сценарии развития которых предполагаются в будущем. Для построения таких математических моделей (например, прогнозирование рождаемости, смертности, структуры и уровня заболеваемости, физического здоровья населения, потребности здравоохранения в отдельных видах ресурсного обеспечения и др.) необходима исчерпывающая информация за значительный (не менее 10–12 лет) ретроспективный период наблюдения. В основе разработки таких математических моделей лежит регрессионный анализ, а также построение и анализ динамических рядов с экстраполяцией полученных данных.

Однако для получения качественных и достоверных прогнозов развития той или иной ситуации нельзя ограничиваться только математическим моделированием. Построения математических моделей целесообразно сочетать с другими способами построения прогнозов, в первую очередь с методами экспертных оценок (Дельфи, ПАТТЕРН и др.). Эксперты, применяя методы качественного и количественного анализа, отбирают наиболее важные факторы, оценивают их взаимосвязи, влияние на тенденцию в развитии того или иного явления и определяют тем самым вероятность достижения тех или иных результатов в будущем.

В теории и практике управления известно более 150 методов прогнозирования, которые можно объединить в четыре основные группы:

- 1) экспертные оценки;
- 2) экстраполяция;
- 3) моделирование;
- 4) комбинированные прогнозы.

Таким образом, в здравоохранении прогнозирование представляет важнейшую функцию управления, так как ценой ошибок при принятии управленческого решения могут быть здоровье и даже жизнь десятков и сотен тысяч людей.

5.4.2. Принципы, виды и методы планирования в здравоохранении

Как уже было отмечено, прогноз предполагает вероятность того или иного события, явления. План выражает наиболее оптимальный вариант развития ситуации, ориентирует на получение спрогнозированных результатов, обязателен для выполнения и должен быть обеспечен необходимыми ресурсами.

План — это надлежаще оформленное управленческое решение, включающее точно сформулированные цель, задачи, пути и средства их достижения, предвидение конечных результатов. По существу, план — это программа деятельности отдельных организаций, системы здравоохранения в целом.

Исходя из вышесказанного, **планирование в здравоохранении** — это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения. Планирование в системе здравоохранения

Российской Федерации должно строиться на единых принципах и методических подходах, имея главной целью реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья.

Использование в практической деятельности основных принципов, видов и методов планирования в здравоохранении далее будет изложено на примере разработки Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Принципы планирования в здравоохранении

В бывшем СССР накоплен уникальный опыт государственного планирования здравоохранения, который не потерял своего значения и ныне. Планирование базировалось на принципах директивности, комплексности, выделения приоритетов, соблюдения интересов государства и общества. В то время эти принципы сыграли свою положительную роль, но в процессе политических и социально-экономических реформ сформировались новые принципы планирования в здравоохранении, другие подверглись изменению, а некоторые утратили свою значимость.

На современном этапе основные принципы планирования в здравоохранении следующие:

- системный подход;
- сочетание отраслевого и территориального планирования;
- выделение приоритетных направлений;
- директивность планов;
- единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения;
- обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного.

Системный подход

Его сущность состоит в том, что каждый объект, согласно теории управления, должен рассматриваться как большая и сложная система и одновременно как элемент более общей системы. При системном подходе в управлении здравоохранением система здравоохранения рассматривается как совокупность взаимосвязанных элементов (входящих в нее организаций здравоохранения), имеющая вход (ресурсы), выход (цель), взаимосвязь с внешней средой (коммуникации).

Говоря о системном подходе в планировании здравоохранения, можно говорить о некотором способе организации действий на этапе

разработки планов с целью выявления закономерностей и взаимосвязей в системе здравоохранения, а также методов более эффективного использования ресурсов для достижения поставленных целей.

Сочетание отраслевого и территориального планирования

Суть этого принципа состоит в том, что план развития здравоохранения (как отрасли) представляет собой часть общего плана социально-экономического развития субъекта РФ, его муниципальных образований. Он должен быть связан с общим планом единством целей и задач, поэтому составляется с учетом перспектив, прежде всего, таких отраслей, как образование, наука, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, физическая культура, социальное обеспечение, культура, сельское хозяйство, строительство и др. Взаимосвязь этих планов достигается на основе статистических показателей, утвержденных соответствующим Указом Президента РФ «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

Выделение приоритетных направлений

Этот принцип особенно значим для разработки планов в условиях ограниченных ресурсов. Он предполагает необходимость концентрации имеющихся ресурсов в приоритетных направлениях для достижения конкретных результатов. Реализация этого принципа позволяет достигать максимальных результатов с наименьшими затратами. Принцип выделения приоритетных направлений преимущественно используется для разработки целевых медико-социальных программ, касающихся, например, охраны здоровья матери и ребенка, профилактики, диагностики, лечения социально значимых заболеваний, снижения смертности населения трудоспособного возраста и др.

Профилактическое направление является главным приоритетом в деятельности системы здравоохранения Российской Федерации.

Директивность планов

Этот принцип предполагает, что план, утвержденный на вышестоящем уровне, по своим основным показателям обязателен для исполнения на нижестоящих уровнях управления. В то же время этот план является базовым (рамочным), поэтому не исключает возможность внесения в него необходимых корректив и дополнений с учетом региональных особенностей здоровья населения и системы здравоохранения. Например, на федеральном уровне утверждается Программа государственных гарантий оказания гражданам

Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее — Программа), на ее основе в субъектах РФ утверждаются территориальные Программы, в рамках которых в муниципальных образованиях разрабатываются муниципальные задания.

Единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения

Этот принцип реализуется, прежде всего, в разработке единых методических подходов для установления нормативов материальных, финансовых, трудовых ресурсов для возмещения затрат на оказание тех или иных видов медицинской помощи с учетом региональных особенностей здоровья населения и функционирующей системы здравоохранения. Этому принципу необходимо также следовать при разработке статистических показателей для оценки эффективности использования ресурсов.

В итоге все это должно обеспечить одинаковые условия, качество и доступность медицинской помощи населению, проживающему в различных регионах Российской Федерации, в соответствии со стандартами, установленными на федеральном уровне. Например, затраты на проведение операции по поводу острого аппендицита в Республике Саха (Якутия) и Новгородской области будут разные. Это связано с влиянием таких факторов, как районные коэффициенты, транспортные расходы, действующая система оплаты труда и др. В то же время условия и качество оказания медицинской помощи должны быть одинаковыми.

Обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного

Этот принцип действует в условиях формирования в здравоохранении рыночных отношений. С одной стороны, органы управления здравоохранением при разработке планов должны в первую очередь предусматривать развитие государственного и муниципального секторов здравоохранения для обеспечения населения гарантированной (бесплатной) медицинской помощью. С другой стороны — в рамках законодательства, регламентирующего лицензирование медицинской деятельности, создавать условия для формирования частного сектора здравоохранения. При этом работа по развитию этих секторов должна идти параллельно, сбалансировано, с обеспечением конституционных прав граждан на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

Виды планирования в здравоохранении

С учетом политической и социально-экономической ситуации в стране, приоритетов и поставленных задач в области охраны здоровья населения выделяют следующие виды планирования в здравоохранении:

- стратегическое;
- перспективное;
- текущее.

Стратегическое планирование определяет цели, задачи, приоритеты, ресурсы, прогнозируемые результаты деятельности системы здравоохранения в целом и отдельных медицинских организаций на перспективу 10 лет и более.

Стратегическое планирование осуществляется на двух уровнях управления:

- федеральном;
- субъекта РФ.

Стратегическое планирование на федеральном уровне. Министерство здравоохранения и социального развития РФ разрабатывает и утверждает:

- стратегические цели, задачи и приоритеты развития здравоохранения РФ;
- прогнозируемые показатели состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения;
- федеральные нормативы, стандарты и методику их разработки с учетом региональных особенностей субъектов РФ;
- федеральные целевые медико-социальные программы.

Стратегическое планирование на уровне субъектов РФ. Задача органов управления здравоохранения субъектов РФ состоит в разработке стратегических планов формирования эффективной системы оказания населению территории доступной медицинской помощи на перспективу 10 лет и более. Эта работа осуществляется на основе индикаторов (показателей), устанавливаемых на федеральном уровне с учетом региональных особенностей состояния здоровья и действующей системы здравоохранения.

Разработка стратегических планов на уровне субъекта РФ предусматривает следующие этапы:

- анализ и прогноз состояния здоровья населения территории на расчетный период;
- определение цели, задач и приоритетов развития здравоохранения на расчетный период;
- расчет прогнозируемых показателей деятельности системы здравоохранения территории;
- разработка и утверждение региональных нормативов для планирования развития системы здравоохранения территории;
- определение необходимых для достижения поставленных целей и задач ресурсов, источников их получения;
- разработка и утверждение планов и целевых медико-социальных программ развития системы здравоохранения субъекта РФ.

Перспективное планирование предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований в рамках утвержденных стратегических планов, как правило, на 3–5 лет. Методология составления этих планов и программ в здравоохранении муниципальных образований должна в целом соответствовать подходам перспективного планирования на уровне субъекта Российской Федерации, но при этом учитывать имеющиеся особенности социально-экономического развития муниципальных районов и городских округов.

Текущее планирование предусматривает разработку ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения субъектов РФ, муниципальных образований и конкретных организаций здравоохранения в соответствии с перспективными планами и программами, утвержденными на уровне субъекта РФ и муниципального образования.

Методы планирования в здравоохранении

В теории управления здравоохранением используются многие методы планирования: аналитический, нормативный, балансовый, экономико-математический, организационного эксперимента и др. В практическом здравоохранении в основном применяются следующие два метода:

- 1) нормативный;
- 2) балансовый.

Нормативный метод используется в стратегическом, перспективном и текущем планировании на основе утвержденных нормативов.

Норматив — это расчетная величина затрат материальных, финансовых, временных и других ресурсов, применяемая при нормировании труда, планировании производственной и хозяйственной деятельности.

Нормативы разрабатываются и утверждаются МЗиСР РФ или другими уполномоченными органами исполнительной власти.

По своей сути норматив это количественная мера затрат финансовых, материальных, временных и других видов ресурсов, необходимых для оказания определенного объема медицинских услуг соответствующего качества.

Существует следующая классификация нормативов по видам ресурсов:

- *материальные*, устанавливающие уровень затрат в натуральном выражении (расход энергоносителя на 1 м³ отапливаемых помещений, количество комплектов белья на 1 больного или 1 койку, расход продуктов питания на 1 койко-день и др.);
- *финансовые*, устанавливающие уровень затрат в денежном выражении (полдушевое финансирование, расход финансовых средств на лекарственные препараты или питание на 1 койко-день, расход финансовых средств на 1 койко-день в отделениях различного профиля и др.);
- *временные*, устанавливающие уровень затрат во времени (норматив времени выезда бригады скорой медицинской помощи, норматив среднечасовой нагрузки врачей отдельных специальностей на амбулаторно-поликлиническом приеме и др.).

Применение нормативов в планировании здравоохранения является неотъемлемой частью механизма государственного регулирования в условиях рыночной экономики.

Балансовый метод служит одним из основных методов планирования в здравоохранении и позволяет увязывать потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи с их ресурсным обеспечением. С помощью балансового метода вскрываются диспропорции развития отдельных видов медицинской помощи, например амбулаторно-поликлинической и стационарной, определяются оптимальные соотношения между соответствующими разделами комплексного плана развития здравоохранения, выявляются резервы, устанавливается макроэкономическое равновесие здравоохранения с другими отраслями.

В практике планирования здравоохранения используется следующая система балансов:

- натуральные (материальные);
- стоимостные (денежные);
- трудовые (кадровые);
- межотраслевые (например, баланс потребности в работниках здравоохранения и возможности их подготовки в системе медицинского образования).

В сложившейся практике планирования здравоохранения нормативный и балансовый методы, как правило, используются вместе, дополняя друг друга.

5.4.3. Система стандартизации в здравоохранении

Важнейшим направлением совершенствования системы охраны здоровья населения является обеспечение граждан РФ доступной, качественной и безопасной медицинской помощью. Возросшие ожидания и потребности пациентов, появление дорогостоящих технологий, сохраняющийся дефицит финансирования, децентрализация управления здравоохранением с перераспределением ответственности за сохранение и укрепление здоровья граждан главным образом на органы управления здравоохранением субъектов РФ определяют необходимость поиска новых механизмов управления качеством медицинской помощи на федеральном, территориальном и муниципальном уровнях. Один из таких действенных механизмов — это система стандартизации в здравоохранении, которая направлена на совершенствование управления отраслью, обеспечение ее целостности за счет единых подходов к планированию, нормированию, лицензированию и сертификации. Это, в свою очередь, должно привести к повышению качества медицинской помощи, рациональному использованию финансовых, материальных, трудовых, информационных ресурсов, оптимизации лечебно-диагностического процесса, интеграции отечественного здравоохранения в мировую медицинскую практику.

Развитие системы стандартизации в здравоохранении обусловлено объективной необходимостью обобщения и унификации новых позитивных результатов исследований и разработок в форме нормативно-технической документации для создания в конечном счете условий для многократного эффективного применения их в сфере оказания

медицинской помощи. Эта система создает необходимую нормативную базу для развития доказательной медицины.

Анализ существующих в здравоохранении проблем позволяет установить следующие причины, определяющие приоритетность работ по стандартизации:

- отсутствие единых подходов к формированию нормативной базы отрасли;
- необходимость повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения на фоне растущей стоимости медицинских товаров и услуг;
- неуклонный рост числа новых медицинских технологий, который усложняет процесс выбора врачом оптимального способа профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных.

С учетом возросшей необходимости системного решения этих проблем в 1997 г. было принято совместное решение коллегии Министерства здравоохранения РФ, Государственного комитета РФ по стандартизации и сертификации и Совета исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС) «Об основных положениях стандартизации в здравоохранении», которое положило начало созданию современной системы стандартизации в здравоохранении Российской Федерации.

Этим решением были определены основные направления развития системы стандартизации в современных условиях модернизации здравоохранения:

- стандартизация в области ресурсов здравоохранения;
- стандартизация в области технологий в здравоохранении;
- стандартизация в области результатов применения технологий.

Под **стандартизацией** в здравоохранении понимают деятельность, направленную на совершенствование управления отраслью, повышение качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов путем разработки и установления нормативов, правил, требований, условий, технологий при производстве и реализации медицинских товаров и услуг.

Осуществление этой деятельности предусматривает последовательное решение целого комплекса задач:

- создание единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг, установление научно-обоснованных требований к их номенклатуре и объему;

- установление требований к условиям оказания медицинской помощи, а также технологической совместимости и взаимозаменяемости процессов, оборудования, материалов, лекарственных средств и других компонентов, применяемых при оказании медицинской помощи;
- нормативное обеспечения метрологического контроля в здравоохранении;
- установление единых требований к аккредитации медицинских учреждений, сертификации специалистов;
- создание и информационная поддержка систем классификации, кодирования и каталогизации в здравоохранении и др.

В основе процесса стандартизации лежит понятие «стандарт».

В общем понимании **стандарт** — это нормативный документ, регламентирующий набор правил, нормативов и требований к объекту стандартизации и утвержденный компетентным органом. Применительно к системе здравоохранения **стандарт** — это нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный соответствующим органом, в котором устанавливается определенный набор правил, нормативов, условий, требований, касающихся различных видов медицинской деятельности и их результатов.

Действующая в здравоохранении Российской Федерации система стандартизации базируется на следующих основных принципах.

- **Принцип актуальности:** соответствие требованиям законодательства и нормативным правовым актам РФ, международным нормам и современным достижениям науки.
- **Принцип согласия (консенсуальности):** все субъекты-участники процесса стандартизации должны стремиться к единообразию формы и содержания нормативных документов.
- **Принцип единообразия:** в системе здравоохранения должен быть установлен единый порядок разработки, согласования и использования нормативных документов по стандартизации.
- **Принцип целесообразности:** требования должны быть целесообразными как с научной, так и с практической точек зрения и соответствовать федеральному и международному законодательству, современным достижениям науки и техники.
- **Принцип комплексности и проверяемости:** требования, предъявляемые к различным объектам стандартизации, должны согласовываться между собой и быть проверяемыми объективными методами.

Стандартизация в здравоохранении — процедура сложная и многоплановая, поэтому стандартизации подлежат практически все составляющие процесса оказания медицинской помощи, которые называют **объектами стандартизации** в здравоохранении. К ним относятся:

- организационные технологии;
- медицинские услуги;
- технологии выполнения медицинских услуг;
- качество медицинских услуг;
- системы жизнеобеспечения в экстремальных ситуациях;
- квалификация медицинского, фармацевтического, вспомогательного персонала;
- производство, условия реализации, качество лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники, диетического питания;
- учетно-отчетная документация;
- информационные технологии;
- критерии экономической деятельности;
- технологии изъятия, переработки и введения в организм человека органов и тканей, полученных от донора;
- этические правила и др.

Эффективное функционирование вышеперечисленных объектов стандартизации в процессе обеспечения населения доступной и качественной медицинской помощью возможно при наличии системы нормативных документов, разработка которых представляет собой важнейшую задачу в комплексе работ по стандартизации. Эта система включает в себя следующие основные группы документов (табл. 5.1).

Таблица 5.1. Основные группы нормативных документов для стандартизации

Группа	Нормативные документы
01	Общие положения
02	Требования к организационным технологиям в здравоохранении
03	Требования к техническому оснащению организаций здравоохранения
04	Требования к персоналу
05	Требования к лекарственному обеспечению

Окончание табл. 5.1

Группа	Нормативные документы
06	Санитарно-гигиенические методы контроля
07	Требования к медицинской технике и изделиям медицинского назначения
08	Требования к диетическому питанию
09	Классификация и систематизация медицинских услуг
10	Требования к оценке лечебно-диагностических и профилактических возможностей медицинских учреждений
11	Требования к оказанию медицинских услуг
12	Требования к профилактике заболеваний, защите здоровья населения от повреждающих факторов, охране репродуктивного здоровья и оказанию медико-социальной помощи
13	Требования к качеству медицинских услуг
14	Требования к экономическим показателям в здравоохранении
15	Требования к документации в здравоохранении
16	Требования к средствам информатизации в здравоохранении
17	Требования к системам жизнеобеспечения в экстремальных ситуациях и специальным системам
18	Требования к продуктам крови, трансплантатам
19	Требования к обеспечению этических правил в здравоохранении
20	Требования к производству лекарственных средств
21	Нормы и правила научных исследований в здравоохранении

Данная система нормативных документов является открытой и может при необходимости дополняться новыми документами.

К нормативным документам по стандартизации в области здравоохранения относятся государственные, отраслевые стандарты Российской Федерации; международные, региональные, учрежденческие стандарты, правила, нормы и рекомендации; общероссийские классификаторы технико-экономической информации и др.

В системе стандартизации в здравоохранении могут разрабатываться и приниматься также комплексы стандартов — нормативные документы, объединяющие взаимосвязанные стандарты, имеющие общую целевую направленность и устанавливающие согласованные требования к взаимосвязанным объектам стандартизации.

Единая система стандартов представляет собой необходимую нормативную и методическую базу для осуществления планирования, лицензирования, сертификации, аккредитации в здравоохранении.

С учетом функционирующих в системе здравоохранения объектов стандартизации стандарты можно классифицировать следующим образом:

- стандарты (протоколы) ведения больных (диагностика и лечение отдельных заболеваний);
- стандарты, регламентирующие действия медицинского персонала в отдельных ситуациях (оказание экстренной медицинской помощи, выполнение манипуляций и др.);
- стандарты, регламентирующие условия оказания различных видов медицинской помощи (материально-техническое оснащение организаций здравоохранения, санитарные, строительные нормы и правила и т.д.);
- стандарты технологических требований к изготовлению, применению лекарственных средств и медицинской техники;
- стандарты, регламентирующие требования к уровню профессионального образования (медицинского, фармацевтического, вспомогательного персонала).

Как показывает международный медицинский опыт, важнейшее условие повышения качества медицинской помощи и защиты прав пациентов состоит в разработке и соблюдении стандартов (протоколов) ведения больных. Эти протоколы должны основываться на современных технологиях оказания медицинской помощи, конкретном алгоритме действий и ориентировать врача на то, что ему необходимо делать в той или иной ситуации. При разработке протоколов ведения больных следует учитывать не только медицинские аспекты оказания помощи, но и социальные, экономические, правовые, нравственные и этические нормы. Использование стандартов (протоколов) ведения больных в клинической практике не должно исключать индивидуальный подход к больному, у которого течение заболевания и схемы лечения могут не укладываться в рамки установленных стандартов.

Система стандартизации в здравоохранении предусматривает иерархическую, соответствующую уровням управления здравоохранением в Российской Федерации, процедуру согласования и принятия нормативных документов.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ разрабатывает и утверждает отраслевые стандарты, входящие в комплекс системообразующих основополагающих стандартов, координирует работу всей системы стандартизации в здравоохранении Российской Федерации.

На уровне субъекта РФ функции по стандартизации в здравоохранении административно-территориального уровня выполняет соответствующий орган. Как правило, им является орган управления здравоохранением субъекта РФ. К его компетенции относятся разработка, согласование, принятие и внедрение нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении административно-территориального уровня. Эти документы должны соответствовать требованиям государственных и отраслевых стандартов системы стандартизации в здравоохранении Российской Федерации.

На уровне медицинской организации приказом руководителя создается соответствующий орган, ответственный за разработку, согласование, внедрение нормативных документов соответствующей категории, а также за контроль исполнения требований государственных и отраслевых нормативных документов.

Очень важным направлением в системе стандартизации в здравоохранении служит гармонизация отечественных стандартов с международными и национальными стандартами других стран. Для этого МЗиСР РФ ведет активное международное сотрудничество, которое включает в себя в первую очередь участие в работе Европейской экономической комиссии ООН по разработке международных стандартов, а также обеспечение их применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

Дальнейшее совершенствование системы стандартизации в здравоохранении Российской Федерации позволит использовать единые методические подходы к разработке стандартов, отраслевых норм и правил, создать систему управления качеством, т.е. реально влиять на повышение качества оказания населению медицинской помощи.

Таким образом, стандартизация представляет собой приоритетное направление в модернизации здравоохранения, от развития которого во многом зависит соблюдение прав граждан в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

5.4.4. Координация и организация как функции управления здравоохранением

Координация обеспечивает согласованность действий участников процесса выработки, реализации управленческого решения и достижения поставленной цели.

Таким образом, основная задача координации в управлении здравоохранением — это достижение согласованности в работе всех звеньев системы или отдельных организаций здравоохранения путем установления коммуникаций между ними. Различают три основных аспекта коммуникации: технический, семантический и прагматический.

Технический аспект определяет типы носителей информации (бумажные, электронные носители информации, аудио- и видеозаписи и др.); *семантический аспект* отражает факт передачи и приема информации, включая ее понимание пользователем; *прагматический* — учитывает влияние этой информации на дальнейший процесс реализации управленческого решения.

С помощью этих и других аспектов коммуникаций устанавливается взаимодействие между объектами и субъектами управления (как в горизонтальной, так и в вертикальной плоскостях), осуществляется маневрирование ресурсами, обеспечивается единство организационно-методических подходов в реализации всех функций управления.

Термин **организация** (от лат. *organizo* — придаю стройный вид) имеет в управлении двоякий смысл. С одной стороны, это некий субъект права, коллектив, усилия которого направлены на достижение конкретных, общих для членов коллектива целей. С другой стороны, «организация» как функция управления — это процесс по формированию структуры учреждения или предприятия, по обеспечению их деятельности финансовыми, материально-техническими, трудовыми, информационными и другими ресурсами, по созданию оптимальных социально-психологических условий, правовой базы для достижения поставленных целей.

Интересно предложение известных американских специалистов в области менеджмента Т. Питерса и Р. Уотермана рассматривать организацию как единство шести основных переменных S: структуры (*structure*), стратегии (*strategy*), системы и процедур управления (*systems*), совокупности приобретенных навыков (*skills*), стиля управления (*style*) и состава кадров (*staff*).

В связи с этим к формированию современного учреждения здравоохранения на данном этапе развития общества предъявляются следующие требования.

- **Новый образ организации.** Формирование собственного, привлекательного для населения, профессионального облика, коренное изменение отношения к качеству оказываемых медицинских услуг, неукоснительное соблюдение принципов медицинской этики, забота о высокой репутации организации в медицинском сообществе.
- **Профессиональное управление.** Сегодня лидером организации здравоохранения становится настоящий менеджер, способный преодолеть инертность, устоявшиеся стереотипы, стремящийся к постоянному профессиональному совершенствованию.
- **Особая роль человеческого фактора.** Понимание того, что объектом и субъектом управления является человек, должно существенно повысить уровень организационной культуры, стимулировать развитие у сотрудников нестандартного и лишенного стереотипов мышления.
- **Внедрение достижений научно-технического прогресса.** Широкое использование инновационных технологий в профилактике, диагностике, лечении, реабилитации заболеваний.

5.4.5. Организация контроля в управлении здравоохранением

Процесс управления протекает в условиях постоянно меняющейся ситуации и характеризуется различной степенью неопределенности. При этом важно понимать, достигнуты ли в процессе управления поставленные цели и нуждаются ли в корректировке управленческие решения. На эти и другие вопросы дает ответ система контроля как одна из важнейших функций управления. Ни одну из функций управления (планирование, организацию, стандартизацию, мотивацию и др.) нельзя рассматривать в отрыве от контроля.

В процедуре контроля существует три четко различаемых этапа:

- 1) выработка стандартов и критериев;
- 2) сопоставление с ним реальных результатов;
- 3) принятие необходимых корректирующих действий.

В организациях здравоохранения контроль осуществляется в отношении материальных, финансовых, трудовых, информационных ресурсов. Особое место занимает контроль качества оказываемой

населению медицинской помощи. о чем подробно будет изложено в главе 18.

Материальные ресурсы. Контроль осуществляется путем сопоставления фактических расходов лекарственных средств, изделий медицинского назначения, мягкого инвентаря, продуктов лечебного питания и других, например, на 1 койко-день в стационаре, на 1 посещение амбулаторно-поликлинической организации, с установленными нормативами (стандартами).

Финансовые ресурсы. Контроль над использованием финансовых ресурсов осуществляется путем сопоставления фактических финансовых затрат, например, на 1 посещение амбулаторно-поликлинической организации, на 1 койко-день в стационаре, на 1 вызов скорой медицинской помощи, с установленными нормативами (стандартами).

Трудовые ресурсы. Контроль трудовых ресурсов осуществляется путем постоянного анализа профессиональных знаний и навыков, деловых качеств, необходимых для выполнения тех или иных должностных обязанностей. Для этого используются образовательные стандарты и квалификационные характеристики. Кроме того, осуществляется контроль над выполнением нормативов нагрузки персонала, работающего в организациях здравоохранения.

Информационные ресурсы. Контроль информационных ресурсов в здравоохранении осуществляется, прежде всего, в направлении своевременности и полноты их использования в различных формах (бумажных, электронных и иных носителей информации о здоровье населения и деятельности организаций здравоохранения). Это осуществляется путем расчета и анализа статистических показателей эффективности использования информационных ресурсов, например коэффициента полноты использования учетных (отчетных) статистических форм, коэффициента своевременности использования информации и др.

Реализация процедуры контроля может оказать как позитивные, так и негативные психологические последствия на поведение персонала. В одних случаях система контроля может привести к укреплению трудовой дисциплины, повышению эффективности труда и как ожидаемый итог — к повышению качества медицинской помощи. В других случаях результатом контроля могут быть психологические срывы в поведении отдельных сотрудников и возникновение

конфликтов в коллективе. Для предупреждения такой ситуации руководителям (менеджерам) организаций здравоохранения можно следовать рекомендациям, которые позволят избежать непреднамеренного негативного воздействия контроля на поведение сотрудников и таким образом повысить эффективность их труда:

- **необходимо устанавливать высокие, но достижимые стандарты:** согласно мотивационной теории ожидания, мотивировать людей можно на достижение только тех целей, которые они считают реальными. Таким образом, если стандарт воспринимается как нереальный или несправедливо высокий, он может разрушить мотивационные установки работника. Аналогично, если стандарт установлен на таком низком уровне, что достичь его не составляет большого труда, это обстоятельство может оказать демотивирующее воздействие на сотрудников с высоким уровнем профессиональных возможностей;
- **необходимо избегать чрезмерного контроля:** руководитель не должен подвергать своих подчиненных излишнему контролю, в противном случае это будет отвлекать их внимание и в итоге приведет к обратным результатам — снижению эффективности и качества работы;
- **необходимо вознаграждать за достижение результата:** руководитель должен справедливо вознаграждать сотрудников за достижение результата, установленных стандартов. Согласно теории ожидания, существует четкая взаимосвязь между результативностью в работе и вознаграждением. Если работник не ощущает такой взаимосвязи или чувствует, что вознаграждение несправедливо, эффективность и качество его труда в дальнейшем могут упасть.

5.4.6. Основные задачи маркетинга в управлении здравоохранением

Функция управления маркетинг (от англ. *market* — рынок) представляет собой комплексную систему организации производства и сбыта продукции, ориентированную на удовлетворение потребностей потребителей и получение прибыли на основе исследования и прогнозирования рынка. Таким образом, понятие маркетинга включает в себя анализ рынка (разделение рынков, выделение предпочтительных рынков, сегментацию и позиционирование рынка), раз-

работку товаров и услуг (определение вида и основных характеристик продаваемого товара и услуг), ценовую политику, рекламу.

Различают следующие виды маркетинга:

- *дифференцированный* — рассчитанный на использование отдельных сегментов рынка;
- *конверсионный* — создающий условия для преодоления отрицательного спроса;
- *концентрированный* — сосредоточивающий усилия на отдельных рынках;
- *массовый* — применяемый к товарам массового потребления;
- *противодействующий* — направленный на ограничение иррационального спроса;
- *развивающий* — ориентированный на превращение потенциального спроса в реальный;
- *стратегический* — основанный на изучении внутренних и внешних возможностей организации;
- *целевой* — предусматривающий ориентацию на определенный сегмент рынка;
- *ценовой* — основанный на установлении оптимальной цены товара.

Необходимость использования маркетинга в системе управления здравоохранением обусловлена, прежде всего, формированием элементов рыночных отношений в здравоохранении с развитием частного сектора на рынке медицинских товаров и услуг. При этом дальнейшее развитие частного сектора в здравоохранении становится невозможным без внедрения социально-ориентированного, этического маркетинга, главной целью которого должно стать удовлетворение потребности пациентов в получении качественной медицинской помощи с соблюдением этических норм и нравственных принципов. С учетом этого можно дать следующее определение маркетинга в здравоохранении.

Медицинский маркетинг — это комплекс мероприятий, направленный на изучение спроса, организацию производства и создание условий для удовлетворения потребности населения в различных видах медицинских товаров и услуг.

Анализ применения маркетинговых технологий в деятельности медицинских организаций позволил выделить три основные задачи маркетинга в системе управления здравоохранением:

- 1) исследование рынка медицинских товаров и услуг;
- 2) разработка новых медицинских товаров и услуг;

- 3) организация реализации произведенных медицинских товаров и услуг.

Исследование рынка медицинских товаров и услуг

Анализ рынка — главное направление маркетинговых исследований. Провести анализ рынка — это значит тщательно изучить и оценить особенности маркетинговой среды, в которой находится конкретная организация здравоохранения. Без исследований рынка невозможно собрать информацию, необходимую для принятия важных решений, связанных с предстоящей деятельностью на рынке. Основные результаты маркетинговых исследований на рынке медицинских товаров и услуг — это:

- прогнозы развития рынка, оценка конъюнктурных тенденций, выявление ключевых факторов успеха;
- определение наиболее эффективных способов ведения конкурентной политики на существующем рынке и возможности выхода на новые рынки.

Главный объект маркетинговых исследований в здравоохранении — **маркетинговая среда**, которая складывается из внутренней и внешней среды.

Внутренняя среда — это то, что определяется организационно-функциональной структурой организации здравоохранения, ее собственным потенциалом.

Внешняя среда подразделяется на:

- *микросреду* — факторы, непосредственно связанные с деятельностью на рынке организации здравоохранения (поставщики, посредники, конкуренты, пациенты);
- *макросреду* — факторы, которые существуют и действуют независимо от усилий самой организации здравоохранения, но оказывают на нее влияние (политическая, демографическая ситуация, уровень доходов населения, структура и уровень заболеваемости и др.).

Для изучения маркетинговой среды проводят количественные и качественные маркетинговые исследования с использованием методов математической статистики.

Одна из важнейших задач исследования рынка — его сегментирование.

Известный американский маркетинголог профессор П. Дойл говорил, что, если фирма не сумеет разбить рынок на сегменты, рынок разо-

бьет на сегменты фирму. Сегмент — это особым образом выделенная часть рынка (группа населения на рынке), обладающая сходными характеристиками, одинаково реагирующая на один и тот же предлагаемый продукт и определенными маркетинговыми усилиями.

Сегментация рынка медицинских товаров и услуг осуществляется на основе данных о численности и возрастно-половом составе проживающего на данной территории населения, уровне доходов, расходов на медицинскую помощь, лекарственные средства и товары медицинского назначения, о структуре и уровне заболеваемости населения и др.

Решение задачи сегментирования завершается **выделением целевого рынка**.

Отбор целевых рынков может проводиться в двух направлениях:

- 1) углубленное проникновение в существующий рынок;
- 2) поиск новых рынков реализации медицинских товаров и услуг.

Следующий шаг маркетинговой деятельности — это **позиционирование на рынке**, т.е. создание определенной позиции, ниши для товаров и услуг, которая нашла бы отражение в иерархии ценностей, в сознании потенциального покупателя. Другими словами, позиционирование — это выработка у покупателей системы стереотипов относительно объекта покупки, что делает этот объект максимально привлекательным и отличным от других. Таким образом, позиционирование товаров и услуг — это действия, направленные на обеспечение им конкурентоспособного положения на рынке.

Разработка новых медицинских товаров и услуг

На этом этапе исследуются потребительские свойства услуг-аналогов, услуг-конкурентов, реакция пациентов на эти услуги и выбираются наиболее предпочтительные и необходимые для пациентов медицинские услуги. При этом необходимо учитывать соответствие их утвержденным стандартам (протоколам) ведения больных. При разработке новых медицинских услуг важно учитывать и такой фактор, как цена на них. Кроме того, важно определить тот объем медицинских услуг, который медицинское учреждение реально сможет оказать населению. Таким образом, результаты исследования дают возможность организации здравоохранения разработать собственный перечень медицинских услуг, повысить их конкурентоспособность, определить способы патентной защиты и т.д.

Организация реализации произведенных медицинских товаров и услуг

Разработка системы продвижения на рынок медицинских товаров и услуг — это комплекс мероприятий, направленных на формирование спроса и стимулирование сбыта товаров и услуг.

Ведущая роль в продвижении медицинских услуг принадлежит рекламе, которая способствует расширению круга пациентов, увеличению объема реализации медицинских услуг, росту прибыли медицинских организаций и частнопрактикующих врачей.

С рекламой тесно связан другой вид маркетинговой деятельности — **брендинг**, который представляет собой деятельность по созданию долгосрочного предпочтения к товару, основанную на комплексном воздействии на потребителя товарного знака, упаковки, рекламных обращений. Создатели бренд-имиджа учитывают физические свойства продукта, чувства, которые он вызывает у потребителя, и апеллируют не только к сознанию, но и к эмоциям, воздействуя на подсознание.

Практика применения маркетинговых технологий в здравоохранении показывает, что использование только отдельных его составляющих не дает должного эффекта. Только комплексный подход к маркетинговой деятельности позволяет эффективно работать на рынке медицинских товаров и услуг.

5.4.7. Основные теории мотивации в системе управления здравоохранением

Мотивация управления представляет собой комплекс мер по стимулированию деятельности индивида или коллектива, направленный на достижение в процессе управления поставленных перед организацией целей. При всей простоте и ясности этого определения теория и практика мотивации непросты, так как истинные побуждения, которые заставляют человека отдавать работе максимум времени, физических и духовных сил, делать ее качественно, сложны и многообразны.

Существует несколько теорий, являющихся базовыми для формирования мотивации в коллективах. Приведем некоторые из них:

- классическая теория;
- теория человеческих отношений;
- теория человеческих ресурсов.

Заметим, что ни одну из этих теорий нельзя считать универсальной. Скорее, синтез и сочетание отдельных элементов каждой из них

позволяет учитывать многообразную палитру характерологических особенностей работающих в коллективе.

Классическая теория

Труд большинству работников не приносит удовлетворения. То, что они делают, менее важно для них, нежели то, сколько они зарабатывают. При этом главная функция руководителя — разложить задачи на простые и повторяющиеся операции, обеспечить строгий контроль над работой подчиненных.

Теория человеческих отношений

Индивиды стремятся быть полезными и значимыми, они испытывают желание быть максимально интегрированными в трудовую деятельность и признанными. Это является для них более важным, чем деньги. В такой ситуации руководитель должен предоставлять своим подчиненным возможность определенной самостоятельности и личного контроля в процессе трудовой деятельности. Вовлечение подчиненных в процесс выработки управленческих решений позволяет руководителю удовлетворить профессиональные амбиции коллег и чувство собственной значимости.

Теория человеческих ресурсов

Труд большинству работников приносит удовлетворение. Большинство из них способны к самостоятельности, творчеству, ответственности, личному контролю, а также к возможности реализовать себя на более высокой ступеньке должностной лестницы. В таких случаях главная задача руководителя — более эффективное использование человеческих ресурсов. Он должен создать такую обстановку, в которой каждый сотрудник может максимально проявить свои возможности. Руководитель должен способствовать максимальному вовлечению своих подчиненных в решение важнейших проблем организации, системы здравоохранения в целом, постоянно расширяя их самостоятельность и самоконтроль.

Эффективность деятельности человека зависит от многих факторов, среди которых основную роль играют четкое понимание цели своей работы и система материальных и моральных стимулов.

Если руководитель не знает потребностей своих подчиненных, то его попытка обеспечить мотивацию деятельности обречена на провал.

5.5. ТЕХНОЛОГИЯ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО РЕШЕНИЯ

Важнейшее звено системы управления — разработка и реализация управленческого решения.

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

- по времени реализации решения (стратегические, тактические, оперативные);
- 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. 5.2).

Управленческое решение должно отвечать следующим требованиям:

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



Рис. 5.2. Технология принятия управленческого решения

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

Управленческие решения могут быть оформлены письменно, на электронных носителях либо переданы вербальным путем (например, устные распоряжения). Управленческие решения могут приниматься в форме законов, постановлений, приказов, распоряжений, рекомендаций и др.

5.6. УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вопросами управления здравоохранением занимаются как органы исполнительной, так и законодательной власти. В Совете Федерации действует Комитет по науке, культуре, образованию, здравоохранению и экологии, в Государственной Думе — Комитет по охране здоровья. Высшие органы законодательной власти определяют основные направления государственной политики, принимают законы, утверждают федеральные программы по вопросам охраны здоровья населения, расходы на здравоохранение в рамках консолидированного бюджета Российской Федерации.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации представляет собой федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативному правовому регулированию в сфере охраны здоровья граждан, а именно:

- демографической политики;
- санитарно-эпидемиологического благополучия;
- организации медицинской профилактики, в том числе инфекционных заболеваний и СПИДа;
- медицинской помощи, медицинской реабилитации, курортного дела;
- фармацевтической деятельности, качества, эффективности и безопасности лекарственных средств;
- медико-санитарного обеспечения работников отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда;
- социальной защиты населения, в том числе социальной защиты семьи, женщин и детей;
- разработки и реализации современных медицинских технологий, новых методов диагностики и организации оказания медицинской помощи (в том числе высокотехнологичной);
- организации судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз, проведения медико-социальной экспертизы;
- профессиональной подготовки, переподготовки, повышения квалификации медицинских, фармацевтических и санитарно-эпидемиологических работников и др.

МЗиСР РФ возглавляет министр, назначаемый на должность Президентом Российской Федерации по представлению Председателя Правительства Российской Федерации. Министр несет персональную ответственность за выполнение возложенных на министерство полномочий и реализацию государственной политики в установленной сфере деятельности. Министр имеет заместителей, назначаемых на должность Правительством Российской Федерации.

Министерство осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федеральной службы по труду и занятости, Федерального медико-биологического агентства, а также координацию деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации.

Управление здравоохранением осуществляется как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов РФ. Непосредственное руководство здравоохранением в субъектах РФ осуществляют органы исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения.

В муниципальных образованиях функцию руководства здравоохранением исполняют органы местного самоуправления, уполномоченные на осуществление управления в сфере здравоохранения [городские и районные комитеты (отделы) здравоохранения].

Органы управления здравоохранением субъектов РФ имеют двойное подчинение: с одной стороны — органам исполнительной власти субъектов РФ, с другой — Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Особая роль в управлении здравоохранением на местах отводится органам местного самоуправления. Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое просвещение населения, обеспечение доступности населению бесплатной медико-социальной помощи в рамках Программы госгарантий, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, создание условий для развития и доступности лекарственного обеспечения граждан. Кроме того, муниципальные органы управления здравоохранением осуществляют организацию первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной),

медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, в том числе формирование муниципального задания по оказанию этой помощи в медицинских организациях.

Важную роль в демократизации управления здравоохранением страны выполняет Общественная палата, которая призвана обеспечить согласование общественно значимых интересов граждан РФ, общественных объединений, органов государственной власти и органов местного самоуправления для решения наиболее важных вопросов жизни страны, в том числе и касающихся охраны здоровья населения. В составе Общественной палаты действуют Комиссия по вопросам здравоохранения и Комиссия по формированию здорового образа жизни.

Глава 6

Экономические основы здравоохранения в Российской Федерации

6.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Здоровье не имеет рыночной цены, не представляет собой товар, продаваемый и приобретаемый на рынке, но в то же время обладает высшей ценностью для общества и индивидуума. На сохранение, укрепление и восстановление здоровья государству приходится затрачивать огромные ресурсы. Здоровье, таким образом, обладает стоимостью, что позволяет рассматривать его в опосредованной форме как категорию экономическую.

В здравоохранении широко сочетается товарно-материальная и духовно-информационная деятельность. В этом смысле здравоохранение можно называть «отраслью сохранения и производства здоровья», в которой используется большой арсенал медицинских, экономических методов и средств.

С учетом сказанного закономерно встают следующие вопросы:

- стоимостная оценка здоровья как важнейшей составляющей национального богатства и фактора экономического роста государства;
- цена отдельной медицинской услуги и стоимость медицинской помощи в целом;
- оценка ресурсного потенциала здравоохранения и поиск новых источников его формирования;
- оценка эффективности функционирования здравоохранения в условиях рыночных отношений;
- оценка экономического ущерба от заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности.

Ответы на эти и другие вопросы дает наука — экономика здравоохранения.

Экономика здравоохранения — это отраслевая экономическая наука, которая исследует действие объективных экономических зако-

нов, влияющих на удовлетворение потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья.

Организации здравоохранения в рамках законодательства осуществляют экономическую деятельность — производство и реализацию медицинских товаров и услуг, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, используя при этом различные финансовые, материальные, трудовые, информационные и другие ресурсы.

Обеспечение системы здравоохранения необходимыми финансовыми ресурсами для оказания населению качественной и доступной медицинской помощи остается ключевой проблемой политики государства в области охраны здоровья граждан.

По оценкам специалистов ВОЗ, затраты общества на здравоохранение должны быть не менее 6% ВВП. В ряде стран с социально ориентированной рыночной экономикой (Швейцария, США, Бельгия, Франция, Германия) этот показатель находится в пределах 7–12% ВВП. Государственные расходы на здравоохранение в России в 2008 г. составили 3,6% ВВП.

В расчете на душу населения в год эти расходы на здравоохранение составили в России 250, во Франции — 3298, США — 3953, Германии — 2937 долларов США.

В структуре консолидированного бюджета здравоохранения средства бюджетов всех уровней составляют 60%, системы ОМС — 34%, 6% — другие предусмотренные законодательством источники.

Прежде чем перейти к вопросам финансирования здравоохранения, рассмотрим следующие базовые понятия.

Финансовая система — это совокупность законов, правил, норм, регулирующих финансовую деятельность и финансовые отношения государства. Финансовая система включает в себя: финансы предприятий, организаций, отраслей; бюджетную, кредитно-банковскую, страховую системы, а также фондовый рынок.

Финансирование — это обеспечение физического или юридического лица финансовыми средствами для безвозвратного расходования на определенные цели: медицинские, хозяйственные, бытовые, управленческие и др.

Все это в равной степени имеет отношение к системе здравоохранения, которая в современных условиях бюджетно-страховой модели имеет многоканальное финансирование.

6.2. ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В настоящее время в системе здравоохранения Российской Федерации действуют две экономические формы оказания гражданам медицинской помощи. Первая — **бесплатная**, за счет средств бюджетов всех уровней, обязательного медицинского страхования и других поступлений. Вторая — **платная**, за счет средств граждан, предприятий и других источников.

В соответствии с Конституцией РФ (ст. 41 п. 1), в Российской Федерации медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Следует также подчеркнуть, что в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказываются платные услуги, составляющие (по экспертным оценкам) около 30% всего объема медицинской помощи. Последние годы отмечается лавинообразный, неуправляемый рост платных услуг, которые стали частично замещать медицинскую помощь, предусмотренную программой государственных гарантий.

Для обеспечения конституционных прав граждан в получении бесплатной медицинской помощи в условиях социального и имущественного расслоения общества, роста социально обусловленных болезней (алкоголизма, наркоманий, туберкулеза, заболеваний, передающихся половым путем, ВИЧ-инфекции и др.), в Российской Федерации, начиная с 1998 г., ежегодно принимается Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (подробнее см. главу 7).

Кроме того, согласно той же Конституции РФ (ст. 41 п. 2), в Российской Федерации принимаются меры и для развития частной системы здравоохранения, в которой медицинская помощь оказывается на платной основе.

В связи с этим закономерно встает принципиально важный вопрос об оптимальном соотношении платной и бесплатной медицинской помощи в здравоохранении в контексте реализации конституционных прав граждан.

Безусловно, соотношение объемов платной и бесплатной медицинской помощи имеет не только политическое значение, но и, прежде всего, характеризует уровень социально-экономического раз-

вития общества. Анализ состояния здравоохранения развитых стран позволяет утверждать, что для государств с социально ориентированной экономикой объем бесплатной медицинской помощи населению должен быть не менее 90–95%, а соответственно платные услуги не должны превышать 5–10% общего объема медицинской помощи, причем платные медицинские услуги населению должны осуществляться не взамен, а сверх программы государственных гарантий.

Основные источники, которые обеспечивают финансирование организаций здравоохранения при оказании медицинской помощи населению на бесплатной и платной основе, представлены на рис. 6.1. Эти источники имеют различное происхождение, а также направления и способы расходования финансовых средств.

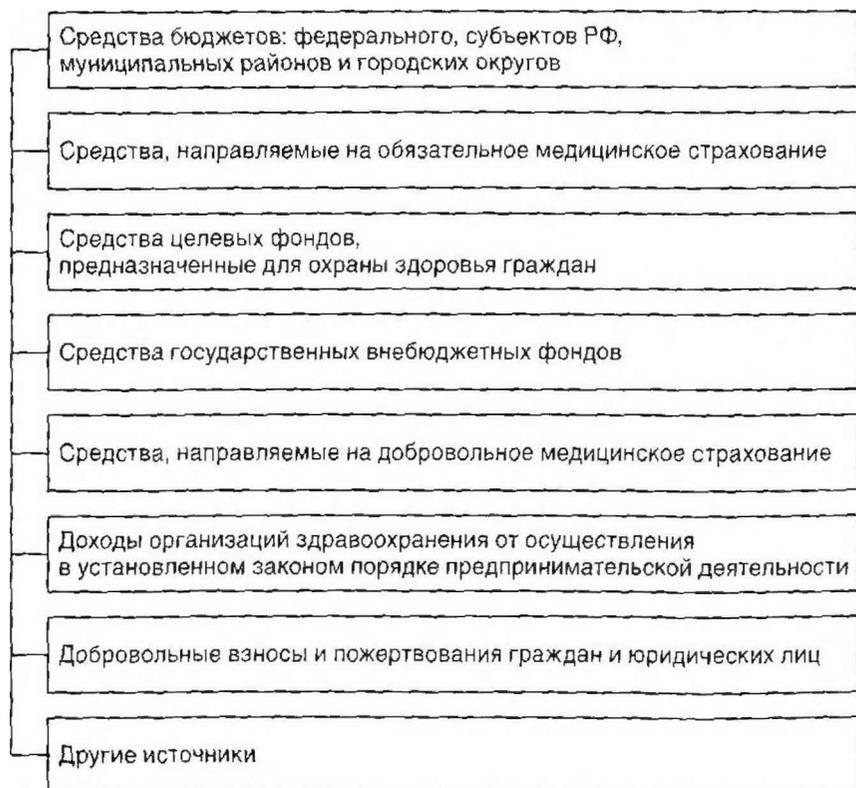


Рис. 6.1. Источники финансирования здравоохранения в РФ

Большинство организаций здравоохранения представлены **бюджетными учреждениями**, т.е. государственными (муниципальными) учреждениями, финансовое обеспечение которых, в том числе по оказанию государственных (муниципальных) заданий, осуществляется за счет средств соответствующих бюджетов. Особенность большинства бюджетных организаций здравоохранения состоит в том, что они финансируются как непосредственно из бюджета собственника (Российской Федерации, субъекта РФ, муниципального образования), так и за счет бюджетов государственных внебюджетных фондов (Федерального и территориального фондов ОМС, Фонда социального страхования РФ, Пенсионного фонда РФ). Однако, к сожалению, приходится констатировать, что средства, выделяемые из бюджетов всех уровней на нужды здравоохранения, остаются крайне недостаточными. С переходом на принципы медицинского страхования и рыночные отношения бюджетные ресурсы перестали быть ведущим источником финансирования организаций здравоохранения, составляя, тем не менее, значительную часть общего объема ассигнований.

Важный источник финансирования здравоохранения — средства обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования (см. главу 8).

Определенную роль в финансировании здравоохранения играет Фонд социального страхования РФ — специализированное финансово-кредитное учреждение при Правительстве РФ. Основные задачи Фонда социального страхования — обеспечение гарантированных государством пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, по уходу за ребенком, санаторно-курортному лечению, реализации государственных программ охраны здоровья работающих, национального проекта «Здоровье» и др.

Роль Фонда социального страхования в финансировании мероприятий по охране здоровья населения за годы реформ неоднократно менялась с учетом экономической ситуации в стране. В настоящее время за счет средств социального страхования оплачиваются санаторно-курортное лечение участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции, медицинская реабилитация пострадавших в результате несчастных случаев на производстве, санаторно-курортное лечение детей, долечивание больных, перенесших острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, операции по поводу аортокоронарного шунтирования и других заболеваний в специализированных сана-

ториях (отделениях). С 2006 г. из средств фонда социального страхования финансируются родовые сертификаты, являющиеся источником дополнительного финансирования акушерской службы, а также углубленные медицинские осмотры работников промышленных предприятий, связанных с вредными условиями труда.

Наряду с ассигнованиями, выделяемыми из бюджетов всех уровней и государственных внебюджетных фондов, бюджетные учреждения здравоохранения имеют дополнительные источники доходов (внебюджетные средства), которые они получают от разных предприятий, организаций, учреждений, граждан за выполнение различных видов медицинских услуг. Привлечение этих источников, как правило, является инициативным делом руководителя организации здравоохранения.

Согласно действующему законодательству, в финансово-хозяйственной деятельности бюджетной организации здравоохранения выделяют четыре вида внебюджетных средств.

1. **Средства от оказания платных услуг** — основной источник внебюджетных средств бюджетных организаций, включают доходы, получаемые от производства и реализации медицинских товаров и платных медицинских услуг. По этим средствам составляется смета доходов и расходов, которая подписывается руководителем и главным бухгалтером бюджетной организации здравоохранения.
2. **Депозитные** — денежные средства, поступающие во временное хранение бюджетным учреждениям с обязательством возврата по требованию владельца. К ним относятся залого (при проведении аукционов), денежные средства больных, находящихся на стационарном лечении в больничных учреждениях, заработная плата работников, находящихся в командировке и т.д.
3. **Безвозмездные поступления от физических и юридических лиц, от международных организаций и правительств иностранных государств, в том числе добровольные пожертвования**, — к ним относятся денежные средства, получаемые бюджетными учреждениями от предприятий, учреждений и организаций. Например, суммы благотворительной помощи, добровольные пожертвования, стоимость имущества, безвозмездно переданного учреждениям здравоохранения, и др.
4. **Средства от иной приносящей доход деятельности** — денежные средства, не входящие в предыдущие группы (плата за боль-

ничное общежитие, пансионат, оплата за сервисные услуги, не относящиеся к платным медицинским услугам, и др.).

В отношении этих видов внебюджетных средств права руководителей бюджетных учреждений ограничены. Так, распорядители бюджетных кредитов не имеют права даже временно использовать денежные средства из сумм по поручениям и депозитов на текущие потребности своего учреждения. Депозитные средства возвращаются по первому требованию владельца.

Государственные и муниципальные медицинские учреждения могут оказывать платные услуги населению при наличии лицензии. При этом медицинские учреждения обязаны обеспечивать соответствие предоставляемых населению платных медицинских услуг (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) требованиям федеральных или региональных медико-экономических стандартов.

Медицинские учреждения обязаны обеспечить граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

Предоставление платных медицинских услуг (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон. Оплата за медицинские услуги производится в учреждениях банков или в медицинском учреждении. Расчеты с населением за предоставление платных услуг осуществляются медицинскими учреждениями с применением контрольно-кассовых машин. Медицинские учреждения обязаны выдать потребителю кассовый чек или копию соответствующего документа, подтверждающие прием наличных денег.

Пациенты, пользующиеся платными медицинскими услугами (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи), вправе требовать предоставления информации о наличии лицензии, сертификатов специалистов, методики расчета стоимости оказанной услуги и т.п.

6.3. ПЛАНИРОВАНИЕ И РАСХОДОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Планирование потребности в финансовых средствах организаций здравоохранения осуществляется на основании составляемых смет. Существует следующий порядок составления смет затрат организаций здравоохранения. Первоначально эти сметы составляются на уровне конкретной организации здравоохранения, затем разрабатываются сводные проектные сметы расходов на здравоохранение как составная часть проекта соответствующего бюджета.

В основу построения индивидуальных смет расходов организации здравоохранения закладываются статистические нормативные показатели, характеризующие объем деятельности подразделений данной организации в виде оперативно-сетевых показателей: среднегодового количества больничных коек, койко-дней, числа должностей медицинского и административно-хозяйственного персонала, количества поликлинических посещений, выездов скорой медицинской помощи и др.

Расходование финансовых средств организациями здравоохранения производится на основании бюджетных смет.

Бюджетная смета — это документ, устанавливающий в соответствии с классификацией расходов бюджета соответствующего уровня лимиты бюджетных обязательств в бюджетных учреждениях. Существуют общие требования к порядку составления, утверждения и ведения бюджетной сметы бюджетного учреждения, которая утверждается главным распорядителем средств бюджета (министром здравоохранения и социального развития РФ, руководителем органа управления здравоохранением субъекта РФ, главным врачом учреждения здравоохранения).

Смета бюджетополучателя (подведомственного учреждения) составляется на основании разработанных и установленных главным распорядителем средств бюджета на соответствующий финансовый год, расчетных показателей, характеризующих деятельность учреждения, и доведенных лимитов бюджетных обязательств. К представленной на утверждение смете прилагаются обоснования (расчеты) плановых сметных показателей, использованных при формировании сметы.

На основе представленных смет учреждений здравоохранения, главным распорядителем бюджетных средств составляется сводная

бюджетная роспись в разрезе распорядителей и получателей. На основании бюджетной росписи и лимитов бюджетных обязательств формируется кассовый план по расходам бюджета, под которым понимается прогноз кассовых поступлений в бюджет и кассовых выплат из бюджета в текущем финансовом году. Он представляется как документ с поквартальной детализацией.

В бюджетных учреждениях здравоохранения предусматриваются следующие виды расходов:

- заработная плата;
- командировочные расходы;
- расходы на материальное обеспечение учреждений;
- расходы на медикаменты и расходные материалы;
- расходы на питание пациентов;
- расходы на приобретение оборудования;
- затраты на капитальный и текущий ремонт зданий и сооружений;
- расходы на содержание имущества;
- оплата коммунальных услуг, электроэнергии и др.

Ранее в бюджетной классификации финансирование и расходы учреждений осуществлялись по одному разделу «Здравоохранение». С 1 января 2008 г. расходы осуществляются по подразделам: «Стационарная медицинская помощь», «Амбулаторная помощь», «Скорая медицинская помощь» и т.д.

Показатели сметы, лимитов бюджетных обязательств, кассового плана формируются в разрезе кодов бюджетной классификации Российской Федерации с последующей детализацией до кодов: разделов, статей, видов расходов, операций сектора государственного управления, дополнительной классификации.

Например, расходы на приобретение продуктов питания в больнице будут осуществляться по следующей классификации.

- Код главного распорядителя средств областного бюджета — 055 — «Комитет по охране здоровья населения области».
- Код раздела, подраздела — 0901 — «Стационарная медицинская помощь».
- Код целевой статьи — 4709900 — «Обеспечение деятельности подведомственных учреждений».
- Код вида расходов — 001 — «Выполнение функций бюджетными учреждениями».
- Код операции сектора государственного управления — 340 — «Увеличение стоимости материальных запасов».
- Код дополнительной классификации — 810 — «Питание».

В результате такой квалификации, в смете расходов, лимитах бюджетных обязательств, кассовом плане данная строка будет выглядеть следующим образом: 055 0901 4709900 001 340 810 — с указанием конкретной суммы.

6.4. ОПЛАТА ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Особое место в экономике здравоохранения занимает проблема оплаты труда. Это одна из самых трудноразрешимых проблем в экономике любой отрасли, поскольку она не только экономическая, но и, прежде всего, социальная, политическая.

Оплата труда — главный источник формирования денежных доходов работника. Работодатель обязан компенсировать затраты умственного и физического труда работающего путем денежной выплаты в виде заработной платы. При этом одна из вечных проблем — в какой сумме компенсировать затраты труда работающего, чтобы заработная плата не только возмещала трудовые затраты работника, но и стимулировала его интерес к качественному и производительному труду.

Две главные составляющие, которые определяют размер заработной платы работников здравоохранения: первая — форма оплаты труда, вторая — 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.

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 квалификационных групп и достигнутых показателей объема и качества выполненной работы.

Фонд оплаты труда — суммарные денежные средства организации здравоохранения, израсходованные в течение определенного периода времени на заработную плату, премиальные выплаты, доплаты работникам, а также компенсирующие выплаты.

На первом этапе планирования фонда оплаты труда определяется число должностей медицинского персонала. Причем здесь возможно два подхода: первый — в соответствии со штатными нормативами, которые в настоящее время носят рекомендательный характер, второй — исходя из объема работы организации здравоохранения и ее подразделений. На практике, как правило, встречается сочетание того и другого подходов.

Штаты административно-хозяйственного и прочего персонала устанавливаются в соответствии с типовыми штатами, утвержденными для данного типа организаций с учетом особенностей и объема работы. На основании штатного расписания составляются тарификационные списки должностей работников, которые служат основными документами для определения должностных окладов работников здравоохранения.

Наименование должностей из числа врачебного, фармацевтического и среднего медицинского персонала должно соответствовать Номенклатуре специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием, которая утверждается МЗиСР Российской Федерации.

Должностные оклады и другие виды оплаты медицинских работников определяются исходя из занимаемой должности, стажа непрерывной работы, образования, квалификации и других условий, предусмотренных в соответствии с приказом, определяющем порядок оплаты соответствующих должностей.

Основные формы оплаты труда 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. К тому же если выполненная работа носит коллективный характер, то приходится либо выде-

лять долю объема работ, выполненных каждым работником, либо исчислять сделанную заработную плату в расчете на весь коллектив, а затем делить ее между членами коллектива в соответствии с мерой их участия в труде, определяемой так называемым коэффициентом трудового участия (КТУ).

Контрактная форма оплаты труда позволяет достаточно объективно учесть объем и качество выполненной работы. В настоящее время данная форма считается наиболее прогрессивной.

С 1 декабря 2008 г. осуществлен переход на новую систему оплаты труда работников бюджетной сферы, в том числе здравоохранения. Введение данной системы позволит отказаться от ранее существовавшего директивного подхода к формированию заработной платы работников здравоохранения (на основе Единой тарифной сетки) и учитывать специфику медицинского труда.

Новая система оплаты труда предусматривает следующие составляющие, которые будут учитываться при исчислении заработной платы конкретного медицинского работника:

- базовый оклад;
- компенсационные выплаты;
- стимулирующие выплаты.

Базовый должностной оклад (базовая ставка заработной платы) — минимальный должностной оклад работника государственного или муниципального учреждения, входящего в соответствующую профессиональную квалификационную группу, без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат.

Профессиональная квалификационная группа устанавливается в соответствии с методическими рекомендациями органа управления здравоохранением.

Компенсационные выплаты — доплаты и надбавки компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (например, за работу в особых климатических условиях и на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению).

Стимулирующие выплаты — доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты (например, выплаты за интенсивность и высокие результаты работы, за качество выполняемых работ, за стаж непрерывной работы, выслугу лет, премиальные выплаты по итогам работы).

Механизм реализации этой системы оплаты труда состоит в заключении трудовых договоров с каждым работником организации здравоохранения.

6.5. ФИНАНСОВЫЙ КОНТРОЛЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Финансовый контроль в системе здравоохранения — это контроль за целевым использованием финансовых средств системы здравоохранения, а также за соблюдением действующего финансового законодательства.

Объектом финансового контроля в здравоохранении служит финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения.

Важнейшая задача финансового контроля — реализация единой финансовой политики, а также контроль за целевым и эффективным использованием финансовых средств в системе здравоохранения.

Финансовый контроль осуществляется в виде предварительного, текущего и последующего контроля.

Предварительный контроль, например, на стадии составления, рассмотрения проекта территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на очередной финансовый год осуществляется органом управления здравоохранением, финансовыми органами субъекта РФ, ТФОМС.

Текущий и последующий контроль в процессе реализации Программы осуществляется:

- органом управления здравоохранением;
- финансовыми органами;
- контрольно-ревизионным управлением Министерства финансов РФ;
- Государственной налоговой инспекцией;
- Счетной палатой;
- Федеральным казначейством.

ТФОМС также принимает участие в осуществлении финансового контроля в системе здравоохранения субъекта РФ.

Организации, осуществляющие финансовый контроль в системе здравоохранения, действуют в пределах своей компетенции в соответствии с законодательством. Они взаимодействуют между собой и с органами местного самоуправления. Координацию их деятельности может осуществлять орган управления здравоохранением субъекта РФ в соответствии с заключенными соглашениями о взаимодействии. На основе соглашений для проведения комплексных ревизий и тематических проверок разрабатываются и утверждаются совместные планы-графики.

Организации, осуществляющие финансовый контроль в системе здравоохранения субъекта РФ, в пределах своих полномочий имеют следующие права и обязанности:

- проводить проверки и ревизии;
- давать указания по устранению выявленных нарушений и, в случае их невыполнения, направлять материалы проверок в исполнительные органы государственной власти по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности для приостановления или отзыва лицензии организации здравоохранения;
- проверять соблюдение финансового законодательства;
- осуществлять контроль за прохождением финансовых средств в сфере денежного обращения;
- осуществлять контроль за целевым и эффективным расходованием финансовых средств в организациях здравоохранения;
- направлять материалы о выявленных нарушениях в адрес правоохранительных органов.

Финансовый контроль в системе здравоохранения осуществляется в следующих организационных формах:

- ревизии и тематические проверки;
- экспертные оценки и аналитические расчеты;
- проверка документов и сведений;
- проверка системы учета и внутреннего контроля;
- инвентаризация денежных средств и материальных ценностей;
- анализ бухгалтерской и финансовой отчетности.

Таким образом, обеспечение постоянного финансового контроля в системе здравоохранения позволяет более эффективно использовать финансовые ресурсы, выделяемые государством для оплаты оказываемой населению медицинской помощи.

6.6. АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Финансовые и материальные ресурсы являются основными видами ресурсов, используемыми 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, ФОМС, организаций здравоохранения, страховых медицинских организаций, предназначенные для обеспечения функционирования и развития системы здравоохранения.

Материальные ресурсы здравоохранения — это совокупность зданий, сооружений, оборудования, транспорта, горюче-смазочных материалов, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, расходных материалов, запасных частей, инструментария, мягкого инвентаря, хозяйственных товаров, сырья и других материальных ценностей, которые находятся в распоряжении организаций здравоохранения и используются для производства медицинских товаров и услуг.

Универсальным документом, отражающим состояние финансовых и материальных ресурсов организации здравоохранения, результаты ее финансово-хозяйственной деятельности, является **бухгалтерский баланс**. Этот документ представляет собой двустороннюю таблицу, в которой левая сторона называется **активом баланса**, правая сторона — **пассивом баланса**.

Данные баланса отражают финансовое положение организации здравоохранения, ее платежеспособность и доходность. Поскольку бухгалтерский баланс содержит информацию о финансовых и материальных ресурсах организации (активы), ее денежных 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 — это 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 осу-

щества финансово-хозяйственной деятельности организации здравоохранения.

Пассивы бухгалтерского баланса — это 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.

Одно из важнейших свойств активов организаций здравоохранения — их ликвидность.

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

Оценка ликвидности имеет принципиальное значение для анализа деятельности коммерческой организации здравоохранения, особенно в случаях невыполнения денежных обязательств, что может быть проявлением ее неплатежеспособности и привести к банкротству.

Большую часть материальных ресурсов в здравоохранении составляют основные средства.

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

В здравоохранении к основным средствам относятся: здания, сооружения, оборудование, транспорт, измерительные приборы и устройства, вычислительная техника и другие объекты 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 анализируют их балансовую стоимость и рассчитывают *показатель среднегодовой балансовой стоимости основных средств*.

В процессе работы основные средства подвергаются физическому и моральному износу.

Физический износ — это утрата основными средствами своей потребительской стоимости, в результате чего они становятся непригодными для дальнейшего использования. Физический износ основных средств может быть следствием их эксплуатации, влияния внешних (природных) факторов, чрезвычайных обстоятельств (пожар, наводнение и др.). Физический износ представляет собой материальную основу амортизации.

Для оценки физического износа рассчитывается *коэффициент физического износа объекта основных средств*. Достижение этим показателем значения, равного 1, служит основанием для принятия решения о прекращении эксплуатации объекта основных средств или проведении его модернизации.

Моральный износ — это уменьшение стоимости основных средств на фоне научно-технического прогресса и роста производительности труда. Первое обстоятельство приводит, например, к появлению на рынке более современного диагностического оборудования, и это становится фактором снижения полезности действующих диагностических комплексов. Второе — к удешевлению вновь создаваемого оборудования по сравнению с действующим. Степень морального износа основных средств определяется экспертно и должна учитываться при определении сроков их службы, норм амортизации, при переоценке.

Своевременная и объективная оценка физического и морального износа основных средств, прежде всего диагностического и лечебного медицинского оборудования, в здравоохранении имеет принципиальное значение. От технических и эксплуатационных характеристик, к примеру, рентгенодиагностических комплексов, оборудования для лучевой терапии зависят здоровье и безопасность не только пациентов, но и обслуживающего персонала. Именно поэтому основные средства в здравоохранении (здания, сооружения, медицинское и бытовое оборудование, транспорт) должны подвергаться постоянной реновации.

Реновация — это 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.

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. Рекомендуемое значение этого показателя 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. 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.

Показатель фондоотдачи применяется для анализа эффективности использования основных средств. Соответствует тому, сколько медицинских товаров и услуг (в стоимостном выражении) производится на единицу стоимости основных средств. Положительная динамика этого показателя свидетельствует об эффективном использовании основных средств организацией здравоохранения.

Показатель фондоемкости является обратным к показателю фондоотдачи и характеризует величину основных средств, необходимую для производства продукции (медицинских товаров и услуг) стоимостью в 1 рубль. Уменьшение этого показателя в динамике также свидетельствует об эффективном использовании 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 — одно из условий улучшения качества медицинской помощи.

Другую часть материальных и финансовых ресурсов составляют оборотные средства.

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

В здравоохранении к оборотным средствам относятся: готовая продукция, дебиторская задолженность (менее 1 года), ценные бумаги и прочие краткосрочные финансовые вложения, денежные средства на банковских и прочих счетах, товарные запасы лекарственных средств и изделий медицинского назначения, белье и постельные принадлежности, расходы будущих периодов. Использование их осуществляется в рамках одного производственного цикла (лечебной, диагностической, реабилитационной процедуры) или в течение относительно короткого периода времени, не превышающего 12 мес.

Для статистического анализа оборотных средств применяется ряд показателей.

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. Увеличение показателя в динамике — свидетельство о повышении эффективности работы организации здравоохранения. Уменьшение — свидетельство об ухудшении ее финансового состояния.

Коэффициент закрепления оборотных средств является обратным предыдущему показателю и показывает среднюю стоимость ресурсов, необходимых для производства продукции стоимостью 1 рубль. Уменьшение значения этого показателя в динамике свидетельствует об улучшении финансового состояния организации здравоохранения.

Завершающим этапом анализа экономической деятельности организаций здравоохранения служит оценка их финансовых результатов.

Финансовые результаты организации здравоохранения — итог экономической деятельности организации за определенный период времени (месяц, квартал, год), который выражается в показателях прибыли или убытков и определяется как разница между выручкой от реализации и полной себестоимостью продукции.

Прибыль — экономическая категория, комплексно отражающая финансовые результаты деятельности организации здравоохранения и выражающаяся в превышении доходов от реализации медицинских товаров и (или) услуг над затратами по производству и ре-

лизации этой продукции. В общем виде прибыль исчисляется как разность между валовым (совокупным) доходом и валовыми затратами. В процессе формирования прибыли отражаются все основные составляющие управленческой и экономической деятельности организации: менеджмент, маркетинг, прогнозирование и планирование, ценообразование. Она является собственным источником для расширенного воспроизводства основных и пополнения оборотных средств (капитализация прибыли). Каждая организация стремится к получению максимальной прибыли от реализации продукции. При этом принципиально важно знать, при каком объеме производства (реализации) и цене на продукцию можно получить максимальную величину прибыли.

Поскольку одна из главных составляющих в оценке финансовых результатов организации это затраты на производство и реализацию продукции, необходимо уточнить структуру и систему их учета.

Затраты (издержки) — это расход материальных, финансовых, информационных и других ресурсов в стоимостном выражении, используемых в процессе производства медицинских товаров и (или) услуг.

Выделяют:

- переменные затраты;
- постоянные затраты.

Переменные затраты — издержки на производство и реализацию продукции, величина которых изменяется пропорционально объему этой продукции. К ним относятся: заработная плата персонала, непосредственно занятого в производстве, стоимость потребленных материальных ресурсов (материалы, сырье, энергоносители, тара и другие), расходы на рекламу, на налоги (налог на добавленную стоимость), платежи, зависящие от объема производства, и др.

Постоянные затраты — издержки на производство и реализацию продукции, размер которых не зависит от объема производства. К ним относятся: амортизация основных средств, заработная плата управленческого персонала, налоговые отчисления, платежи во внебюджетные фонды, арендная плата, ставка банковского процента по кредитам и др.

Сумма переменных и постоянных затрат составляет **валовые затраты**.

При увеличении объема производства валовые затраты снижаются за счет неизменности постоянных затрат, что приводит к увеличению прибыльности организации. И наоборот, сокращение объема про-

изводства, опять же при неизменности постоянных затрат, ведет к снижению его прибыльности.

Все затраты на производство и реализацию продукции составляют **полную себестоимость продукции**.

В анализе экономической деятельности для оценки финансовых результатов организаций здравоохранения рассчитывают показатели валовой и 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.

Показатель чистой прибыли отражает объем прибыли, оставшейся в распоряжении организации здравоохранения, после уплаты налогов и других платежей в бюджет и внебюджетные фонды.

Для эффективно работающих организаций здравоохранения значения этих показателей должны быть положительны и иметь тенденцию к росту.

Организации самостоятельно определяют направления, объемы и характер использования чистой прибыли. Она идет на формирование различных фондов: накопления, развития производства, социального развития, материального поощрения, резервного (рискового) фонда.

Наряду с абсолютными показателями валовой и чистой прибыли в статистике экономической деятельности организаций здравоохранения применяется относительный **показатель общей рентабельности**. Рекомендуемое значение этого показателя не менее 20%.

Кроме того, рассчитывается **специальный показатель рентабельности (рентабельность продаж)** как процентное отношение чистой прибыли к общему объему выручки от реализации медицинских товаров и (или) услуг. Рекомендуемое значение этого показателя — 15–20%.

6.7. МЕДИЦИНСКАЯ, СОЦИАЛЬНАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Под понятием **эффективность** в здравоохранении понимают отношение результатов медицинской и экономической деятельности,

выраженных в определенных показателях, к произведенным затратам. Кроме того, выделяют социальную эффективность здравоохранения.

Развитие здравоохранения, рост материальных, финансовых, трудовых и информационных затрат на медицинскую помощь ставят перед экономикой здравоохранения задачу не только оценки эффективности этой отрасли, но и требуют поиска новых путей достижения максимального эффекта при минимальных затратах всех видов ресурсов. При этом понятие эффективности медицинской помощи не следует отождествлять с общепринятой в сфере материального производства категорией эффективности. В здравоохранении, даже при применении самого квалифицированного труда и использовании современной медицинской техники, можно получить нулевой и даже отрицательный результат (отсутствие положительной динамики в состоянии больного, смерть пациента).

Показатели эффективности деятельности медицинских учреждений служат критерием социальной и экономической значимости здравоохранения в обществе. В целом эффективность здравоохранения выражается силой воздействия его на сохранение и улучшение здоровья населения, в повышении производительности труда, сокращении расходов по социальному страхованию и социальной защите и в итоге увеличением валового внутреннего продукта.

Эффективность системы здравоохранения, отдельных медицинских учреждений измеряется совокупностью статистических показателей, каждый из которых характеризует какую-либо сторону медицинской деятельности. Результаты деятельности здравоохранения, реализации национального проекта «Здоровье», медико-социальных программ анализируются с позиций медицинской, социальной и экономической эффективности, между которыми существует тесная взаимосвязь и взаимообусловленность.

Медицинская эффективность характеризуется степенью достижения ожидаемых результатов в профилактике, диагностике, лечении, диспансеризации, реабилитации больных. В отношении конкретного больного это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных систем и органов. На уровне учреждений или системы здравоохранения в целом медицинская эффективность может оцениваться степенью изменения во времени, например, следующих показателей здоровья: показателей первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения,

злокачественными новообразованиями, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и др. В данном случае медицинская эффективность характеризуется статистическими *показателями наглядности*.

Одним из показателей оценки медицинской эффективности работы диагностических служб (рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, цитологической и других) может быть *показатель доли больных с I–II стадиями злокачественных новообразований (ЗНО)*. Этот показатель рассчитывается как процентное отношение числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО в I–II стадиях к общему числу онкологических больных с впервые в жизни установленным диагнозом.

Медицинская эффективность лечения больных, страдающих социально значимыми заболеваниями, например, алкоголизмом и наркоманией, может характеризоваться *показателями удельного веса больных алкоголизмом (наркоманией) с ремиссией более 1 года*. Эти показатели рассчитываются 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 рассчитывается 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 рассчитывается как процентное отношение числа инвалидов, признанных трудоспособными, к общему числу повторно освидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) инвалидов.

Социальная эффективность. Анализ социальной эффективности системы здравоохранения¹ основывается на выборе эмпирических

¹ По материалам д-ра соц. наук, проф. А. М. Осипова.

индикаторов, позволяющих оценивать функционирование здравоохранения в социальной сфере общественной жизни.

Государства с развитой экономикой ориентируют здравоохранение на предоставление различным социальным группам и слоям населения равного доступа к качественной медицинской помощи в объеме социальных гарантий, предусмотренных законодательством. В таком случае одним из основных критериев социальной эффективности выступает *показатель доступности медицинской помощи*, который может измеряться с точки зрения реальных временных и материальных затрат различных социальных групп населения при получении гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

Объективными индикаторами доступности здравоохранения в случае, например, с сельским населением (как особой социальной группой) могут служить *показатели средней удаленности местных учреждений здравоохранения от получателей медицинской помощи или среднего времени, затрачиваемого сельскими жителями на получение медицинской помощи*. Причем это время должно включать в себя не только проезд, но и вынужденное ожидание пациентов в очередях медицинских учреждений.

К субъективным, но оттого не менее значимым, индикаторам доступности медицинской помощи относится *состояние общественного мнения*, которое может репрезентативно оцениваться в масштабе локального сообщества (населения муниципального района, городского округа, субъекта РФ) или конкретной социальной группы. Для расчета этого показателя также применимы методы стандартизованного (в том числе анкетного) опроса. В качестве примера приведем фрагмент такой анкеты.

- Насколько доступна для вас лично качественная и своевременная медицинская помощь?
 1. Такая помощь мне вообще недоступна.
 2. Такая помощь бывает редко доступной.
 3. Такая помощь бывает часто доступной.
 4. Такая помощь бывает доступной всегда.
 5. Затрудняюсь ответить.

Показатель доступности медицинской помощи целесообразно применять дифференцированно к ее отдельным видам: первичной медико-санитарной, специализированной, скорой и др. По результатам многолетнего мониторинга медико-социальной ситуации, про-

водимого в Новгородской области, значение показателя доступности медицинской помощи остается в целом стабильным, но при этом отмечаются различия по ее видам: если доступность первичной медико-санитарной помощи критично оценивает лишь каждый девятый взрослый, то о затруднениях в отношении доступности специализированной помощи говорит каждый третий взрослый.

Другим существенным индикатором социальной эффективности здравоохранения служит *индекс информированности населения об имеющихся заболеваниях*. Для расчета этого показателя, наряду с обычно доступными для исследователя данными о заболеваемости по обращаемости, используются данные, полученные при помощи стандартизированного (анкетного) опроса.

В стандартизированных опросах пациентов для измерения информированности рекомендуется использование открытого вопроса с неограниченным для респондента количеством вариантов ответа, например:

- Сообщите, пожалуйста, об имеющихся у вас заболеваниях, установленных вам диагнозах, или каких органов, частей тела касаются эти заболевания.

- 1.
- 2.
- 3.

Как правило, информированность населения об имеющихся заболеваниях (установленных диагнозах) неполная, что связано отчасти с психологическими особенностями индивидов (памятью, избирательностью восприятия и ценностным отношением к здоровью), но в немалой степени — с социальным качеством информационных процессов и социальных коммуникаций в системе здравоохранения. На практике типичным недостатком таких коммуникаций оказывается то, что медицинские работники не в полном объеме информируют пациентов о состоянии здоровья, сопутствующих рисках или недостаточно мотивируют пациентов относительно правильного поведения при болезни.

Уровень информированности отдельных социальных групп населения об имеющихся заболеваниях определяется на основе *индекса информированности населения о заболеваниях* как отношения числа известных пациентам заболеваний к числу заболеваний, установленных при обращении в организации здравоохранения.

Значение этого показателя варьирует от 0 до 1,0 и существенно различается в социальных (возрастных, поселенческих и профессиональных) группах населения, а также в группах пациентов с теми или иными заболеваниями. Недостаточная информированность о заболеваниях, как правило, дезориентирует пациента в отношении собственного здоровья и выбора оптимальных моделей поведения. Низкий уровень информированности населения об имеющихся заболеваниях служит основанием для усиления информационной деятельности организаций здравоохранения среди населения.

Общим эмпирическим индикатором социальной эффективности здравоохранения служит *индекс удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения*. Измерение удовлетворенности населения (равно как и отдельных социальных групп) широко применяется в медико-социологических исследованиях, и полученные результаты бывают весьма важными для управления системой здравоохранения.

Измерение общей удовлетворенности деятельностью местной системы здравоохранения также может опираться на методы стандартизированного (в том числе анкетного) опроса. Ниже приводится фрагмент анкеты для расчета этого показателя.

- Удовлетворены ли вы в целом тем, как действует местная система здравоохранения?
 - а) да, вполне;
 - б) скорее да;
 - в) затрудняюсь ответить;
 - г) скорее нет;
 - д) совсем нет.

Обработка этих данных позволяет вскрыть реальный баланс в оценке населением деятельности местной системы здравоохранения. В частности, могут быть установлены соотношение позитивных и негативных оценок в разных социальных группах населения и сопутствующие этим оценкам социальные обстоятельства (благополучие, уровень образования, ценностное отношение индивидов к своему здоровью и др.).

Значения индекса удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения варьируют от 0 до 100. По результатам медико-социального мониторинга, в Новгородской области этот показатель составил 49,0.

Экономическая эффективность в здравоохранении рассматривается в двух аспектах: внутренний аспект — эффективность использования различных видов ресурсов в системе здравоохранения; внешний — влияние здравоохранения на развитие экономики страны.

Исходя из понимания, что высшая ценность в обществе — 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.

Экономическая эффективность — важнейший показатель оценки экономической деятельности системы здравоохранения в целом, отдельных организаций, специализированных служб, а также результатов медико-социальных программ. Этот показатель рассчитывается как отношение полученного экономического эффекта к затратам.

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.

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 значительный экономический эффект. В то же время выздоровление нетрудоспособного пенсионера и инвалида не принесет ожидаемого экономического эффекта, более того, будет означать дополнительные экономические потери в связи с выплатами пенсии по старости или пособия по инвалидности.

6.8. РОЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА

Как было сказано ранее, здравоохранение представляет собой «отрасль сохранения и производства здоровья» и в определенной степени влияет на экономическую ситуацию в стране в целом и на макроэкономические показатели в частности. Поэтому, говоря о роли здравоохранения в экономике страны, необходимо, прежде всего, иметь в виду **предотвращенный экономический ущерб** (экономический эффект) вследствие реализации мер по снижению заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

Различают прямой и косвенный экономический ущерб.

Прямой экономический ущерб — это затраты материальных, финансовых, информационных и других ресурсов (в стоимостном выражении), которые используются в процессе оказания населению медицинской помощи.

Косвенный экономический ущерб — это экономические потери, связанные с выплатами пособий по временной утрате трудоспособности, пенсий по инвалидности, числом непрожитых трудоспособных лет жизни (в стоимостном выражении), уменьшением производства ВВП и др.

Наиболее ощутим экономический ущерб среди трудоспособного населения вследствие временной или стойкой нетрудоспособности. Работники, утратившие трудоспособность, не принимают участие в производстве ВВП, а государство затрачивает средства на оказание им медицинской помощи, оплату больничных листов, пенсий по инвалидности, обучение инвалидов в связи с переквалификацией и различного рода других льгот социального характера.

Экономический ущерб вследствие заболеваемости (в расчете на одного человека) находится по следующим формулам:

для работающего:

$$У_{зр} = (Д + Б_{л}) \times T_{р} + З_{апу} \times Ч + З_{ст} \times T_{к};$$

для неработающего:

$$У_{зн} = З_{апу} \times Ч + З_{ст} \times T_{к},$$

где $Д$ — стоимость продукции, производимой в расчете на одного работающего за один рабочий день;

$Б_{л}$ — среднеспособный размер пособия по временной нетрудоспособности одного работника;

$T_{р}$ — длительность лечения в рабочих днях;

$З_{апу}$ — стоимость затрат на 1 посещение амбулаторно-поликлинического учреждения;

$Ч$ — число посещений амбулаторно-поликлинического учреждения;

$З_{ст}$ — стоимость затрат на 1 койко-день;

$T_{к}$ — длительность лечения в календарных днях.

Экономический ущерб от инвалидности (в расчете на одного инвалида) находится по следующей формуле:

$$У_{и} = Д \times T_{р} + (П + С + Л) \times T_{к},$$

где $Д$ — стоимость продукции, недопроизведенной в результате инвалидности (за один рабочий день);

$T_{р}$ — число рабочих дней, потерянных по инвалидности;

$П$ — размер пенсии по инвалидности в день;

$С$ — размер социальных льгот в день;

$Л$ — затраты на медицинское обслуживание инвалида в день;

$T_{к}$ — число календарных дней, проведенных на инвалидности.

Расчет экономического ущерба на одного работающего и неработающего инвалидов имеет отличия, связанные, прежде всего, с необходимостью учета дополнительных затрат на профессиональную переподготовку и подбор соответствующей профессии для работающего инвалида, разности стоимости продукции, производимой на прежней и новой работе и др.

Экономический ущерб от смертности в трудоспособном возрасте (в расчете на одного человека) находится по следующим формулам:
для мужчин:

$$Y_{\text{см}} = (60 - V) \times Д;$$

для женщин:

$$Y_{\text{сж}} = (55 - V) \times Д,$$

где V — возраст умершего;

$Д$ — среднегодовая стоимость продукции, непроизведенной в результате преждевременной смертности.

Для определения суммарного экономического ущерба ($У$) от заболеваемости, инвалидности и смертности в трудоспособном возрасте в разрезе отдельных групп населения, учреждений, предприятий, административных территорий применяются более сложные расчеты.

Рассчитав суммарный экономический ущерб вследствие заболеваемости, инвалидности, смертности в трудоспособном возрасте, можно найти **экономический эффект** (предотвращенный экономический ущерб) деятельности системы здравоохранения, который рассчитывается как разность суммарного экономического ущерба до и после реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий:

$$Э = У_1 - У_2,$$

где $У_1$ — суммарный экономический ущерб до реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий;

$У_2$ — суммарный экономический ущерб после реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий.

6.9. ФОРМИРОВАНИЕ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Действуя в условиях рыночной экономики, здравоохранение, как и любая другая отрасль в определенной степени, 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** представляет собой 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 рынков: медицинских услуг, лекарственных препаратов, труда медицинского персонала, научных разработок, медицинских технологий, медицинского оборудования и др.

Различают следующие основные понятия рынка:

- спрос;
- предложение;
- услуга;
- цена;
- конкуренция;
- маркетинг.

Спрос — это одно из фундаментальных понятий рыночной экономики. Применительно к здравоохранению **спрос (потребность)** — это количество медицинских товаров и услуг, которое желает и может приобрести общество (отдельные пациенты) в данный период времени по определенной цене.

Различают следующие виды спроса на рынке медицинских товаров и услуг.

- **Отрицательный спрос:** на прививки, прием к врачам отдельных специальностей, болезненные, дорогостоящие процедуры и др.
- **Скрытый спрос.** Когда отдельные пациенты могут испытывать потребность, которую невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке медицинских товаров и услуг, например: услуги семейного врача, одноразовые изделия медицинского

назначения, сервисные услуги, индивидуальное питание в стационаре и др.

- **Падающий спрос.** Например, в последнее время упал спрос на шприцы, системы переливания крови многократного использования, гипотензивные препараты отечественного производства, поэтому рынок отреагировал повышенным предложением на шприцы и системы переливания крови однократного 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.

Следующее основополагающее понятие рынка — предложение. Величина предложения определяется количеством товаров и услуг, которое производитель (продавец) желает и может продать по данной цене в определенный период времени.

Применительно к здравоохранению **предложение** — это количество медицинских товаров и услуг, которое производители могут оказать за определенный период времени населению. Предложение, при прочих равных условиях, также меняется в зависимости от изменения цены: по мере роста цен производители (продавцы) предлагают пациентам большее количество товаров и услуг. При падении цены их заинтересованность уменьшается и соответственно уменьшается объем производимых ими товаров и услуг.

Медицинская услуга — это структурный элемент профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, санаторно-курортной, санитарно-эпидемиологической, лекарственной, протезно-ортопедической и других видов помощи, имеющий определенную стоимость.

Наиболее сложный объект стандартизации в здравоохранении — медицинские услуги. Необходимость стандартизации медицинских услуг определяется потребностями населения в получении доступной и качественной медицинской помощи, а также появлением принципиально новых медицинских технологий, лекарственных средств, изделий медицинского назначения, оборудования.

Медицинские услуги подразделяют на:

- простые;
- комплексные.

По своему функциональному назначению медицинские услуги подразделяют на:

- профилактические;
- диагностические;
- лечебные;
- восстановительно-реабилитационные;
- сервисные.

Манипуляции, исследования и процедуры как отдельные медицинские мероприятия, направленные на оказание медицинской помощи, но не имеющие самостоятельного законченного профилактического, диагностического, лечебного или реабилитационного значения, являются вспомогательными элементами медицинских услуг. Так, например, изъятие органа у донора, аутопсия и др.

По условиям и месту оказания медицинские услуги можно разделить на оказываемые на дому, в амбулаторно-поликлинических, больничных, санаторно-курортных и других учреждениях здравоохранения. 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 помощи при данной болезни.

Кроме того, различают стандартные и индивидуальные медицинские услуги.

Стандартные медицинские услуги в основном оказываются по унифицированной технологии для подавляющего большинства пациентов и имеют относительно устойчивое ценообразование.

Индивидуальные медицинские услуги обладают широким спектром манипуляций диагностических, лечебных процедур, большим набором лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Они имеют дифференцированные прецеденты цен, максимально учитывающие индивидуальность затрат при их выполнении.

Специфические особенности медицинских услуг:

- неосязаемость;
- несохраняемость;
- вариабельность качества;
- неоднозначность в оценке результата;
- медицинская услуга это продукт не только производителя (медицинского работника), но и потребителя (пациента).

Неосязаемость

Медицинскую услугу невозможно увидеть, услышать, потрогать, осязая 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 с целью продажи, медицинская услуга характеризуется тем, что процесс ее производства совпадает с процессом реализации. Медицинские услуги не подлежат хранению и накоплению с целью последующей реализации. Нельзя, например, воспользовавшись возросшим спросом на тот или иной вид медицинских услуг, вначале накопить, а затем мгновенно «выбросить» их со склада на рынок.

Вариабельность качества

Медицина — это творческий процесс, который отличается высокой индивидуальностью и нестандартностью профессионального подхода к пациенту, а в итоге, порой, непредсказуемостью результатов. Несмотря на строгую регламентацию медицинской деятельности, в здравоохранении не может быть единого, обезличенного подхода к лечению больных даже с одной и той же патологией, поэтому в диагностическом и прогностическом аспектах качество медицинских услуг может колебаться в широких пределах. Оно зависит, прежде всего, от квалификации медицинского работника, оснащенности лечебно-профилактического учреждения, доступности медицинской помощи, времени и места оказания услуги, от того, кто является ее потребителем, и многих других факторов.

Неоднозначность в оценке результата

Медицинскую услугу не всегда можно оценить только положительно. Например, при ампутации ноги пациенту мы получим положительный медицинский эффект: больной остался жив и сможет выполнять какую-либо работу в специально созданных условиях, но он стал инвалидом, и это отрицательный социальный эффект.

Медицинская услуга — это продукт не только производителя (медицинского работника), но и потребителя (пациента)

Качество медицинской услуги формируется в результате согласованных действий медицинского работника и желания пациента получить пользу. Результат лечения будет во многом зависеть от того, насколько точно больной выполняет рекомендации и назначения. Несвоевременное обращение за медицинской помощью также может стать причиной неблагоприятного исхода, что не зависит ни от уровня квалификации медицинского персонала, ни от характера его действий.

Медицинские товары и услуги, как и любой товар, обладают стоимостью, денежным выражением которой является цена. На рынке медицинских товаров и услуг цена занимает центральное место в конкурентном обмене и 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 со спросом, выделяют следующие понятия:

- цена спроса;
- цена предложения;
- цена равновесия.

Цена спроса — это такая рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается рынок покупателя. По этой цене «покупатель» способен купить медицинскую услугу или товар. Выше этого предела цена подняться не может, так как у пациентов не будет возможности ее приобрести.

Цена предложения — 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 саморегулирующаяся система, эффективный механизм взаимодействия спроса, предложения и конкуренции по формированию цен, объемов производства и продаж, а также уровня потребления товаров и услуг. Кроме того, он обеспечивает повышение эффективности производства, качества продукции. Однако рыночное саморегулирование не имеет всеобщего характера и должно дополняться механизмами государственного регулирования, что представляется основополагающей идеей совершенствования рыночных механизмов в социально значимых областях экономики. Особенно это актуально для рынка товаров и услуг в здравоохранении.

Главное звено рыночного механизма — конкуренция.

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

Конкурентная борьба за экономическое выживание и процветание — закон рыночной экономики. На рынке товаров и услуг здравоохранения конкурентными участниками могут быть:

- государственные, муниципальные учреждения здравоохранения — по реализации государственного (муниципального) задания на конкурсной основе;
- организации, производящие аналогичные товары и услуги для нужд здравоохранения;
- частнопрактикующие врачи и фармацевтические работники, предоставляющие аналогичные медицинские товары или услуги медицинского назначения.

Изучение конкурентов, выделение их сильных и слабых сторон крайне важны 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. Именно они помогают получить прибыль выше, чем другие, производящие и оказывающие одинаковые медицинские товары и услуги. Определяя конкурентные преимущества, важно ориентироваться на пациентов, на их потребности и быть уверенным, что эти преимущества воспринимаются ими как таковые. Можно выделить следующие конкурентные преимущества:

- высокая репутация организации здравоохранения;
- высокое качество оказываемых медицинских товаров и услуг;
- ориентация на пациента, его запросы и пожелания;
- достаточная материально-техническая база, высококвалифицированный персонал, современное оборудование, устойчивое финансовое обеспечение;
- уникальность предлагаемых медицинских товаров и услуг;
- приемлемые для пациентов цены, не превышающие или ниже цен на аналогичные медицинские товары и услуги других участников рынка.

Конкурентные преимущества следует рассматривать как основу стратегии поведения участников на рынке медицинских товаров и услуг, что особенно важно в условиях развития обязательного и добровольного медицинского страхования.

Для эффективной организации производства и реализации медицинских товаров и услуг необходимы знания основ медицинского маркетинга.

Глава 7

Совершенствование управления и финансирования Программы государственных гарантий

7.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Для обеспечения конституционных прав граждан Правительством Российской Федерации, начиная с 1998 г., ежегодно утверждается Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (далее — Программа).

В 2008 г. в рамках Программы более 31 млн человек получили бесплатно медицинскую помощь в больничных учреждениях, свыше 6 млн человек — в дневных стационарах. Общее число вызовов скорой медицинской помощи составило 49 млн, число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений и на дому — около 490 млн.

Отличительной особенностью реализации Программы в 2007–2008 гг. оказалось продолжение выполнения основных мероприятий национального проекта «Здоровье», завершение реализации в 19 субъектах РФ пилотного проекта, направленного на повышение качества медицинских услуг в сфере здравоохранения.

Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи состоит из 6 разделов и включает в себя: общие положения; виды и условия оказания медицинской помощи; источники финансового обеспечения медицинской помощи; нормативы объема медицинской помощи; нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь; критерии доступности и 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 выделяемых для этого ресурсов.

В рамках Программы населению предоставляются следующие виды медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная помощь;
- скорая медицинская помощь, в том числе специализированная (санитарно-авиационная);
- специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная.

Все эти виды помощи населению Российской Федерации предоставляются за счет средств ОМС и бюджетов всех уровней.

7.2. НОРМАТИВЫ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ И ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

Программа государственных гарантий служит примером текущего планирования в здравоохранении на федеральном уровне, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

Для разработки и контроля над реализацией Программы используются следующие группы нормативов:

- нормативы объемов медицинской помощи;
- нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Нормативы объемов медицинской помощи

К этим показателям относятся:

- норматив амбулаторно-поликлинической помощи в количестве посещений на одного человека в год (2008 г. — 9,198 посещений);
- норматив медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах всех типов в количестве пациенто-дней на одного человека в год (2008 г. — 0,577 пациенто-дня);
- норматив стационарной помощи в количестве койко-дней на одного человека в год (2008 г. — 2,812 койко-дня);
- норматив скорой медицинской помощи в количестве вызовов на одного человека в год (2008 г. — 0,318 вызова).

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи

К этим показателям относятся:

- норматив финансовых затрат на 1 посещение амбулаторно-поликлинической организации (2008 г. — 133,3 рубля);
- норматив финансовых затрат на 1 пациенто-день в дневном стационаре (2008 г. — 268,5 рубля);
- норматив финансовых затрат на 1 койко-день в стационаре (2008 г. — 758,9 рубля);
- норматив финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи (2008 г. — 1213,3 рубля).

Кроме того, в рамках Программы устанавливается **подушевой норматив финансирования** (2008 г. — 4503 рубля), отражающий размер средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования и консолидированных бюджетов субъектов РФ (в расчете на 1 человека в год).

Последние годы отмечается увеличение расходов на Программу из государственных источников финансирования, которые по сравнению с 2006 г. возросли на 71,6% и составили в 2008 г. 1185,1 млрд рублей или 2,8% в ВВП¹.

Наиболее существенно за этот период увеличились расходы финансирования из федерального бюджета, которые в 2008 г. составили 288,6 млрд рублей.

Расходы федерального бюджета включают не только затраты на оказание медицинской помощи в федеральных медицинских организациях, в том числе высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, но и расходы на профилактику, диагностику и лечение ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, дополнительную иммунизацию населения в рамках Национального календаря профилактических прививок. Из этих источников предусмотрены также денежные выплаты медицинскому персоналу ФАПов и учреждений скорой медицинской помощи, средства на обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами (дополнительное лекарственное обеспечение, ДЛО), оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан по санаторно-курортному лечению, на реализацию некоторых направлений нацио-

¹ Здесь и далее приведены данные из доклада МЗиСР РФ «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2008 году» — www.minzdravsoc.ru.

нального проекта «Здоровье» и пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения и др.

Расходы системы ОМС в рамках Программы за период 2006–2008 гг. возросли на 61,2% и составили 412,8 млрд рублей. Они включают в себя расходы медицинских организаций на оплату труда, начисления на заработную плату, медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь и обмундирование и не включают расходы на коммунальные услуги, содержание имущества, а также материальные затраты на увеличение стоимости основных средств.

Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ на Программу увеличились с 2006 г. на 52,5% и составили в 2008 г. 483,7 млрд рублей. Они включают в себя расходы на финансирование скорой медицинской помощи, в том числе санитарной авиации, высокотехнологичных видов специализированной медицинской помощи, медицинской помощи при заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, туберкулезе, СПИДе, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, отдельных состояниях, возникающих у детей в перинатальный период, а также текущее содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС (расходы на коммунальные услуги, содержание имущества, материальные затраты и др.).

Кроме того, за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ финансируются услуги, которые предоставляются центрами медицинской профилактики, врачебно-физкультурными диспансерами, ФАПами, станциями (отделениями) переливания крови, рядом других медицинских организаций, а также расходы на дополнительные меры по оказанию медицинской помощи, лекарственному обеспечению и протезированию (зубному, главному, ушному) отдельных категорий граждан.

Таким образом, в структуре основных источников финансирования Программы меньше половины составляют средства консолидированных бюджетов субъектов РФ, более $\frac{1}{3}$ — системы ОМС и около $\frac{1}{5}$ — федерального бюджета (рис. 7.1).

По видам медицинской помощи государственные расходы в рамках Программы распределились следующим образом: стационарная помощь — 59,1%, амбулаторно-поликлиническая помощь — 31,2%, скорая медицинская помощь — 7,0%, медицинская помощь в дневных стационарах — 2,7% (рис. 7.2).

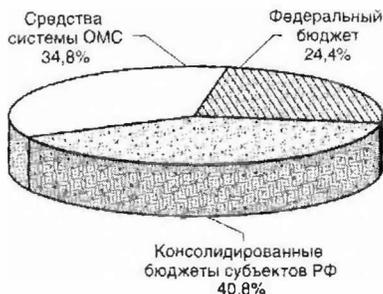


Рис. 7.1. Структура основных источников финансирования Программы в 2008 г.

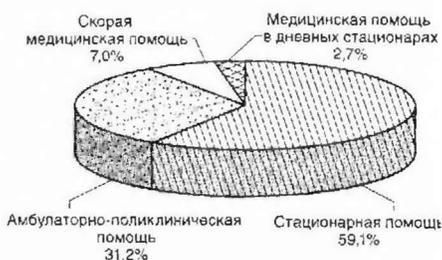


Рис. 7.2. Структура государственных расходов по видам медицинской помощи в 2008 г.

В объеме всех средств, выделяемых на финансирование Программы из государственных источников, в 2008 г. преобладали расходы на оплату труда с начислениями — 55,7%, медикаменты и перевязочные средства составляли 16,0%, продукты питания — 3,1%, мягкий инвентарь и обмундирование — 0,3%, оплата коммунальных услуг — 3,4%, горюче-смазочные материалы — 0,8%, приобретение медицинского оборудования и инструментария — 4,8%, прочие расходы составили 15,9%¹.

В то же время, финансирование Программы в Российской Федерации в целом не соответствует медико-экономическим стандартам и значительно меньше, чем в странах ЕС. Например, средняя стоимость лечения одного больного в стационаре в Российской Федерации в 2008 г. составила \$484, в странах ЕС — \$3500, а средняя стоимость одного посещения в амбулаторно-поликлиническое учреждение — соответственно \$6 и \$58.

Несмотря на ежегодное увеличение средств, выделяемых на Программу, ключевой проблемой остается ее недостаточное финансовое обеспечение по отдельным территориям: в 49 субъектах РФ сохраняется дефицит финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее — территориальные программы), который в ряде территорий достиг 28–56%. Остаются недофинансирование стоимости единиц объемов скорой медицинской помощи и дневных стационаров, снижение доли затрат на медикаменты, перевязочные средства, питание больных в структуре расходов на стационарную медицинскую помощь.

¹ По кассовым расходам.

Кроме того, отмечается значительный разброс значения подушевого норматива (тарифа) финансирования территориальных программ по отдельным субъектам РФ. Так, минимальный подушевой норматив финансирования в 2008 г. составил 1959,1 рубля (республика Ингушетия), а максимальный — 10 739,1 рубля (Чукотский автономный округ), при средневзвешенном тарифе по РФ — 6312,8 рубля. Характерно, что подушевой норматив финансирования территориальных программ рассчитывается, исходя из расходов предыдущих лет, с учетом только индекса роста потребительских цен, а не реальной потребности населения в медицинской помощи в соответствии с международными стандартами. В объеме существующего финансирования территориальных программ отмечается и крайне низкое финансовое обеспечение специализированной высокотехнологической медицинской помощи. Так, при действующем тарифе возмещения затрат на лечение рака молочной железы (109 800 рублей), реальные затраты составляют 1 945 000 рублей, т.е. в 18 раз больше.

Другой существенный недостаток территориальной программы состоит в том, что отдельные виды медицинской помощи, входящие в ее структуру, финансируются из различных источников (табл. 7.1). При этом из фондов ОМС средства поступают только по 5 статьям расходов (заработная плата с начислениями, медикаменты, расходные материалы, питание, мягкий инвентарь), а содержание лечебно-профилактического учреждения осуществляется отдельно по смете из бюджета соответствующего уровня.

Такой многоканальный механизм финансирования территориальных программ приводит к неэффективному использованию финансовых ресурсов отрасли, а также к снижению ответственности всех уровней власти за исполнением территориальной программы, увеличению объема платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, к недостаточной удовлетворенности населения существующей системой здравоохранения. В то время как, например, в Германии, Франции, основным источником государственного финансирования здравоохранения это средства обязательного медицинского страхования, а в Испании — налоговые поступления в бюджет. При этом для финансового выравнивания различных административных территорий используются различные механизмы с применением дифференцированных подушевых нормативов и учетом показателей здоровья населения.

Таблица 7.1. Источники финансирования территориальной программы

Виды медицинской помощи	Источники финансирования			
	Средства ОМС	Федеральный бюджет	Консолидированный бюджет субъекта РФ	
			региональный	муниципальный
Первичная медико-санитарная	+	-	-	+ (в том числе при социально значимых заболеваниях, а также медицинская помощь женщинам в период беременности и родов и детям в перинатальный период)
Скорая	-	-	-	+
Скорая специализированная	-	-	+	-
Специализированная	+ (исключая социально значимые)	+ (в федеральных учреждениях)	+ (социально значимые в специальных учреждениях)	-
Специализированная высокотехнологическая	-	+ (в учреждениях по перечню)	-	-
Лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях	+ (дополнительное лекарственное обеспечение)	-	+ (постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 г. № 890)	-

К недостаткам территориальной программы можно отнести и то, что среди учреждений здравоохранения, принимающих участие в се

реализации, медицинские организации частных форм собственности составляют всего лишь 2%. Расширение участия частных медицинских организаций в реализации территориальной программы создаст реальные условия для конкуренции и тем самым будет способствовать повышению качества медицинской помощи.

7.3. ПОРЯДОК РАЗРАБОТКИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

В соответствии с Программой органами государственной власти субъектов РФ разрабатываются соответствующие территориальные программы государственных гарантий. В них могут устанавливаться дополнительные условия, виды и объемы оказания медицинской помощи за счет средств бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований. Подушевые нормативы финансирования территориальных программ формируются, исходя из вышеперечисленных нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат, с учетом соответствующих региональных коэффициентов.

Территориальная программа государственных гарантий включает:

- территориальную программу ОМС;
- перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно за счет бюджетов всех уровней и средств ОМС;
- перечни организаций здравоохранения, работающих в системе ОМС, и медицинских учреждений, финансируемых из бюджетов;
- объемы медицинской помощи, установленные для медицинских учреждений субъекта РФ, муниципальных образований, ведомственных и частных медицинских организациях, работающих в системе ОМС, и финансовые средства на выполнение этих объемов;
- перечень жизненно необходимых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при оказании медицинской помощи;
- перечень медицинских учреждений субъекта РФ, оказывающих специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь за счет средств бюджета субъекта РФ;
- условия и порядок предоставления бесплатной медицинской помощи населению субъекта РФ;

- информацию о численности населения (по группам и категориям заболеваний), при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50% скидкой.

Основные задачи территориальных программ:

- консолидация различных источников финансирования для обеспечения населения гарантированной (бесплатной) медицинской помощью;
- обеспечение сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых средств;
- повышение эффективности использования имеющихся ресурсов здравоохранения.

Для разработки территориальных программ используется алгоритм, представленный на рис. 7.3, согласно которому при их формировании федеральные нормативы объемов медицинской помощи корректируются с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъектов РФ.

Муниципальные задания утверждаются одновременно с бюджетами муниципальных районов и городских округов и являются составной частью территориальной программы государственных гарантий.

Важный раздел территориальных программ в РФ — план мероприятий по устранению или сокращению дефицита финансовых средств. Он включает в себя комплекс мер по повышению эффективности использования ресурсов. В частности, он предусматривает организацию двухсменного обследования и лечения, включая выходные и праздничные дни; исключение дублирования в стационарах больниц результатов амбулаторно-поликлинического обследования; расширение практики ранней выписки пациентов из стационара на амбулаторно-поликлиническое лечение. Кроме того, перспективным направлением повышения эффективности использования ресурсов является развитие стационарзамещающих организационных технологий (дневные стационары в амбулаторно-поликлинических, больничных учреждениях, стационары на дому), внедрение современных технологий диагностики и лечения и др.

Реализация территориальных программ, безусловно, сыграла положительную роль в реструктуризации (оптимизации) медицинской помощи населению. За период 2006–2008 гг. отмечаются позитивные тенденции сокращения объемов стационарной медицинской помощи



Рис. 7.3. Организационный алгоритм разработки территориальной программы государственных гарантий

в расчете на 1 жителя (с 3,002 до 2,878 койко-дня) и роста объемов медицинской помощи, предоставляемой населению в дневных стационарах (с 0,456 до 0,496 пациенто-дня соответственно). В то же время сохраняется рост объемов скорой медицинской помощи, фактическое выполнение которых в 2008 г. составило 0,343 при установленном в Российской Федерации нормативе 0,318 вызова на 1 жителя. Последнее, на фоне незначительного увеличения объемов амбулаторно-поликлинической

помощи, свидетельствует о недостаточно эффективном использовании финансовых ресурсов, направляемых на здравоохранение.

Таким образом, использование нормативно-подушевого принципа планирования и финансирования медицинской помощи, оказываемой гражданам РФ в рамках территориальных программ, позволяет улучшить управление объемами медицинской помощи и их сбалансированность по видам.

По результатам комплексной экспертной оценки, проведенной МЗиСР в 2008 г., к субъектам РФ с высоким уровнем реализации территориальных программ отнесены Белгородская, Липецкая, Московская, Самарская, Свердловская области, Республики Татарстан и Чувашия, Ханты-Мансийский автономный округ, Пермский край. К территориям с низким уровнем реализации территориальных программ госгарантий отнесены Курская, Архангельская, Калининградская, Кировская, Курганская, Камчатская области и др.

7.4. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

Важным направлением совершенствования управления территориальной программой, повышения эффективности выделяемых для ее реализации ресурсов служит разработка информационной системы «Мониторинг территориальной программы государственных гарантий» (рис. 7.4), для которой используются показатели, утвержденные Указом Президента РФ от 28 июля 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

В управлении территориальной программой очень важно также учитывать мнение населения, проводя ежегодно социологический мониторинг. Результаты общероссийского опроса населения, осуществленного в декабре 2007 г. Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) показали, что около $\frac{2}{3}$ опрошенных достаточно часто пользуются бесплатной медицинской помощью, $\frac{1}{3}$ опрошенных отметили, что за бесплатной медицинской помощью обращаются редко. Результаты опроса выявили определенную дифференциацию в ответах респондентов прежде всего по таким факторам, как возраст и тип населенного пункта. Наиболее часто к бесплатным

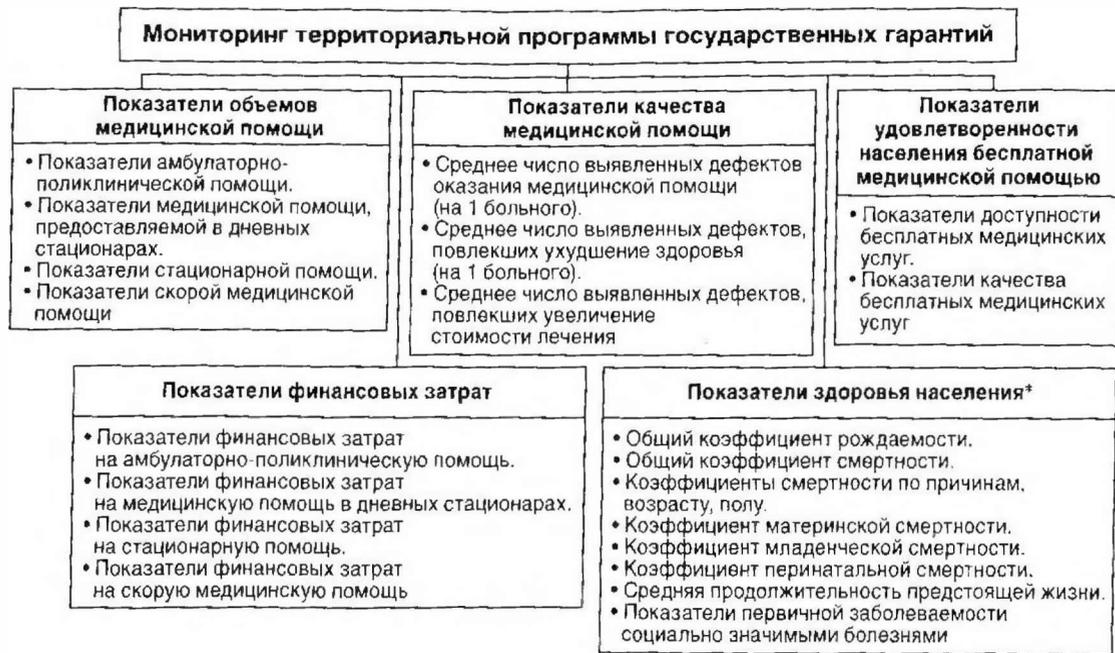


Рис. 7.4. Блок-схема информационной системы «Мониторинг территориальной программы государственных гарантий».

* С учетом региональных особенностей могут также рассчитываться показатели заболеваемости населения некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями, системы кровообращения, органов дыхания; летальность от инфаркта миокарда, инсульта; смертность от туберкулеза, злокачественных новообразований и др.

медицинским услугам обращаются люди пожилого возраста (60 лет и старше), а более высокий уровень востребованности бесплатных медицинских услуг фиксируется среди жителей мегаполисов. Существенно реже бесплатной медицинской помощью пользуются жители сел — 40%, что объясняется меньшей ее доступностью.

Вызывает беспокойство тот факт, что около 60% опрошенных не удовлетворены качеством бесплатных медицинских услуг; чуть меньше 30% респондентов оценивают качество предоставляемой бесплатной медицинской помощи положительно.

Основные причины неудовлетворенности качеством бесплатной медицинской помощи: большие очереди на прием к врачу — 33%, низкий уровень профессиональных знаний врачей — 22%, недоброжелательность медицинского персонала — 21%, недоступность некоторых врачей-специалистов — 13%. В то же время, несмотря на достаточно критичное отношение к здравоохранению, около 60% опрошенных россиян считают, что медицинская помощь должна оказываться в основном бесплатно.

Достаточно критические оценки качества бесплатных медицинских услуг практически не отразились на поведенческих стратегиях россиян при обращении в медицинские учреждения. Подавляющее большинство опрошенных (87%) указали, что намерены обратиться в случае своего заболевания в поликлинику по полису обязательного медицинского страхования. Доля респондентов, которые предпочитают лечение в поликлинике на платной основе, составляет 13%.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют говорить о достаточно высоком уровне востребованности среди различных социальных групп и слоев населения бесплатных медицинских услуг.

Для дальнейшего совершенствования механизмов обеспечения населения гарантированной (бесплатной) медицинской помощью необходимо принятие Федерального закона «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», в котором были бы определены порядок формирования и утверждения Программы, видов медицинской помощи, перечня услуг и лекарственных средств, стандартов медицинской помощи, источники и размеры отчислений на финансовое обеспечение Программы, мониторинг оценки эффективности и ответственность руководителей органов государственной власти за ее исполнение.

Глава 8

Развитие медицинского страхования в Российской Федерации

8.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Медицинское страхование — одна из форм социального страхования, которое, в свою очередь, является частью системы страхования в целом. Рассмотрим это более подробно.

Страхование представляет собой систему правовых и экономических отношений по защите интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых премий (страховых взносов), а также иных средств страховщиков.

Особенность страхования как вида предпринимательской деятельности заключается в том, что ей присущ известный риск, обусловленный обязанностью страховщика компенсировать оговоренный заранее ущерб. Страхование осуществляется в тех случаях, когда вероятность наступления рисков может быть оценена, и существуют определенные финансовые гарантии со стороны страховщика о компенсации ущерба.

Страхование можно классифицировать следующим образом:

- *по объекту страхования*: личное, имущественное, страхование ответственности;
- *по форме проведения*: обязательное, добровольное;
- *по способу образования и использования страховых резервов*: рисковое, накопительное;
- *по количеству застрахованных (в одном договоре)*: индивидуальное, коллективное.

Основная функция страхования в условиях рыночной экономики — это возмещение финансовых и материальных потерь гражданина или юридического лица, наступивших в результате болезней, несчастных случаев, стихийных бедствий, техногенных катастроф, неисполнения обязательств контрагентами (партнерами) и др.

Под социальным страхованием в широком смысле понимают систему, обеспечивающую гражданам право на труд, заработок

и справедливое распределение общественного продукта, а также гарантированную законом социальную защиту, возмещение убытков, оказание социальной помощи и услуг. Таким образом, **социальное страхование** — это система, защищающая граждан от факторов социального риска, к которым относятся: болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, безработица, старость, потеря кормильца, смерть и др. Кроме того, социальное страхование обеспечивает финансирование профилактических и оздоровительных мероприятий, предоставляет социальные гарантии по случаю беременности и родов, рождения ребенка.

Медицинское страхование — одна из форм социального страхования. Первым нормативным актом, положившим начало медицинского страхования в России, является Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», который был принят в 1991 г. Позднее, в 1993 г., законодатель внес в него ряд существенных изменений, и с этого момента правовой основой развития медицинского страхования в государстве стал Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Согласно закону, **медицинское страхование** — это 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.

Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» определяет правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования в РФ. Закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности органов государственной власти, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан в условиях рыночной экономики и обеспечивает конституционное право граждан Российской Федерации на гарантированную (бесплатную) медицинскую помощь.

В широком смысле медицинское страхование — это новая форма правовых и экономических отношений в сфере здравоохранения, обеспечивающая сохранение и восстановление здоровья населения в условиях рыночной экономики.

В Российской Федерации медицинское страхование осуществляется в двух видах: **обязательном** и **добровольном**. Рассмотрим организационно-правовую и финансовую основу каждого из этих видов в отдельности.

8.2. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

8.2.1. Проблемы становления обязательного медицинского страхования в России

Принятие в 1993 г. новой редакции Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» не могло сразу изменить положение в одной из самых сложных сфер общества — здравоохранении.

Внедрение обязательного медицинского страхования в России осуществлялось в сложной политической и социально-экономической ситуации. Изначально поставленные в законе цели и механизм их реализации устаревали, не успевая за происходящими изменениями в законодательстве и экономике, поэтому медицинские работники, население в первые годы реализации закона не увидели ожидаемых изменений в системе здравоохранения, улучшения организации и качества медицинской помощи. Более того, в то время социальные ожидания настолько превысили достигнутые результаты, что породили сомнения в правильности сделанного выбора — перехода на принципы медицинского страхования.

Одной из причин отсутствия ожидаемых результатов с введением закона было резкое сокращение бюджетного финансирования системы здравоохранения. Другая причина — неспособность страховых медицинских организаций выполнять возложенные на них законом функции дополнительного источника финансирования и защиты прав пациентов. В первую очередь это было связано с выраженным дефицитом финансирования (страховые организации не могли приращивать финансовые средства путем размещения свободных финансовых ресурсов на банковских депозитах и в ценных бумагах), а также с несовершенством действующего законодательства, поэтому в последующем законодатель ввел в правовое поле новые субъекты страхования, — **Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования**, — как самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования.

В то же время финансовая ситуация в системе ОМС не улучшалась вследствие сохранения на исходно низком уровне тарифа страхового

вноса на работающее население. Ситуация усугублялась и тем, что планируемый объем финансирования в системе ОМС уменьшался за счет выраженного недопоступления из местных бюджетов платежей на неработающее население, а также прямых изъятий органами исполнительной власти финансовых средств ТФОМС на цели, не связанные с охраной здоровья граждан. Кроме того, финансовые органы с момента поступления из фондов ОМС дополнительных средств уменьшали, пропорционально им, бюджетную долю расходов на здравоохранение, тем самым сводя на нет увеличение финансирования системы здравоохранения.

Ситуация обострилась еще рядом обстоятельств. Перенос акцентов финансирования с бюджета на фонды ОМС привел в ряде субъектов РФ к смещению центра управления от органов управления здравоохранением к ТФОМС, что, в свою очередь, стало причиной конфликтных ситуаций.

Неоднозначное отношение вызвала предусмотренная законом норма, позволяющая фондам ОМС наращивать финансовые ресурсы, размещая их в ценных бумагах и банковских депозитах. По тем временам эта законодательная норма была сама по себе настолько революционной, что в условиях жесточайшего финансового дефицита, естественно, не могла не вызвать у медицинской общественности негативную реакцию.

Внедрение ОМС проходило в условиях обострения экономического кризиса в стране, задержек в выплате заработной платы, снижения уровня жизни населения. На этом фоне формирования новых организационных структур (фондов, страховых медицинских организаций), которые располагали для своего развития иными, чем организации здравоохранения, финансовыми ресурсами, породило в среде работников здравоохранения чувство социальной несправедливости и как следствие этого неприятие самой системы ОМС.

Система ОМС планировалась как эффективная форма социальной защиты граждан в грядущих рыночных реформах. ОМС должно было защитить граждан, которые получали медицинскую помощь при советской системе здравоохранения, от случайностей рынка и сохранить им гарантии бесплатной медицины. В перспективе — создать эффективную систему управления качеством медицинской помощи, повысить правовую ответственность медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности, обеспечить права пациента на получение гарантированной (бесплатной) меди-

цинской помощи, свободу выбора врача и медицинских учреждений. Не все, что было задумано, удалось.

Еще одной существенной проблемой внедрения ОМС оказались чрезмерно большие обязательства государства по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью в объеме Программы государственных гарантий.

Сохранение дисбаланса между государственными обязательствами в системе ОМС и их реальным финансовым обеспечением оказалось серьезным препятствием в развитии ОМС. При этом реальны два пути решения проблемы: первый — пересмотр обязательств государства в сторону их уменьшения, второй — перераспределение фондов потребления в пользу здравоохранения.

В период становления ОМС были и другие отрицательные моменты: рост цен на медикаменты, изделия медицинского назначения, продукты лечебного питания, медицинские услуги, что, безусловно, тяжким бременем легло на пациентов и систему здравоохранения в целом. Процесс оказания платных медицинских услуг стал неуправляемым, что привело к формированию теневого сектора в здравоохранении. Государство стало выделять все меньше средств на общеоздоровительные мероприятия, профилактику, санаторно-курортное лечение, что в итоге негативно сказалось на состоянии здоровья нации.

Эти и другие проблемы, безусловно, не способствовали популяризации ОМС, замедляли совершенствование и развитие его правовых, организационных и финансовых механизмов.

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 всеведомственный контроль над ее качеством, 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. Важно отметить, что введение обязательного медицинского страхования способствовало созданию организационно-правовых механизмов защиты прав пациента как потребителя медицинских услуг.

8.2.2. Организация обязательного медицинского страхования на современном этапе развития здравоохранения

ОМС призвано обеспечить всем гражданам России равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС, как составной части Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

В системе ОМС объект страхования — страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. При этом **страховой риск** — это предполагаемое, возможное событие, а **страховой случай** — уже совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (заболевание, травма, беременность, роды).

Участники (субъекты) ОМС — это гражданин, страхователь, страховая медицинская организация (СМО), медицинское учреждение, фонды обязательного медицинского страхования (ФОМС) (рис. 8.1). Обязательное медицинское страхование осуществляется на основе договоров, заключаемых между субъектами медицинского страхования.



Рис. 8.1. Субъекты обязательного медицинского страхования

Страхователями при обязательном медицинском страховании являются: для неработающего населения — органы исполнительной

власти субъектов РФ и органы местного самоуправления; для работающего населения — организации, индивидуальные предприниматели, частные нотариусы, адвокаты, физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования.

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор обязательного медицинского страхования или который самостоятельно заключил такой договор, получает страховой медицинский полис, имеющий одинаковую силу на всей территории РФ.

Граждане Российской Федерации в системе ОМС имеют право на:

- выбор страховой медицинской организации, медицинского учреждения и врача;
- получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
- предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба.

Наряду с гражданами РФ такие же права в системе ОМС имеют находящиеся на территории России лица, не имеющие гражданства, и постоянно проживающие в России иностранные граждане.

Функции страховщиков в обязательном медицинском страховании выполняют **страховые медицинские организации и территориальные фонды обязательного медицинского страхования**.

В обязательном медицинском страховании граждан могут участвовать страховые медицинские организации с любой формой собственности, имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Основная задача страховой медицинской организации — осуществление ОМС путем оплаты медицинской помощи, предоставляемой гражданам в соответствии с **территориальной программой обязательного медицинского страхования**. СМО осуществляют контроль объема и качества медицинских услуг, а также обеспечивают защиту прав застрахованных, вплоть до предъявления в судебном порядке исков медицинскому учреждению или медицинско-

му работнику на материальное возмещение материального или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Финансовые средства системы ОМС формируются за счет отчислений страхователей на всех работающих и неработающих граждан. Размер страхового взноса на работающее население устанавливается федеральным законом как процентная ставка к начисленной оплате труда каждого работника в составе единого социального налога. В 2008 г. размер взноса на ОМС работающего населения составлял 3,1%. Размер страхового взноса на неработающих граждан ежегодно устанавливается органами государственной власти субъекта РФ при утверждении территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи за счет средств, предусмотренных на эти цели в бюджете субъекта РФ. Эти взносы аккумулируются в Федеральном и территориальных фондах ОМС.

Финансирование страховых медицинских организаций осуществляют ТФОМС на основе дифференцированных подушевых нормативов и числа застрахованных граждан. Финансовые отношения между страховыми медицинскими организациями и ТФОМС регулируются договором о финансировании ОМС и территориальными правилами ОМС, которые утверждаются соответствующими органами государственной власти субъекта РФ.

Важную роль по защите интересов граждан при получении медицинской помощи выполняют эксперты страховых медицинских организаций, которые осуществляют контроль объема, сроков и качества оказания медицинской помощи (медицинских услуг) при возникновении страхового случая.

Федеральный и территориальные фонды ОМС являются самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями, реализующими государственную политику в области ОМС. Федеральный фонд ОМС создается высшим органом законодательной власти России и Правительством РФ. Территориальные фонды ОМС создаются соответствующими органами законодательной и исполнительной власти субъектов РФ. Фонды ОМС это юридические лица, и их средства отделены от средств государственного бюджета. Фонды ОМС предназначены для накопления финансовых средств, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

Медицинскую помощь в системе ОМС оказывают организации здравоохранения любой формы собственности, получившие соответствующую лицензию в установленном порядке (подробнее см. главу 9).

В условиях децентрализации управления государственными и муниципальными медицинскими учреждениями со стороны государственных органов управления здравоохранением механизм лицензирования позволяет решать вопросы оптимизации структуры медицинской помощи и повышения уровня технической оснащенности медицинских учреждений, приводя объемы и условия оказания медицинской помощи застрахованному населению в соответствии с программами ОМС.

Последние годы вошло в практику допускать организации здравоохранения частных форм собственности к участию в реализации территориальных программ ОМС на конкурсной основе. Это способствует созданию конкурентной среды и является фактором повышения качества и снижения затрат на оказание медицинской помощи застрахованным.

Медицинские учреждения финансируются страховыми медицинскими организациями на основании предъявляемых счетов. Оплата счетов осуществляется по тарифам в соответствии с объемом медицинской помощи, оказанной учреждением. Для амбулаторно-поликлинических учреждений такой единицей помощи является врачебное посещение, для стационарных — законченный случай госпитализации.

Анализ внедрения ОМС в отдельных субъектах РФ показывает, что на сегодняшний день можно выделить четыре модели организации ОМС в различных субъектах РФ.

- **Первая модель** в основном соответствует законодательной базе и наиболее полно учитывает основные принципы реализации государственной политики в области ОМС. Средства от страхователей (предприятий и органов исполнительной власти) поступают на счет ТФОМС. Фонд аккумулирует финансовые средства и по договорам со СМО осуществляет их перевод для финансирования деятельности организаций здравоохранения. СМО заключают договора непосредственно с медицинскими организациями и со страхователями.
- **Вторая модель** представляет комбинированную систему ОМС. Это означает, что страхованием граждан (выдачей полисов и финансированием медицинских учреждений) занимаются не только СМО, но и филиалы ТФОМС.

- **Третья модель** характеризуется отсутствием в системе ОМС страховых медицинских организаций. Эти функции выполняют ТФОМС и их филиалы.
- **Четвертая модель** характеризуется отсутствием в регионах системы ОМС как таковой. В этих субъектах РФ Закон РФ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» выполняется только в части сбора страховых взносов за работающее население. Этими средствами распоряжаются местные органы управления здравоохранения, финансируя напрямую медицинские учреждения.

Анализ многолетнего опыта становления системы ОМС в Российской Федерации показал, что для обеспечения эффективного расходования финансовых средств и предоставления населению качественной медицинской помощи наиболее подходит первая модель организации обязательного медицинского страхования.

Таким образом, являясь составной частью государственного социального страхования, ОМС носит выраженный социальный характер. Его основные принципы — это:

- **всеобщий и обязательный характер:** все граждане Российской Федерации независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг, включенных в базовую и территориальные программы ОМС;
- **государственный характер обязательного медицинского страхования:** реализацию государственной финансовой политики в области охраны здоровья граждан обеспечивают Федеральный и территориальные фонды ОМС как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные организации. Все средства ОМС находятся в государственной собственности;
- **общественная солидарность и социальная справедливость:** страховые взносы и платежи перечисляются за всех граждан, но расходование этих средств осуществляется лишь при обращении за медицинской помощью (принцип «здоровый платит за больного»); граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение бесплатной медицинской помощи (принцип «богатый платит за бедного»); несмотря на то, что расходы на оказание медицинской помощи гражданам в старшем возрасте больше, чем в молодом, страховые взносы и платежи перечисляются в одинаковом размере за всех граждан, независимо от возраста (принцип «молодой платит за старого»).

Главное направление дальнейшего совершенствования системы ОМС — создание условий устойчивого финансирования медицинских организаций для предоставления населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи в рамках базовой и территориальных программ ОМС.

Для этого необходимо последовательное решение целого ряда задач:

- обеспечить сбалансированность доходов системы ОМС и обязательств государства по предоставлению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи застрахованным гражданам;
- разработать правовые механизмы ответственности исполнительной власти субъектов Российской Федерации за выполнение обязательств страхователя неработающего населения, проживающего на данной территории;
- разработать новые подходы к формированию базовой и территориальных программ ОМС в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Важнейшей задачей остается поиск механизмов увеличения объемов финансирования системы ОМС.

Дополнительным источником финансирования могут быть средства Пенсионного фонда РФ на финансирование расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам.

По мере развития реформы ОМС должны решаться задачи, связанные с расширением участия населения в системе ОМС. При этом увеличение доли финансового участия населения должно сопровождаться повышением качества и расширением перечня медицинских услуг. Обязательным условием цивилизованного развития системы ОМС должна стать выработка правовых и финансовых механизмов, позволяющих исключить неформальные платежи пациентов медицинским работникам.

Одной из форм участия граждан в медицинском страховании могут стать предоставление возможности добровольного отказа от участия в системе ОМС и решение вопроса оплаты медицинской помощи через систему добровольного медицинского страхования.

И наконец, главное направление реформы обязательного медицинского страхования — создание в перспективе единой системы медико-социального страхования, которая смогла бы обеспечить население необходимым комплексом социальных гарантий, включая оказание гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

Обязательным условием этого должен быть переход на одноканальное финансирование системы здравоохранения.

8.3. ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

В отличие от ОМС как части системы социального страхования, ДМС является частью личного страхования и видом финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

ДМС осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

В истории становления ДМС в современной России можно выделить четыре основных этапа.

Первый этап — 1991–1993 гг.

В это время проводилась кампания заключения договоров, предусматривающих уплату страхователем страховой премии, которая включала в себя стоимость гарантированной оплаты лечения, а также расходы на ведение страхового дела. Так же осуществлялось закрепление застрахованного контингента к выбранным страхователем медицинским учреждениям.

Второй этап — 1993–1994 гг.

В этот период в договорах ДМС устанавливался предел ответственности страховщика по оплате застрахованным медицинских услуг в размере страховой суммы, превышающей величину страхового взноса. При этом возврат страхового взноса не был предусмотрен.

Третий этап — 1995–1998 гг.

Характеризовался запретом на проведение операций ДМС по договорам, предусматривающим возврат страхователю неизрасходованной на оплату лечения части взноса по окончании срока страхования. С этого момента актуальным стал вопрос о необходимости проведения медицинского страхования как одного из классических видов страхования, позволяющего страховой компании нести ответственность в пределах страховой суммы, которая определяется состоянием здоровья застрахованного и финансовыми возможностями страхователя.

Четвертый этап — с 1998 г. по настоящее время

После августовского кризиса 1998 г. наступил качественно новый этап развития ДМС.

С этого времени одной из главных задач ДМС становится обеспечение высокого уровня оказания отдельных медицинских услуг дополнительно к программе ОМС. Она реализуется за счет собственных средств, полученных непосредственно от граждан или средств работодателя, дополнительно страхующего своих работников.

Размеры страховых взносов по ДМС устанавливаются страховыми медицинскими организациями самостоятельно и зависят от вида рисков, правил страхования, принятых конкретным страховщиком, стоимости медицинских и других услуг, числа застрахованных и т.п.

Добровольное страхование осуществляется на основе договора между страхователем (работодателем), страховщиком и организацией здравоохранения. Правила добровольного страхования, определяющие общие условия и порядок его проведения, устанавливаются страховщиком самостоятельно, но в соответствии с Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Развитие медицинского страхования предполагает сотрудничество государственной системы здравоохранения и системы ДМС. Определяющими условиями такого взаимодействия являются в первую очередь расширение рынка платных медицинских услуг и активизация в связи с этим деятельности компаний, работающих по программам ДМС, а также желание страховых компаний участвовать в финансировании региональных целевых медико-социальных программ. В этом случае реализуются интересы всех участников медицинского страхования. Для организаций здравоохранения это получение дополнительного финансирования по целевым медико-социальным программам, возможность повышения качества медицинской помощи и развития сервисных услуг. Для территориальных фондов ОМС — возможность совместной реализации программ ОМС и ДМС и устранение тем самым практики «двойной оплаты» одной и той же медицинской услуги в учреждениях здравоохранения. Для страховых компаний это возможность увеличения числа страхователей и застрахованных. Для предприятий — получение дополнительных, высокого качества медицинских услуг, предоставляемых работникам в рамках трудовых коллективных договоров.

Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования представлены в табл. 8.1.

Таблица 8.1. Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования¹

№ п/п	Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
1	Некоммерческое	Коммерческое
2	Один из видов социального страхования	Один из видов личного страхования
3	Всеобщее массовое	Индивидуальное или групповое
4	Регламентируется Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»	Регламентируется Законами РФ «Об организации страхового дела в РФ» и «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»
5	Осуществляется государственными или контролируруемыми государством организациями	Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности
6	Правила страхования определяются государством	Правила страхования определяются страховыми организациями
7	Страхователи — работодатели, органы государственной власти, органы местного самоуправления	Страхователи — юридические и физические лица
8	Осуществляется за счет взносов работодателей, государственного бюджета	Осуществляется за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей
9	Программа (гарантированный минимум услуг) утверждается органами государственной власти	Программа (гарантированный минимум услуг) определяется договором страховщика и страхователя
10	Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике	Тарифы устанавливаются договором между страховщиком и страхователем
11	Система контроля качества устанавливается государственными органами	Система контроля качества устанавливается договором страхования
12	Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности — обязательного медицинского страхования	Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности
13	При наступлении страхового случая — субсидарная ответственность	При наступлении страхового случая — возмещение суммы страхового взноса

¹ По материалам Ю.П. Лисицына, А.И. Вядкова, В.И. Стародубова, Ю.В. Михайловой.

Глава 9

Лицензирование медицинской деятельности

9.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В соответствии с действующим в Российской Федерации законодательством медицинская деятельность, которую осуществляют государственные, муниципальные, частные организации здравоохранения и индивидуальные предприниматели, подлежит обязательному лицензированию.

Лицензирование — это выдача государственного разрешения медицинской организации (индивидуальному предпринимателю) на осуществление ею определенных видов медицинской деятельности и услуг. Лицензирование является правовой процедурой, осуществляемой уполномоченными для этой цели исполнительными органами государственной власти, и включает в себя проверку лицензионных требований и условий, обязательных для соблюдения соискателями лицензий. Медицинская деятельность, подлежащая лицензированию, включает в себя выполнение работ (услуг) по оказанию доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной, высокотехнологичной, скорой и санаторно-курортной медицинской помощи. Цель лицензирования — защита прав пациента как потребителя медицинских товаров и услуг при оказании ему медицинской помощи.

Механизм лицензирования, как элемент государственного регулирования в сфере здравоохранения, базируется на законодательных и разработанных на их основе подзаконных актах. Ведомственные нормативные акты, как правило, конкретизируют требования к осуществлению лицензируемого вида деятельности.

Основные нормативные правовые акты, регулирующие лицензирование медицинской деятельности:

- Федеральный закон от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

- Федеральный закон от 08.08.2001 № 134-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)»;
- постановление Правительства РФ от 22 января 2007 г. № 30 «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности»;
- Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и др.

Несмотря на большую законотворческую работу, проводимую последние годы МЗиСР РФ, существующая законодательная база по лицензированию медицинской деятельности в Российской Федерации далека от международных стандартов и требует постоянного совершенствования.

Основные принципы, на которых базируется система лицензирования медицинской деятельности, включают установление единого порядка лицензирования, лицензионных требований и условий, гласность, открытость и соблюдение законности при осуществлении лицензирования.

Лицензирование в сфере здравоохранения имеет две принципиальные особенности. Критерии, определяющие лицензирование медицинских видов деятельности, связаны, прежде всего, с состоянием здоровья граждан.

Другая особенность заключается в выраженной социальной значимости видов медицинской деятельности, на которые необходимо получать лицензии. Таким образом, роль государственного регулирования в этой сфере значительна и многопланова. В связи с тем что лицензирование подразумевает некое законодательное ограничение осуществления тех или иных действий в сфере оказания медицинской помощи населению, методы и формы государственного контроля в этой сфере должны быть четкими и идентичными на всей территории РФ.

Лицензирование представляет собой комплекс организационно-правовых мероприятий, предусматривающих:

- рассмотрение заявлений о предоставлении лицензии и выдача лицензий;
- переоформление документов, подтверждающих наличие лицензий;
- приостановление, возобновление и прекращение действия лицензий, аннулирование лицензий;

- контроль лицензирующих органов за соблюдением лицензиатами соответствующих лицензионных требований и условий;
- ведение реестров лицензий, предоставление в установленном порядке заинтересованным лицам информации о лицензировании.

Процедура рассмотрения заявления соискателя лицензии и получения лицензии на медицинскую деятельность состоит из пяти организационных этапов.

Первый этап. Проведение экспертизы документов сотрудниками лицензирующего органа, которая включает в себя проверку наличия (полноты), качества оформления и достоверности необходимых для получения лицензии документов.

Второй этап. Вынесение экспертного заключения по представленному пакету документов.

Третий этап. Экспертное обследование объекта, где планируется осуществление медицинской деятельности.

Четвертый этап. Вынесение экспертного заключения по результатам обследования объекта.

Пятый этап. Принятие лицензирующим органом решения о выдаче или отказе в выдаче лицензии.

Лицензия (от лат. *licentia* — свобода, право) представляет собой специальное разрешение на осуществление конкретного вида деятельности при обязательном соблюдении лицензионных требований и условий, выданное лицензирующим органом юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю. Только при наличии такого разрешения организации здравоохранения имеют право на оказание медицинской помощи населению.

Согласно действующему законодательству лицензирование медицинской деятельности осуществляют: органы исполнительной власти субъектов РФ в части деятельности, осуществляемой муниципальными и частными организациями здравоохранения, а также Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития — в части деятельности, осуществляемой государственными организациями здравоохранения, а также муниципальными и частными организациями здравоохранения в части оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

9.2. ЛИЦЕНЗИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ И УСЛОВИЯ

Для обеспечения процедуры лицензирования п. 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. № 30, устанавливаются следующие лицензионные требования и условия:

- наличие принадлежащих на праве собственности или на ином законном основании зданий, помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения заявленных к лицензированию работ или услуг;
- наличие у руководителя, его заместителя, руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности юридического лица, а также у индивидуального предпринимателя высшего (среднего — в случае выполнения работ / услуг по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет;
- наличие в штате или привлечение на ином законном основании специалистов, имеющих высшее или среднее профессиональное (медицинское) образование и соответствующий сертификат специалиста;
- повышение квалификации специалистов не реже одного раза в 5 лет;
- соблюдение разрешенных медицинских технологий и санитарных правил;
- обеспечение контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам);
- соблюдение правил предоставления платных медицинских услуг;
- наличие в штате специалистов, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности;
- ведение учетной и отчетной медицинской документации.

Только при соблюдении организацией здравоохранения вышеперечисленных требований она может осуществлять медицинскую деятельность.

9.3. ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ЛИЦЕНЗИЙ

Получение лицензии

Для получения лицензии организация здравоохранения (индивидуальный предприниматель) представляет в лицензирующий орган следующие документы:

- заявление о предоставлении лицензии с указанием видов работ (услуг);
- копии учредительных документов;
- документ, подтверждающий уплату государственной пошлины за рассмотрение лицензирующим органом заявления о предоставлении лицензии;
- копии документов, подтверждающих наличие на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, оборудования и другого материально-технического оснащения;
- копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя (индивидуального предпринимателя);
- копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии или привлекаемых им на законном основании для осуществления работ (услуг);
- копии регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на используемую медицинскую технику;
- копии документов об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности;
- копию выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности.

Процедура предоставления лицензии предусматривает проверку соответствия организаций здравоохранения (индивидуального предпринимателя) лицензионным требованиям и условиям, в том числе наличия помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для осуществления заявленных видов деятельности, надлежащего уровня квалификации персонала, санитарно-технического состояния, противопожарной безопасности и др.

Рассмотрение документов, проведение необходимых проверок и принятие решения о предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности осуществляется в срок до 45 дней со дня поступления заявления в лицензирующий орган.

Далее лицензирующий орган принимает решение о выдаче (или отказе в выдаче) лицензии по заявленным видам деятельности.

В случае положительного решения лицензия выдается сроком на 5 лет.

В предоставлении лицензии на осуществление медицинской деятельности отказывается по следующим основаниям:

- при наличии в документах, представленных соискателем лицензии, недостоверной или искаженной информации;
- при несоответствии соискателя лицензии, принадлежащих ему или используемых им объектов лицензионным требованиям и условиям.

Практика последних лет показывает, что основными причинами отказов в выдаче лицензионных документов являются непредоставление лицензиатом документов, подтверждающих право собственности (или иного законного основания) на помещение, и документов, свидетельствующих о квалификации сотрудников. Так, до 80% отказов происходит из-за отсутствия документов, подтверждающих права владения помещением.

Переоформление лицензии

Переоформление документа, подтверждающего наличие лицензии, производится в случаях:

- реорганизации юридического лица;
- изменения его наименования или места нахождения либо изменения имени или места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменения адресов мест осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем медицинской деятельности и в иных, предусмотренных законодательством, случаях.

При этом лицензиат обязан подать заявление о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии. В заявлении указываются новые сведения о лицензиате (его правопреемнике) и данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц или единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей.

Заявление о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии, подается лицензиатом не позднее чем через 15 дней со дня внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальных предпринимателей либо со дня изменения адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности.

Переоформление документа, подтверждающего наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности, производится в течение 10 дней со дня получения лицензирующим органом соответствующего заявления.

9.4. КОНТРОЛЬ НАД СОБЛЮДЕНИЕМ ЛИЦЕНЗИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ И УСЛОВИЙ

Контроль за осуществлением организацией здравоохранения (индивидуальным предпринимателем) медицинской деятельности в соответствии с полученной лицензией осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, а также уполномоченными органами исполнительной власти субъектов РФ. Этот контроль производится в форме плановых и внеплановых проверок.

Плановые мероприятия по контролю за соблюдением организацией здравоохранения (индивидуальным предпринимателем) лицензионных требований и условий медицинской деятельности проводятся не более чем 1 раз в 2 года.

Внеплановые мероприятия по контролю за соблюдением лицензиатами лицензионных требований и условий медицинской деятельности осуществляются в следующих случаях:

- с целью контроля исполнения предписаний об устранении нарушений, выявленных в ходе плановых мероприятий;
- при получении информации о возникновении аварийных ситуаций, об изменениях или нарушениях технологических процессов, выходе из строя сооружений, оборудования, которые могут непосредственно причинить вред жизни, здоровью, имуществу граждан, окружающей среде;
- при обращении граждан, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей с жалобами на нарушения их прав и законных интересов действиями (бездействием) иных юридических лиц и (или) индивидуальных предпринимателей.

Продолжительность плановых и внеплановых мероприятий по контролю не должна превышать 1 мес. В исключительных случаях, связанных с необходимостью проведения специальных исследований (испытаний), экспертиз со значительным объемом мероприятий по контролю, руководителем лицензирующего органа срок проведения мероприятия по контролю может быть продлен, но не более чем на 1 мес.

По результатам проведения мероприятия по контролю должностным лицом лицензирующего органа, осуществляющим проверку, составляется акт установленной формы в двух экземплярах, один экземпляр которого вручается проверяемой организации здравоохранения (индивидуальному предпринимателю).

При выявлении в ходе проведения мероприятий по контролю грубых нарушений лицензионных требований и условий, а также иных обстоятельств, которые могут причинить вред жизни, здоровью, имуществу граждан, окружающей среде, должностным лицом лицензирующего органа составляется протокол об административном правонарушении.

9.5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ ЛИЦЕНЗИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ И УСЛОВИЙ

Ответственность за нарушение лицензионных требований и условий установлена Кодексом об административных правонарушениях РФ и Уголовным кодексом РФ.

При осуществлении медицинской деятельности наиболее часто встречаются нарушения лицензионных требований и условий, связанные с невыполнением регламента технического обслуживания имеющегося медицинского оборудования, некачественным ведением первичной медицинской документации, отсутствием документов о профессиональном (медицинском) образовании сотрудников.

Кодексом об административных правонарушениях Российской Федерации предусмотрены различные санкции за нарушения в области законодательства о лицензировании медицинской деятельности.

Так, п. 2 ст. 14.1 Кодекса об административных правонарушениях (КоАП) РФ предусматривает ответственность за осуществление предпринимательской деятельности без лицензии. Данное правонарушение влечет наложение административного штрафа (возможно, с

конфискацией произведенных медицинских товаров, орудий производства и сырья) в размере:

- 2000–2500 рублей — на граждан;
- 4000–5000 рублей — на должностных лиц;
- 40–50 тыс. рублей — на юридических лиц.

В соответствии с п. 3 ст. 14.1 КоАП РФ осуществление предпринимательской деятельности с нарушением условий, предусмотренных лицензией, влечет наложение административного штрафа на граждан в размере 1500–2000 рублей; на должностных лиц — 3000–4000 рублей; на юридических лиц — 30–40 тыс. рублей.

Осуществление предпринимательской деятельности с грубым нарушением условий, предусмотренных лицензией, влечет за собой:

- наложение административного штрафа в размере 4000–5000 рублей или административное приостановление деятельности на срок до 90 сут для лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица;
- наложение административного штрафа в размере 4000–5000 рублей для должностных лиц;
- наложение административного штрафа в размере 40–50 тыс. рублей или административное приостановление деятельности на срок до 90 сут для юридических лиц (п. 4 ст. 14.1 КоАП РФ).

Медицинская организация (индивидуальный предприниматель) может быть привлечена к уголовной ответственности на основании ст. 171 УК РФ, согласно которой осуществление предпринимательской деятельности без лицензии или с нарушением лицензионных требований и условий, если такое нарушение причинило крупный ущерб гражданам, организациям или государству либо сопряжено с извлечением дохода в крупном размере. Это правонарушение наказывается штрафом в размере до 300 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 2 лет, либо обязательными работами на срок от 180 до 240 ч, либо арестом на срок от 4 до 6 мес.

То же деяние, совершенное организованной группой лиц либо сопряженное с извлечением дохода в особо крупном размере, наказывается штрафом в размере 100–500 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 со штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 мес или без такового.

9.6. ПОРЯДОК ПРИОСТАНОВЛЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ЛИЦЕНЗИИ

Вопрос об административном приостановлении деятельности организации здравоохранения решается в судебном порядке после проведения лицензирующим органом соответствующих процедур. Алгоритм приостановления и прекращения действия лицензии представлен на рис. 9.1.



Рис. 9.1. Алгоритм приостановления и прекращения действия лицензии

Административное приостановление деятельности организации здравоохранения (индивидуального предпринимателя) должно происходить на основании решения суда, как правило, по фактам, доказывающим неспособность соблюдения лицензиатом лицензионных требований и условий, влекущих непосредственную угрозу жизни и здоровью граждан.

В случае вынесения судом решения об административном приостановлении деятельности за нарушение лицензионных требований и условий действие лицензии приостанавливается, о чем организации здравоохранения (индивидуальному предпринимателю) направляется соответствующее уведомление.

Организация здравоохранения (индивидуальный предприниматель), получившая уведомление, обязана устранить допущенные ею нарушения лицензионных требований и условий в установленный срок.

При устранении нарушений действие лицензии возобновляется со дня, следующего за днем истечения срока административного приостановления деятельности, или со дня, следующего за днем его досрочного прекращения. Срок действия лицензии на время приостановления ее действия не продлевается.

Если в установленный срок организация здравоохранения не устранила нарушения лицензионных требований и условий, лицензирующий орган обязан обратиться в суд с заявлением об аннулировании лицензии. Лицензия аннулируется решением суда.

Основания прекращения лицензии:

- ликвидация юридического лица;
- прекращение деятельности юридического лица в результате реорганизации, за исключением реорганизации в форме преобразования или слияния;
- прекращение физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя;
- окончание срока действия лицензии или принятие лицензирующим органом решения о досрочном прекращении действия лицензии на основании представленного в лицензирующий орган заявления;
- вступление в законную силу решения суда об аннулировании лицензии.

Дальнейшее развитие организационно-правового механизма лицензирования медицинской деятельности должно идти, прежде всего,

по пути совершенствования системы стандартизации, предусматривающей разработку и установление современных нормативов, правил, требований, условий, технологий при производстве и реализации медицинских товаров и услуг. Важным направлением повышения эффективности лицензирования является дальнейшее совершенствование нормативной правовой базы, определяющей единые принципы и подходы к использованию процедуры лицензирования на всей территории РФ, а также судебной практики рассмотрения случаев нарушения лицензионных требований и условий.

Глава 10

Совершенствование организации амбулаторно-поликлинической помощи

10.1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Амбулаторно-поликлиническая помощь — это самый массовый вид медицинской помощи, которую получают около 80% всех больных, обращающихся в организации здравоохранения. К основным типам амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) относятся: поликлиники (для взрослых, детей, стоматологические), диспансеры, центры общей врачебной (семейной) практики, женские консультации и др.

Организация деятельности АПУ базируется на четырех основополагающих принципах, представленных на рис. 10.1.



Рис. 10.1. Основные принципы оказания амбулаторно-поликлинической помощи

Профилактическая направленность

АПУ призваны играть ведущую роль в формировании здорового образа жизни как комплекса мер, позволяющего сохранять и укреплять здоровье населения, повышать качество жизни.

Приоритетное направление деятельности поликлиники — диспансерная работа. **Диспансеризация** — это направление деятельности медицинских учреждений, включающее комплекс мер по формированию здорового образа жизни, профилактике и ранней диагностике заболеваний, эффективному лечению больных и их динамическому наблюдению.

В профилактической деятельности АПУ выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику (см. раздел 2.9).

Диспансерный метод, прежде всего, используется в работе с определенными группами здоровых людей (детьми, беременными, спортсменами, военнослужащими и т.д.), а также с больными, подлежащими диспансерному наблюдению. В процессе диспансеризации осуществляется взятие этих контингентов на учет с целью раннего выявления заболеваний, комплексного лечения, проведение мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

К важному направлению профилактической работы АПУ относится прививочная работа. Детскому населению профилактические прививки проводятся по соответствующему календарю прививок, взрослому населению — по желанию и показаниям.

Участковость

Большая часть АПУ работают по участковому принципу, т.е. за учреждениями закреплены определенные территории, которые, в свою очередь, разделены на территориальные участки. Участки формируются в зависимости от численности населения. За каждым участком закреплены участковый врач (терапевт, педиатр) и участковая медицинская сестра. При формировании участков для обеспечения равных условий работы участковых врачей следует учитывать не только численность населения, но и протяженность участка, тип застройки, удаленность от поликлиники, транспортная доступность и другие факторы.

Доступность

Реализация этого принципа обеспечивается широкой сетью АПУ, действующих на территории РФ. В 2008 г. в России функционировало 11 241 АПУ, в которых медицинская помощь была оказана более 50 млн человек. Любой житель страны не должен иметь препятствий

для обращения в АПУ как по месту жительства, так и на территории, где в настоящее время находится. Доступность и бесплатность амбулаторно-поликлинической помощи населению обеспечиваются в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Преимственность и этапность лечения

Амбулаторно-поликлиническая помощь является первым этапом единого технологического процесса оказания медицинской помощи: поликлиника—стационар—учреждения восстановительного лечения. Как правило, пациент вначале обращается к участковому врачу поликлиники. В случае необходимости он может быть направлен в консультативно-диагностический центр, диспансер (онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический и др.), больничное учреждение, центр медицинской и социальной реабилитации. Между этими звеньями оказания медицинской помощи должна существовать преимущественность, позволяющая исключать дублирование диагностических исследований, ведения медицинской документации, тем самым обеспечить комплексность в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации больных. Одно из направлений достижения этого — внедрение электронной истории болезни (электронного паспорта больного).

Дальнейшее развитие амбулаторно-поликлинической помощи должно быть направлено на решение следующих задач: обеспечение доступности этого вида медицинской помощи для всех групп населения, проживающих в любых регионах страны; полное удовлетворение потребности населения в квалифицированной лечебно-профилактической и медико-социальной помощи; усиление профилактической направленности в деятельности АПУ; повышение эффективности работы АПУ, совершенствование управления; повышение культуры и качества медико-социальной помощи.

10.2. ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Городская поликлиника для взрослых является учреждением здравоохранения, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь

населению в возрасте 18 лет и старше. Поликлиники организуются в составе больничных учреждений (областной, краевой, республиканской, окружной, центральной районной больницы, медико-санитарной части) или могут быть самостоятельными учреждениями.

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 здорового образа жизни.

Примерная организационная структура городской поликлиники для взрослых представлена на рис. 10.2.

Поликлинику возглавляет **главный врач**, который осуществляет руководство деятельностью учреждения и несет ответственность за качество и культуру лечебно-профилактической помощи, а также организационную, административно-хозяйственную и финансовую деятельность. Он разрабатывает план работы учреждения и организует его выполнение.

Главный врач проводит подбор кадров медицинского и административно-хозяйственного персонала, несет ответственность за их работу, выносит поощрения хорошо работающим инициативным сотрудникам и привлекает к дисциплинарной ответственности нарушителей трудовой дисциплины, осуществляет расстановку кадров, организует повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала, готовит резерв руководителей подразделений, устанавливает распорядок работы учреждения, утверждает графики работы персонала и т.д.

Главный врач является распорядителем кредитов, контролирует правильность исполнения бюджета и обеспечивает экономное и рациональное расходование средств, сохранность материальных ценностей, обеспечивает правильное составление и своевременное представление в соответствующие инстанции статистических, меди-



Рис. 10.2. Примерная организационная структура городской поликлиники для взрослых

цинских и финансовых отчетов, обеспечивает своевременное рассмотрение жалоб и заявлений населения, принимает по ним необходимые меры.

Из наиболее квалифицированных и обладающих организаторскими способностями врачей главный врач назначает своего первого заместителя — **заместителя по лечебной работе**, который в период отсутствия главного врача исполняет его обязанности. Он фактически отвечает за всю профилактическую и лечебно-диагностическую деятельность учреждения. У главного врача есть и другие заместители: **по клинико-экспертной работе, административно-хозяйственной части**.

Свою долю ответственности за качество профилактической и лечебно-диагностической работы в поликлинике, соблюдение персоналом медицинской этики также несут и **заведующие отделениями**. Они осуществляют непосредственное руководство и контроль над профилактической и лечебно-диагностической работой врачей; консультируют больных со сложными в диагностическом плане формами заболеваний; контролируют обоснованность выдачи врачами листов временной нетрудоспособности; организуют своевременную госпитализацию больных, которым необходимо стационарное лечение; обеспечивают проведение мероприятий по повышению квалификаций врачей и среднего медицинского персонала. Лечение больных, нуждающихся в госпитализации, но оставленных по каким-либо причинам на дому, также проводится под постоянным контролем заведующего отделением.

Первое знакомство пациента с поликлиникой начинается с **регистратуры**, которая организует прием больных и их обслуживание на дому. В задачи регистратуры входят:

- 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 амбулаторно-поликлинической помощи используется три основных способа организации записи пациентов на прием к врачу:

- талонная система;
- самозапись;
- комбинированный способ.

При **талонной системе** первичные пациенты обращаются в регистратуру и получают талоны с указанием порядкового номера очереди, фамилии врача, номера кабинета и времени явки на прием.

При **самозаписи** посетители сами вписывают в специальные листы свои паспортные данные с указанием удобного для них времени приема. Для этого в холле поликлиники оборудуют столики с папками листов самозаписи на несколько дней вперед.

При **комбинированном способе** в лист самозаписи записываются только первичные пациенты. За 15–20 мин до начала приема пациент получает в регистратуре заранее заготовленный талон. При такой системе регистратор знает, сколько человек не явилось на прием к врачу (из числа записавшихся), и имеет право по истечении определенного времени выдать талоны другим пациентам, желающим попасть на прием в это время. Повторным пациентам врач выдает специальную «фишку» с указанием даты и времени приема, которая подлежит обмену в регистратуре на талон. Если врач при посещении больного на дому определил необходимость повторного осмотра в поликлинике, он сразу выдает ему талон с указанием даты, времени приема и номера очереди.

Вызов врача на дом может осуществляться очно либо по телефону. Принимаемые вызовы заносятся в «Книгу записей вызова врача на дом» (ф. 031/у), в которой указываются не только фамилия, имя, отчество и адрес больного, но и основные жалобы. Эти книги ведутся как по каждому терапевтическому участку, так и по каждому из врачей узких специальностей. В некоторых поликлиниках существует «самозапись» вызовов на дом. Вызывающий врача заполняет специальный бланк, в котором указывает фамилию, имя, отчество, адрес больного, основные жалобы, температуру и опускает бланк в ящик вызовов. Поступившие заявки медицинский регистратор вносит в книгу.

Для получения пациентами необходимой информации в вестибюле поликлиники 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, анализов крови) и т.д. «Немая справка» должна содержать, кроме того, информацию о времени и месте приема насе-

ления главным врачом и его заместителями; адреса дежурных поликлиник и стационаров района (города), оказывающих экстренную специализированную помощь населению в воскресные дни и др.

Скорость обслуживания больных зависит от рационального размещения в регистратуре «Медицинских карт амбулаторного больного». Оптимальной считается система расстановки карт в барабанах по участкам, а внутри них — по улицам, домам и квартирам. Значительно облегчает работу медицинского регистратора система маркировки медицинских карт, когда каждый терапевтический участок имеет свою цветовую маркировку. Хорошо зарекомендовала себя номерная система, при которой поиск одной карты сокращается до нескольких секунд. Для этого каждому участку определяется количество номеров соответственно числу лиц, проживающих на данной территории. В последнее время распространилась практика хранения медицинских карт амбулаторного больного на руках у пациентов. Это облегчает получение пациентом консультаций в других лечебно-профилактических учреждениях, однако в случае утери карты создаются серьезные затруднения.

Считается оптимальной форма работы регистратуры с использованием электронных (безбумажных) технологий хранения информации. Для этих целей необходимо создание локальной компьютерной сети в масштабе всей поликлиники с терминалами во всех врачебных кабинетах и лечебно-диагностических подразделениях.

В непосредственной близости от регистратуры должен располагаться **кабинет доврачебного приема**, который организуется в поликлинике для регулирования потока посетителей и выполнения функций, не требующих врачебной компетенции. Для работы в нем подбираются наиболее опытные медицинские сестры.

Основная фигура городской поликлиники для взрослых — **участковый терапевт**, который обеспечивает в поликлинике и на дому квалифицированную терапевтическую помощь населению, проживающему на закрепленном участке. Терапевтические участки формируются из расчета 1700 жителей в возрасте 18 лет и старше на один участок. В своей работе участковый терапевт непосредственно подчиняется заведующему терапевтическим отделением.

Работа участкового терапевта осуществляется по графику, утверждаемому заведующим отделением или главным врачом поликлиники, в котором предусматриваются фиксированные часы амбулаторного приема, время для оказания помощи на дому, профилактической

и другой работы. Распределение времени приема в поликлинике и помощи на дому осуществляется в зависимости от численности и состава населения участка, от сложившейся посещаемости и др.

Важную роль в организации амбулаторно-поликлинической помощи населению играют врачи узких специальностей (кардиолог, эндокринолог, невропатолог, уролог, офтальмолог и др.), которые в своей работе непосредственно подчиняются заведующему отделением или заместителю главного врача по лечебной работе.

10.3. ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ДЛЯ ДЕТЕЙ

Детская городская поликлиника — это ведущее амбулаторно-поликлиническое учреждение по оказанию медицинской помощи детям от рождения и до 17 лет включительно. Детская поликлиника может быть самостоятельным учреждением, а может являться структурным подразделением детской областной (краевой, республиканской, окружной) и центральной районной больниц. В настоящее время часть детских поликлиник реорганизованы в отделения городских поликлиник, оказывающих помощь как взрослому населению, так и детям.

Основные задачи детской поликлиники:

- организация диспансеризации детского населения, включая комплекс профилактических мероприятий;
- оказание квалифицированной лечебно-профилактической помощи детям в поликлинике и на дому;
- направление при необходимости детей на лечение в стационары больниц, санатории, специализированные детские ясли-сады, учреждения детского отдыха и др.;
- организация лечебно-профилактической работы в детских образовательных учреждениях;
- проведение комплекса противоэпидемиологических мероприятий (совместно со специалистами Роспотребнадзора);
- обеспечение правовой защиты детей.

По вопросам охраны здоровья детей и подростков детская поликлиника координирует работу всех других медицинских учреждений: собирает, обобщает и анализирует информацию о состоянии и проблемах соматического, репродуктивного, психического здоровья, на основе которой определяет приоритетные направления профилактической, лечебно-оздоровительной и коррекционной работы,

разрабатывает предложения по улучшению охраны здоровья детей и подростков на соответствующей территории.

Для выполнения поставленных задач в детской поликлинике функционируют профилактические, лечебные, диагностические и другие подразделения, перечень которых должен соответствовать примерной организационной структуре, представленной на рис. 10.3.

Структура и организация работы детской поликлиники построены с учетом противоэпидемического режима.

Детская поликлиника, так же как и поликлиника для взрослых, работает по участковому принципу. Педиатрические участки организуются из расчета 800 детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно на один участок. С учетом большого объема профилактической работы в детской поликлинике, в отличие от других АПУ, на каждый педиатрический участок выделяется 1,5 должности медицинской сестры участковой, которая выполняет функции непосредственного помощника врача-педиатра участкового.

Штатные нормативы врачебного персонала детских городских поликлиник устанавливаются соответствующими приказами МЗиСР РФ и носят рекомендательный характер (табл. 10.1).

Таблица 10.1. Штатные нормативы врачебного персонала детских городских поликлиник в городах с населением свыше 25 тыс. человек

Наименование должностей	Число должностей на 10 тыс. детей в возрасте до 17 лет 11 мес 29 дней, прикрепленных к поликлинике
Врач-педиатр участковый	12,5
Врачи узких специальностей	
Врач детский хирург	0,5
Врач травматолог-ортопед	0,75
Врач-уролог	0,5
Врач акушер-гинеколог	1,25
Врач-отоларинголог	1,25
Врач-офтальмолог	1,5
Врач-невролог	1,5
Врач-кардиолог (ревматолог)	0,3
Врач детский эндокринолог	0,5
Врач детский онколог (гематолог)	0,1
Врач аллерголог-иммунолог	0,1
Итого врачей узких специальностей	8,25



Рис. 10.3. Примерная организационная структура детской городской поликлиники

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 кабинета здорового ребенка — обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребенка (режим, питание, физическое воспитание, закаливание, уход и др.) с целью профилактики заболеваний и отклонений физического развития ребенка.

Профилактическая направленность и диспансеризация являются ведущими в деятельности детских поликлиник. Важнейшее звено диспансеризации детского населения — медицинские осмотры, среди которых особое место занимают **неонатальный и аудиологический скрининг**. Проблема наследственных и врожденных заболеваний чрезвычайно актуальна для нашей страны. Врожденные и наследственные болезни занимают второе место среди причин смертности у детей в возрасте до 1 года и составляют 19,0% среди причин детской инвалидности. Несвоевременное выявление и отсутствие специфического лечения наследственных заболеваний приводят к развитию тяжелых симптомов болезней — умственной отсталости, слепоте, глухоте, карликовости, почечно-печеночной недостаточности и к другим нарушениям жизненно важных функций организма.

Комплексное решение вопросов профилактики, ранней диагностики и терапии врожденных и наследственных заболеваний возможно только на основе медико-генетической службы, одно из приоритетных направлений развития которой — неонатальный скрининг.

Показатели патологической пораженности по отдельным наследственным заболеваниям, установленным при неонатальном скрининге в рамках национального проекта «Здоровье», составили: фенилкетонурия — 0,15, врожденный гипотиреоз — 0,28, адреногенитальный синдром — 0,11, муковисцидоз — 0,1, галактоземия — 0,03 случая на 1000 обследованных.

В 2007 г. за счет средств федерального бюджета впервые проведена углубленная диспансеризация более 124 тыс. детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. По итогам диспансеризации, только 2% детей признаны здоровыми, 66% детей имеют хронические заболевания.

Особенность работы детской поликлиники состоит в том, что все больные дети с острыми заболеваниями наблюдаются участковой службой на дому. В поликлинике проводится прием здоровых детей, больных, страдающих хроническими заболеваниями, а также повторных с инфекционными заболеваниями (без острых явлений) и реконвалесцентов.

Большое значение в деятельности детской поликлиники имеет прививочная работа. Сроки проведения вакцинации определены Национальным календарем профилактических прививок.

Профилактические прививки проводятся детям в прививочных кабинетах при детских поликлиниках. Детям, посещающим образовательные учреждения, прививки делаются в этих учреждениях. Категорически запрещается делать прививки на дому.

О дне проведения предстоящих профилактических прививок детям, посещающим дошкольные образовательные учреждения и школы, необходимо заранее оповещать родителей. Всех детей в день прививки обследуют врачи с учетом анамнестических данных и термометрии. Детям, имеющим относительные противопоказания, прививки должны проводиться по индивидуальной схеме, согласно рекомендациям соответствующих специалистов.

Острые инфекции и неинфекционные заболевания, обострения хронических заболеваний считаются временными противопоказаниями для проведения вакцинации. Плановые прививки осуществляют через 2—4 нед после выздоровления.

Гигиеническое воспитание и обучение на участке должны быть тесно связаны 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 помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях и отделение медико-социальной помощи.

Отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях обеспечивает организацию лечебно-профилактической работы среди детей и подростков в образовательных учреждениях общего и коррекционного типа, интернатных и учреждениях начального и среднего профессионального образования, кроме того, осуществляет взаимодействие с военкоматами по постановке подростков на первичный воинский учет и подготовку к призыву в армию, обеспечивает работу по врачебно-профессиональному консультированию и профориентации.

Для обеспечения работы в образовательных учреждениях предусмотрено выделение должностей врачей-педиатров из расчета одна должность на:

- 180—200 детей в детских яслях (ясельных группах детских яслей-садов);
- 600 детей детских садов (соответствующих групп в детских яслях-садах);
- 1200 учащихся учреждений школьного, начального и среднего профессионального образования.

Кроме того, в отделении предусмотрены должности медицинских сестер или фельдшеров из расчета одна должность на 100 детей детских садов и 600 учащихся образовательных учреждений.

Отделение медико-социальной помощи осуществляет медико-психологическую помощь, гигиеническое воспитание и правовую помощь детям. Его основные задачи:

- медико-социальный патронаж в семьях, выявление в них 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 здоровом образе жизни, отказ от так называемых саморазрушающих форм поведения (табакокурение, злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушения несовершеннолетних, бродяжничество и т.п.).

Структура и штаты отделения устанавливаются индивидуально, в зависимости от численности прикрепленного контингента, характера и объема работы. В состав отделения могут быть введены должности психолога (медицинского психолога), врача-педиатра, врача-терапевта подросткового, социального работника. Для решения задач, касающихся репродуктивного здоровья, дополнительно могут привлекаться врач акушер-гинеколог, уролог, хирург или иной специалист. Для обеспечения правовой помощи в отделении может работать юрист.

В диспансерном наблюдении за ребенком **участковому врачу-педиатру** придается ведущая, координирующая роль, он в полной мере отвечает за своевременность, комплексность и необходимый

объем профилактической, лечебной и реабилитационной работы. К главным задачам работы участкового врача-педиатра относятся: дальнейшее снижение заболеваемости и смертности детей всех возрастов, обеспечение оптимального физического и нервно-психического развития детей путем широкого внедрения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Большая роль в лечении и оздоровлении детей и подростков принадлежит **врачам узких специальностей (врачам-специалистам)**. Количество работающих в поликлинике врачей-специалистов определяется в соответствии со штатными нормативами (см. табл. 10.1). Врач-специалист детской городской поликлиники оказывает медицинскую помощь детскому населению по своей специальности. Основная задача врача-специалиста — организация и проведение лечебной и профилактической работы с детьми и подростками.

Врач-специалист работает в тесном контакте с другими врачами детской городской поликлиники (отделения), участвует в оздоровлении детей и подростков в образовательных учреждениях. Специализированная помощь детской поликлиники может обеспечиваться дополнительными приемами специалистов по вопросам репродуктивного здоровья (детская гинекология, андрология, консультирование по профилактике ИПППП, нежелательной беременности), психического здоровья и др.

По достижении 18-летнего возраста подростки с медицинской документацией на них передаются в АПУ общей сети, для чего создается специальная медицинская комиссия, которая ежегодно утверждается совместным приказом главных врачей поликлиник для взрослых и детей.

10.4. ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Женская консультация организуется как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа) или как структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения (городской, центральной районной больницы) для оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женщинам.

Руководство женской консультации, организованной как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа), осуществляет главный врач, который

назначается на должность и освобождается руководителем органа управления здравоохранением муниципального образования. Руководство женской консультацией, созданной в структуре лечебно-профилактического учреждения, осуществляет заведующий отделением, который назначается на должность руководителем лечебно-профилактического учреждения.

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

Основная цель работы женской консультации — оказание квалифицированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женскому населению вне беременности, в период беременности и в послеродовом периоде.

Основные задачи женской консультации:

- подготовка женщин к беременности и родам, оказание акушерской помощи во время беременности и в послеродовом периоде;
- оказание амбулаторной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями;
- обеспечение консультирования и услуг по планированию семьи, профилактика аборт, заболеваний, передаваемых половым путем, внедрение современных методов контрацепции;
- оказание акушерско-гинекологической помощи в условиях специализированного приема, дневного стационара;
- оказание социально-правовой помощи в соответствии с законодательством;
- предоставление в региональное отделение Фонда социального страхования РФ отчетов-заявок на получение родовых сертификатов;
- проведение мероприятий по повышению знаний, санитарной культуры населения в области охраны репродуктивного здоровья и др.

Примерная организационная структура женской консультации представлена на рис. 10.4.

В крупных женских консультациях могут быть организованы дневные стационары для обследования, лечения гинекологических больных и проведения малых гинекологических операций и манипуляций.



Рис. 10.4. Примерная организационная структура женской консультации

Режим работы женской консультации организуется с учетом обеспечения максимальной доступности акушерско-гинекологической помощи женскому населению. Неотложная акушерско-гинекологическая помощь обеспечивается специализированными отделениями больниц или родильных домов. Помощь на дому беременным, родильницам и гинекологическим больным оказывает лечащий или дежурный врач женской консультации. Такая помощь осуществляется в день вызова. После посещения женщины врач вносит соответствующую запись в первичную медицинскую документацию. Лечебные и диагностические манипуляции на дому выполняются средним медицинским персоналом (по назначению врача).

Женщине предоставляется право выбора акушера-гинеколога по ее желанию. В целях оптимизации преемственности рекомендует-ся наблюдение женщины вне беременности, в период беременности и после родов одним и тем же врачом. Основные задачи врача акушера-гинеколога: осуществление диспансерного наблюдения гинекологических больных, беременных, родильниц, оказание им при необходимости экстренной медицинской помощи и направление в специализированные стационары.

Подготовка к родам и материнству в женской консультации проводится как индивидуально, так и в группах. Наиболее перспективная и эффективная форма занятий — семейная подготовка к рождению ребенка, направленная на привлечение членов семьи к активному участию в дородовой подготовке. Присутствие отца ребенка во время родов и послеродовом периоде способствует изменению образа жизни беременной и ее семьи, ориентирует на рождение желанного ребенка.

Наряду с семейной формой подготовки к деторождению рекомендуются использование традиционных методов по психофизической подготовке беременных к родам, а также обучение их правилам личной гигиены, подготовки к будущим родам и уходу за ребенком в «Школах материнства», организуемых в женских консультациях. При этом применяются демонстрационные материалы, наглядные пособия, технические средства и предметы ухода за ребенком.

С 1 января 2006 г. в рамках национального проекта «Здоровье» началась реализация программы «Родовый сертификат», направленной на решение проблемы сохранения и укрепление здоровья матери и ребенка, повышения качества и доступности оказания медицин-

ской помощи женщинам в период беременности и родов, создание условий для рождения здоровых детей.

Родовой сертификат выдается в женской консультации по месту жительства при сроке беременности начиная с 30 недель (в случае многоплодной беременности — с 28 недель) и более. Обязательное условие выдачи сертификата — постановка на учет и непрерывное наблюдение в этой женской консультации не менее 12 недель. Сертификат выдается на женщину, а не на ребенка, поэтому даже в случае многоплодной беременности сертификат всего один. Женщине, которая во время беременности наблюдалась в женской консультации на платной основе или заключила договор с роддомом об оказании платных услуг, родовой сертификат не может быть выдан. В случае отсутствия регистрации по месту жительства («прописки») женщина может встать на учет в женской консультации того населенного пункта, где фактически проживает. При выдаче сертификата в нем делается отметка о причине отсутствия регистрации. Женщина имеет также возможность выбрать роддом в любом городе по своему желанию. Сертификат выдается независимо от того, совершеннолетняя женщина или нет, работает она или нет.

Родовой сертификат состоит из шести частей: регистрационной (корешок), четырех талонов и собственно сертификата.

Корешок родового сертификата предназначен для подтверждения его выдачи, остается в лечебно-профилактическом учреждении, выдавшем сертификат. Талон № 1 предназначен для оплаты медицинских услуг, оказанных женской консультацией в период беременности. Передается из консультации в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Талон № 2 используется для оплаты медицинской помощи, оказанной женщинам во время родов в учреждениях родовспоможения. Передается из роддома или родильного отделения в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Талон № 3 состоит из двух частей. Талон № 3-1 родового сертификата предназначен для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за первые 6 мес диспансерного наблюдения ребенка. Талон № 3-2 родового сертификата предназначен для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за вторые шесть месяцев диспансерного наблюдения ребенка. Талон № 3 передается из детских поликлиник в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Родовой сертификат служит подтверждением оказания медицинской помощи женщине в период беременности и родов,

а также ребенку в первый год жизни учреждениями здравоохранения. Родовой сертификат (без талонов), где записывается дата рождения, вес, рост младенца, выдается женщине при выписке из родильного дома. К родовому сертификату прилагается Памятка, содержащая информацию о правах и обязанностях женщины в рамках реализации программы «Родовой сертификат».

В результате введения сертификатов объем дополнительного финансирования службы родовспоможения в 2008 г. составил более 13 млрд рублей, которые распределились следующим образом: в женские консультации было направлено 32%, в родильные дома — 63%, в детские поликлиники — 5% этих средств. Средства, полученные этими учреждениями здравоохранения по программе «Родовой сертификат», направлялись на повышение заработной платы персоналу, оказывающему медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов, диспансерное наблюдение ребенка первого года жизни, а также на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, инвентаря, в стационарных учреждениях — на дополнительное питание беременных и кормящих матерей.

Ведение родовых сертификатов послужило одним из факторов снижения показателей младенческой, перинатальной, материнской смертности.

Особую социальную значимость имеет работа по планированию семьи, которую выполняет женская консультация.

Планирование семьи — это принятие осознанного решения о числе детей, сроках их рождения, возможность регулировать деторождение в соответствии с конкретной ситуацией в семье и как следствие рождение только желанных детей от готовых к этому событию родителей. Предоставление женщинам права на охрану репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, является основополагающим условием их полноценной жизни и осуществления равенства полов. Реализация этого права возможна только при развитии службы планирования семьи, расширении и внедрении специальных программ («Безопасное материнство» и др.), улучшении системы полового и гигиенического образования, обеспечении контрацептивами населения и в первую очередь молодежи.

Регулирование деторождения осуществляется тремя способами:

- 1) контрацепция;
- 2) аборт;
- 3) стерилизация.

ВОЗ отмечает, что один из компонентов репродуктивного здоровья — наличие у мужчины и женщины права на получение необходимой информации и на доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам регулирования рождаемости по собственному выбору. Работу по вопросам планирования семьи осуществляют врачи акушеры-гинекологи и акушерки, имеющие специальную подготовку. Специализированный кабинет (прием) по планированию семьи оснащается аудио- и видеотехникой с демонстрацией средств контрацепции, наглядными пособиями, печатными информационными материалами для населения по вопросам планирования семьи и профилактики аборт.

Работа с молодежью, представляющей группу риска по возникновению нежелательной беременности и инфекций, передаваемых половым путем, может осуществляться с помощью выделения специальных часов на специализированных приемах в кабинетах планирования семьи.

К сожалению, в России аборт остается одним из основных способов регулирования рождаемости. В 2008 г. было произведено 1 236 400 абортов, что составляет 32,0 на 1000 женщин фертильного возраста. Если в конце 80-х годов прошлого века в СССР делалась примерно треть всех абортов в мире, то с начала 90-х годов благодаря развитию службы планирования семьи частота абортов постепенно снижается. Тем не менее аборт более чем в 40% случаев остается причиной вторичного бесплодия.

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 недель, по социальным показаниям — до 22 недель, 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, установленного врачом акушером-гинекологом, соответствующих юридических документов (свидетельство о смерти мужа, о разводе и др.), подтверждающих социальные показания, письменного заявления женщины. При наличии социальных показаний беременной 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 устанавливаются комиссией 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 выдается заключение с полным клиническим диагнозом, заверенное подписями указанных специалистов и печатью учреждения.

В целях охраны здоровья женщин, снижения числа абортот и смертности от них у нас в стране разрешена хирургическая стерилизация женщин (и мужчин). Хирургическая стерилизация производится по желанию женщины при наличии соответствующих показаний. Имеется большой перечень медицинских и социальных показаний и противопоказаний для проведения хирургической стерилизации, которую нельзя расценивать как оптимальный способ предохранения от беременности.

10.5. ЦЕНТР ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ

Центры общей врачебной (семейной) практики (ЦОВП) принимают активное участие в оказании первичной медико-санитарной помощи населению. В 2008 г. в России действовало более 3100 ЦОВП.

ЦОВП организуются на территории муниципальных районов и городских округов. Участок врача общей практики формируется из расчета 1500 человек взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), участок семейного врача — 1200 человек взрослого и детского населения.

Как показывает накопленный за последнее десятилетие опыт, привлечение центров общей врачебной (семейной) практики к оказанию ПМСП ведет к значительному улучшению качества, доступности медицинской помощи, усилению профилактической работы, укреплению здоровья семьи.

Организация ЦОВП позволит со временем заменить врачебные амбулатории в сельской местности и поликлиники в городской и тем самым улучшить оказание населению первичной медико-санитарной помощи.

Сложившаяся в последние годы практика показывает, что деятельность ЦОВП ориентирована на оказание медицинской помощи населению по следующим основным специальностям: терапия, акушерство и гинекология, хирургия, стоматология, офтальмология, отоларингология, геронтология и др. Примерная организационная структура ЦОВП представлена на рис. 10.5.



Рис. 10.5. Примерная организационная структура центра общей врачебной (семейной) практики

На должность **врача общей практики (семейного врача)** назначаются специалисты, имеющие высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», окончившие клиническую ординатуру по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» или прошедшие переподготовку и получившие сертификат специалиста по этой специальности.

В обязанности врача общей практики (семейного врача) входят:

- ведение амбулаторного приема, посещений больных на дому, оказание неотложной помощи;
- проведение комплекса профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, направленных на раннюю диагностику заболеваний, лечение и динамическое наблюдение больных;

- проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- организация медико-социальной и бытовой помощи совместно с органами социальной защиты и службами милосердия одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным;
- проведение санитарно-просветительной работы по гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, планированию семьи;
- ведение утвержденных форм учетной и отчетной документации.

Врач общей практики (семейный врач), как правило, является руководителем ЦОВП.

10.6. АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Статистический анализ имеет большое значение в совершенствовании управления АПУ, повышении социальной, медицинской, экономической эффективности их деятельности и как результат этого — в улучшении доступности и качества амбулаторно-поликлинической помощи населению.

Для анализа деятельности АПУ используются следующие группы статистических показателей:

- показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи;
- показатели нагрузки персонала;
- показатели диспансеризации населения.

Показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи

Большое значение для оценки доступности населению амбулаторно-поликлинической помощи, а также для расчета необходимых для ее развития ресурсов имеет *показатель среднего числа посещений на 1 жителя*. Последние годы значение этого показателя имело тенденцию к увеличению, и в 2008 г. среднее число посещений АПУ на 1 жителя в Российской Федерации составило 9,4, в том числе 5,3 по поводу заболеваний, 2,5 — профилактические. Наиболее высокие значения этого показателя отмечаются в г. Москва (13,2), Ханты-Мансийском (12,5), Ненецком автономном округе (11,3), самые низкие — в Республике Северная Осетия–Алания (4,6), Республике Ингушетия (5,0), Чеченской Республике (6,0). Рост значения показателя среднего числа посещений на 1 жителя нельзя оценивать однозначно как положительное явление.

Этот показатель в динамике необходимо анализировать с учетом его структурных составляющих, а именно значения **показателя удельного веса профилактических посещений АПУ**. В 2008 г. доля посещений АПУ, сделанных населением с профилактической целью, составила по отдельным субъектам РФ 13–24%, что свидетельствует о низком уровне организации профилактической работы среди населения. По оценкам специалистов, для обеспечения необходимого уровня профилактической работы показатель удельного веса профилактических посещений АПУ должен составлять не менее 30% от числа всех врачебных посещений.

Показатель удельного веса посещений на дому используется для анализа активности медицинского наблюдения больных, страдающих острыми и хроническими заболеваниями. Для улучшения медицинской помощи этой категории больных необходимо расширение практики проведения активного патронажа хронических больных с организацией стационаров на дому. Значение этого показателя в пределах 15–20% свидетельствует о доступности амбулаторно-поликлинической помощи этим категориям больных.

Показатели нагрузки персонала

Для оперативного ежедневного анализа нагрузки врачей различных специальностей используется **показатель фактической среднечасовой нагрузки врача на приеме в АПУ**. Плановые значения этого показателя по отдельным врачебным специальностям представлены в таблице (табл. 10.2).

Таблица 10.2. Рекомендуемые (плановые) значения показателя среднечасовой нагрузки врачей отдельных специальностей на амбулаторно-поликлиническом приеме

Наименование врачебной специальности	Рекомендуемое значение показателя (число посещений в час)
Врач общей практики	4,0 (на дому — 1,5)
Терапевт	4,0 (на дому — 1,5)
Хирург	6,0
Педиатр	4,0 (на дому — 2,0)
Акушер-гинеколог	4,0
Невролог	3,0
Офтальмолог	5,0
Отоларинголог	5,0

Окончание табл. 10.2

Наименование врачебной специальности	Рекомендуемое значение показателя (число посещений в час)
Эндокринолог	3,0
Кардиолог	3,0
Психиатр	4,0 (на дому — 1,0)
Инфекционист	4,0
Фтизиатр	4,0 (на дому — 0,8)
Онколог	3,0

Исходя из планового показателя среднечасовой нагрузки врача-специалиста, рассчитывается *показатель плановой функции врачебной должности*, который представляет собой плановую годовую нагрузку врача-специалиста на амбулаторно-поликлиническом приеме. Этот показатель ежегодно утверждается руководителем организации здравоохранения исходя из показателя планового объема амбулаторно-поликлинической помощи в рамках муниципального задания по реализации территориальной программы госгарантий. Он используется для анализа нагрузки и расчета необходимого числа врачебных должностей с учетом планируемых объемов амбулаторно-поликлинической помощи к врачам различных специальностей и фонда оплаты труда. Плановые значения показателя функции врачебной должности представлены в табл. 10.3.

Таблица 10.3. Рекомендуемые (плановые) значения показателя функции врачебной должности по отдельным врачебным специальностям

Наименование врачебной специальности	Рекомендуемое значение показателя (число посещений в год)
Врач общей практики	5106
Терапевт	3996
Хирург	7925
Педиатр	4440
Акушер-гинеколог	5283
Невролог	3962
Офтальмолог	6604
Отоларинголог	6604
Эндокринолог	3962
Кардиолог	3962

Окончание табл. 10.3

Наименование врачебной специальности	Рекомендуемое значение показателя (число посещений в год)
Психиатр	4556
Инфекционист	3552
Фтизиатр	3605
Онколог	3962

С этим показателем сравнивается *показатель фактической функции врачебной должности*, что позволяет проводить оперативный (еженедельный, ежемесячный, ежеквартальный) анализ нагрузки врачей различных специальностей.

Постоянное изучение нагрузки персонала необходимо для анализа эффективности использования трудовых и финансовых ресурсов, разработки прогрессивных форм оплаты труда, которые дифференцированно учитывали бы объем и качество выполняемой работы.

Показатели диспансеризации населения

Общее представление об организации диспансеризации населения дает *показатель полноты охвата населения диспансерным наблюдением*, значения которого по отдельным субъектам Российской Федерации колеблются в интервале 60–70%.

Для более глубокой оценки организации работы по диспансеризации населения используется *показатель полноты охвата больных диспансерным наблюдением*. Для больных, страдающих социально значимыми заболеваниями (болезни системы кровообращения, сахарный диабет, злокачественные новообразования, психические расстройства и расстройства поведения, ВИЧ-инфекция, туберкулез и др.), этот показатель должен приближаться к 100%.

Показатель своевременности взятия больных под диспансерное наблюдение служит важной характеристикой работы медицинских учреждений и позволяет оценить, в течение какого периода времени больной с впервые в жизни установленным диагнозом взят на учет для динамического наблюдения. Как правило, для расчета этого показателя берется временной интервал с момента выявления заболевания до момента постановки больного на диспансерный учет, равный году. В то же время для отдельных нозологических форм (бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и др.) этот период времени не должен превышать 30 дней.

Показатель эффективности диспансеризации используется для анализа качества проводимой АПУ диспансерной работы. Особенно важен этот показатель для анализа работы врачей АПУ по диспансеризации больных, страдающими такими социально значимыми заболеваниями, как гипертоническая болезнь, злокачественные новообразования, бронхиальная астма, алкоголизм, наркомания, туберкулез, психические расстройства и др. Рекомендуемые значения этого показателя на примере сахарного диабета: с улучшением состояния — не менее 15%, без изменения — 80%, с ухудшением — не более 5%.

Анализ этих и других показателей очень важен для планирования, оценки качества амбулаторно-поликлинической помощи населению в целом, выработки приоритетных направлений в ее развитии. В то же время для углубленного статистического анализа деятельности женских консультаций, детских поликлиник используется целый ряд специальных показателей.

10.6.1. Особенности анализа медицинской деятельности женских консультаций

Деятельность женских консультаций имеет свои особенности, для выявления которых используются следующие статистические показатели:

- показатель раннего охвата беременными диспансерным наблюдением;
- показатели охвата беременных диагностическими исследованиями;
- показатели охвата женщин различными видами контрацепции;
- показатель частоты аборт у женщин фертильного возраста.

Показатель раннего охвата беременных диспансерным наблюдением характеризует уровень профилактической работы женских консультаций, а также санитарную культуру и медицинскую активность женщин. В Российской Федерации этот показатель составил 78,9%, что свидетельствует о резервах улучшения организации профилактической работы в женских консультациях. При высоком уровне мотивации женщины на рождение здорового ребенка и хорошо поставленной диспансерной работе значение этого показателя должно приближаться к 100%.

Показатели охвата беременных диагностическими исследованиями

К этой группе относятся показатели, характеризующие удельный вес беременных, обследованных на *реакцию Вассермана, резус-принадлежность, 3-кратное ультразвуковое исследование, на альфа-фето*

протеин (оФП) и хорионический гонадотропин человека (ХГЧ), инфекции, передающиеся половым путем. Своевременный и полный охват беременных этими видами диагностических исследований позволяет избежать многих тяжелых осложнений течения беременности и тем самым создать условия для рождения здорового ребенка, поэтому значения показателей охвата беременных отдельными видами диагностических исследований должны приближаться к 100%.

Показатели охвата женщин различными видами контрацепции

Работа женской консультации по охране репродуктивного здоровья женщин, реализации мер по планированию семьи оценивается, в частности, *показателями охвата женщин гормональной контрацепцией и внутриматочными спиралями.* Значения этих показателей имеют обратную связь с показателем частоты абортс. Сложившаяся практика демонстрирует, что при достижении этих показателей уровня 500–600‰ заметно уменьшается частота абортс.

Показатель частоты абортс у женщин фертильного возраста характеризует работу женских консультаций по планированию семьи и предупреждению нежелательных беременностей. За период 1998–2008 гг. в Российской Федерации значение этого показателя имеет стойкую тенденцию к снижению (рис. 10.6).

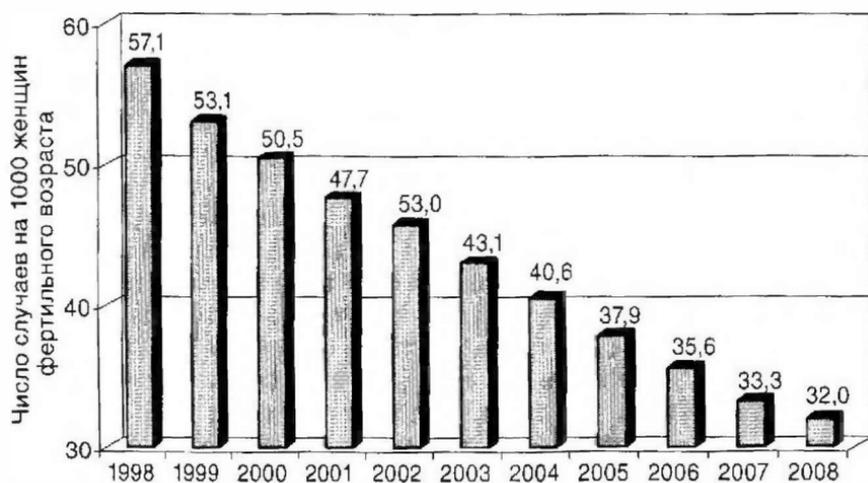


Рис. 10.6. Динамика показателя частоты абортс у женщин фертильного возраста в Российской Федерации (1998–2008)

Однако вызывает беспокойство большое число абортс у девушек в возрасте 15–19 лет: их доля в общем числе женщин, сделавших аборт, составляет около 9%. У девочек в возрасте до 15 лет в Российской Федерации ежегодно производится более 800 абортс.

10.6.2. Особенности анализа медицинской деятельности детских поликлиник

Для статистического анализа деятельности детских поликлиник используются в основном те же показатели, что и для анализа поликлиник для взрослых. В то же время организация работы детских поликлиник имеет свою специфику, что и определяет особенности их анализа.

Статистические показатели, характеризующие медицинскую деятельность детских поликлиник, можно объединить в следующие группы:

- показатели заболеваемости детского населения¹;
- показатели диспансеризации детского населения;
- показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи;
- показатели нагрузки персонала.

Диспансерный метод является ведущим в деятельности детских поликлиник, на нем основывается механизм реализации всего комплекса лечебно-профилактических мероприятий. О его результативности в целом можно судить по *общему показателю диспансеризации детского населения*, который характеризует охват динамическим наблюдением здоровых и больных детей. В 2007 г. этот показатель по отдельным субъектам РФ составил 90–95%. Исходя из стратегии улучшения здоровья детского населения, его значение должно приближаться к 100%.

Показатель эффективности диспансеризации детского населения также дополняет общий показатель диспансеризации и используется для анализа качества проводимой детскими поликлиниками и консультациями диспансерной работы. Этот показатель рассчитывается как процентное отношение числа больных детей, состоящих на диспансерном учете, и у которых на конец отчетного периода отмечался один из возможных исходов (выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение), к общему числу больных детей, состоящих на диспансерном учете. Рекомендуемые значения этого показателя:

¹ Расчет и анализ показателей заболеваемости детского населения представлены в главе 1.

с выздоровлением — не менее 10%; с улучшением состояния — не менее 30%.

Показатель охвата патронажем детей первого года жизни характеризует соблюдение стандартов систематического врачебного наблюдения детей данной возрастной группы. Эти стандарты предусматривают оценку физического и психомоторного развития ребенка, объема и качества питания. Оптимальное значение этого показателя должно составлять 100%.

Показатели удельного веса детей, находящихся на грудном вскармливании от 0 до 3 мес (от 3 до 6; от 6 до 12 мес) жизни ребенка характеризуют охват детей первого года жизни естественным вскармливанием. По отдельным субъектам РФ удельный вес детей, находящихся на грудном вскармливании от 3 до 6 мес, составляет 35–40%, от 6 до 12 мес — 30–35%, в то время как рекомендуемые значения этих показателей должны быть не ниже: для детей от 0 до 3 мес жизни — 80%, от 3 до 6 мес — 50%, от 6 до 12 мес — 30%.

Показатель полноты охвата детей периодическими медицинскими осмотрами характеризует работу детских поликлиник и консультаций по контролю за состоянием здоровья организованного детского населения. Последние годы отмечается снижение уровня этой работы, и процент охвата детей составил в Российской Федерации 80%. При хорошо поставленной профилактической работе в организованных детских коллективах значение этого показателя должно приближаться к 95%.

Показатель полноты охвата детей профилактическими прививками характеризует работу детских поликлиник и консультаций по иммунизации детского населения в рамках Национального календаря профилактических прививок против полиомиелита, гепатита В, краснухи, гриппа, дифтерии, коклюша, столбняка, кори, эпидемического паротита, туберкулеза. В результате проводимых профилактических мероприятий в рамках национального проекта «Здоровье» в 2006–2007 гг. достигнут высокий уровень охвата детей профилактическими прививками (98%).

Показатель структуры детей по группам здоровья позволяет комплексно оценить здоровье детского населения. Этот показатель может рассчитываться по отдельным возрастным группам. По итогам Всероссийской диспансеризации 32,1% детей признаны здоровыми (I группа здоровья), 51,7% имеют функциональные отклонения (II группа здоровья), 16,2% имеют хронические заболевания (III–IV—

V группы здоровья). Распределение детского населения Новгородской области по группам здоровья, по результатам специально проведенного исследования, представлено на рис. 10.7.

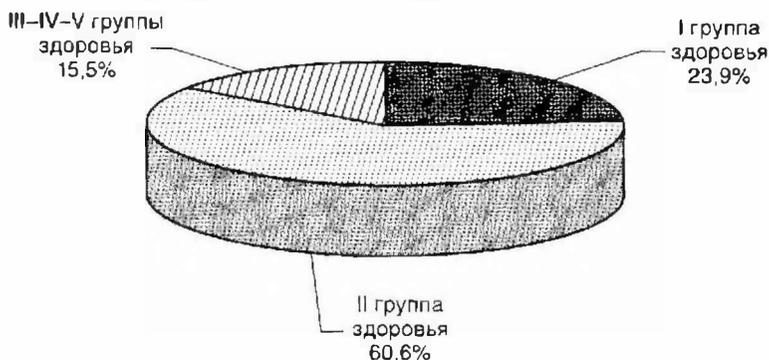


Рис. 10.7. Распределение детей, проживающих в Новгородской области, по группам здоровья

Расчет объемов амбулаторно-поликлинической помощи и нагрузки персонала детских поликлиник проводится аналогично по показателям, приведенным в разделе 10.6.

Дальнейшее совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации должно идти по пути приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи. Для этого необходимо предусмотреть расширение сети консультативно-диагностических центров на базе АПУ, организацию отделений медико-социальной реабилитации и терапии, дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии и службы медико-социальной помощи, разработку и реализацию региональных программ развития общих врачебных (семейных) практик и др.

Глава 11

Пути улучшения организации больничной помощи

11.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Стационарная (больничная, госпитальная) медицинская помощь в настоящее время представляет собой наиболее ресурсоемкий сектор здравоохранения. В 2008 г. в системе здравоохранения РФ функционировало 5993 больничных учреждения общей мощностью 1 312 000 коек.

В стационарных учреждениях сосредоточены основные материальные ресурсы отрасли (дорогостоящие здания, сооружения, оборудование, транспорт и т.д.), на содержание учреждений этого типа тратится в среднем 60–70% всех ассигнований, выделяемых на здравоохранение. Общий объем финансирования больничных учреждений в 2008 г. в рамках Программы государственных гарантий составил 457,5 млрд рублей, средняя стоимость лечения одного больного в стационарных учреждениях — 14 531,4 рубля, средняя стоимость одного койко-дня — 1119,6 рубля. Дефицит финансирования вызывает необходимость дополнительных затрат со стороны пациентов во время их лечения в больничных учреждениях.

Так, по результатам общероссийского опроса населения, проведенного Всероссийским центром изучения общественного мнения (2007), пациенты, находившиеся на лечении в государственных и муниципальных больницах, должны были дополнительно тратить в среднем около 6000 рублей на лечебные процедуры, среди них 38% опрошенных вынуждены были приобретать (ввиду отсутствия) лекарства, 33% — продукты питания, 23% — шприцы. Оставляет желать лучшего качество больничного питания: 68% оценили лечебное питание в стационаре как хорошее и удовлетворительное, 21% отметили его плохое качество, 20% затруднились ответить.

Развитие стационарной помощи в последние десятилетия шло по пути перехода от общепрофильных отделений больниц к специализированным, от больниц небольшой мощности к мощным учреждениям на 600–1000 коек. По мнению специалистов в области общественного

здоровья и здравоохранения В.А. Миняева и Н.И. Вишнякова (2003), крупные больницы по сравнению с небольшими имеют следующие преимущества:

- больше возможностей развития специализированных, в том числе узкоспециализированных, видов медицинской помощи;
- более рациональное использование высококвалифицированных кадров, дорогостоящего лечебно-диагностического оборудования, медицинской техники, вспомогательных лечебно-диагностических отделений и служб.

Однако сверхмощные многопрофильные больницы на 1200 коек и более имеют и ряд недостатков, в частности, определенные сложности, связанные с управлением. Оптимальной мощностью больницы следует считать 500–800 коек.

Концентрация материальных, финансовых и трудовых ресурсов в специализированных отделениях больниц позволяет в полном объеме использовать современные медицинские технологии. В результате этого достигается наиболее высокий уровень медицинской и экономической эффективности больничной помощи.

11.2. ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

В задачи современной городской больницы для взрослых входят:

- оказание больничной квалифицированной лечебно-профилактической помощи по Программе госгарантий;
- внедрение в практику здравоохранения современных методов профилактики, диагностики и лечения на основе достижений медицинской науки и техники, а также передового опыта других лечебно-профилактических учреждений;
- развитие и совершенствование организационных форм и методов работы учреждения, повышение качества лечебно-профилактической помощи и др.

Примерная организационная структура городской больницы для взрослых представлена на рис. 11.1.

Возглавляет больницу **главный врач**. Он отвечает за всю профилактическую, лечебно-диагностическую, финансово-хозяйственную деятельность, подбор и расстановку кадров.

Первым помощником главного врача является **заместитель по медицинской части (начмед)**, который непосредственно руководит профилактической и лечебно-диагностической работой больницы,



Рис. 11.1. Примерная организационная структура городской больницы для взрослых

контролирует соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, качество диагностики, лечения и ухода за больными. Также он анализирует качество лечебного питания, правильность расходования медикаментов и изделий медицинского назначения, организует консультативную помощь больным. Особое место в деятельности начмеда занимает анализ случаев смерти больных в стационаре. За хозяйственную работу отвечает соответствующий **заместитель по административно-хозяйственной части**. В его задачи входят обеспечение противопожарной безопасности, поддержание порядка и охрана зданий, помешений, инженерных сетей, территории больницы, обеспечение учреждения современными средствами связи, автотранспортом, горюче-смазочными материалами, продуктами лечебного питания, больничным бельем и решение других хозяйственных вопросов. В состав административно-хозяйственной части входят гараж, прачечная, пищеблок и другие подразделения.

Если больница объединена с поликлиникой, вводится должность **заместителя главного врача по поликлинике**. В крупных больницах с числом хирургических коек не менее 300 выделяется должность **заместителя главного врача по хирургии**. Кроме того, с учетом производственной необходимости могут вводиться должности заместителей главного врача по экономике, экспертизе нетрудоспособности, гражданской обороне и мобилизационной работе.

Деятельностью среднего и младшего медицинского персонала руководит **главная медицинская сестра**.

Одно из важнейших подразделений больницы — **приемное отделение**, которое по форме организации работы может быть централизованным и децентрализованным. В приемное отделение больницы пациенты могут попасть разными путями:

- по направлению из амбулаторно-поликлинических учреждений (плановая госпитализация);
- при доставке бригадами скорой медицинской помощи (экстренная госпитализация);
- переводом из другого стационара;
- при самостоятельном обращении в приемное отделение («самомтеком»).

Для более рационального использования конечного фонда больничных учреждений в крупных городах при станциях скорой медицинской помощи создаются **центральные бюро госпитализации (ЦБГ)**, в которые поступают сведения о свободных койках в стационарах

больниц города. В таких случаях госпитализация проводится в том числе по направлению ЦБГ.

В задачи приемного отделения входят:

- прием больных, постановка предварительного диагноза и решение вопроса о необходимости госпитализации;
- регистрация больных и учет их движения в стационаре;
- оказание при необходимости экстренной медицинской помощи;
- санитарная обработка больных;
- выполнение функций справочного центра о состоянии больных.

В больницах мощностью 500 коек и более в штате учреждения выделяются ставки врачей приемного покоя (хирург, терапевт, травматолог, рентгенолог и др.). Кроме того, врачи приемного покоя имеют возможность вызывать врачей других специальностей, которые в это время дежурят в отделениях. В больницах меньшей мощности в приемном покое дежурят врачи отделений в соответствии с графиком. Необходимо обеспечить врачам приемного отделения возможность круглосуточно проводить в экстренном порядке экспресс-анализы, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые и другие исследования.

Для оказания экстренной помощи в приемном отделении должен быть постоянный набор необходимых медикаментов и оборудования. В приемных отделениях больниц целесообразно организовывать палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных.

Из приемного отделения больной поступает в соответствующее стационарное отделение. Профиль и мощность отделений стационара определяются с учетом потребности населения в госпитальной помощи и структуры патологии. Штаты и оснащение зависят от числа коек и профиля отделения. Оптимальной мощностью стационарного отделения больницы принято считать 60–70 коек. Как правило, в больничных учреждениях мощностью до 500 коек организуются отделения терапевтического, хирургического, гинекологического, педиатрического, инфекционного, неврологического, кардиологического, травматологического и других профилей. В больницах большей мощности создаются узкоспециализированные отделения: урологическое, эндокринологическое, пульмонологическое, челюстно-лицевой хирургии и др.

Возглавляет работу отделения заведующий. На должность **заведующего отделением** назначается квалифицированный врач, имеющий опыт работы по соответствующей специальности и обладающий

организаторскими способностями. Назначение на должность заведующего отделением и освобождение от должности осуществляется приказом главного врача. Заведующий отделением непосредственно руководит деятельностью медицинского персонала отделения и несет полную ответственность за качество и культуру медицинской помощи больным. В соответствии с задачами, стоящими перед больницей, заведующий отделением выполняет следующие обязанности:

- организует и обеспечивает своевременное обследование и лечение больных с учетом современных достижений медицинской науки и практики;
- проводит систематический контроль работы ординаторов отделения по вопросам диагностики, лечения и его эффективности, а также качества ведения медицинской документации;
- проводит ежедневный утренний обход больных совместно с ординаторами и средним медицинским персоналом, осмотр вновь поступивших и наиболее тяжелых больных;
- разбирает с ординаторами отделения все случаи, представляющие затруднение в диагностике и лечении, расхождения диагнозов поликлиники с больничными и больничных с патологоанатомическими, а также все случаи смерти больных в отделении;
- созывает в необходимых случаях консилиум с участием врачей-специалистов и лично принимает участие в нем;
- обеспечивает соблюдение противоэпидемиологического режима в отделении;
- систематически проводит работу по повышению квалификации врачей, среднего и младшего медицинского персонала отделения, соблюдению принципов деонтологии;
- анализирует показатели деятельности отделения и представляет отчеты руководству больницы в установленные сроки;
- контролирует соблюдение персоналом отделения правил охраны труда, пожарной безопасности и внутреннего распорядка;
- организует санитарно-просветительную работу с больными;
- несет ответственность за правильное хранение, учет и выдачу ядовитых и сильнодействующих лекарств в отделении и др.

Заведующему отделением непосредственно подчиняется **ординатор отделения**, главная задача которого заключается в оказании квалифицированной помощи больным с использованием современных методов диагностики, лечения и реабилитации. Врач-ординатор обычно

ведет 20–25 больных, однако это число меняется в зависимости от профиля отделения.

Врачу-ординатору отделения помогают **палатные (постовые) медицинские сестры**, которые непосредственно подчиняются старшей медицинской сестре отделения.

В ночное время в больнице наряду со средним медицинским персоналом дежурят врачи. Дежурства обеспечиваются либо одним врачом по всей больнице небольшой мощности, либо по крупным профильным отделениям. Например, дежурный врач для отделений терапевтического профиля, дежурный врач для отделений хирургического профиля и др.

В работе стационара выделяют две системы организации ухода за больными: двухступенную и трехступенную. При двухступенной системе непосредственный уход за больным осуществляют врачи и медицинские сестры, а младший медицинский персонал лишь помогает в создании надлежащего санитарно-гигиенического режима в отделении, осуществляет уборку помещений. При трехступенной системе ухода младшие медицинские сестры принимают участие в уходе за больными. При этой системе обслуживания на должность **младшей медицинской сестры по уходу за больными** назначается лицо, окончившее специальные курсы младших медицинских сестер по уходу за больными.

В больнице строго должны соблюдаться противоэпидемический и лечебно-охранительный режимы. Противоэпидемиологический режим должен обеспечиваться всем персоналом больницы, а контроль осуществляет Центр гигиены и эпидемиологии.

Выписка пациента из больницы производится в следующих случаях: при полном его выздоровлении, при необходимости перевода в другие специализированные медицинские учреждения, при стойком улучшении состоянии больного, когда дальнейшая госпитализация не нужна, при хроническом течении заболевания, не поддающемся лечению в данном учреждении.

О выписке пациента, требующего долечивания на дому, сообщается по месту жительства в поликлинику с необходимыми лечебными рекомендациями стационара. В последующие дни в поликлинику направляется эпикриз с подробным описанием проведенного обследования, лечения и необходимых рекомендаций на будущее. Больные, нуждающиеся в медицинской реабилитации, направляются в санаторно-курортные учреждения или центры восстановительной медицины.

11.3. ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА ДЛЯ ДЕТЕЙ

Организация работы детской городской больницы имеет много общего с работой стационара для взрослых, но имеются и свои отличия.

Больные дети, как и взрослые, поступают в стационар детской больницы по направлению врачей детских поликлиник, при доставке бригадами скорой медицинской помощи, переводом из других медицинских учреждений, «самотеком».

Структура детской больницы формируется в зависимости от потребности детского населения в стационарной помощи и включает в себя приемное отделение, профильные стационарные отделения (педиатрическое, хирургическое, инфекционное и др.), лабораторию, отделения рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, функциональной диагностики и др.

Приемное отделение и стационары детской больницы должны быть боксированы. Боксы должны составлять 3–5% общего числа коечного фонда больницы. В небольших больницах при отсутствии боксов для приема детей должно быть предусмотрено не менее 2–3 изолированных смотровых кабинетов и 1–2 санпропускников. Наиболее удобны для работы индивидуальные боксы Мельцера–Соколова, которые включают в себя предбоксы, палату, санитарный узел, шлюз для персонала.

В случае поступления детей без ведома родителей последние немедленно извещаются об этом работниками приемного отделения. При отсутствии такой возможности сведения о ребенке заносятся в специальную книгу и сообщаются в милицию.

Отделения (палаты) стационара формируются по возрасту, полу, характеру и тяжести заболеваний, сроку поступления. В зависимости от возраста выделяют отделения (палаты) для недоношенных, новорожденных, детей грудного, младшего, старшего возрастов. Палаты целесообразно иметь небольшие — на 2–4 койки, что дает возможность заполнять их с учетом возраста и заболевания. Целесообразно иметь застекленные перегородки между палатами для того, чтобы персонал мог наблюдать за состоянием детей и их поведением. Необходимо предусмотреть возможность пребывания в стационаре вместе с ребенком матери.

Важной особенностью организации работы детских отделений является необходимость проведения там воспитательной работы. Для этой цели в детских больницах вводятся должности педагогов-

воспитателей. С больными детьми, которые длительное время лечатся в стационаре, проводится учебная работа. Очень важный элемент создания лечебно-охранительного режима для детей — это организация их досуга, особенно в вечерние часы. Проводимые в конце больничного дня ручной труд, лепка, рисование, чтение вслух улучшают настроение детей и способствуют спокойному сну. Большую роль в правильной организации досуга детей играют палатные (постовые) медицинские сестры.

В комплексе лечебно-профилактических мероприятий особое значение имеет правильно организованное лечебное питание. Для этого дети, находящиеся на естественном вскармливании, госпитализируются вместе с матерями или обеспечиваются грудным донорским молоком. Все другие продукты лечебного питания дети первого года жизни получают с детской молочной кухни. Детям старше года лечебное питание готовится на пищеблоке больницы.

В детских больницах в большей степени, чем в больницах для взрослых, следует опасаться внутрибольничных инфекций. При выявлении ребенка с острым инфекционным заболеванием в отделении устанавливается карантин на срок инкубационного периода для данного заболевания. При этом необходимо проводить учет контактировавших с больным ребенком детей, которых в течение инкубационного периода нельзя перемешать в другие палаты. В отдельных случаях, в зависимости от установленного острого инфекционного заболевания, проводятся 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. Основная задача этих отделений — оказание квалифицированной диагностической и лечебной помощи доношенным и недоношенным новорожденным больным детям, создание оптимальных условий выхаживания детей.

В работе отделения для новорожденных и недоношенных детей детских больниц должны осуществляться тесная взаимосвязь и преемственность с родильными домами и детскими поликлиниками.

11.4. РОДИЛЬНЫЙ ДОМ

Основное учреждение, оказывающее стационарную акушерско-гинекологическую помощь, — **родильный дом**. В его задачи входят:

оказание стационарной квалифицированной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях, а также оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными во время пребывания их в родильном доме.

Руководство деятельностью родильного дома осуществляет главный врач, работу среднего и младшего медицинского персонала организует главная медицинская сестра (акушерка). Примерная организационная структура родильного дома представлена на рис. 11.2.



Рис. 11.2. Примерная организационная структура родильного дома

В родильный дом подлежат госпитализации беременные (при наличии медицинских показаний), роженицы, а также родильницы в раннем послеродовом периоде (в течение 24 ч после родов) в случае родов вне лечебного учреждения. При поступлении в родильный дом роженица или родильница направляются в приемно-смотровой блок, где предъявляют паспорт и обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы. Прием женщин в приемно-смотровом блоке ведут врач (в дневные часы — врачи отделений, затем — дежурные врачи) или акушерка, которая при необходимости вызывает врача. В приемно-смотровом блоке целесообразно иметь одну комнату-фильтр и две смотровые комнаты. Одна смотровая комната предусмотрена для приема женщин в физиологическое родовое отделение, другая — в наблюдательное.

В результате сбора анамнеза, осмотра, знакомства с документами в комнате-фильтре женщин разделяют на два потока: с нормальным течением беременности, которых направляют в **физиологическое родовое отделение**, и представляющих эпидемическую опасность для окружающих, которых направляют в **наблюдательное родовое отделение**.

Кроме того, в наблюдательное отделение направляются женщины при отсутствии обменной карты, а также родильницы в раннем послеродовом периоде в случае родов вне лечебного учреждения.

Центральным подразделением родильного дома служит **родовой блок**, который включает в себя: предродовые палаты, родовой зал, палату интенсивной терапии, детскую комнату, операционные, санитарные помещения. В предродовой палате женщина проводит весь первый период родов. Дежурная акушерка или врач постоянно наблюдают за состоянием роженицы. В конце первого периода родов женщина переводится в родовой зал.

При наличии двух родильных залов прием родов в них осуществляется поочередно. Каждый родовой зал работает в течение 1–2 сут, затем в нем проводят генеральную уборку. При наличии одного родового зала прием родов осуществляют поочередно на различных рахмановских кроватях. Два раза в неделю проводится генеральная уборка родового зала. Нормально протекающие роды принимает акушерка.

При нормальном течении послеродового периода спустя 2 ч после родов женщина переводится на каталке вместе с ребенком в **послеродовую палату**, которая находится в составе физиологического родового отделения.

При заполнении послеродовых палат необходимо соблюдать строгую цикличность, одну палату разрешается заполнять в течение не более трех суток. При появлении у рожениц или новорожденных первых признаков заболеваний их переводят в наблюдательное родовое отделение или в другое специализированное учреждение.

В наблюдательное родовое отделение помещают: больных женщин, имеющих здорового ребенка, здоровых женщин, имеющих больного ребенка, а также больных женщин, имеющих больного ребенка.

Палаты для беременных и родильниц в наблюдательном родовом отделении должны быть по возможности профилированы. Недопустимо размещение беременных и родильниц в одной палате.

В палатах для новорожденных наблюдательного родового отделения находятся дети: рожденные в этом отделении, родившиеся вне родильного дома, переведенные из физиологического родового отделения, родившиеся с тяжелыми врожденными аномалиями, с проявлениями внутриутробной инфекции, с массой тела менее 1000 г. Для больных детей в наблюдательном родовом отделении выделяется изолятор на 1–3 койки. При наличии показаний дети могут быть переведены в отделение новорожденных детской больницы.

В современном родильном доме не менее 70% коек физиологического родового отделения должно быть выделено для **совместного пребывания матери и ребенка**. Такое совместное пребывание значительно снижает частоту заболеваний родильниц в послеродовом периоде и частоту заболеваний новорожденных детей. Основная особенность таких родильных домов или акушерских отделений — активное участие матери в уходе за новорожденным. Совместное пребывание матери и ребенка ограничивает контакт новорожденного с медицинским персоналом, снижает возможность инфицирования ребенка. При таком режиме обеспечивается раннее прикладывание новорожденного к груди, происходит активное обучение матери навыкам практического ухода за новорожденным.

Совместное пребывание матери и ребенка в родильном доме требует строжайшего соблюдения санитарно-эпидемиологического режима.

С целью снижения перинатальной смертности, организации постоянного наблюдения за состоянием жизненно важных функций новорожденных, своевременного проведения корригирующих и диагностических мероприятий в родовспомогательных учреждениях создаются специальные **палаты интенсивной терапии и реани-**

магии новорожденных. Создание таких палат в родильных домах мощностью 80 коек и более для новорожденных обязательно. При меньшей мощности роддома организуются посты интенсивной терапии.

Основные критерии для выписки женщины из родильного дома: удовлетворительное общее состояние, нормальная температура, частота пульса, артериальное давление, состояние грудных желез, инволюция матки, нормальные результаты лабораторных исследований.

При обострении экстрагенитальных заболеваний родильницы могут быть переведены в соответствующий стационар, а при возникновении осложнений послеродового периода — в наблюдательное родовое отделение.

При неосложненном течении послеродового периода у родильницы и раннего неонатального периода у новорожденного, при отпавшей пуповине и хорошем состоянии пупочной ранки, положительной динамике массы тела мать с ребенком могут быть выписаны на 5–6-е сутки после родов.

Выписка осуществляется через специальные выписные комнаты, которые должны быть отдельные для родильниц из физиологического и наблюдательного отделений. Выписные комнаты должны иметь две двери: из послеродового отделения и из помещения для посетителей. Нельзя использовать для выписки родильниц приемные помещения.

В день выписки ребенка старшая сестра отделения новорожденных сообщает по телефону в детскую поликлинику по месту проживания основные сведения о выписанном ребенке.

Отделения патологии беременности организуются 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 отделения (минуя другие отделения), а также выход для беременных из отделения на улицу. В структуре отделения необходимо преду-

смотреть: кабинет функциональной диагностики с современным оборудованием (в основном кардиологическим), смотровую, малую операционную, кабинет физиопсихопрофилактической подготовки к родам, крытые веранды или залы для прогулок беременных.

Из отделения патологии беременности женщин могут перевести в связи с улучшением состояния под наблюдение женской консультации, а также для родоразрешения в физиологическое или наблюдательное отделение. Перевод женщин в одно из этих отделений осуществляется обязательно через приемно-смотровой блок, где им проводят полную санитарную обработку.

Гинекологические отделения родильных домов бывают трех профилей:

- 1) для госпитализации больных, нуждающихся в оперативном лечении;
- 2) для больных, нуждающихся в консервативном лечении;
- 3) для прерывания беременности (абортное).

В структуру отделения должно входить: свой приемно-смотровой блок, перевязочная, манипуляционная, малая и большая операционные, физиотерапевтический кабинет, палата интенсивной терапии, комната для выписки. Кроме того, для диагностики и лечения гинекологических больных используют другие лечебно-диагностические подразделения родильного дома: лабораторию, кабинет функциональной диагностики, рентгеновский кабинет и др.

В целом, работа гинекологического отделения во многом схожа с деятельностью обычного отделения многопрофильной больницы.

В последние годы отделения для искусственного прерывания беременности стараются выводить из акушерских стационаров, организуя их в структуре гинекологических отделений на базе многопрофильных больниц или дневных стационаров.

11.5. ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР

Снижение показателей материнской и младенческой смертности представляет собой одну из стратегических задач политики государства в сфере охраны здоровья матери и ребенка. Для решения поставленной задачи необходимо создание на федеральном и региональных уровнях сети **перинатальных центров**, призванных оказывать специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с

использованием ресурсоемких технологий, при этом недостаточно оснастить перинатальные центры современным медицинским оборудованием. Необходимо, прежде всего, решить задачу повышения качества профессиональной подготовки работающих в этих центрах медицинских кадров (акушеров-гинекологов, анестезиологов-респириматологов, неонатологов, педиатров, специалистов среднего звена).

С учетом современных требований, стоящих перед службой материнства и детства, основные задачи перинатальных центров следующие:

- оказание консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных, рожениц, родильниц, новорожденных;
- осуществление профилактики отдаленных последствий перинатальной патологии у детей (ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича и др.);
- выполнение комплекса реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам и детям раннего возраста;
- осуществление статистического мониторинга и анализа младенческой, перинатальной, материнской смертности;
- организация информационного обеспечения населения и специалистов по вопросам перинатальной помощи, охраны репродуктивного здоровья и безопасного материнства.

Примерная организационная структура перинатального центра представлена на рис. 11.3.

Развитие сети перинатальных центров на федеральном уровне и в субъектах РФ окажет в дальнейшем существенное влияние на преодоление негативных тенденций и стабилизацию демографической ситуации, что определено «Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

11.6. СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ

С учетом высокой ресурсоемкости стационарной помощи большое значение приобретают стационарзамещающие технологии, позволяющие существенно экономить имеющиеся ресурсы без снижения качества медицинской помощи. К таким организационным формам относятся:

- дневные стационары в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- дневные стационары в больничных учреждениях;
- стационары на дому.

В 2008 г. в рамках Программы государственных гарантий в дневных стационарах было пролечено 6,2 млн больных, объем финансирования составил 20,9 млрд рублей, средняя стоимость лечения одного больного — 3355,8 рубля.

Дневной стационар предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

На практике наибольшее распространение получили дневные стационары терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического, неврологического, дерматологического и других профилей (рис. 11.4).

Лечебное питание больных в дневном стационаре организуется, исходя из реальной потребности. Обычно, если стационар входит в структуру больничного учреждения, пациенты пользуются двухразовым питанием по действующим нормативам стационара.

Следует отметить, что дневные стационары в больничных и амбулаторно-поликлинических учреждениях имеют некоторые отличия. В условиях дневных стационаров на базе больниц, как правило, возможно проведение более сложных лабораторно-диагностических обследований, проще организовать питание. Преимущество дневных



Рис. 11.3. Примерная организационная структура перинатального центра



Рис. 11.4. Примерная организационная структура дневного стационара хирургического профиля

стационаров на базе АПУ заключается в возможности 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 — лечение острых форм заболеваний, не требующих интенсивного стационарного наблюдения, долечивание и реабилитация хронических больных, медико-социальная помощь престарелым, наблюдение и лечение в домашних условиях лиц, перенесших несложные оперативные вмешательства и др. Хорошо зарекомендовали себя стационары на дому в педиатрии и гериатрии.

Организация стационара на дому предполагает ежедневное наблюдение больного врачом и средним медицинским работником, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии (внутривенные, внутримышечные инъекции и т.п.), 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 нарушением микро-социальной среды больного и экономически выгодно. Лечение в стационаре на дому по показателям медицинской и социальной эффективности в ряде случаев не уступает лечению в стационаре круглосуточного пребывания, но в то же время в 5 раз дешевле.

11.7. АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Для анализа многоплановой деятельности больничных учреждений используются статистические показатели, которые можно объединить в следующие группы:

- показатели удовлетворения населения стационарной помощью;
- показатели использования коечного фонда;
- показатели нагрузки персонала;
- показатели качества стационарной помощи;
- показатели преемственности в работе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений.

Показатели удовлетворения населения стационарной помощью

Их применяют для оценки доступности населению больничной помощи, выработки предложений по оптимизации структуры и мощности сети больничных учреждений, расчета необходимых для них финансовых, материально-технических, кадровых и других ресурсов.

Показатель обеспеченности населения больничными койками является наиболее общим для оценки удовлетворенности населения стационарной помощью. В результате внедрения новых стационарзамещающих технологий (дневные стационары на базе АПУ, дневные стационары на базе больничных учреждений, стационары на дому) этот показатель за период 1998–2008 гг. снизился с 117,8 до 92,4 на 10 тыс. населения, что позволило повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения, не снижая при этом качество медицинской помощи. Наиболее высокие показатели обеспеченности населения больничными койками в 2008 г. отмечались в Чукотском автономном округе (213,7), Магаданской области (137,9), Республике Тыва (131,4), самые низкие — в Республиках Ингушетия (41,2), Дагестан (67,0), Чеченской Республике (72,8) на 10 тыс. населения. По федеральным округам наиболее высокий уровень обеспеченности населения больничными койками был отмечен в Дальневосточном ФО (99,4), наиболее низкий — в Южном ФО (85,3) на 10 тыс. населения.

Наряду с интенсивным показателем обеспеченности больничными койками, для углубленного анализа удовлетворенности населения стационарной помощью рассчитывается экстенсивный *показатель*

структуры коечного фонда. Структура коечного фонда системы здравоохранения Российской Федерации по основным профилям представлена на рис. 11.5.



Рис. 11.5. Структура коечного фонда (по основным профилям) в Российской Федерации (2008)

Показатель частоты (уровня) госпитализации используется для анализа удовлетворенности населения в госпитализации и расчета нормативов потребности в стационарной помощи. Значение этого показателя в 2007 г. в РФ составило 22,4%. По отдельным субъектам РФ наиболее высокие уровни этого показателя были отмечены на территориях с высокой обеспеченностью населения больничными койками: в Чукотском автономном округе (38,2%), Республике Тыва (37,1%), Республике Алтай (30,2%). Наиболее низкие значения частоты госпитализации были отмечены в Республике Ингушетия (11,1%), Республике Дагестан (17,5%), Калининградской области (17,9%). С учетом приоритета развития амбулаторно-поликлинической помощи, а также внедрения новых стационарзамещающих технологий уровень госпитализации населения в перспективе должен снижаться.

Показатель обеспеченности стационарной помощью используется для анализа выполнения муниципальных заданий в рамках территориальных программ госгарантий и представляет собой количество койко-дней на 1 жителя. Сравнение фактического значения этого показателя с нормативным позволяет оценить степень удовлетворения потребности населения в госпитальной помощи. В 2008 г. значение этого показателя

составило 2,9 койко-дня на 1 жителя, несколько превысив установленный в рамках Программы госгарантий норматив (2,8). Значительные объемы стационарной помощи на 1 жителя отмечены в Чукотском автономном округе (5,1), Магаданской области (4,7), Республике Тыва (4,3), Сахалинской (4,3) и Кировской областях (4,0).

Очевидно, что, приводя показатель обеспеченности населения больничными койками в соответствие с реальной потребностью в них, оптимизируя структуру коечного фонда, выполняя муниципальные задания территориальных программ госгарантий по обеспечению населения стационарной помощью, можно реально влиять на повышение экономической эффективности больничных учреждений.

Показатели использования коечного фонда

Эти показатели характеризуют эффективность работы больничных коек.

Показатель среднего числа дней занятости койки в году (функция больничной койки) характеризует эффективность использования финансовых, материально-технических, кадровых и других ресурсов больничных учреждений. Рекомендуемые значения этого показателя по отдельным профилям коек представлены в табл. 11.1.

Таблица 11.1. Рекомендуемые значения показателей среднего числа дней занятости койки в году и средней длительности пребывания больного на койке

Отделение (профиль коек)	Среднее число дней занятости койки в году	Средняя длительность пребывания больного на койке
Терапевтическое	330–340	13,7
Хирургическое	330–340	9,9
Акушерское	300–310	8,6
Неврологическое	330–340	15,3
Педиатрическое	330–340	10,9
Инфекционное	320–330	9,4
Офтальмологическое	330–340	9,9
Отоларингологическое	330–340	8,8
Дерматологическое	330–340	16,2
Венерологическое	330–340	15,3
Туберкулезное	330–340	80,0

Показатель средней длительности пребывания больного на койке является отношением числа койко-дней, проведенных больными в стационаре, к числу пролеченных больных. Рекомендуемые значения этого показателя представлены в табл. 11.1.

Динамика показателей использования коечного фонда в РФ за последние 10 лет представлена на рис. 11.6.



Рис. 11.6. Динамика показателей использования коечного фонда в больничных учреждениях Российской Федерации (1998–2008)

Показатели нагрузки персонала

Оптимизация структуры и мощности больничных учреждений, внедрение современных технологий диагностики и лечения больных в стационарах, разработка системы дифференцированной системы оплаты труда должны сопровождаться разработкой и анализом показателей нагрузки персонала, работающего в больницах.

Рекомендуемые значения **показателя среднего числа коек на одну должность врача (среднего медицинского персонала)** для основных профилей стационарных отделений представлены в табл. 11.2.

Таблица 11.2. Рекомендуемые значения показателя нагрузки на одну должность врача (среднего медицинского работника) в многопрофильной больнице

Профиль стационарного отделения	Число коек на 1 врачебную должность	Число коек на 1 пост медицинских сестер
Кардиология	10–12	15
Ревматология	10–12	15
Гастроэнтерология	10–12	15
Пульмонология	10–12	15
Эндокринология	10–12	15
Нефрология	10–12	15
Гематология	10	10
Аллергология	10–12	15
Сосудистая хирургия	10–12	15
Травматология	10–12	15
Ортопедия	10–12	15
Ожоговая травма	10–12	15
Урология	10–12	15
Нейрохирургия	10–12	15
Челюстно-лицевая хирургия	10–12	15
Торакальная хирургия	10–12	15
Онкология	10–12	15
Проктология	10–12	15
Общая хирургия	10–12	15
Патология беременности	10–12	15
Гинекология	10–12	15
Отоларингология	10–12	15
Офтальмология	10–12	15
Неврология	10–12	20
Педиатрия	10–12	15
Инфекционное	20	10
Акушерское	15	10
Кожно-венерологическое	30	25
Туберкулезно-легочное	30	20

Показатели качества стационарной помощи

Это группа показателей, анализ которых дает возможность оценить соответствие оказанной стационарной медицинской помощи действующим медико-экономическим стандартам (протоколам ведения больных). Эти показатели используются для проведения как ведомственной, так и вневедомственной экспертизы качества стационарной медицинской помощи. Ведомственная экспертиза осуществляется врачами-экспертами органов управления здравоохранением субъекта РФ, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Вневедомственная экспертиза осуществляется врачами-экспертами страховых медицинских организаций, ТФОМС, управлений Росздравнадзора.

Показатель частоты расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов имеет важнейшее значение для оценки качества лечебно-диагностической помощи. Наиболее часто расхождения диагнозов отмечают по следующим классам заболеваний: злокачественные новообразования (24,8%), болезни системы пищеварения (12,0%), болезни органов дыхания (7,2%), болезни мочеполовой системы (1,6%). В среднем по Российской Федерации по всем классам заболеваний значение этого показателя колеблется в пределах 0,5–1,5%.

Динамика *показателя больничной летальности* с 2000 по 2008 гг. представлена на рис. 11.7.

Для углубленного анализа качества стационарной медицинской помощи на отдельных этапах ее оказания используются специальные показатели: *досуточной и послеоперационной летальности*. Наиболее высокие значения этих показателей отмечаются при терминальной фазе перитонита, тотальном панкреонекрозе, молниеносном сепсисе, тяжелом шоке вследствие политравмы или острой кровопотери. В 2008 г. значения показателей досуточной и послеоперационной летальности, на примере учреждений здравоохранения Новгородской области, составили соответственно 0,2 и 1,13%.

Показатели летальности в стационаре позволяют комплексно оценить уровень организации лечебно-диагностической помощи в больнице, использование современных медицинских технологий.

Показатели преемственности в работе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений

Эти показатели служат индикатором взаимодействия АПУ, скорой медицинской помощи, приемного покоя и стационарных отделений больниц, а также дают возможность косвенно оценить уровень орга-

низации диспансерного наблюдения за больными на догоспитальном этапе.

Показатель частоты отказов в госпитализации рассчитывается как процентное отношение числа больных, которым отказано в госпитализации, к общему числу выбывших из стационара больных и тех, кому было отказано в стационарном лечении. Расчет и анализ этого показателя целесообразно проводить по отдельным заболеваниям, времени суток, дням недели, месяцам года. В оптимальном режиме взаимодействия амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений этот показатель должен приближаться к 0.

Показатель своевременности госпитализации имеет наибольшую значимость для анализа госпитализации больных, страдающих urgentными заболеваниями (острое нарушение мозгового кровообращения, желудочно-кишечное кровотечение, травмы головного мозга и др.). Оптимальное значение этого показателя устанавливается, исходя из сроков госпитализации, определенных протоколами (стандартами) ведения больных.

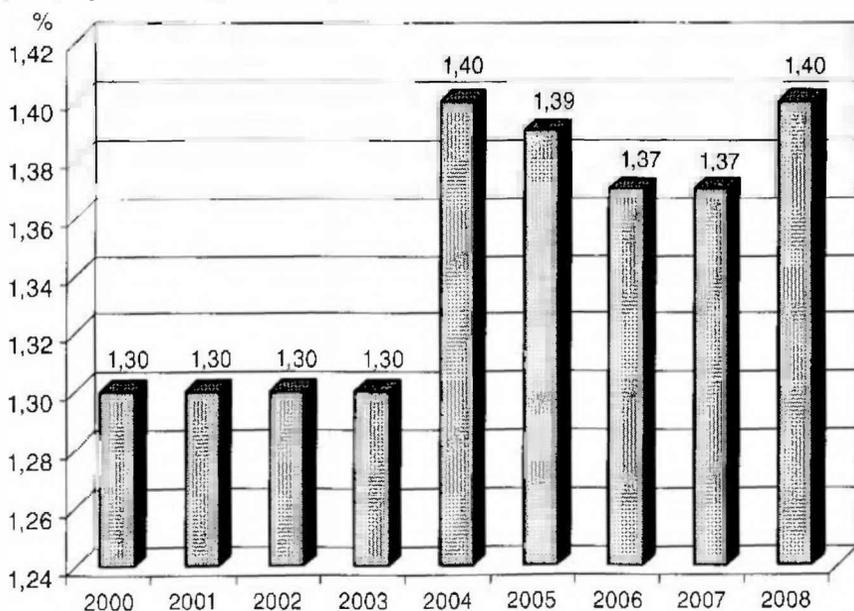


Рис. 11.7. Динамика показателя больничной летальности в Российской Федерации (2000–2008)

11.7.1. Особенности анализа медицинской деятельности родильных домов

Для анализа деятельности родильных домов используются показатели, приведенные ранее и характеризующие работу всех больничных учреждений (показатели использования коечного фонда, качества стационарной помощи и др.). В то же время с учетом особенностей работы родильных домов применяется целый ряд специальных статистических показателей:

- показатель удельного веса физиологических родов;
- показатель частоты применения кесарева сечения в родах;
- показатели частоты оперативных пособий при родах;
- показатель частоты осложнений в родах;
- показатель частоты осложнений в послеродовом периоде;
- показатель перинатальной смертности¹.

Показатель удельного веса физиологических родов характеризует социально-экономические условия, образ жизни, состояние здоровья женщин, уровень диспансерного наблюдения беременных. Значение этого показателя последние годы в Российской Федерации составляет 30%. Соответственно доля патологических родов — 70%, основные причины которых: аномалии родовой деятельности, внутриутробная гипоксия, аномалии положения и предлежания плода, аномалии костей таза и мягких тканей родовых путей.

Рост *показателя частоты применения кесарева сечения в родах* до определенного предела (170–180‰) имеет положительное прогностическое значение для снижения перинатальной смертности, но превышение этого уровня увеличивает риск материнской смертности. В 2008 г. его значение в Российской Федерации составило 199,9‰. Для снижения этого показателя до оптимальных значений необходимо шире использовать современные перинатальные технологии подготовки и ведения родов.

Показатели частоты оперативных пособий при родах характеризуют качественную сторону деятельности акушерско-гинекологической службы и рассчитываются как отношение числа оперативных пособий при родах (наложение щипцов, вакуум-экстракция, ручное отделение последа и др.) к общему числу родов в стационаре и выражается в промилле (‰).

В 2008 г. в Российской Федерации значения показателей частоты наложения щипцов при родах, применения вакуум-экстрактора

¹ Расчет и анализ показателя представлены в главе 2.

составили соответственно 1,4 и 1,23 на 1000 родов, однако с расширением практики обезболивания родов значения этих показателей объективно могут увеличиться.

Показатель частоты осложнений в родах характеризует особенности течения беременности, размеры плода, уровень квалификации акушеров-гинекологов (акушеров) и др. Значения этих показателей в Российской Федерации в 2008 г. составили: разрывы промежности — 0,23‰, сепсис — 0,73‰, нарушения родовой деятельности — 113,9‰.

Показатель частоты осложнений в послеродовом периоде характеризует состояние здоровья женщин, особенности течения родов, санитарно-эпидемиологическое состояние родильных домов и др. Значение этого показателя в Российской Федерации в 2008 г. составило, например, при кровотечении 15,3 на 1000 родов.

Дальнейшая оптимизация сети больничных учреждений должна идти с учетом дифференциации коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса, сокращения излишней численности больничных коек с перепрофилизацией их в больницы (отделения) восстановительного лечения и медико-социальной помощи. Кроме того, внедрение современных медицинских технологий позволит более эффективно использовать ресурсы, направляемые в больничные учреждения.

Глава 12

Особенности организации медицинской помощи жителям сельской местности

12.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В 2008 г. в сельском здравоохранении Российской Федерации функционировало 1749 центральных районных больниц, 481 участковых больниц, 39 179 фельдшерско-акушерских пунктов, в которых работало 46,2 тыс. врачей и 208 тыс. среднего медицинского персонала.

В основе организации медицинской помощи жителям села лежат те же принципы, что и городскому населению. Однако особый уклад жизни селян, система расселения, низкая (по сравнению с городом) плотность населения, плохое качество, а порой и отсутствие дорог, специфика сельскохозяйственного труда накладывают отпечаток на систему организации медицинской помощи сельским жителям. Это касается типа, мощности, дислокации учреждений здравоохранения, обеспеченности их квалифицированными медицинскими кадрами, возможности получения специализированной медицинской помощи. Эти особенности также диктуют необходимость разработки и введения дифференцированных нормативов по отдельным видам ресурсов. Например, для сельских районов, расположенных на больших территориях с низкой плотностью населения (Крайний Север, Сибирь, Дальний Восток), норматив численности населения для организации фельдшерско-акушерского пункта или центра общей врачебной (семейной) практики должен быть значительно ниже такового на юге страны, где плотность населения выше, населенные пункты расположены близко друг от друга и имеется хорошее транспортное сообщение.

12.2. КОМПЛЕКСНЫЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ УЧАСТОК

Главная особенность оказания медицинской помощи сельскому населению заключается в ее этапности. Условно выделяют три этапа в организации медицинской помощи сельскому населению (рис. 12.1).

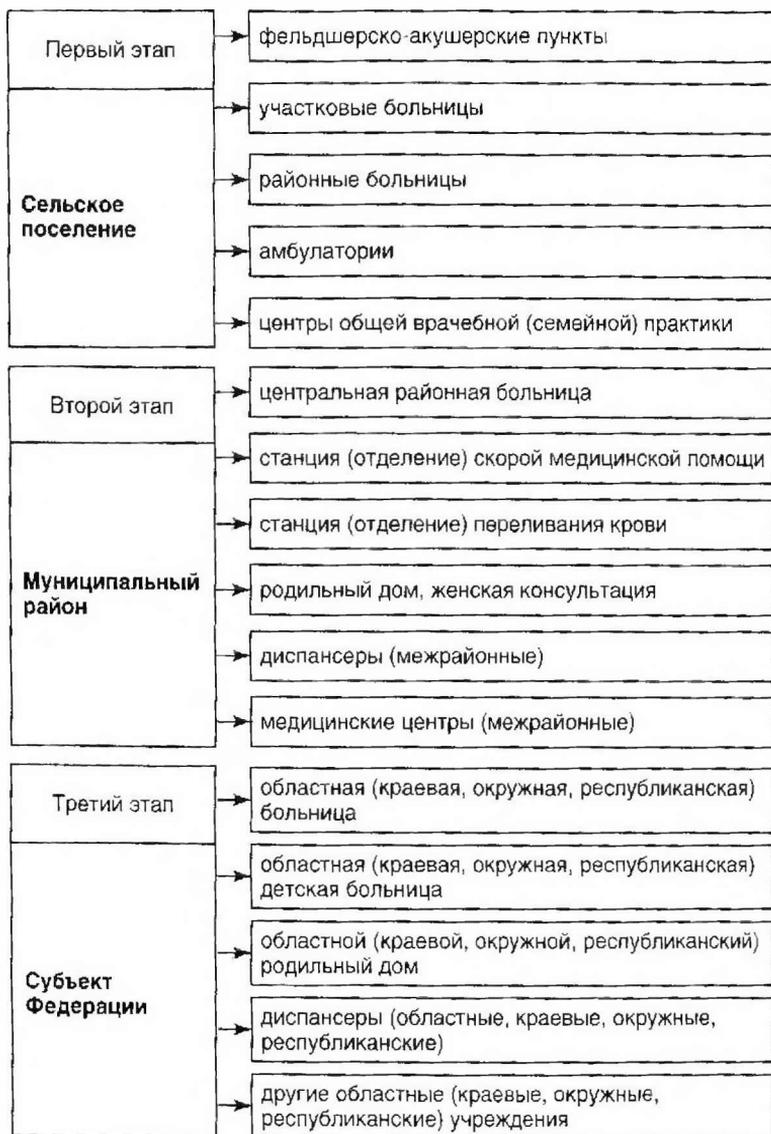


Рис. 12.1. Этапы оказания медицинской помощи сельскому населению

Первый этап — учреждения здравоохранения сельского поселения, которые входят в состав комплексного терапевтического участка. На этом этапе сельские жители получают доврачебную, а также основные виды врачебной медицинской помощи (терапевтическую, педиатрическую, хирургическую, акушерскую, гинекологическую, стоматологическую).

Первым медицинским учреждением, в которое, как правило, обращается сельский житель, является **фельдшерско-акушерский пункт** (ФАП). Он функционирует как структурное подразделение участковой или центральной районной больницы. ФАП целесообразно организовывать в населенных пунктах с числом жителей от 700 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения свыше 2 км, а если расстояние превышает 7 км, то и в населенных пунктах с числом жителей до 700 человек.

На фельдшерско-акушерский пункт возлагается решение большого комплекса медико-санитарных задач:

- проведение мероприятий, направленных на профилактику и снижение заболеваемости, травматизма и отравлений среди сельского населения;
- снижение смертности, прежде всего младенческой, материнской, в трудоспособном возрасте;
- оказание населению доврачебной медицинской помощи;
- участие в текущем санитарном надзоре за детскими дошкольными и школьными образовательными учреждениями, коммунальными, пищевыми, промышленными и другими объектами, водоснабжением и очисткой населенных мест;
- проведение подворных обходов по эпидемиологическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и лиц с подозрениями на инфекционные заболевания;
- повышение санитарно-гигиенической культуры населения.

Таким образом, ФАП представляет собой учреждение здравоохранения в большей степени профилактической направленности. На него могут возлагаться функции аптечного пункта по продаже населению готовых лекарственных форм и других аптечных товаров.

Работу ФАПа непосредственно возглавляет **заведующий**. Кроме него в ФАПе работают акушерка и патронажная медицинская сестра.

Несмотря на важную роль ФАПов, ведущим медицинским учреждением на первом этапе оказания медицинской помощи жителям

села служит **участковая больница**, которая в своем составе может иметь стационар и врачебную амбулаторию. Виды и объем медицинской помощи в участковой больнице, ее мощность, оснащение, укомплектованность медицинскими кадрами во многом зависят от профиля и мощности других медицинских учреждений, входящих в систему здравоохранения муниципального района (сельского поселения). Основная задача участковой больницы — оказание населению первичной медико-санитарной помощи.

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению представляет важнейший раздел работы участковой больницы. Она может оказываться **амбулаторией** как входящей в структуру больницы, так и самостоятельной. Основная задача амбулатории — проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, инвалидности, смертности среди населения, раннему выявлению заболеваний, диспансеризации больных. Врачи амбулатории ведут прием взрослых и детей, осуществляют вызовы на дом и неотложную помощь. В приеме больных могут принимать участие и фельдшера, однако медицинская помощь в амбулатории преимущественно должна оказываться врачами. В участковой больнице проводится экспертиза временной нетрудоспособности а в случае необходимости больные направляются на МСЭ.

С целью приближения специализированной медицинской помощи жителям села врачи центральной районной больницы по определенному графику выезжают в амбулаторию для приема больных и отбора их в случае необходимости на госпитализацию в специализированные учреждения. В последнее время во многих субъектах РФ происходит процесс реорганизации участковых больниц и амбулаторий в центры общей врачебной (семейной) практики.

12.3. ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА

Второй этап обеспечения медицинской помощью сельского населения — это учреждения здравоохранения муниципального района, а среди них ведущее место занимает **центральная районная больница (ЦРБ)**. ЦРБ осуществляет основные виды специализированной медицинской помощи и одновременно выполняет функции органа управления здравоохранением на территории муниципального района.

Мощность ЦРБ, профиль специализированных отделений в ее составе зависят от численности населения, структуры и уровня забо-

леваемости, иных медико-организационных факторов и определяются администрациями муниципальных образований. Как правило, ЦРБ бывают мощностью от 100 до 500 коек, а количество специализированных отделений в ней — не менее пяти: терапевтическое, хирургическое с травматологией, педиатрическое, инфекционное и акушерско-гинекологическое (если в районе нет родильного дома).

Главный врач центральной районной больницы является руководителем здравоохранения муниципального района, назначается и освобождается от должности администрацией муниципального района.

Примерная организационная структура центральной районной больницы представлена на рис. 12.2.

Методическую, организационную и консультативную помощь врачам комплексных терапевтических участков, фельдшерам ФАПов осуществляют специалисты центральных районных больниц. Каждый из них, согласно утвержденному графику, выезжает на комплексный терапевтический участок для проведения медицинских осмотров, анализа диспансерной работы, отбора больных на госпитализацию.

С целью приближения специализированной медицинской помощи к сельскому населению могут создаваться **межрайонные медицинские центры**. Функции таких центров выполняют крупные ЦРБ (мощностью 500–700 коек), способные обеспечить население данного муниципального района недостающими видами специализированной стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

В структуре ЦРБ имеется **поликлиника**, которая оказывает первичную медико-санитарную помощь сельскому населению по направлениям фельдшеров ФАПов, 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 центральных районных больниц. Профилактическая и лечебная работа детских поликлиник и детских отделений районных больниц осуществляется на тех же принципах, что и в городских детских поликлиниках.

Оказание акушерско-гинекологической помощи женщинам в муниципальном районе возлагается на **женские консультации**, родильные и гинекологические отделения центральных районных больниц.

Функциональные обязанности медицинского персонала, учетно-отчетная документация, расчет статистических показателей деятельности ЦРБ принципиально не отличаются от таковых в городских больницах и АПУ.



Рис. 12.2. Примерная организационная структура центральной районной больницы

12.4. ОБЛАСТНАЯ (КРАЕВАЯ, ОКРУЖНАЯ, РЕСПУБЛИКАНСКАЯ) БОЛЬНИЦА

Третий этап обеспечения сельского населения медицинской помощью представлен учреждениями здравоохранения субъекта Федерации, а среди них главную роль играют областные (краевые, окружные, республиканские) больницы. На этом этапе осуществляется оказание специализированной медицинской помощи по всем основным специальностям.

Областная (краевая, окружная, республиканская) больница — это крупное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, призванное оказывать в полном объеме специализированную помощь не только сельским жителям, но и всему населению субъекта РФ. Она представляет собой центр организационно-методического руководства медицинскими учреждениями, размещенными на территории области (края, округа, республики), и является базой специализации и повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Примерная организационная структура областной (краевой, окружной, республиканской) больницы представлена на рис. 12.3.

Функциональные обязанности медицинского персонала, методика расчета статистических показателей, учетно-отчетная документация областной (краевой, окружной, республиканской) больницы принципиально не отличаются от таковых в городской или центральной районной больницах. В то же время организация работы областной (краевой, окружной, республиканской) больницы имеет свои особенности. Одна из таких особенностей заключается в наличии в составе больницы **консультативной поликлиники**, куда за помощью приезжают жители всех муниципальных районов (городских округов) субъекта Российской Федерации. Для их размещения при больнице организуется пансионат или гостиница для пациентов.

В консультативную поликлинику больные направляются, как правило, после предварительной консультации и обследования у районных (городских) врачей-специалистов. В стационарные отделения больницы пациенты госпитализируются, как правило, по направлениям специалистов районных, городских, центральных районных больниц, бригадами скорой медицинской помощи и отделений экстренной и планово-консультативной помощи.

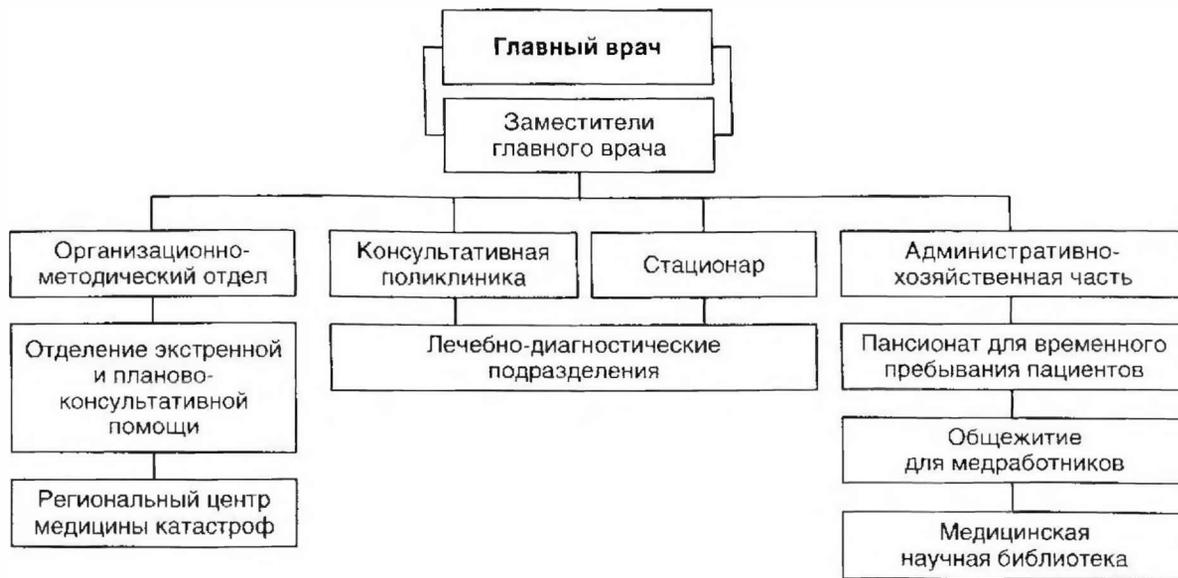


Рис. 12.3. Примерная организационная структура областной (краевой, окружной, республиканской) больницы

Другая особенность областной (краевой, окружной, республиканской) больницы состоит в наличии в ее составе **отделения экстренной и планово-консультативной помощи**, которое, используя средства санитарной авиации или наземного автотранспорта, оказывает экстренную и консультативную помощь с выездом в отдаленные населенные пункты. Кроме того, отделение обеспечивает доставку больных в специализированные региональные и федеральные медицинские центры.

Отделение экстренной и планово-консультативной помощи работает в тесной связи с **региональным центром медицины катастроф**. В случаях возникновения чрезвычайных ситуаций практическую работу по выполнению санитарных заданий осуществляют бригады специализированной медицинской помощи постоянной готовности.

В отличие от ЦРБ, в областной (краевой, окружной, республиканской) больнице функции **организационно-методического отдела** значительно шире. Фактически он служит аналитическим центром и научно-методической базой органа управления здравоохранением субъекта РФ по внедрению в практику современных медицинских и организационных технологий.

К организационной деятельности отдела относится проведение региональных фельдшерских (сестринских) конференций, обобщение и распространение передового опыта учреждений здравоохранения, организация медицинских осмотров населения, плановых выездов специалистов, издание инструктивно-методических материалов и др.

Научно-исследовательская работа представляет одно из направлений деятельности областной (краевой, окружной, республиканской) больницы. Она включает в себя проведение совместно с кафедрами медицинских вузов и научно-исследовательскими институтами исследований, внедрение научных результатов в практическую работу медицинских учреждений, организацию научных конференций и семинаров, работу научных обществ врачей и др.

Дальнейшие пути совершенствования организации медицинской помощи жителям села заключаются в развитии сети центров общей врачебной (семейной) практики, укреплении материально-технической базы и оснащении современным медицинским оборудованием межрайонных центров на базе крупных центральных районных больниц, обеспечении станций (отделений) скорой медицинской помощи санитарным транспортом и средствами связи, развитию

службы санитарной авиации, внедрении телемедицины, развитии высокотехнологичных видов медицинской помощи на базе областных (краевых, окружных, республиканских) больниц. Приближение к населению специализированных видов медицинской помощи должно идти по пути развития ее выездных форм (выездные поликлиники, передвижные стоматологические кабинеты, флюорографические установки и др.). Важное условие повышения доступности медицинской помощи сельским жителям — укомплектование учреждений здравоохранения кадрами медицинских работников. Для решения этой задачи необходим переход на контрактно-целевую форму подготовки и распределения кадров, обеспечение жильем молодых специалистов, внедрение эффективной системы материального стимулирования труда.

Глава 13

Состояние и перспективы развития стоматологической помощи

13.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Стоматологическая помощь относится к числу самых массовых видов медицинской помощи. Для обеспечения населения стоматологической помощью в Российской Федерации в 2008 г. функционировало 817 самостоятельных стоматологических поликлиник и 5340 стоматологических кабинетов, кроме того, в составе многопрофильных больниц развернуто около 6000 стоматологических коек. В этих учреждениях работает около 46 тыс. врачей-стоматологов и свыше 18 тыс. зубных врачей.

В то же время серьезные недостатки организации профилактической работы определяют большую распространенность среди населения заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстей, показатель которой составляет более 500 случаев на 1000 населения. В структуре общей заболеваемости эти болезни составляют около 25%. Среди стоматологических заболеваний на первом месте находится кариес зубов и его осложнения, на втором — аномалии развития, на третьем — болезни пародонта и слизистой оболочки.

За последние десять лет уровень стоматологической заболеваемости возрос, а доступность бесплатной стоматологической помощи, прежде всего среди декретированных контингентов, снизилась: у взрослых доля санированных к числу нуждающихся уменьшилась с 70 до 40%, у детей — с 80 до 60%.

Значение стоматологической заболеваемости в оценке здоровья населения в целом возрастает и в связи с тем, что болезни полости рта, слюнных желез и челюстей могут способствовать возникновению и развитию заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки, кишечника, печени, других систем и органов человека.

13.2. ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Как известно, медицинская профилактика по отношению к населению бывает индивидуальной, групповой и популяционной. В зависимости от поставленных задач, в организации профилактики заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстей выделяют первичную, вторичную, третичную профилактику, которая реализуется на тех же принципах, что и профилактика других соматических заболеваний.

Первичная профилактика стоматологических заболеваний включает в себя комплекс мер по устранению (снижению) влияния факторов риска на состояние органов и тканей полости рта. Это исключает или уменьшает возможность возникновения таких стоматологических заболеваний или преморбидных состояний, как кариес зубов, заболевания пародонта, челюстно-лицевые аномалии, болезни слюнных желез, стоматиты и др.

В результате многолетних исследований было доказано влияние ряда факторов на поражаемость зубов кариесом, развитие острых и хронических гингивитов и болезней пародонта. Среди них большое значение приобретает недостаточный уровень санитарно-гигиенической культуры населения: подавляющее большинство детей и значительная часть взрослых не имеют навыков правильного ухода за полостью рта. В возникновении стоматологических заболеваний существенная роль принадлежит несбалансированному питанию. Чрезмерное потребление рафинированных углеводов приводит к накоплению в зубном налете агрессивных микроорганизмов, под воздействием которых продукты распада вызывают растворение минералов эмали зубов, что приводит к образованию кариеса. Устойчивость эмали зубов, в свою очередь, зависит от содержания в ней фтора. Основные источники его поступления в организм человека это питьевая вода, продукты питания, специальные препараты, средства гигиены полости рта. В настоящее время на фармацевтическом рынке присутствует большой выбор препаратов, оказывающих противокариозное действие, что создает предпосылки для более эффективной первичной профилактики кариеса зубов, гингивитов и болезней пародонта.

Для профилактики стоматологических заболеваний, прежде всего среди беременных, детей и подростков, работников предприятий с вредными условиями труда, разрабатываются комплексные целевые

программы. Основная задача таких программ — пропаганда санитарных знаний среди родителей, педагогов, воспитателей, беременных, санитарно-гигиеническое воспитание детей и подростков с широким использованием вербальных, печатных и наглядных форм пропаганды здорового образа жизни. К этой работе привлекаются врачи-стоматологи, зубные врачи стоматологических поликлиник (зубных кабинетов), детских дошкольных и школьных учреждений, медико-санитарных частей предприятий, патронажные сестры и обученный санитарный актив, сформированный из населения.

В процессе санитарно-гигиенического воспитания у населения формируются устойчивые навыки ухода за полостью рта с использованием существующих средств личной гигиены, соблюдения режима питания, поведенческие стратегии, направленные на своевременное и регулярное обращение к врачам-стоматологам.

Профилактика стоматологических заболеваний направлена, прежде всего, на восстановление нарушенного обмена веществ в тканях зубов и органах челюстно-лицевой области. Она также предусматривает воздействие на организм в целом за счет поступления достаточного количества микроэлементов, витаминов, полноценного питания, гигиенических мероприятий, закаливания организма и др. Для этого на территориях с недостаточным содержанием фтора в питьевой воде и с высокой интенсивностью кариеса зубов у детей им назначают фторсодержащие таблетки или витафтор, рекомендуют использовать фторсодержащие зубные пасты, устанавливают оборудование для дозированного фторирования питьевой воды, молока, соли, проводят повсеместную обработку зубов противокариозными средствами (фтористый лак, 2% раствор фтористого натрия, ремодент и другие реминерализующие растворы).

Организационно-методическое руководство этой работой возлагается на профилактические отделения и кабинеты стоматологических поликлиник. Главные врачи стоматологических поликлиник несут личную ответственность за результаты реализации таких комплексных программ профилактики стоматологических заболеваний.

Вторичная профилактика представляет собой комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и иных мер, направленных на раннее выявление заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстей, а также предупреждение их обострений, осложнений, перехода в хроническую форму, стойкую потерю трудоспособности.

Это достигается внедрением современных медицинских технологий для своевременной диагностики и лечения болезней, качественным проведением санации с последующей диспансеризацией больных, нуждающихся в постоянном наблюдении, повышением профессионального уровня медицинских работников.

Третичная профилактика (реабилитация) предусматривает комплекс медицинских и социальных мероприятий для восстановления утраченной функции зубов и челюстно-лицевого аппарата.

13.3. ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Важнейшими задачами стоматологических организаций служит комплекс диспансерных мероприятий по профилактике, раннему выявлению, лечению и реабилитации больных с заболеваниями полости рта, слюнных желез и челюстей.

Более 90% больных получают общую и специализированную стоматологическую помощь в АПУ, к которым относятся:

- госуларственные и муниципальные стоматологические поликлиники для взрослых и детей (республиканские, краевые, окружные, областные, городские, районные);
- стоматологические отделения (в составе многопрофильных больниц, медико-санитарных частей, ведомственных учреждений и т.д.);
- стоматологические кабинеты (в диспансерах, женских консультациях, центрах общей врачебной (семейной) практики, на здравпунктах промышленных предприятий, в образовательных учреждениях и т.д.);
- частные стоматологические организации (поликлиники, кабинеты и т.д.).

Стационарную специализированную стоматологическую помощь больные получают в отделениях челюстно-лицевой хирургии многопрофильных больниц.

Доступность населению стоматологической помощи зависит от многих факторов: ценовой политики, организационных форм ее оказания, обеспеченности населения врачами-стоматологами (зубными врачами) и др. В настоящее время стоматологическая помощь населению оказывается в следующих организационных формах: централизованной, децентрализованной, выездной.

При **централизованной форме** прием населения проводится непосредственно в стоматологической поликлинике или в стоматологическом отделении (кабинете) в составе другого лечебно-профилактического учреждения.

Децентрализованная форма оказания населению стоматологической помощи предусматривает создание постоянно действующих стоматологических кабинетов на здравпунктах промышленных предприятий, в образовательных учреждениях. Эта форма наиболее приемлема для организации стоматологической помощи работающему населению и учащимся. Преимущество такой формы неоспоримо, но организовывать подобные кабинеты целесообразно на предприятиях с численностью 1200 работающих и более и образовательных учреждениях с числом учащихся 800 и более.

Выездная форма наиболее эффективна для оказания стоматологической помощи сельским жителям, детям в дошкольных учреждениях, инвалидам, одиноким и престарелым гражданам. Она позволяет максимально приблизить как общую, так и специализированную стоматологическую помощь этим категориям граждан.

Лица, страдающие острой зубной болью, травматическими повреждениями зубов, челюстей и другой острой стоматологической патологией, должны обеспечиваться неотложной стоматологической помощью. Круглосуточное оказание неотложной стоматологической помощи населению в крупных городах осуществляется отделениями неотложной помощи для взрослых и детей (в структуре стоматологических поликлиник) и кабинетами, функционирующими в структуре станций (отделений) скорой медицинской помощи.

Основная задача специалистов, работающих в стоматологических организациях, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности, — санация полости рта пациентов.

Санация полости рта (от лат. *sanus* — здоровый) — комплексное оздоровление органов и тканей полости рта, которое включает в себя лечение кариеса, устранение дефектов тканей зуба некариозной природы путем пломбирования, удаление зубного камня, лечение заболеваний парадонта, удаление разрушенных зубов и корней, не подлежащих консервативному лечению, ортодонтическое и ортопедическое лечение, обучение навыкам гигиены полости рта и т.п.

Выделяют две формы санации полости рта: по обращаемости и плановую.

Санацию полости рта по обращаемости проводят пациентам, самостоятельно обратившимся в стоматологическую поликлинику (отделение, кабинет) за медицинской помощью.

Плановую санацию полости рта осуществляют по месту учебы, работы в стоматологическом кабинете или в поликлинике. В первую очередь полость рта saniруют лицам, работающим на вредных производствах или на предприятиях с такими условиями труда, которые способствуют интенсивному развитию стоматологических заболеваний: например, кариеса зубов у рабочих кондитерских или мукомольных предприятий, кислотного некроза эмали у лиц, контактирующих с парами кислот, гингивита у рабочих парниковых хозяйств и др. Плановая санация показана также лицам, страдающим различными хроническими соматическими заболеваниями, во избежание формирования очагов одонтогенной инфекции. Плановую санацию проводят детям в детских садах, школах, интернатах, санаториях, оздоровительных лагерях, педиатрических стационарах.

В зависимости от контингента обслуживаемого населения, распространенности стоматологических заболеваний и доступности стоматологической помощи на конкретной территории, плановая санация полости рта может осуществляться следующими методами:

- централизованным;
- децентрализованным;
- бригадным;
- смешанным.

Централизованный метод

Плановая санация полости рта проводится непосредственно в стоматологической поликлинике или стоматологическом отделении в структуре лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), что позволяет организовать прием пациентов с необходимыми лабораторно-инструментальными исследованиями, консультациями специалистов. Однако организовать посещение поликлиники лицами, подлежащими плановой санации, особенно детьми, в ряде случаев бывает затруднительно. В таком случае используют децентрализованный метод плановой санации.

Децентрализованный метод

Санация полости рта проводится непосредственно в детских дошкольных учреждениях, школах и на предприятиях путем организации стоматологических кабинетов. При недостаточном числе

учащихся в школах (менее 800 человек) в одной из них открывается стоматологический кабинет, который обслуживает детей из 2–3 близлежащих прикрепленных школ. Тем самым обеспечивается необходимый уровень доступности стоматологической помощи детям, максимальный охват их санацией и профилактическими мероприятиями. Слабая сторона метода заключается в недостаточной оснащенности стоматологических кабинетов специальным оборудованием, поэтому дети со сложными заболеваниями и при необходимости дополнительных диагностических исследований направляются в стоматологическую поликлинику.

Бригадный метод

Плановая санация полости рта осуществляется выездной бригадой врачей-стоматологов районной или областной стоматологической поликлиники. Бригады, как правило, состоят из 3–5 врачей и одной медицинской сестры, они выезжают непосредственно в школы, детские дошкольные учреждения, на предприятия, где в течение необходимого периода времени проводят санацию полости рта детей и взрослых. Для этих целей используют специально оборудованный транспорт.

Смешанный метод

Предусматривает сочетание тех или иных методов плановой санации полости рта исходя из возможностей территориальной системы здравоохранения, наличия стоматологических учреждений, обеспеченности их квалифицированными кадрами, необходимым диагностическим и лечебным оборудованием.

У детей метод плановой санации, как правило, реализуется в два этапа.

Первый этап — осмотр полости рта ребенка и определение необходимых видов стоматологической помощи.

Второй этап — оказание стоматологической помощи в кратчайшие сроки до полной санации.

В ряде случаев плановая санация предусматривает *третий этап* — последующее активное динамическое наблюдение за больными детьми.

Плановую санацию полости рта у детей необходимо рассматривать как основное средство профилактики кариеса зубов и своевременной коррекции челюстно-лицевых аномалий. Плановая санация, независимо от форм и используемых методов, предусматривает обязательные повторные (контрольные) осмотры детей каждые 6 мес.

Успех проведения плановой санации детей в организованных детских коллективах во многом зависит от согласованных действий руководителей детских стоматологических поликлиник и дошкольных и школьных образовательных учреждений. Для этого заранее составляются графики плановой санации, обеспечиваются организация и контроль их выполнения.

13.4. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА

Основной объем стоматологической помощи населению оказывают **стоматологические поликлиники**, которые представляют собой ЛПУ, деятельность которых направлена на профилактику стоматологических заболеваний, своевременное выявление и лечение больных с заболеваниями полости рта, слюнных желез и челюстей.

Наиболее эффективной считается оказание стоматологической помощи населению по участковому принципу. Режим работы поликлиники устанавливается органом здравоохранения по подчиненности с учетом потребности населения и конкретных условий.

Основные задачи стоматологической поликлиники:

- оказание своевременной терапевтической, хирургической, ортопедической и других видов стоматологической помощи лицам, обратившимся в поликлинику;
- оказание неотложной стоматологической помощи больным при острых заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей;
- проведение медицинских осмотров в дошкольных и школьных образовательных учреждениях, на предприятиях с осуществлением санации полости рта всем нуждающимся;
- диспансерное наблюдение за больными с активно протекающим кариесом зубов, с заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта, хроническим остеомиелитом челюстей, злокачественными новообразованиями лица и полости рта, аномалиями развития и деформации челюстей и другими заболеваниями;
- экспертиза временной нетрудоспособности больных, направление на МСЭ лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- внедрение в практическую деятельность современных методов диагностики, лечения, новой медицинской техники, лекарственных средств;
- разработка территориальных целевых программ по профилактике, своевременной диагностике и лечению заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстно-лицевой области;

- проведение санитарно-просветительной работы по профилактике заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстей среди взрослого и детского населения.

Руководство стоматологической поликлиникой осуществляет **главный врач**, который назначается и освобождается от должности руководителем соответствующего органа управления здравоохранением. Главный врач руководит деятельностью стоматологической поликлиники на основе принципа единоначалия и несет ответственность за организацию, уровень и качество стоматологической помощи прикрепленному населению. Одна из основных задач главного врача — разработка и организация выполнения комплексного плана работы поликлиники, укомплектование ее штатами в соответствии с действующими нормативами, оснащение медицинской техникой, оборудованием, инструментарием. Главный врач организует проведение статистического анализа медицинской и экономической деятельности поликлиники, систематическое изучение стоматологической заболеваемости, оценку эффективности проводимых профилактических мероприятий, внедрение новых медицинских технологий. Главный врач несет ответственность за своевременность и достоверность статистического учета и отчетности поликлиники, результаты финансово-хозяйственной деятельности.

Примерная организационная структура стоматологической поликлиники для взрослых представлена на рис. 13.1.

Регистратура играет большую роль в правильной организации приема, регулировании потока пациентов, что осуществляется посредством выдачи талонов или предварительной записи на прием. Первичные талоны выдаются на прием к врачу стоматологу-терапевту, стоматологу-хирургу, стоматологу-ортопеду или к специалисту узкого профиля (пародонтологу, ортодонту, гигиенисту).

Кроме регулирования потока пациентов, регистратура выполняет ряд других функций: оформление и хранение «Медицинской карты стоматологического больного» (ф. 043/у), их подбор, доставку в кабинеты и раскладку после приема, оформление листков нетрудоспособности, дает необходимую справочную информацию посетителям, проводит финансовые расчеты с пациентами по оплате стоматологических услуг.

В организации приема больных в стоматологической поликлинике большая роль принадлежит **дежурному стоматологу**, который осматривает пациента, определяет вид и объем необходимой стомато-

логической помощи, направляет к другим специалистам. Дежурный стоматолог в экстренных случаях оказывает больным неотложную стоматологическую помощь.



Рис. 13.1. Примерная организационная структура стоматологической поликлиники для взрослых

Повторные посещения больными поликлиники назначаются лечащим врачом. При правильной организации работы поликлиники больной наблюдается одним врачом, который составляет план лечения и при необходимости направляет пациента на консультацию и лечение к другим специалистам.

В поликлинике для соблюдения прав пациентов вводится система гарантийного обслуживания (по договору возмездного оказания услуг с гарантийными обязательствами): при первичном обращении больному выдается «гарантийный талон», в котором указывается план лечения, стоимость работы, график посещений, и который дает больному право в случае обнаружения дефектов обратиться к

врачу в любое время вне очереди в течение года после окончания лечения.

Важный раздел работы стоматологической поликлиники — профилактическая деятельность. С целью активной профилактики кариеса зубов и других распространенных стоматологических заболеваний поликлиники проводят медицинские осмотры и плановую санацию полости рта детям в школьных и дошкольных образовательных учреждениях, студентам, рабочим, связанным с профессиональными вредностями, призывникам, беременным и другим контингентам населения.

Стоматологические организации обеспечиваются медицинскими кадрами в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР № 950 от 01.10.1976 «О штатных нормативах медицинского персонала стоматологических поликлиник» (в ред. Минздравсоцразвития РФ от 13.06.2006 № 481). Однако следует подчеркнуть, что этот приказ и другие, касающиеся штатных нормативов, в настоящее время носят рекомендательный характер. Руководители стоматологических организаций самостоятельно утверждают штатные расписания, исходя из реальных потребностей населения в специалистах того или иного профиля и имеющегося фонда оплаты труда.

Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности больных, страдающих заболеваниями полости рта, слюнных желез и челюстей, проводится в порядке, изложенном в главе 19.

13.5. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Особенности организации стоматологической помощи детскому населению определяются, прежде всего, высоким уровнем стоматологической заболеваемости в детском и подростковом возрасте: более 80% детей страдают кариесом зубов, 95% — болезнями пародонта.

Амбулаторно-поликлиническую стоматологическую помощь детям оказывают следующие стоматологические учреждения:

- детские стоматологические поликлиники;
- детские стоматологические отделения (кабинеты) учреждений общелечебной сети;
- стоматологические кабинеты образовательных учреждений.

Детские стоматологические поликлиники как самостоятельные ЛПУ организуются в крупных городах с численностью детского населения не менее 60–70 тыс. человек. В городах с численностью детского населения до 20 тыс. стоматологическая помощь оказывается в детских отделениях (кабинетах) стоматологических поликлиник для взрослых.

К основным задачам детской стоматологической поликлиники относятся:

- обеспечение качественного лечебно-диагностического процесса на основании стандартов медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями;
- организация и проведение в плановом порядке профилактических осмотров и санации полости рта детей в учреждениях дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего, специального образования, начального и среднего профессионального образования;
- оказание экстренной стоматологической (хирургической) помощи больным детям при острых заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области;
- проведение диспансерного наблюдения за детьми с патологией зубочелюстной системы с оценкой уровня стоматологического здоровья детей;
- направление в установленном порядке больных детей на стационарное лечение в специализированные стоматологические отделения;
- проведение комплексного ортодонтического лечения детей с зубочелюстными и лицевыми аномалиями;
- анализ стоматологической заболеваемости детей и разработка мероприятий по снижению и устранению причин, способствующих возникновению заболеваний и их осложнений;
- внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний челюстно-лицевой области у детей;
- проведение санитарно-просветительной работы среди населения, в том числе с привлечением среднего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений, педагогического персонала школ и дошкольных учреждений, родителей, с использованием всех средств массовой информации (печати, телевидения, радиовещания, средств наглядной агитации и т.д.);

- оснащение структурных подразделений поликлиники медицинской аппаратурой, инструментарием, а также медикаментами и расходными материалами в соответствии с перечнем оборудования и инструментария;
- ведение учета и составления медицинской отчетности в установленном порядке.

Существуют определенные требования к структуре детской стоматологической поликлиники: наличие как минимум 2–3 кабинетов врача-ортодонта, кабинета врача-психолога, игровой комнаты. В том случае если стоматологическая помощь детям оказывается в отделении, входящим в структуру стоматологической поликлиники для взрослых, то к обязательным условиям относится наличие отдельного входа для детей и как минимум двух кабинетов (хирургического, терапевтического).

Одна из особенностей организации работы детских стоматологических поликлиник — широкое использование **метода плановой санации** (см. раздел 13.3).

Главная фигура в детской стоматологической поликлинике — **врач-стоматолог детский**, получивший высшее профессиональное образование по специальности «стоматология» и окончивший интернатуру по специальности «врач-стоматолог общей практики» или клиническую ординатуру по специальности «стоматология детская». Специализированную помощь оказывают **врачи стоматологи-специалисты (терапевт, хирург, ортопед, ортодонт)**, прошедшие профессиональную переподготовку по детской стоматологии в соответствии с требованиями образовательного стандарта, типовой программы и учебного плана, утвержденные в установленном порядке и получившие сертификат специалиста по соответствующей специальности. Кроме того, стоматологическую помощь детям могут оказывать **зубные врачи**.

Основная задача врача-стоматолога детского — это проведение профилактической, диагностической, лечебной и санитарно-просветительной работы, направленной на оптимальное развитие зубочелюстной системы детей. Для этого он осуществляет плановую санацию полости рта детей, диспансеризацию нуждающихся в постоянном динамическом наблюдении. В необходимых случаях оказывает несложную стоматологическую помощь детям в амбулаторных условиях, в установленном порядке направляет детей с патологией челюстно-лицевой области на стационарное лечение в специализированные стоматологические отделения и др.

13.6. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

К числу основных особенностей организации стоматологической помощи жителям села относятся:

- этапность в оказании стоматологической помощи;
- необходимость развития передвижных видов стоматологической помощи (терапевтической, ортопедической, хирургической, ортодонтической и др.);
- сезонный характер уклада жизни селян и трудности транспортного сообщения между населенными пунктами.

Стоматологическая помощь жителям сельской местности, как правило, организуется на базе функционирующих ЛПУ на всех этапах оказания медицинской помощи жителям села (см. главу 12).

На первом этапе организации медицинской помощи сельскому населению стоматологическая помощь больным оказывается в ФАПах, которые должны быть оснащены необходимым инструментарием, лекарственными препаратами и расходными материалами. Используя анальгезирующие и противовоспалительные средства, фельдшер ФАПа должен купировать или уменьшить острую зубную боль, удалить зуб третьей степени подвижности, предупреждая тем самым одонтогенные воспаления.

В участковых, районных больницах, амбулаториях, центрах общей врачебной (семейной) практики организуется стоматологический (зубоврачебный) кабинет. В задачи такого кабинета входит оказание населению квалифицированной стоматологической помощи в лечении и профилактике заболеваний полости рта, зубов, а также регулярная плановая санация полости рта детям, посещающим дошкольные и школьные учреждения, санация беременных, больных, находящихся на диспансерном учете с социально значимыми заболеваниями.

Врач-стоматолог (зубной врач) периодически (согласно графику) выезжает на ФАПы, входящие в состав комплексного терапевтического участка, для проведения лечебно-профилактической работы среди прикрепленного населения.

Организация работы стоматологических (зубоврачебных) кабинетов во многом определяется сезонным характером уклада жизни селян, трудностями транспортного сообщения между населенными

пунктами. С учетом этих особенностей составляются графики работы стоматологических (зубоврачебных) кабинетов, которые своевременно доводятся до населения.

Организационно-методическое руководство этими кабинетами осуществляет районный стоматолог, который назначается из числа руководителей районных стоматологических поликлиник (стоматологических отделений центральных районных больниц).

В отдельных субъектах Российской Федерации распространение получили **выездные формы** оказания стоматологической помощи жителям сельских поселений. Они организуются на базе специально оборудованного автотранспорта (повышенной проходимости), закрепленного за центральными районными или участковыми больницами. Использование таких передвижных стоматологических установок позволяет обеспечить стоматологической помощью жителей отдаленных деревень.

На втором этапе организации медицинской помощи сельскому населению создается самостоятельная районная стоматологическая поликлиника или стоматологическое отделение в структуре ЦРБ, задачи которых во многом схожи с задачами городской стоматологической поликлиники (см. раздел 13.4).

На третьем этапе стоматологическая помощь сельским жителям оказывается в том числе в областной (краевой, окружной, республиканской) стоматологической поликлинике, основные задачи которой:

- оказание высококвалифицированной стоматологической помощи жителям муниципальных районов области (края, округа, республики);
- организационно-методическое руководство стоматологическими поликлиниками (отделениями, кабинетами), функционирующими на первых двух этапах организации медицинской помощи сельским жителям;
- разработка и контроль реализации целевых программ по профилактике стоматологических заболеваний населения области (края, округа, республики);
- организация и контроль проведения статистического учета и отчетности деятельности стоматологических поликлиник (отделений, кабинетов);
- изучение и распространение современных технологий профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний;
- организация повышения квалификации врачей-стоматологов и среднего медицинского персонала.



Рис. 13.2. Динамика показателей обеспеченности населения врачами-стоматологами и зубными врачами в Российской Федерации (1998–2008)

сти рта врачом-стоматологом или зубным врачом. Рекомендуемое значение этого показателя — 2–3 санации в день.

Показатель среднего числа вылеченных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) характеризует нагрузку на смешанном стоматологическом приеме. Рекомендуемое значение этого показателя — 7–8 вылеченных зубов в день.

Показатель среднего числа удаленных зубов в день на 1 врача-стоматолога также служит характеристикой нагрузки на смешанном стоматологическом приеме. Рекомендуемое значение этого показателя — 2–3 удаленных зуба (временного и постоянного прикуса) в день.

Два последних показателя используются также для расчета показателя, характеризующего качество стоматологической помощи, — отношение числа вылеченных зубов к удаленным.

Показатели качества стоматологической помощи

Эти показатели служат главным результатом деятельности стоматологических организаций.

Показатель отношения числа вылеченных зубов к удаленным характеризует уровень санитарной культуры населения, внедрения современных медицинских технологий и имеет специфические особенности

для детского и взрослого населения. Этот показатель рассчитывается как отношение вылеченных зубов к числу удаленных. Рекомендуемое значение этого показателя для детского населения 800:1 (для постоянных зубов), взрослого населения — 3:1.

Показатель удельного веса осложненного кариеса характеризует уровень санитарной культуры населения, доступность стоматологической помощи, квалификацию специалистов и обеспеченность стоматологических организаций необходимыми материальными ресурсами. Этот показатель рассчитывается как процентное отношение числа вылеченных зубов по поводу пульпита, периодонтита к общему числу вылеченных зубов, и его значение не должно превышать 15%.

Показатель удельного веса осложнений после удаления зубов характеризует уровень профессиональной подготовки врачей-стоматологов (зубных врачей), обеспеченность стоматологических организаций необходимыми лекарственными средствами и расходными материалами. В своей работе врачи-стоматологи (зубные врачи) не должны допускать подобных осложнений, однако в сложившейся практике доля осложнений после удаления зубов сохраняется на уровне 1,0%.

Показатель частоты случаев удаления постоянных зубов у детей характеризует качество организации профилактической работы, полноты и своевременности санации полости рта у детского населения, поэтому значение данного показателя не должно превышать 1,5 удаленных постоянных зуба на 1000 санированных детей.

Показатели диспансеризации больных стоматологического профиля

Показатель эффективности диспансеризации используется для анализа динамического наблюдения больных, страдающих заболеваниями полости рта. Рекомендуемые значения этого показателя для группы диспансерных больных с заболеваниями полости рта: с улучшением состояния — не менее 85%, с ухудшением — не более 15%.

Показатель доли санированных лиц характеризует полноту санации больных с заболеваниями полости рта, выявленных при медицинских осмотрах, проводя которые необходимо стремиться к 100% санации нуждающихся в стоматологической помощи больных.

Индекс Коллегова характеризует уровень работы по профилактике и лечению у детей в организованных коллективах заболеваний полости рта. С учетом необходимости проведения санации всех детей в организованных коллективах, нуждающихся в стоматологической помощи, значение этого показателя должно стремиться к 1,0.

13.8. АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ¹

Для углубленного анализа работы врачей-стоматологов отдельных специальностей можно использовать следующие статистические показатели и критерии деятельности.

Показатели и критерии оценки деятельности врача стоматолога-терапевта:

- среднее число больных на врача в смену (из них первичных);
- среднее число выработанных врачом УЕТ в смену;
- кратность посещений на одно обращение;
- среднее число санированных больных врачом за смену;
- кратность посещений на одну санацию;
- соотношение вылеченного неосложненного кариеса к осложненному;
- средние сроки сохранности наложенных пломб (отсроченный анализ).

Показатели и критерии оценки деятельности врача стоматолога-хирурга на амбулаторном приеме:

- среднее число посещений на врача в смену (из них первичных);
- среднее число выработанных врачом УЕТ в смену;
- среднее число оперативных вмешательств на 100 первично обратившихся больных;
- количество удалений зубов в день;
- частота осложнений (%);
- своевременность госпитализации (не позднее 24 ч);
- анестезия во всех случаях операции удаления зубов;
- отсутствие осложнений после удаления зубов;
- ранняя диагностика злокачественных новообразований и своевременная госпитализация больных;
- среднее число ранних радикальных вмешательств на 100 первично обратившихся больных с острыми и хроническими воспалительными процессами челюстно-лицевой области (методом экспертных оценок);
- среднее число дней временной нетрудоспособности.

Показатели и критерии оценки деятельности заведующего отделением (терапевтическим и хирургическим):

- среднее число посещений на врача в год (функция врачебной должности);

¹ По материалам проф. А. Н. Галиуллина.

- регулярность консультаций врачей по вопросам диагностики и лечения больных;
- анализ и оценка квалификационного уровня кадров (по квалификационной категории);
- показатель возврата больных на долечивание в течение года;
- средняя длительность пребывания больных на больничном листе;
- показатель осложнений после оперативных вмешательств;
- выборочный периодический контроль ведения первичной учетно-отчетной стоматологической документации;
- результаты социологического опроса врачей об удовлетворенности их работой структурных подразделений учреждения;
- результаты социологического опроса больных об удовлетворенности оказываемой им помощью.

Показатели и критерии оценки деятельности врача-ортодонта:

- количество принятых больных в день;
- среднее число выработанных врачом УЕТ в смену;
- количество пациентов, взятых на лечение (в течение года);
- количество пациентов, закончивших лечение (в течение года);
- изготовление аппаратов на одного врача (в течение года);
- количество ортодонтических аппаратов на одну аномалию;
- количество аппаратов (протезов) на одного зубного техника в течение года;
- количество осмотренных больных с профилактической целью на одного врача (в течение года);
- количество консультаций на одного врача (в течение года);
- число детей, взятых под диспансерное наблюдение из числа осмотренных, на 1000 детского населения;
- число детей, взятых на лечение из числа диспансерных, на 1000 детского населения;
- средние сроки лечения аномалии;
- среднее число аппаратов, использованных на курс лечения одного ребенка;
- средняя кратность посещений врача одним больным за курс лечения;
- число закончивших лечение из числа взятых за год;
- среднее число посещений за смену (из них первичных).

Показатели и критерии оценки деятельности врача стоматолога-ортопеда:

- удельный вес починок съемных протезов к общему числу съемных протезов, изготовленных в учреждении за определенный период времени;
- средние сроки изготовления зубных протезов;
- среднее число лиц, получивших протезы в течение месяца;
- соотношение несъемных конструкций протезов к съемным при пародонтите;
- среднее число посещений на одного больного для получения протеза;
- среднее число опорных зубов в несъемном протезе в соотношении к искусственным;
- удельный вес бюгельных протезов к частично съемным;
- доля зубных протезов, изготовленных по современным методикам;
- выполнение финансового плана (%);
- число переделок зубных протезов (%).

Примечание: учет ведется по зубопротезным единицам. Одна единица трудоемкости — время и объем работы, необходимые для изготовления 1 штампованной металлической коронки. Все прочие виды ортопедических работ оцениваются, исходя из единиц трудоемкости. За 1 год стоматолог-ортопед должен выполнить работу в общем объеме на 2100 единиц трудоемкости при стаже работы свыше 30 лет, при стаже работы до 5 лет — на 1750, при стаже до 15 лет — на 1900.

Кроме того, экспертно оцениваются:

- медицинские карты с осмотром протезов;
- правильность выбора конструкции протеза;
- полнота обследования;
- коррекция протеза;
- сроки изготовления зубных протезов в соответствии с нормами.

Примечание: несъемный мостовидный — 3 нед; съемные протезы — 4 нед; бюгельный — 5 нед; одиночные коронки — 1,5 нед; комбинированные коронки — 1,5 нед; пластмассовые коронки (каппа) — 1 нед; починка съемных протезов — 3 дня.

Показатели и критерии оценки деятельности заведующего ортопедическим отделением:

- регулярные консультации врачей по диагностике и выбору конструкций зубных протезов;

- выборочный контроль качества изготовления зубных протезов, поступающих из зуботехнической лаборатории¹;
- регулярный выборочный контроль качества непосредственно законченного случая протезирования больного, а также отсроченного протезирования;
- экспертная оценка качества ведения медицинской карты стоматологического больного;
- контроль уровня квалификации кадров;
- анализ и обсуждение издержек в работе, допускаемых врачами и зубными техниками;
- ежедневный контроль нагрузки врачей и выявление факторов, влияющих на нее;
- социологический опрос врачей об удовлетворенности работой структурных подразделений учреждения;
- социологический опрос больных об удовлетворенности их ортопедическим лечением;
- показатель возврата больных, закончивших протезирование, в период гарантийного срока или срока службы протеза;
- показатель непроизводительных потерь рабочего времени врачами и зубными техниками.

Показатели и критерии оценки деятельности заведующего производством зуботехнической лаборатории:

- выборочный контроль качества выполненной зубными техниками работы;
- контроль над сроками изготовления зубных протезов;
- число переделок зубных протезов по вине зубного техника;
- выявление и анализ причин непроизводительных потерь рабочего времени зубными техниками;
- распределение производственных заданий в соответствии с технологическим процессом и квалификацией зубных техников;
- анализ затрат рабочего времени на производство зубных протезов;
- поиск и выявление резерва роста производительности труда;
- анализ затрат времени на производство зубных протезов²;
- показатель выполнения производственного плана;
- анализ квалификационного уровня зубных техников и рациональность их расстановки в производственном процессе;

¹ В соответствии с приказом МЗ СССР от 03.07.1985 г. № 884.

² В соответствии с приказом МЗ СССР от 28.10.1987 г. № 1156 или с разработанными в учреждении.

- анализ издержек, выявление причин и устранение их в производственном процессе;
- анализ выполнения личных планов.

13.9. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ

Принятие нового Гражданского кодекса Российской Федерации, формирование рынка товаров и медицинских услуг в здравоохранении, развитие обязательного и добровольного медицинского страхования, децентрализация управления на федеральном и региональном уровнях — все это способствует развитию частных стоматологических организаций. Сегодня частный сектор стоматологической помощи представлен как различными по своей организационно-правовой форме коммерческими структурами, так и отдельными предпринимателями, осуществляющими свою деятельность по оказанию стоматологических услуг индивидуально (без образования юридического лица).

Основную часть частных стоматологических организаций составляют небольшие амбулатории (в среднем на 2–3 кресла) и отдельные кабинеты. Реже встречаются более крупные клиники и даже целые сети клиник, которые можно встретить практически только в больших городах.

В условиях формирующегося рынка медицинских услуг у населения появилась реальная возможность выбора стоматологической организации и врача стоматолога. В этих условиях идет конкуренция между стоматологическими организациями различных форм собственности за привлечение пациента, что в известной мере способствует повышению качества стоматологических услуг.

Процессы реформирования стоматологической службы происходят на фоне развивающейся конкуренции между стоматологическими организациями. Особенно это заметно в крупных городах, где для формирования конкурентной среды есть все условия, причем в этом процессе все более явно прослеживаются следующие тенденции: во-первых, конкуренция между государственными (муниципальными) и частными стоматологическими организациями; во-вторых, между частными клиниками и частнопрактикующими врачами;

в-третьих, между различными государственными и муниципальными стоматологическими учреждениями.

По мнению известного отечественного организатора стоматологической службы академика РАМН В.К. Леонтьева, в перспективе государственный сектор в общем объеме стоматологических услуг может составить 50–60%, частный — 25–40%, ведомственный — 5–10%. Хотя более вероятный прогноз — увеличение объема стоматологической помощи, оказываемой в частном секторе, и сокращение соответственно доли государственного сектора стоматологических услуг, причем этот процесс не должен затрагивать интересы населения, а касаться только перераспределения форм собственности в рамках действующего законодательства. Стоматологические организации частных форм собственности, работая по программам обязательного и добровольного медицинского страхования, предоставляя более высокий уровень сервисного обслуживания и качества стоматологических услуг, в состоянии обеспечить доступной стоматологической помощью широкие слои населения.

При этом нельзя забывать о негативной стороне, которая высветилась при формировании рынка стоматологических услуг. Это, прежде всего, всемерное удорожание стоматологической помощи, расслоение потока пациентов по материальным возможностям и выбору технологий для лечения и как следствие этого уменьшение ее доступности для большинства граждан. В таких условиях страдают социально незащищенные слои населения: дети, пенсионеры, инвалиды, военнослужащие, учащиеся и другие, потому что выделяемых из бюджета и фонда ОМС средств крайне недостаточно для использования при лечении всего населения дорогостоящих современных технологий. Социальная незащищенность отдельных категорий граждан — это главный негативный фактор становления рыночных отношений в здравоохранении.

С учетом этого, на наш взгляд, приватизация государственных и муниципальных стоматологических учреждений возможна только при соблюдении определенных условий, в числе которых главное — создание эффективного механизма социальной защиты детей, подростков, беременных, инвалидов, пенсионеров и других незащищенных слоев населения. Один из действенных механизмов этого — участие стоматологических организаций (независимо от форм собственности) в реализации муниципальных заданий на оказание стоматологической помощи населению в рамках территориальных программ государственных гарантий.

Для дальнейшего развития стоматологической службы, повышения доступности и качества стоматологических услуг необходимо решение комплекса задач как на федеральном, так и на региональных уровнях. Прежде всего, это связано с повышением уровня профессиональной подготовки специалистов, работающих в стоматологических организациях. Одна из первостепенных задач здесь — подготовка врачей стоматологов-гигиенистов для работы в дошкольных и школьных образовательных учреждениях, которые должны стать ведущими фигурами в школьной стоматологии, обеспечить ей профилактическую направленность. Необходимо приоритетное развитие в стоматологии таких направлений, как имплантология, пародонтология, эндодонтия, эстетическая стоматология и др.

С особой остротой стоит проблема организации отечественного производства современных стоматологических установок, акриловой пластмассы, фарфоровой массы, стоматологического инструментария.

Глава 14

Развитие специализированной медицинской помощи

14.1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Специализированная медицинская помощь занимает особое место в системе здравоохранения Российской Федерации. Это связано, прежде всего, с тем, что она оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения, использования сложных медицинских технологий и, таким образом, привлечения большого объема материальных и финансовых ресурсов, высококвалифицированных специалистов.

Специализированная медицинская помощь организуется как в амбулаторно-поликлинических, так и в больничных учреждениях.

В АПУ, помимо участковых врачей, могут работать врачи-специалисты (аллерголог-иммунолог, отоларинголог, травматолог-ортопед, эндокринолог, хирург, окулист, невропатолог, уролог и др.). В целях повышения эффективности работы врачей-специалистов для населения нескольких административных округов (районов) или города в целом на базе той или иной поликлиники организуются приемы специалистов соответствующего профиля. Иногда на базе таких поликлиник образуются специализированные кабинеты, центры или пункты. Например, городской кабинет по лечению косоглазия, круглосуточный травматологический пункт и т.п.

В настоящее время в крупных городах для оказания специализированных видов амбулаторно-поликлинической помощи создаются **консультативно-диагностические центры (КДЦ)**, которые оснащаются современным диагностическим оборудованием для проведения иммунологических, генетических, цитологических, радиоизотопных, лучевых и других уникальных методов исследования.

Важную роль в оказании специализированной стационарной помощи играют **консультативно-диагностические отделения (КДО)**

в структуре мощных многопрофильных больниц. Открытие таких отделений позволяет расширить объем специализированной медицинской помощи, сделать уникальные возможности отдельных стационаров более доступными населению, эффективнее использовать дорогостоящее медицинское оборудование больницы и ее высококвалифицированный кадровый потенциал.

Больничную специализированную помощь оказывают также соответствующие отделения многопрофильных больниц, специализированные больницы (гинекологическая, гериатрическая, инфекционная, восстановительного лечения и др.), клиники научно-исследовательских институтов и высших учебных заведений. Важное место в оказании специализированных видов медицинской помощи населению принадлежат скорой медицинской помощи, центрам восстановительной медицины и реабилитации, санаторно-курортным учреждениям.

В системе организации специализированной медицинской помощи населению большую роль играет сеть **диспансеров**, которые предназначены для разработки и реализации комплекса профилактических мероприятий, а также для активного выявления больных с определенными заболеваниями на ранних стадиях, их лечения и реабилитации. В соответствии с номенклатурой учреждений здравоохранения выделяют следующие типы диспансеров: врачебно-физкультурный, кардиологический, кожно-венерологический, наркологический, онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический и др. Диспансер оказывает помощь как взрослому, так и детскому населению и, как правило, включает в себя поликлиническое (диспансерное) отделение и стационар.

Более подробно остановимся на деятельности отдельных специализированных учреждений здравоохранения.

14.2. СЛУЖБА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Скорая медицинская помощь (СМП) представляет собой один из видов первичной медико-санитарной помощи. В 2008 г. в РФ функционировало 3029 станций (отделений) СМП, в составе которых работало 11 969 общеврачебных, 5434 специализированных и 22 043 фельдшерских бригад. В рамках Программы государственных гарантий на финансирование службы СМП было выделено 54,1 млрд рублей, средняя стоимость одного вызова составила 1110 рублей.

Ежегодно учреждения СМП выполняют около 50 млн вызовов, оказывая медицинскую помощь более 51 млн гражданам.

Скорая медицинская помощь — это круглосуточная экстренная медицинская помощь при внезапных заболеваниях, угрожающих жизни больного, травмах, отравлениях, преднамеренных самоповреждениях, родах вне медицинских учреждений, а также при катастрофах и стихийных бедствиях.

Скорая медицинская помощь осуществляется гражданам РФ и иным лицам, находящимся на ее территории, в соответствии с Программой госгарантий бесплатно.

В структуру службы скорой медицинской помощи входят станции, подстанции, больницы скорой медицинской помощи, а также отделения скорой медицинской помощи в составе больничных учреждений. Станции скорой медицинской помощи как самостоятельные ЛПУ создаются в городах с населением свыше 50 тыс. человек. В городах с населением более 100 тыс. человек, с учетом протяженности населенного пункта и рельефа местности, организуются подстанции скорой медицинской помощи как подразделения станций (в зоне двадцатиминутной транспортной доступности). В населенных пунктах с численностью жителей до 50 тыс. организуются отделения скорой медицинской помощи в составе центральных районных, городских и других больниц.

Станция (подстанция, отделение) скорой медицинской помощи — это ЛПУ, которое функционирует в режиме повседневной работы и чрезвычайных ситуаций (ЧС). Основной задачей станции (подстанции, отделения) СМП в режиме повседневной работы является оказание СМП заболевшим и пострадавшим на месте происшествия и во время их транспортировки в стационары. В режиме ЧС — проведение лечебно-эвакуационных мероприятий и участие в работах по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Возглавляет работу станция СМП главный врач, а подстанции и отделения — заведующий.

Примерная организационная структура станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи представлена на рис. 14.1.

Основными задачами станций (подстанций, отделений) СМП являются:

- оказание круглосуточной экстренной медицинской помощи заболевшим и пострадавшим, находящимся вне ЛПУ, при катастрофах и стихийных бедствиях;

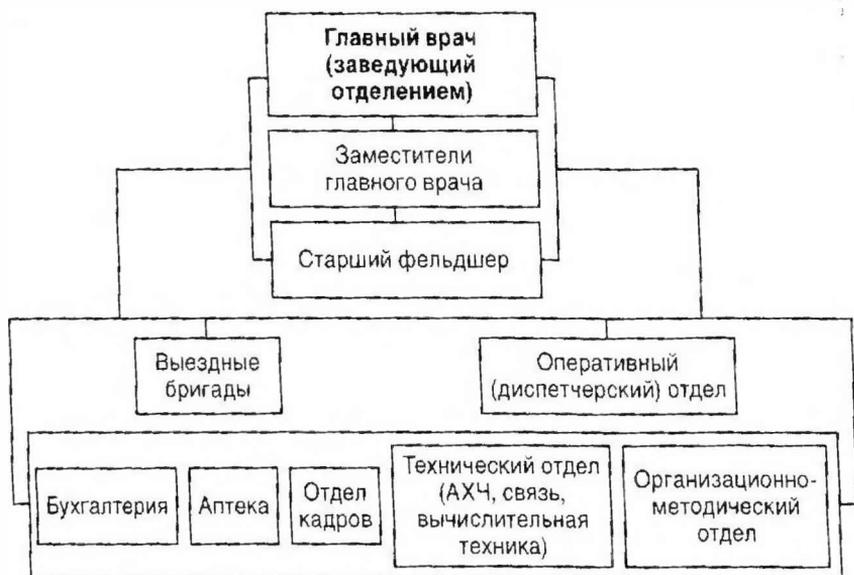


Рис. 14.1. Примерная организационная структура станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи (АХЧ — административно-хозяйственная часть)

- осуществление своевременной транспортировки больных, пострадавших и рожениц в стационары больничных учреждений;
- оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно на станцию (подстанцию, отделение) СМП;
- подготовка и переподготовка кадров по вопросам оказания экстренной медицинской помощи.

Эффективность решения этих задач во многом зависит от взаимодействия станций (подстанций, отделений) СМП с учреждениями здравоохранения общелечебной сети, Государственной инспекции безопасности дорожного движения (ГИБДД), подразделениями службы гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций.

Основная функциональная единица станций (подстанций, отделений) СМП — **выездная бригада**, которая может быть фельдшерской или врачебной. Фельдшерская бригада включает в свой состав 2 фельдшеров, санитаря и водителя. Во врачебную бригаду входят

врач, 2 фельдшера (либо фельдшер и медицинская сестра-анестезист), санитар и водитель.

Кроме того, врачебные бригады делятся на общепрофильные и специализированные. Выделяют следующие виды специализированных бригад: педиатрическую, анестезиолого-реанимационную, кардиологическую, психиатрическую, травматологическую, нейро-реанимационную, пульмонологическую, гематологическую и др. Специализированная бригада включает 1 врача соответствующего профиля, 2 средних медицинских работников соответствующего профиля, санитар и водителя.

Основная обязанность **врача выездной бригады** скорой медицинской помощи — оказание экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим в соответствии с утвержденными стандартами (протоколами) ведения больных.

При оказании скорой медицинской помощи **фельдшер** в составе фельдшерской бригады является ответственным исполнителем, и его обязанности в целом соответствуют должностным обязанностям врача общепрофильной врачебной бригады. В связи с этим в настоящее время для повышения эффективности использования финансовых и трудовых ресурсов ведется работа по сокращению числа общепрофильных врачебных бригад и соответственно увеличению количества фельдшерских, причем этот процесс должен проходить без ухудшения качества оказываемой экстренной медицинской помощи. Зарубежный и отечественный опыт свидетельствует, что фельдшерские бригады в состоянии оказывать весь необходимый комплекс «скоропомощных» мероприятий в соответствии с действующими стандартами (протоколами) ведения больных.

Важнейшее структурное подразделение станций (подстанций, отделений) СМП — **оперативный (диспетчерский) отдел**, который обеспечивает круглосуточный централизованный прием обращений (вызовов) населения, своевременное направление выездных бригад на место происшествия, оперативное управление их работой. В его структуру входят диспетчерская приема, передачи вызовов и стол справок. Рабочие места сотрудников отдела должны быть компьютеризированы. Дежурный персонал оперативного отдела имеет необходимые средства связи со всеми структурными подразделениями станции СМП, подстанциями, выездными бригадами, лечебно-профилактическими учреждениями, а также прямую связь с оперативными службами города (района).

Оперативный (диспетчерский) отдел выполняет следующие 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 над своевременной доставкой больных, рожениц, пострадавших в приемные отделения соответствующих стационаров;
- сбор оперативной статистической информации, ее анализ, подготовка ежедневных сводок для руководства станции СМП;
- обеспечение взаимодействия с ЛПУ, Управлением внутренних дел (УВД), ГИБДД, подразделениями службы по делам гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций, иными оперативными службами и др.

Прием вызовов и передача их выездным бригадам осуществляется дежурным фельдшером (медицинской сестрой) по приему и передаче вызовов оперативного (диспетчерского) отдела станции СМП.

Дежурный фельдшер (медицинская сестра) по приему и передаче вызовов находится в непосредственном подчинении старшего врача смены, обязан знать топографию города (района), дислокацию подстанций и учреждений здравоохранения, места нахождения потенциально опасных объектов, алгоритм приема вызовов.

Санитарный автотранспорт бригад СМП должен систематически подвергаться дезинфекционной обработке в соответствии с требованиями санитарно-эпидемиологической службы. В случаях, когда транспортом станций СМП перевезен инфекционный больной, автомашина подлежит обязательной дезинфекции, которая осуществляется персоналом больницы, принявшей больного.

Станция (подстанция, отделение) СМП не выдает документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, и судебно-медицинских заключений, не проводит экспертизу алкогольного опьянения, однако при необходимости может выдавать справки произвольной формы с указанием даты, времени обращения, диагноза, проведенных обследований, оказанной медицинской помощи и рекомендаций по дальнейшему лечению. Станция (подстанция, отделение) СМП обязана выдавать устные справки о месте нахождения больных и пострадавших при личном обращении граждан или по телефону.

Дальнейшее совершенствование работы СМП, повышение эффективности использования ее ресурсов предусматривают четкое разграничение медицинской помощи на скорую и неотложную. В настоящее время около 30% всех вызовов, поступающих на станцию (подстанцию, отделение) СМП, не требуют экстренной медицинской помощи, и их выполнение может быть отсрочено во времени (это случаи острых заболеваний и обострений хронических болезней, не требующих срочного медицинского вмешательства). Такие вызовы относятся к **неотложной медицинской помощи**, которая должна оказываться отделениями (кабинетами) неотложной медицинской помощи АПУ муниципальной системы здравоохранения.

Медицинскую деятельность станций (подстанций, отделений) СМП характеризуют следующие показатели:

- показатель обеспеченности населения СМП;
- показатель своевременности выездов бригад по скорой помощи;
- показатель расхождения диагнозов СМП и стационаров;
- показатель удельного веса успешных реанимаций;
- показатель удельного веса летальных исходов.

Показатель обеспеченности населения СМП характеризует уровень обращаемости населения за скорой медицинской помощью. Динамика этого показателя в Российской Федерации представлена на рис. 14.2.

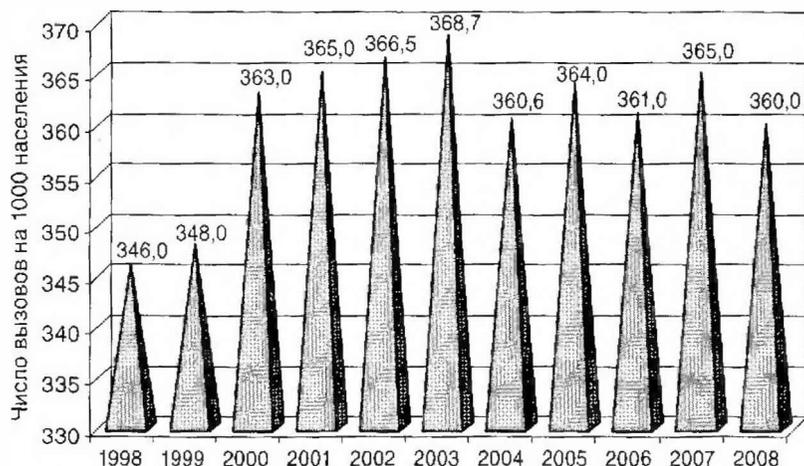


Рис. 14.2. Динамика показателя обеспеченности населения скорой медицинской помощью в Российской Федерации (1998–2008)

Нормативное значение показателя обеспеченности населения СМП устанавливается ежегодно в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и в 2008 г. составило 318 вызовов на 1000 населения.

Показатель своевременности выездов бригад по скорой помощи характеризует оперативность работы станций (подстанций, отделений) СМП. В настоящее время своевременность выездов бригад по скорой помощи, особенно в крупных городах, в основном зависит от двух обстоятельств: первое, от рациональности размещения на территории города подстанций; второе, от дорожной обстановки. В этих условиях для повышения оперативности управления бригадами скорой помощи диспетчерских станций СМП внедряются навигационные системы GPS и Glonass.

Рекомендуемое значение этого показателя — не менее 99% выездов бригад в течение 4 мин с момента поступления вызова.

Показатель расхождения диагнозов СМП и стационаров характеризует уровень диагностики и преемственности в работе СМП и больничных учреждений. Наиболее сложны для диагностики на догоспитальном этапе пневмония, черепно-мозговая травма, острое нарушение мозгового кровообращения, стенокардия. По поводу этих заболеваний показатель расхождения диагнозов СМП и стационаров составляет соответственно 13,9; 5,7; 3,8; 1,2%.

Рекомендуемое значение этого показателя — не более 5% расхождений диагнозов из общего числа доставленных СМП больных в стационары.

Показатели удельного веса успешных реанимаций и удельного веса летальных исходов дополняют друг друга, характеризуют качество работы бригад СМП и оснащенность их необходимыми материальными ресурсами. Рекомендуемые значения этих показателей составляют соответственно не менее 10% успешных реанимаций, выполненных бригадами СМП, и не более 0,05% летальных исходов в присутствии бригады СМП.

14.3. СЛУЖБА ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

Одно из важнейших направлений обеспечения деятельности организаций здравоохранения, повышения качества медицинской помощи — развитие службы крови. В 2007 г. в РФ функционировали 151 станция переливания крови, 618 отделений переливания крови

в составе государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, которыми в общей сложности было заготовлено более 1,8 млн литров крови. **Станция переливания крови (СПК)** — это ЛПУ, предназначенное для обеспечения учреждений здравоохранения цельной кровью и ее компонентами. Работу СПК возглавляет главный врач, который назначается и освобождается от должности руководителем соответствующего органа управления здравоохранением.

Основные задачи СПК:

- проведение донорского плазмафереза, цитафереза, консервирования компонентов крови, приготовление препаратов криоконсервирования клеток крови;
- обеспечение организаций здравоохранения компонентами и препаратами крови;
- участие в планировании и проведении специальных мероприятий Службы медицины катастроф;
- оказание организационно-методической и консультативной помощи организациям здравоохранения по вопросам заготовки и переливания компонентов крови;
- организация и проведение статистического учета доноров, заготовленной крови и препаратов крови;
- проведение совместно с общественными организациями работы по пропаганде донорства среди населения.

В настоящее время служба крови испытывает серьезные трудности, связанные, с одной стороны, с низким уровнем материально-технической базы станций и отделений переливания крови, с другой, — с уменьшением числа доноров вследствие снижения в обществе престижа донорского движения. Именно поэтому основные направления дальнейшего совершенствования деятельности службы крови:

- техническая и технологическая модернизация учреждений службы крови;
- пропаганда массового донорства крови и ее компонентов.

Техническая и технологическая модернизация учреждений службы крови предусматривает оснащение учреждений службы крови на федеральном, региональном и муниципальном уровнях современным оборудованием по заготовке, переработке, хранению и обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов. Кроме того, необходимо оптимизировать процесс обследования доноров для обеспечения достоверности результатов исследования донорской

крови на гемотрансмиссивные инфекции, осуществлять карантинизацию плазмы крови в течение не менее 6 мес, что позволит обеспечить учреждения здравоохранения максимально безопасными вирусинактивированными компонентами крови. Необходимо осуществить повсеместно переход на заготовку различных компонентов крови более комфортным, технологичным и менее травматичным для донора методом аппаратного цитоплазмафереза. Важнейшее направление технической модернизации учреждений службы крови заключается в формировании государственных информационных ресурсов в сфере донорства крови и ее компонентов на основе внедрения современных информационно-телекоммуникационных технологий.

Пропаганда массового донорства крови и ее компонентов предполагает, прежде всего, укрепление доверия населения к государственным инициативам по развитию массового донорства на основе пропаганды безопасности процедуры забора крови и ее компонентов, повышение престижности донорства в обществе. Необходимо принятие дополнительных мер по материальному и моральному стимулированию мотивации граждан к сдаче крови. Обязательное условие решения этих задач — это формирование солидарной ответственности у региональных и местных властей, профессионального сообщества, бизнеса, населения за судьбы больных, нуждающихся в донорской крови и ее компонентах.

К показателям, характеризующим деятельность СПК, относятся:

- показатель обеспеченности населения донорами;
- показатель выполнения плана заготовки крови;
- показатель переработки донорской крови;
- показатель средней дозы кроводачи.

Показатель обеспеченности населения донорами характеризует активность участия населения в донорском движении. В Российской Федерации значение этого показателя в последние годы имеет тенденцию к снижению и составило в 2008 г. 12,9 донора на 1000 населения (рис. 14.3).

Показатель выполнения плана заготовки крови — это важная характеристика производственной деятельности станций (отделений) переливания крови, поэтому руководители СПК должны стремиться к 100% выполнению плана заготовки крови.

Показатель переработки донорской крови характеризует полноту переработки донорской крови на компоненты. Не менее 85% заготовленной крови должно быть переработано на компоненты.

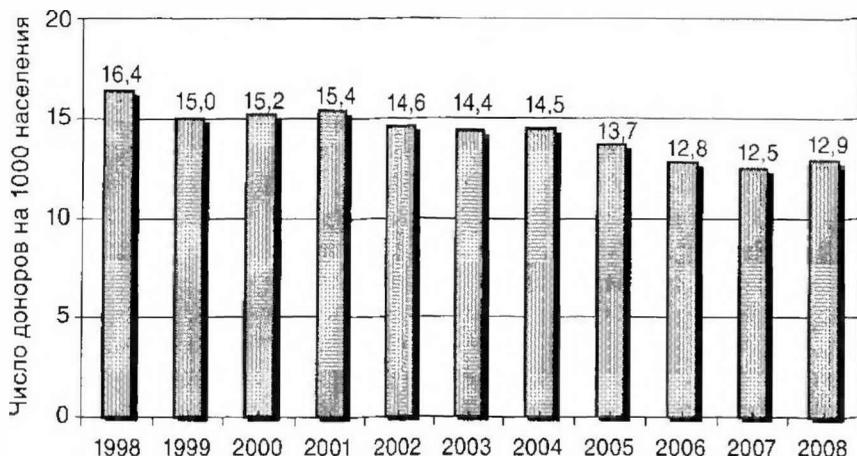


Рис. 14.3. Динамика показателя обеспеченности населения донорами в Российской Федерации (1998–2008)

Показатель средней дозы кроводачи в Российской Федерации в 2008 г. составил 430 мл крови за одну донацию. Последние годы отмечается тенденция увеличения этого показателя на фоне снижения обеспеченности населения донорами и возрастающей потребности в цельной крови, ее компонентах и препаратах. Это плохой прогностический признак с учетом того, что средняя доза кроводачи имеет определенный физиологический предел, за которым единственный путь обеспечения организаций здравоохранения кровью — увеличение количества доноров.

14.4. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

В систему оказания онкологической помощи населению входят онкологические диспансеры, хосписы или отделения паллиативной помощи онкологическим больным, смотровые и онкологические кабинеты АПУ. В 2008 г. в РФ функционировало 107 онкологических диспансеров, 2125 онкологических отделений (кабинетов), в которых работало 7720 врачей-онкологов и радиологов.

Основные задачи этих учреждений — оказание специализированной медицинской помощи больным ЗНО, проведение диспансерного наблюдения за больными ЗНО, целевых (скрининговых) меди-

цинских осмотров, а также проведения санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний.

В системе оказания специализированной онкологической помощи ведущая роль принадлежит **онкологическим диспансерам**, которые, как правило, организуются на уровне субъекта РФ (республики, края, округа, области). Работу диспансера возглавляет главный врач, который назначается и освобождается от должности руководителем соответствующего органа управления здравоохранением. Основная цель диспансера — разработка стратегии и тактики совершенствования онкологической помощи населению, обеспечение квалифицированной онкологической помощи населению прикрепленной территории. В соответствии с этой целью диспансер решает следующие задачи:

- оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи онкологическим больным;
- анализ состояния онкологической помощи прикрепленному населению, эффективности и качества проводимых профилактических мероприятий, диагностики, лечения и диспансерного наблюдения за онкологическими больными;
- ведение территориального ракового регистра;
- разработка территориальных целевых программ по борьбе с онкологическими заболеваниями;
- подготовка и повышение квалификации врачей-онкологов, врачей основных специальностей и средних медицинских работников по вопросам оказания онкологической помощи населению;
- внедрение новых медицинских технологий оказания медицинской помощи онкологическим больным и больным с предопухолевыми заболеваниями;
- координация деятельности учреждений здравоохранения общелечебной сети по вопросам профилактики, раннего выявления ЗНО, диспансерного наблюдения и паллиативного лечения онкологических больных;
- организация и проведение санитарно-просветительной работы среди населения по формированию здорового образа жизни, предупреждению онкологических заболеваний.

Помимо традиционных для большинства диспансеров поликлинического и стационарного отделений, в состав онкологического диспансера входят: отделение паллиативной помощи, лучевой терапии, химиотерапии, пансионат и др.

Для всестороннего анализа деятельности онкологических диспансеров используются следующие статистические показатели:

- показатель контингента больных ЗНО;
- показатель первичной заболеваемости ЗНО;
- показатель смертности от ЗНО;
- показатель одногодичной летальности;
- показатель доли больных с I–II стадиями ЗНО, выявленных при целевых медицинских осмотрах;
- показатель запущенности ЗНО.

Показатель контингента больных ЗНО дает общее представление о распространенности злокачественных новообразований, организации статистического учета и диспансерного наблюдения онкологических больных. Последние 10 лет сохраняется тенденция роста этого показателя, значение которого в 2008 г. в РФ составило 1836,0 на 100 тыс. населения.

Показатель первичной заболеваемости ЗНО дополняет показатель контингента больных ЗНО и может служить одной из оценок эффективности реализации федеральных и региональных программ профилактики факторов риска возникновения ЗНО. Последние 15 лет этот показатель имеет стойкую тенденцию к росту, и в 2008 г. составил 345,6 на 100 тыс. населения, что свидетельствует, в частности, о возросшем уровне диагностики в учреждениях здравоохранения (рис. 14.4).

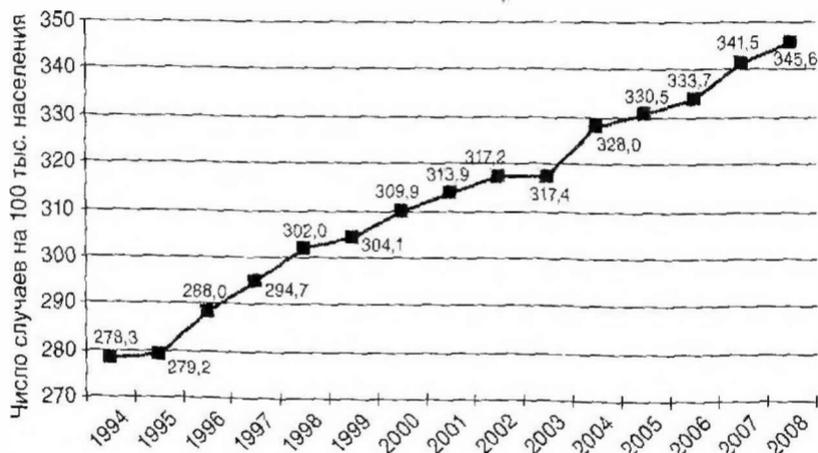


Рис. 14.4. Динамика показателя первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в Российской Федерации (1994–2008)

Показатель смертности от ЗНО может служить интегральной характеристикой уровня оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным. Динамика этого показателя в РФ за последние 10 лет представлена на рис. 14.5.

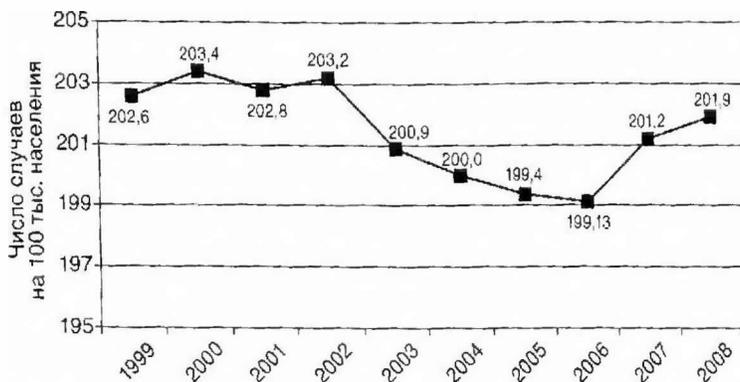


Рис. 14.5. Динамика показателя смертности от злокачественных новообразований населения Российской Федерации (1999–2008)

Показатель одногодичной летальности служит одной из характеристик позднего выявления ЗНО, эффективности комплексной терапии и диспансеризации онкологических больных. Этот показатель рассчитывается как процентное отношение умерших на первом году с момента установления диагноза ЗНО к общему числу больных с впервые в жизни установленным таким диагнозом. Последние годы в РФ наблюдается незначительное снижение показателя одногодичной летальности, значение которого в 2008 г. составило 29,9%. Наиболее высокие значения этого показателя отмечаются при раке пищевода (62,3%), легких (55,4%), желудка (54,0%).

Показатель доли больных с I–II стадиями ЗНО, выявленных при целевых медицинских осмотрах, характеризует эффективность проводимых целевых (скрининговых) медицинских осмотров населения. По результатам таких осмотров, проводимых на отдельных территориях РФ, в среднем выявляется лишь 55% больных с I–II стадиями злокачественных новообразований. Это свидетельствует о недостаточном уровне, с одной стороны, организации и проведения целевых медицинских осмотров населения, с другой — онкологической настороженности медицинских работников и самих пациентов.

Показатель запущенности ЗНО представляет один из основных критериев качества работы всех ЛПУ и диагностических служб (рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, цитологической и др.). Этот показатель определяет долю больных с IV стадией всех и с III стадией визуальных локализаций ЗНО в общем числе онкологических больных с впервые в жизни установленным диагнозом. Последние годы он имеет тенденцию к уменьшению в Российской Федерации, оставаясь, однако, высоким (2008 г. — 30%).

14.5. ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Актуальность совершенствования психиатрической помощи связана с ростом распространенности психических расстройств и расстройств поведения. Правовой основой организации психиатрической помощи населению является Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В 2008 г. в Российской Федерации функционировало 402 учреждений и 3016 отделений (кабинетов) психоневрологического профиля, в которых работало 16 165 врачей-психиатров.

Ведущее учреждение в системе оказания населению специализированной психиатрической помощи — **психоневрологический диспансер**, который возглавляет главный врач, назначаемый и освобождаемый от должности руководителем соответствующего органа управления здравоохранением. Актуальность проблемы психического здоровья населения определяет следующие основные задачи в работе психоневрологического диспансера:

- оказание амбулаторной психиатрической и психотерапевтической помощи больным, страдающим психическими расстройствами, а также диспансерное наблюдение за ними;
- стационарная помощь больным, страдающим непсихотическими видами психических заболеваний;
- проведение профилактических осмотров, освидетельствований, судебно-психиатрической, военно-врачебной и медико-социальной экспертиз;
- социально-трудовая реабилитация больных психическими заболеваниями;
- неотложная психиатрическая помощь, в том числе при чрезвычайных ситуациях;
- участие в решении вопросов опеки над недееспособными больными;

- оказание консультативной специализированной психоневрологической помощи больным, находящимся в соматических больницах и АПУ;
- психогигиеническая, санитарно-просветительная работа среди населения.

Эти задачи определяют организационно-функциональную структуру диспансера. Типовая структура диспансера, как правило, включает в себя следующие подразделения: лечебно-диагностическое отделение с кабинетами участковых психиатров, дневной стационар для краткосрочного пребывания больных, страдающих непсихотическими видами психических заболеваний, отделение детской и подростковой психоневрологии, отделение психопрофилактики и психогигиены, отделение «Телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи и др. Кроме того, в составе психоневрологического диспансера могут быть государственные лечебно-производственные предприятия для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов.

Диспансер может организовывать психоневрологические отделения (кабинеты) при поликлиниках общего профиля для оказания населению специализированной психоневрологической помощи.

К основным показателям, характеризующим медицинскую деятельность психоневрологических диспансеров, относятся:

- показатель контингента больных психическими расстройствами;
- показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами;
- показатель повторности госпитализации больных психическими расстройствами.

Показатель контингента больных психическими расстройствами характеризует распространенность психических расстройств, уровень организации статистического учета и диспансерного наблюдения психически больных. Последнее десятилетие отмечается тенденция к росту этого показателя за счет увеличения диспансерной группы психических больных (рис. 14.6).

Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами¹ служит косвенной характеристикой социального расслоения общества и нарушения адаптационных механизмов психики индиви-

¹ Учитывается число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, обратившихся за консультативно-лечебной помощью.



Рис. 14.6. Динамика показателей контингента больных и первичной заболеваемости психическими расстройствами населения Российской Федерации (1998–2008)

дуума. Последние годы этот показатель стабилизировался и в 2008 г. составил 301,7 на 100 тыс. населения (см. рис. 14.6).

Показатель повторности госпитализации больных психическими расстройствами характеризует эффективность диспансерного наблюдения и качество стационарного лечения психических больных. По отдельным субъектам Российской Федерации в 2008 г. доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в психиатрические стационары в течение года, составила 20–23%, что свидетельствует о существующих резервах повышения эффективности диспансерного наблюдения и лечения психических больных.

Дальнейшее совершенствование психиатрической помощи население невозможно без развития комплексной системы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных, страдающих психическими расстройствами. Эта система должна включать в себя проведение скрининговых форм медицинских осмотров населения, повышение качества судебно-психиатрической и медико-социальной экспертиз, внедрение эффективных методов психосоциальной терапии и реабилитации, обучающих программ для населения по вопросам охраны психического здоровья и профилактики суицидов. Необходимое условие для реализации этого комплекса мер — разработка современных проектов и строительство специализированных медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую помощь населению.

14.6. НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Существующая проблема алкоголизма и наркомании, которая занимает одно из ведущих мест в рейтинге социальных проблем, определяет необходимость дальнейшего развития и совершенствования наркологической службы. Правовой основой решения этой проблемы является, в частности, Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах». В 2008 г. в Российской Федерации функционировало 144 наркологических диспансера, 12 специализированных наркологических больниц, 3 наркологических реабилитационных центра, 1891 отделение (кабинет) в составе учреждений здравоохранения, в которых работало 5764 врача психиатра-нарколога. **Наркологический диспансер** служит основным звеном в организации наркологической помощи населению, который возглавляет главный врач, назначаемый и освобождаемый от должности руководителем соответствующего органа управления здравоохранением.

Основные задачи наркологического диспансера:

- широкая антиалкогольная и антинаркотическая пропаганда среди населения и прежде всего учащихся образовательных учреждений;
- раннее выявление, диспансерный учет, оказание специализированной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией;
- изучение заболеваемости населения алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, анализ эффективности оказываемой профилактической и лечебно-диагностической помощи;
- разработка территориальных целевых программ по борьбе с наркологическими заболеваниями;
- участие совместно с органами социальной защиты в оказании больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, находящимся под диспансерным наблюдением, социально-бытовой помощи;
- проведение медицинского освидетельствования, экспертизы алкогольного опьянения, других видов экспертиз;
- методическое руководство в организации предрейсовых осмотров водителей автотранспорта;
- организационно-методическая и консультативная помощь наркологическим кабинетам, входящим в состав других учреждений здравоохранения;

- оказание консультативной специализированной наркологической помощи больным, находящимся в соматических больницах и АПУ;
- подготовка и повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала по вопросам оказания наркологической помощи населению.

Работа диспансера строится по участковому принципу. Оптимальная организационно-функциональная структура наркологического диспансера предусматривает следующие подразделения: кабинеты участковых психиатров-наркологов, подростковый кабинет, экспертизы алкогольного опьянения, анонимного лечения, антиалкогольной пропаганды, специализированные кабинеты (невролога, психолога, терапевта), стационарные отделения, дневной стационар, организационно-методический отдел. В состав диспансера также входят лаборатория, кабинет функциональной диагностики, гипнотарий, кабинет для проведения рефлексотерапии, электросна и др. Диспансер может иметь специализированный транспорт, оснащенный оборудованием для проведения совместно с сотрудниками ГИБДД экспертиз алкогольного опьянения. Для приближения наркологической помощи к работникам промышленных предприятий, транспорта, сельского хозяйства и других отраслей диспансер, по инициативе руководителей этих предприятий, может организовывать на их территории наркологические отделения или кабинеты.

Медицинскую деятельность наркологических диспансеров характеризуют следующие показатели:

- показатель контингента наркологических больных;
- показатель первичной наркологической заболеваемости;
- показатель удельного веса больных алкоголизмом с ремиссией более 1 года;
- показатель удельного веса больных наркоманией с ремиссией более 1 года;
- показатель охвата активным наблюдением больных алкогольными психозами;
- показатель повторности госпитализации наркологических больных.

Показатель контингента наркологических больных характеризует частоту заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также уровень организации статистического учета и диспансерного наблюдения лиц, страдающих этими болезнями. Данный

показатель имеет тенденцию к уменьшению, что объясняется возрастающей смертностью наркологических больных среди контингентов, находящихся под диспансерным наблюдением. В 2008 г. его значение в Российской Федерации составило 2336,3 на 100 тыс. населения.

Показатель первичной наркологической заболеваемости свидетельствует о распространенности среди населения алкоголизма, алкогольных психозов, наркомании, токсикомании, а также о доступности спиртных напитков и наркотических веществ. На рис. 14.7 представлена динамика показателей первичной заболеваемости наркоманиями, алкогольными психозами, токсикоманиями населения Российской Федерации.

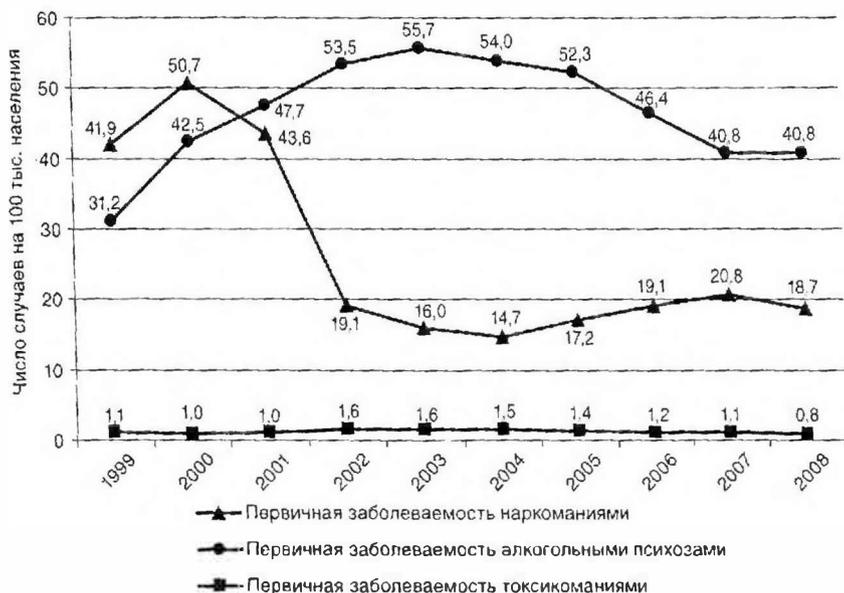


Рис. 14.7. Динамика показателей первичной заболеваемости наркоманиями, алкогольными психозами, токсикоманиями населения Российской Федерации (1999–2008)

Показатели удельного веса больных алкоголизмом (наркоманией) с ремиссией более 1 года характеризуют эффективность лечения и диспансерного наблюдения больных, страдающих алкоголизмом или наркоманией. В 2008 г. в среднем по Российской Федерации доля больных алкоголизмом с продолжительностью ремиссии более 1 года составила 14,0%, наркоманией — 8,5%. Повышение этого показателя

напрямую связано с разработкой и внедрением новых методов лечения алкогольной и наркотической зависимости.

Показатель охвата активным наблюдением больных алкогольными психозами характеризует состояние диспансеризации этих пациентов и рассчитывается, как доля больных алкогольными психозами, проходящих осмотр психиатра или нарколога с периодичностью не реже 1 раза в месяц. Диспансеризация этих больных включает, прежде всего, профилактику, в основе которой должны быть эффективные методы психотерапевтического и медикаментозного лечения алкоголизма, а также самоконтроль и контроль пациентов со стороны близких. Значение этого показателя должно приближаться к 100%.

Показатель повторности госпитализации наркологических больных характеризует эффективность диспансерного наблюдения и качество госпитальной помощи этим больным. Доля повторно госпитализированных наркологических больных в течение года в отдельных административных территориях РФ составляет 20–25%. Как показывает отечественный и зарубежный опыт, комплексное лечение, включающее в себя лекарственное лечение, а также немедикаментозные методы (плазмаферез, озонотерапию, иглорефлексотерапию, электропсихотерапию и др.), повышает результативность лечения и снижает повторность госпитализации наркологических больных в течение года.

14.7. ФТИЗИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Основные принципы организации специализированной помощи больным туберкулезом определены Федеральным законом «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». В 2008 г. противотуберкулезная служба Российской Федерации включала в себя 81 больницу, 297 диспансеров общей мощностью 76 989 коек, 1837 отделений (кабинетов), в которых работало 8749 врачей-фтизиатров. Специализированное учреждение здравоохранения, обеспечивающее противотуберкулезную помощь населению на прикрепленной территории, — **противотуберкулезный диспансер**, на который возлагаются следующие задачи:

- систематический анализ эпидемической обстановки по туберкулезу и эффективности противотуберкулезных мероприятий на подведомственной территории, в том числе в учреждениях пенитенциарной системы;

- планирование совместно с Центрами гигиены и эпидемиологии, учреждениями общелечебной сети, вакцинации, ревакцинации БЦЖ и организационно-методическое руководство по их проведению;
- госпитализация бактериовыделителей и изоляция новорожденных от бактериовыделителей (на период формирования поствакцинального иммунитета);
- осуществление профилактических мероприятий в отношении лиц, находящихся в контакте с бактериовыделителями (регулярное диспансерное наблюдение за ними, текущая дезинфекция очагов, ревакцинация, химиопрофилактика и др.);
- проведение совместно с учреждениями общелечебной сети, центрами гигиены и эпидемиологии, предприятиями медицинских осмотров населения с использованием флюорографических, иммунологических, бактериологических и других методов исследования;
- оказание специализированной стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи больным туберкулезом, направление их в санаторно-курортные учреждения;
- проведение комплекса мероприятий по социально-трудовой реабилитации больных туберкулезом;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности больных туберкулезом и в случае необходимости направление их на МСЭ;
- диспансерный учет и динамическое наблюдение за больными туберкулезом (своевременное обследование, лечение, химиопрофилактика).

Противотуберкулезный диспансер возглавляет главный врач, назначаемый и освобождаемый от должности руководителем соответствующего органа управления здравоохранением. Структура противотуберкулезного диспансера, как правило, включает в себя следующие подразделения: диспансерное отделение (для взрослых и детей), стационар, санаторий-профилакторий, лечебно-трудовые мастерские, клиничко-диагностическая и бактериологическая лаборатории, рентгенологический, эндоскопический, физиотерапевтический кабинеты, отделение реабилитации больных с посттуберкулезными изменениями и неспецифическими заболеваниями органов дыхания, кабинет функциональной диагностики, дневной стационар и др.

Работа в противотуберкулезных диспансерах строится по участковому принципу. В крупных городах (с населением более 500 тыс. человек), а также в муниципальных районах субъекта РФ, при наличии двух диспансеров и более, на один из них возлагаются функции **межрайонного противотуберкулезного диспансера**.

Для анализа эпидемиологической ситуации по туберкулезу, эффективности проводимых профилактических и лечебно-диагностических мероприятий используют следующие статистические показатели:

- показатель контингента больных всеми формами активного туберкулеза;
- показатель первичной заболеваемости всеми формами активного туберкулеза;
- показатель частоты выявления больных всеми формами активного туберкулеза при медицинских осмотрах;
- показатель смертности от туберкулеза.

Показатель контингента больных всеми формами активного туберкулеза характеризует распространенность активного туберкулеза, уровень организации статистического учета и диспансерного наблюдения этих больных. Значение этого показателя в РФ последние годы имело тенденцию к снижению, и в 2008 г. составило 190,5 на 100 тыс. населения (рис. 14.8). Наиболее высокий показатель контингента больных всеми формами активного туберкулеза отмечается в Республике Тыва — 670,0; Амурской области — 434,7; Еврейской автономной области — 402,1; наиболее — в Костромской области — 68,0; городе Москве — 77,9; Белгородской области — 85,4 на 100 тыс. населения.

Показатель первичной заболеваемости всеми формами активного туберкулеза характеризует оперативную эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу. Этот показатель последние годы характеризуется относительной стабильностью и в 2008 г. составил 85,1 на 100 тыс. населения (рис. 14.8).

Показатель частоты выявления больных всеми формами активного туберкулеза при медицинских осмотрах характеризует эффективность проводимых целевых (скрининговых) осмотров населения на туберкулез флюорографическим методом, который остается ведущим в ранней диагностике туберкулеза. Значение этого показателя в Российской Федерации в 2008 г. составило 0,6 больных активным туберкулезом на 1000 осмотренных лиц.



Рис. 14.8. Динамика показателей первичной заболеваемости и контингента больных всеми формами активного туберкулеза населения Российской Федерации (1999–2008)

Показатель смертности от туберкулеза характеризует результативность проводимых профилактических мероприятий, эффективность лечения и качество диспансеризации больных туберкулезом. Значение этого показателя в Российской Федерации в 2008 г. составило 17,9 умерших от туберкулеза всех форм на 100 тыс. населения.

Меры по дальнейшему совершенствованию фтизиатрической службы в Российской Федерации, снижению заболеваемости, инвалидизации, смертности населения от туберкулеза предусмотрены федеральной целевой программой «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)» (подпрограммой «Туберкулез»). В рамках этой подпрограммы ведется строительство и реконструкция ЛПУ, оказывающих противотуберкулезную помощь населению, разработка и внедрение ускоренных, высокодостоверных методов и систем диагностики туберкулеза, комплексных программ по повышению резистентности детского населения к заболеванию туберкулезом. Кроме того, проводится работа по внедрению комплексных программ медицинской и социальной реабилитации больных туберкулезом, относящихся к различным группам риска, совершенствованию санитарных нормативов и мер инфекционного контроля над распространением туберкулеза, созданию системы государственного мониторинга лечения и лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза на основе

персонифицированного учета больных. Важное направление представляет повышение взаимодействия между противотуберкулезными учреждениями системы здравоохранения и учреждениями, подведомственными Федеральной службе исполнения наказаний, обеспечение их современными средствами диагностики и необходимыми противотуберкулезными препаратами.

14.8. ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Для обеспечения населения дерматовенерологической помощью в Российской Федерации развернута широкая сеть учреждений, включающая в себя 229 диспансеров (общей мощностью более 17 тыс. коек), 2944 отделения (кабинета), в которых работают 10 397 врачей-дерматовенерологов. **Кожно-венерологический диспансер** представляет собой самостоятельное специализированное медицинское учреждение, предназначенное для оказания профилактической, лечебно-диагностической помощи населению при заболеваниях кожи, подкожной клетчатки и инфекциях, передающихся преимущественно половым путем, а также проведению комплекса противоэпидемических мероприятий по их предупреждению. Возглавляет диспансер главный врач, назначаемый и освобождаемый от должности руководителем соответствующего органа управления здравоохранением.

Основные задачи диспансера:

- оказание специализированной консультативной и лечебно-диагностической дерматовенерологической помощи населению в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях;
- разработка территориальных целевых программ по борьбе с ИПППП;
- проведение совместно с центрами гигиены и эпидемиологии мониторинга за ИПППП и заразными кожными заболеваниями;
- оказание организационно-методической и консультативной помощи учреждениям общелечебной сети по вопросам профилактики, диагностики и лечения больных, страдающих ИПППП и заразными кожными заболеваниями;
- участие в работе лицензионных и экспертных комиссий органов управления здравоохранением, ФОМС, СМО для контроля медицинской деятельностью коммерческих структур и частнопрактикующих врачей, оказывающих дерматовенерологическую, гинекологическую, урологическую помощь;

- внедрение в практику работы кожно-венерологических учреждений современных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения ИПППП и дерматозов;
- пропаганда среди населения, совместно с центрами медицинской профилактики, знаний по предупреждению заразных кожных заболеваний и ИПППП и др.

Диспансер может иметь в своей структуре следующие подразделения: поликлиническое, стационарное отделения, организационно-методический отдел (кабинет), отделения первичной профилактики и периодических медицинских осмотров, клинико-диагностическую, бактериологическую, иммунологическую лаборатории, косметологическое отделение (кабинет) и др.

Для повышения доступности экстренной диагностики и лечения больных ИПППП, преодоления социально-негативных мотиваций, препятствующих обращению пациентов за данным видом специализированной помощи, в кожно-венерологических диспансерах или других ЛПУ организуются кабинеты анонимного обследования и лечения (КАОЛ), в которых анкетные данные пациента могут заполняться с его слов.

Для анализа медицинской деятельности кожно-венерологических диспансеров используются следующие показатели:

- показатель первичной заболеваемости всеми ИПППП;
- показатель первичной заболеваемости грибковыми кожными болезнями;
- показатель первичной заболеваемости чесоткой;
- показатель числа обследованных контактов по ИПППП, чесотке, грибковым кожным болезням на одного зарегистрированного больного.

Показатель первичной заболеваемости всеми ИПППП характеризует эпидемиологическую ситуацию по ИПППП, а также организационную работу кожно-венерологических диспансеров, учреждений общелечебной сети по их профилактике и своевременному выявлению. Значение этого показателя в Российской Федерации в 2008 г. составило 430,7 на 100 тыс. населения.

Динамика показателей первичной заболеваемости сифилисом и гонореей представлена на рис. 14.9.

Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости сифилисом отмечается в Республике Тыва — 488,4; Республике Хакасия — 191,9; Чукотском автономном округе — 179,1; гонореей — в Республике

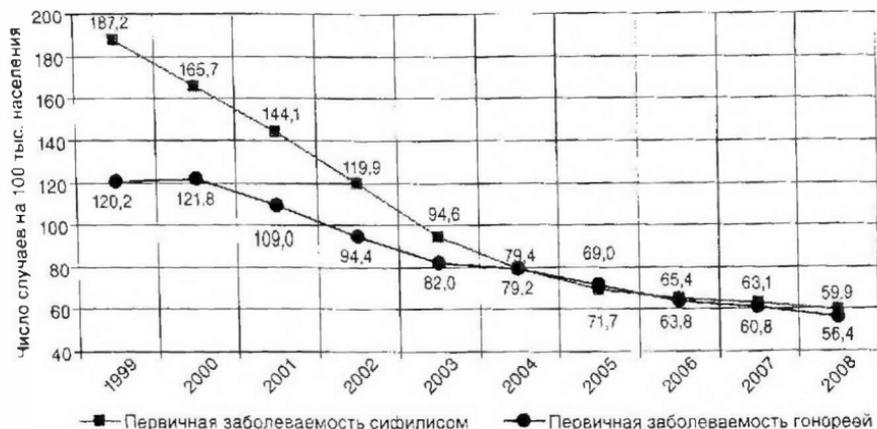


Рис. 14.9. Динамика показателей первичной заболеваемости сифилисом и гонореей в Российской Федерации (1999–2008)

Тыва — 222,4; Чукотском автономном округе — 210,9; Республике Бурятия — 169,5 на 100 тыс. населения. Благополучная эпидемиологическая ситуация отмечается по сифилису в Республике Ингушетия — 10,4; Республике Дагестан — 10,5; Чеченской Республике — 19,8; по гонорее — в Чеченской Республике — 8,9; Кабардино-Балкарской Республике — 11,3; городе Москве — 17,3 на 100 тыс. населения.

Показатели первичной заболеваемости грибковыми кожными болезнями, чесоткой характеризуют эпидемиологическую ситуацию по микроспории, трихофитии, чесотке, своевременность выявления этих заболеваний, а также взаимодействие учреждений общелечебной сети со службами Роспотребнадзора. Значения этих показателей в РФ в 2008 г. составили соответственно 45,5 и 100,7 на 100 тыс. населения.

Показатель числа обследованных контактов по ИПППП, чесотке, грибковым кожным болезням на одного зарегистрированного больного характеризует результативность проводимых эпидемиологических расследований и рассчитывается, как отношение числа обследованных контактов по ИПППП, чесотке, грибковым кожным болезням к общему числу зарегистрированных таких больных. Рекомендуемое значение этого показателя по ИПППП — 0,1–2,5; по грибковым кожным болезням — 1–10; по чесотке — 1–5 обследованных контактов.

Основные направления дальнейшего развития дерматовенерологической службы в РФ предусмотрены федеральной целевой программой

«Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)» (подпрограммой «Инфекции, передаваемые половым путем»). В рамках этой подпрограммы проводятся строительство и реконструкция федеральных и региональных медицинских специализированных учреждений, поэтапно внедряются информационно-аналитические системы прогнозирования возникновения и распространения резистентных форм возбудителей ИПППП. Перспективным направлением здесь является изучение молекулярных механизмов развития резистентности возбудителей ИПППП к применяемым антимикробным препаратам на основе нанотехнологий. Взамен зарубежным, разрабатываются отечественные тест-системы для диагностики ИПППП с учетом молекулярных особенностей возбудителей, выявляемых на территории Российской Федерации.

14.9. СЛУЖБА ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И СПИДОМ

В Российской Федерации действует единая специализированная служба профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДОм, которая включает в себя 82 федеральных и региональных Центра по профилактике и борьбе со СПИДОм. 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)». На территориях субъектов РФ функционируют **Центры по профилактике и борьбе со СПИДОм** (далее — Центры), которые имеют свои структурные подразделения в муниципальных образованиях. Возглавляет Центр главный врач, назначаемый и освобождаемый от должности руководителем соответствующего органа управления здравоохранением.

Основными задачами Центра служат:

- разработка и реализация комплекса мер по профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа;
- осуществление клинико-лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции, оппортунистических инфекций, вирусных парентеральных гепатитов;
- оказание медицинской, социально-психологической и юридической помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДОм;

- разработка территориальных целевых программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом;
- проведение совместно с Центрами гигиены и эпидемиологии мониторинга ВИЧ-инфекции и СПИДа;
- организационно-методическое руководство деятельностью учреждений общелечебной сети по вопросам профилактики и своевременной диагностики ВИЧ-инфекции;
- организация пропаганды мер профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа среди населения.

Центр имеет следующие основные структурные подразделения: организационно-методический, эпидемиологический отделы, отделение профилактики, клинический отдел (диспансерное отделение и стационар, который в ряде случаев организуется на базе инфекционной больницы), лабораторно-диагностическое отделение, отдел медико-социальной и правовой помощи, административно-хозяйственная часть и др.

К основным статистическим показателям, по которым анализируется медицинская деятельность Центров, а также эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции, относятся:

- показатель контингента больных ВИЧ;
- показатель первичной заболеваемости ВИЧ;
- показатель удельного веса лиц, обследованных на ВИЧ;
- показатель полноты охвата диспансеризацией ВИЧ-инфицированных;
- показатель распределения ВИЧ-инфицированных по основным путям заражения.

Показатель контингента больных ВИЧ характеризует распространенность заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека. За последние 10 лет этот показатель в Российской Федерации увеличился практически в 50 раз и составил в 2008 г. 212,2 на 100 тыс. населения. С учетом сравнительно невысокой смертности среди ВИЧ-инфицированных этот показатель в дальнейшем будет расти.

Показатель первичной заболеваемости ВИЧ характеризует эпидемиологическую ситуацию, связанную с распространенностью ВИЧ, и составил в 2008 г. 31,0 на 100 тыс. населения.

Показатель удельного веса лиц, обследованных на ВИЧ, характеризует полноту обследования населения из групп риска (беременных, потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса и др.). Рекомендуемое значение этого показателя — 100%.

Показатель полноты охвата диспансеризацией ВИЧ-инфицированных характеризует уровень организации динамического наблюдения за ВИЧ-инфицированными и степень доверия между пациентом и врачом. В 2008 г. в Российской Федерации доля ВИЧ-инфицированных, находящихся под диспансерным наблюдением, составила 78,5%.

Показатель распределения ВИЧ-инфицированных по основным путям заражения характеризует качество эпидемиологического расследования случаев заражения ВИЧ и рассчитывается, как доля лиц с определенным путем заражения ВИЧ-инфекцией в общем числе ВИЧ-инфицированных. Распределение ВИЧ-инфицированных по основным путям заражения представлено на рис. 14.10.

Основными путями заражения ВИЧ-инфекцией служат внутривенное введение наркотиков (63,9%) и половые контакты (34,4%). Доминирующий путь передачи ВИЧ-инфекции для женщин является половой, для мужчин — парентеральный при внутривенном введении наркотиков. Настораживает тот факт, что в 1,1% случаев путь заражения не установлен.

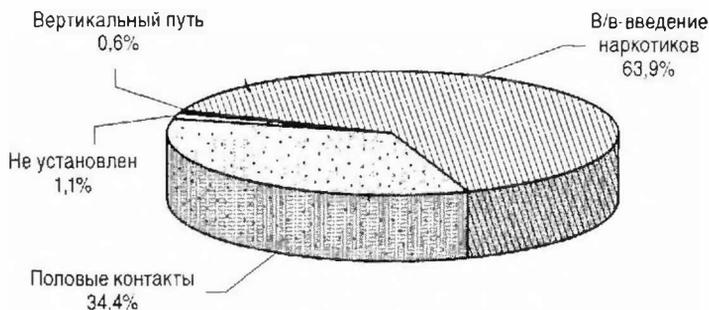


Рис. 14.10. Распределение ВИЧ-инфицированных по основным путям заражения (2008)

Основные направления дальнейшего развития службы профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в Российской Федерации предусмотрены федеральной целевой программой «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)» (подпрограммой «ВИЧ-инфекция») и национальным проектом «Здоровье». В рамках этих программ планируются продолжение строительства и реконструкции в субъектах РФ специализированных учреждений по профилактике ВИЧ-инфекции и лечению больных СПИДом, оснащение их современным медицинским оборудованием,

подготовка квалифицированных кадров. Приоритетным направлением является проведение фундаментальных научных исследований по проблеме ВИЧ-инфекции, в частности разработка и клинические испытания диагностических и лекарственных препаратов с учетом молекулярных особенностей циркулирующих штаммов ВИЧ, совершенствование методов профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого ВИЧ. Важнейшей задачей остаются изучение особенностей клинического течения ВИЧ-инфекции и СПИД-ассоциированных заболеваний, разработка клинико-лабораторных критериев прогрессирования ВИЧ-инфекции и эффективности терапии, разработка комплекса мер по снижению риска передачи ВИЧ-инфекции при использовании донорской крови и ее препаратов. Для обеспечения эффективного управления службой профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом необходимо создание в странах-членах ВОЗ единой системы мониторинга и оценки в области противодействия ВИЧ-инфекции.

14.10. СЛУЖБА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Судебная медицина — это одна из отраслей медицины, представляющая собой совокупность знаний, специальных методов исследований, которые применяются для решения вопросов медико-биологического характера, возникающих у работников правоохранительных органов в процессе расследования и судебного разбирательства уголовных и гражданских дел. Кроме того, связь судебной медицины с другими медицинскими дисциплинами делает ее в отдельных случаях незаменимой в проведении комплексной экспертизы качества оказываемой населению медицинской помощи.

Область практического приложения судебной медицины — это производство судебно-медицинских экспертиз с целью диагностики смерти, оценки причиненного вреда здоровью от разных видов внешнего воздействия (физического, химического, биологического, психического), установления сроков и механизмов повреждений объектов судебно-медицинской экспертизы, идентификации личности, орудия травмы и др.

В Российской Федерации в 2008 г. зарегистрировано более 3210 тыс. преступлений, среди которых 71 700 убийств, покушений

на убийство, изнасилований, умышленных причинений тяжкого вреда здоровью. В раскрытии этих преступлений непосредственное участие принимают специалисты учреждений судебно-медицинской экспертизы (СМЭ).

В службу судебно-медицинской экспертизы Российской Федерации входят **областные, краевые, республиканские и окружные бюро судебно-медицинской экспертизы (бюро СМЭ)**, в которых работают более 5400 судебно-медицинских экспертов.

Головное учреждение службы судебно-медицинской экспертизы — **Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы (РЦСМЭ)**.

Бюро СМЭ возглавляет начальник, назначаемый и освобождаемый от должности руководителем соответствующего органа управления здравоохранением.

Главные задачи бюро судебно-медицинской экспертизы:

- производство судебно-медицинских экспертиз и исследований трупов в целях установления или исключения признаков насильственной смерти, определения ее причин; характера, механизма и сроков образования телесных повреждений; установления давности наступления смерти, а также разрешения других вопросов, поставленных органом дознания, следователем, прокурором, судом;
- производство судебно-медицинских экспертиз и судебно-медицинских обследований потерпевших, обвиняемых и других лиц для определения характера и тяжести вреда здоровью, механизма и давности образования телесных повреждений; половых преступлений и для разрешения других вопросов, поставленных органом дознания, следователем, прокурором, судом;
- производство судебно-медицинских экспертиз вещественных доказательств путем применения различных лабораторных методов исследования объектов;
- своевременная информация органов управления здравоохранением субъектов РФ о всех случаях выявления грубых дефектов диагностики и лечения; проведение судебно-медицинских и клинико-анатомических конференций по таким случаям;
- анализ и обобщение судебно-медицинских материалов о скоропостижной смерти, промышленном, уличном и бытовом травматизме, отравлениях и других причинах смерти с целью выявления факторов, имеющих значение для разработки органами здравоохранения профилактических мероприятий;

- обеспечение системы непрерывного повышения профессионального уровня специалистов судебно-медицинской службы.

Типовая структура областных (краевых, республиканских, окружных) бюро СМЭ включает в себя следующие структурные подразделения:

- отдел судебно-медицинской экспертизы живых лиц;
- отдел судебно-медицинской экспертизы трупов с гистологическим отделением;
- организационно-методический отдел (кабинет):
 - отделение внедрения новых технологий, вычислительной техники и программного обеспечения;
- отдел сложных экспертиз;
- отдел судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств:
 - судебно-биологическое отделение;
 - судебно-химическое отделение;
 - судебно-биохимическое отделение;
 - судебно-бактериологическое (вирусологическое) отделение;
 - спектральная лаборатория;
 - лаборатория судебно-медицинских молекулярно-генетических исследований.

Для анализа деятельности бюро СМЭ используются следующие статистические показатели:

- показатели распространенности случаев смерти от разных видов внешнего воздействия;
- показатель нагрузки врача судебно-медицинского эксперта;
- показатели качества судебно-медицинских экспертиз.

Показатели распространенности случаев смерти от разных видов внешнего воздействия

Эти показатели являются составляющими общего коэффициента смертности населения.

Показатель общей насильственной смертности характеризует криминогенную обстановку в обществе и уровень защищенности граждан. Значение этого показателя в Российской Федерации за последние 6 лет имеет тенденцию к уменьшению и в 2008 г. составило 1,72 случая смерти от внешних причин (физических, химических, биологических, психических) на 1000 населения (рис. 14.11).

Показатель детской насильственной смертности служит одной из составляющих показателя общей насильственной смертности и

характеризует степень защищенности детского населения от воздействия внешних причин, приводящих к смерти. Динамика этого показателя в РФ также представлена на рис. 14.11.



Рис. 14.11. Динамика показателей общей и детской насильственной смертности в Российской Федерации (1999–2008)

Показатель частоты самоубийств дополняет показатель общей насильственной смертности и является одной из характеристик психического здоровья населения. Значение этого показателя в РФ в 2008 г. составило 27,1 случая самоубийств на 100 тыс. населения.

Показатель частоты случаев смерти от случайных отравлений алкоголем служит одной из характеристик общей алкоголизации населения и распространенности случаев отравлений алкоголем и его суррогатами. Динамика этого показателя в РФ представлена на рис. 14.12.

Снижение частоты случаев смерти от случайных отравлений алкоголем последние три года объясняется в первую очередь ужесточением контроля над качеством алкогольной продукции в розничной и оптовой торговой сети со стороны учреждений Роспотребнадзора.

Показатель нагрузки врача судебно-медицинского эксперта характеризует объем выполняемой судебно-медицинскими экспертами работы и косвенно — укомплектованность должностей врачей судебно-

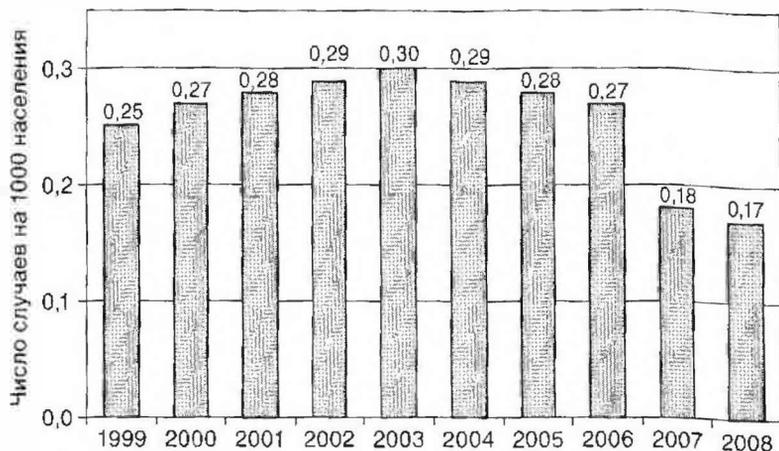


Рис. 14.12. Динамика показателя частоты случаев смерти от случайных отравлений алкоголем среди населения Российской Федерации (1999–2008)

медицинских экспертов. Рекомендуемое значение этого показателя за год на 1 занятую должность врача судебно-медицинского эксперта: 1000 СМЭ живых лиц; 100 исследований трупов.

Показатели качества судебно-медицинских экспертиз

Эти показатели позволяют судить о проведении СМЭ в установленные сроки и качестве первичных заключений, исключающих необходимость дополнительных или повторных исследований.

Показатель удельного веса повторных судебно-медицинских экспертиз с изменениями первичных заключений свидетельствует об уровне квалификации врачей судебно-медицинских экспертов и качестве проведенных ими первичных СМЭ. Руководители бюро СМЭ должны стремиться, чтобы доля повторных СМЭ в общем числе проведенных экспертиз трупов и потерпевших приближалась к 0.

Показатель своевременности проведения судебно-медицинских экспертиз характеризует уровень организации и оперативность проведения СМЭ. Рекомендуемый срок проведения СМЭ — не более 1 мес. В 2008 г. в Российской Федерации доля СМЭ, выполненных в срок до 14 дней, составила 37,4%, от 15 до 30 дней — 50,7%, свыше 1 мес — 11,9%.

Дальнейшие пути развития службы СМЭ: укрепление материально-технической базы учреждений СМЭ, оснащение их современ-

ным медицинским оборудованием, повышение материальной заинтересованности работающих специалистов, улучшение взаимодействия с правоохранительными органами и патолого-анатомической службой организаций здравоохранения общелечебной сети.

14.11. СЛУЖБА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Созданная в Советском Союзе система медицинского обеспечения лиц, занимающихся физической культурой и спортом, последние 15 лет переживает период стагнации, связанный как с финансовыми проблемами здравоохранения, так и с ликвидацией или изменением организационно-правовых форм физкультурных и специализированных ЛПУ.

Часть врачебно-физкультурных диспансеров была преобразована в центры медицинской профилактики с сохранением за ними функций медицинского обеспечения лиц, занимающихся физической культурой и спортом, а также формирования здорового образа жизни среди населения.

В 2007 г. в стране функционировало 115 врачебно-физкультурных диспансеров, 114 центров медицинской профилактики, в которых работало 3479 врачей по лечебной физкультуре и спортивной медицине. В большинстве учреждений общей лечебной сети продолжают функционировать отделения и кабинеты лечебной физкультуры. Кроме того, при отдельных спортивных обществах и организациях работают кабинеты (центры) спортивной медицины.

Занятия спортом, как правило, сопровождаются острым и хроническим перенапряжением систем и органов человека. В зависимости от выраженности нарушения их деятельности выделяют четыре клинические формы перенапряжения:

- синдром перенапряжения центральной нервной системы;
- синдром перенапряжения сердечно-сосудистой системы;
- синдром перенапряжения печени (печеночно-болевой);
- синдром перенапряжения нервно-мышечного аппарата (мышечно-болевой).

Возникновение и развитие этих синдромов при определенном образе жизни спортсменов определяют состояние их здоровья. Проведенные исследования (Медик В.А., Юрьев В.К., 2001) показа-

ли, что удельный вес практически здоровых спортсменов, занимающихся такими видами спорта, как гимнастика, плавание, борьба и другими, составляет 17%. Хронические заболевания выявляются более чем у 50% обследованных спортсменов, что обусловлено как высокой заболеваемостью населения в целом, так и недостатками спортивного отбора и методов спортивной тренировки. В структуре обнаруженной патологии преобладают заболевания органов пищеварения, костно-мышечной системы и репродуктивной системы у спортсменок-женщин.

Кроме того, сокращение сети физкультурно-оздоровительных организаций, коммерциализация спортивных центров привели к снижению двигательной активности различных групп населения, особенно детей и подростков, возрастанию факторов риска развития заболеваний и физических дефектов, ухудшению физической подготовки молодежи при призыве на военную службу.

В результате анализа работы детско-юношеских спортивных школ установлено, что 30% учащихся не проходят углубленных медицинских обследований, а из числа прошедших лишь 5% признаются здоровыми, 35% имеют отклонения в состоянии здоровья и противопоказания к занятиям спортом.

Последнее время в большинстве субъектов Российской Федерации стало больше уделяться внимания развитию лечебной физкультуры и реабилитации лиц, занимающихся физической культурой и спортом высших достижений. Ведущая роль в этом принадлежит врачебно-физкультурным диспансерам, центрам лечебной физкультуры и спортивной медицины, центрам медицинской профилактики, важнейшая задача которых — медицинское обеспечение лиц, занимающихся физкультурой и спортом, а также формирование здорового образа жизни среди населения.

Рассмотрим основные направления деятельности службы медицинской профилактики, лечебной физкультуры и спортивной медицины на примере **врачебно-физкультурного диспансера**, который решает следующие задачи:

- обеспечение медицинского контроля, диспансерное наблюдение, лечение и реабилитацию лиц, занимающихся физкультурой и различными видами спорта;
- организация медицинского обеспечения учебно-тренировочных сборов, занятий и соревнований, осуществление допуска к ним, проведение экспертизы спортивной трудоспособности;

- проведение анализа отклонений в состоянии здоровья, заболеваемости и спортивного травматизма среди лиц, занимающихся спортом и физической культурой, и разработку мероприятий по их профилактике и лечению;
- проведение медицинской реабилитации больных и инвалидов с использованием современных методик восстановительной терапии;
- проведение санитарно-просветительной работы по формированию здорового образа жизни, оздоровлению различных групп населения, в первую очередь детей и подростков, средствами физической культуры и спорта;
- анализ деятельности учреждений общей лечебной сети по медицинскому обеспечению лиц, занимающихся физической культурой и спортом, пропаганде физической активности, осуществление координации и контроля этой работы и др.

Диспансер возглавляет главный врач, назначаемый и освобождаемый от занимаемой должности руководителем соответствующего органа управления здравоохранением.

Типовая структура врачебно-физкультурного диспансера включает в себя следующие структурные подразделения: отделение спортивной медицины; отделение лечебной физкультуры; консультативное отделение; диагностическое отделение; организационно-методический отдел; иные медицинские и административно-хозяйственные подразделения.

К основным показателям, характеризующим медицинскую деятельность врачебно-физкультурных диспансеров, центров лечебной физкультуры и спортивной медицины, центров медицинской профилактики, относятся:

- показатель полноты охвата диспансерным наблюдением;
- показатель эффективности диспансеризации;
- показатель частоты травматизации;
- показатель полноты охвата лечением.

Показатель полноты охвата диспансерным наблюдением позволяет оценить уровень организации диспансерного наблюдения лиц, занимающихся физической культурой и спортом, а также уровень взаимодействия лечебно-профилактических и спортивных учреждений. Значение этого показателя должно приближаться к 100%.

Показатель эффективности диспансеризации характеризует качество диспансерного наблюдения, полноту проводимого восстано-

вительного лечения лиц, занимающихся физической культурой и спортом. Этот показатель рассчитывается, как процентное отношение числа лиц, имеющих положительную динамику заболеваний, к общему числу лиц, занимающихся физической культурой и спортом, состоящих на диспансерном учете и нуждавшихся в лечении. Рекомендуемое значение показателя по основным нозологическим формам должно составлять не менее 70%.

Показатель частоты травматизации характеризует уровни подготовки спортсменов, организации тренировочного процесса и спортивных соревнований, квалификацию тренеров. Анализ этого показателя в динамике позволяет оценить эффективность мероприятий по профилактике спортивного травматизма. Значение показателя частоты травматизации по различным видам спорта колеблется от 20 до 55 случаев травм на 1000 лиц, занимающихся физкультурой и спортом.

Показатель полноты охвата лечением свидетельствует о доступности отдельных видов медицинской помощи лицам, занимающимся физкультурой и спортом, и организации их диспансерного наблюдения. Этот показатель позволяет судить о преемственности в работе врачебно-физкультурных диспансеров и специализированных медицинских учреждений. Его значение должно приближаться к 100%.

Работа по совершенствованию службы медицинской профилактики, лечебной физкультуры и спортивной медицины должна быть направлена, прежде всего, на повышение качества подготовки специалистов по лечебной физкультуре, спортивной медицине, мануальной терапии, рефлексотерапии, а также на подготовку научных и педагогических кадров в области спортивной медицины и лечебной физкультуры. Необходимым условием повышения эффективности лечения лиц, занимающихся физической культурой и спортом, инвалидов, служат укрепление материально-технической базы учреждений восстановительного лечения, разработка и внедрение современных методов реабилитации. Важнейшей задачей остается формирование в обществе культа здоровья путем пропаганды среди населения здорового образа жизни, развития массовой физической культуры и спорта.

Дальнейшее совершенствование специализированных видов медицинской помощи населению РФ должно идти в первую очередь по пути развития высокотехнологичных видов помощи. Это касается, в частности, повышения доступности высоких меди-

шинских технологий в кардиохирургии, онкологии, травматологии и, прежде всего, для лечения детей. Особенно актуально для улучшения медицинской помощи сельским жителям развитие сети межрегиональных и межрайонных специализированных медицинских центров. Перспективным направлением является реконструкция и переоснащение существующих центров высоких медицинских технологий, а также строительство новых центров в первую очередь в субъектах РФ на территориях Сибири и Дальнего Востока.

Глава 15

Организация медико-социальной реабилитации

15.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Основа совершенствования медико-социальной реабилитации заключается в комплексе медицинских, психологических, социальных мероприятий, направленных на восстановление физиологических, социальных функций организма, трудоспособности больных и инвалидов. Это достигается развитием сети центров восстановительной медицины и реабилитации, а также санаторно-курортных учреждений. На территории России в 2008 г. функционировало более 4500 санаторно-курортных организаций (СКО) на 740 тыс. коек, около 550 центров восстановительного лечения и реабилитации, в которых ежегодно лечатся и оздоравливаются более 10 млн человек.

В системе медико-социальной реабилитации важное место отводится санаторно-курортной помощи. Санаторно-курортное дело в России традиционно является составной частью государственной политики в области охраны здоровья населения и важным направлением развития национальной системы здравоохранения.

Санаторно-курортное лечение в России имеет большие традиции. Первый курорт России (Марциальные Воды) был основан в Карелии еще в 1719 г. Петром I, и с тех пор лечение и оздоровление на российских курортах стали необычайно популярными у жителей России.

Само слово **курорт** (от нем. *kur* — лечение и *ort* — место) означает местность, располагающую особыми природными лечебными факторами (благоприятным климатом, минеральными источниками, грязями и др.) и необходимыми условиями для их применения с лечебно-профилактической целью.

Внимание к проблемам организации санаторно-курортной помощи населению во многом обусловлено многообразием и богатством природных лечебных ресурсов России. Курорты России располагают практически всеми известными в мире типами минеральных вод, лечебных грязей и других природных лечебных факторов, ресурсы

которых обеспечивают существующую потребность и перспективу развития курортного комплекса страны.

Реабилитация больных после перенесенных тяжелых заболеваний (инфаркта миокарда, реконструктивных операций на сосудах, cerebrovascularных болезнях, патологии нервной системы и опорно-двигательного аппарата и др.) занимает все большее место в лечебной практике курортов, что способствует возвращению к активной жизни и сохраняет возможность дальнейшей трудовой деятельности более 50% прошедших реабилитацию людей.

Курортное лечение служит важнейшим элементом современной медицины в снижении заболеваемости населения, предупреждения инвалидизации и как следствие этого в сохранении и воспроизводстве трудовых ресурсов. Использование современных методов санаторно-курортного лечения позволяет сокращать сроки временной нетрудоспособности в 2–3 раза.

Санаторно-курортное лечение в Российской Федерации основано на применении природных лечебных факторов (ресурсов) в сочетании с физическими и медикаментозными методами, причем природным ресурсам отводится главенствующая роль.

Особенность российской санаторно-курортной сферы состоит в том, что более 70% всех реализуемых путевок на санаторно-курортное лечение оплачивается за счет средств социального страхования.

Правовой основой развития санаторно-курортной помощи в Российской Федерации является Федеральный закон «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах». Согласно этому закону, к природным лечебным ресурсам относятся: минеральные воды, лечебные грязи, вода соленых лиманов и озер, лечебный климат, ландшафт, другие природные объекты и условия, используемые для лечения и профилактики заболеваний и организации отдыха.

Особенность санаторно-курортного дела заключается в том, что оно сочетает в себе следующие основные направления:

- профилактическое оздоровление населения;
- реабилитацию больных;
- анимационно-досуговую деятельность.

Отдых на курортах преследует не только медицинские цели, но и предоставление насыщенной разнообразными анимационными циклами досугово-развлекательной программы, удовлетворяющей духовные и эмоциональные потребности отдыхающих.

Все это делает санаторно-курортную помощь одним из востребованных и эффективных направлений медицинской реабилитации. При функциональных нарушениях, используя методы санаторно-курортного лечения, можно путем активации процессов адаптации организма не допустить развитие заболеваний. При хронических формах заболеваний санаторно-курортное лечение способствует восстановлению и компенсации нарушенных функций, замедляет прогрессирование заболевания, уменьшает число обострений, удлиняет период ремиссии. Таким образом, задача санаторно-курортного лечения заключается в активации защитных реакций организма, направленных на сохранение относительного постоянства его внутренней среды.

15.2. КЛАССИФИКАЦИЯ КУРОРТОВ И МЕТОДЫ КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

В основу классификации курортов положено географическое расположение курортной местности и виды природных лечебных факторов, которые используются в курортном лечении.

В зависимости от географического расположения, курорты различают по рельефу (равнинные, горные), приближенности к водоемам (приморские, озерные, речные), по растительной зоне (лесные, степные). Каждая из составляющих ландшафта (рельеф, водные объекты и растительность) играет важную роль в санаторно-курортном лечении.

Для лечебно-оздоровительного отдыха наиболее благоприятна пересеченная местность, так как она дает возможность пациентам при прогулках на сравнительно небольшом расстоянии получать необходимые энергетические нагрузки для тренировки сердечно-сосудистой, дыхательной систем и опорно-двигательного аппарата. Это тем более важно, что в настоящее время гиподинамия становится одним из главных пороков жизни горожан. Наиболее благоприятен крупнохолмистый и грядовый рельеф на равнинах, возвышенностях или предгорьях. Его используют при прокладке маршрутов для терренкуров (лечебной дозированной ходьбы) различных категорий сложности, в зависимости от назначаемого уровня энергетических нагрузок на организм человека.

Значение растительного покрова в достижении оздоровительного эффекта при санаторно-курортном лечении очень велико благода-

ря ионизирующим и фитонцидным свойствам растений. Особенно важна роль лесных массивов, способствующих повышению содержания кислорода в воздухе, его ионизации, оказывающей очищающее действие на организм человека. Оптимальный уровень ионизации достигается в смешанных лесах и сосновых борах. Высокой ионизационной способностью, помимо сосны, обладают береза, липа, дуб, лиственница, ель и пихта. Фитонциды (биологически активные вещества, выделяемые растениями) убивают или подавляют рост и развитие бактерий, микроскопических грибов, простейших. Они выделяются пихтой и сосной, которые убивают коклюшную палочку и палочку Коха, а также березой и тополем, которые поражают золотистый стафилококк.

Однако к фитонцидам, а следовательно, к подбору лечебных растений, надо относиться с осторожностью, так как многие из них, оказывая бактерицидное воздействие на возбудителей инфекционных заболеваний, могут обладать рядом неблагоприятных свойств для организма. В первую очередь это касается фитонцидов, выделяемых сосной, которые оказывают раздражающее действие на больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а в период цветения способны вызвать приступы удушья у больных, страдающих бронхиальной астмой.

В зависимости от используемых природных лечебных факторов курорты делятся на климатолечебные, бальнеологические, грязелечебные и смешанные.

Климатолечебные курорты

Лечебно-профилактическое воздействие климата на организм человека обусловлено рядом природных факторов, главные из которых: географическое положение местности, ее ландшафт, атмосферное давление, температура, циркуляция и влажность воздуха, количество осадков, интенсивность солнечной радиации. С учетом географического положения местности, особенностей ее ландшафта выделяют климат гор, лесов, морей, степей, пустынь, тропиков и субтропиков, континентальный и др. Каждый из этих видов климата имеет специфические характеристики, оказывающие терапевтический эффект при лечении тех или иных заболеваний.

Наиболее известные климатолечебные курорты находятся на следующих территориях Российской Федерации: Сочи, Анапа, Геленджик, побережье Балтийского моря и Финского залива, Южный берег Крыма (Ялта, Алушта), Подмосковье, Ленинградская курортная зона и др.

Среди зарубежных климатолечебных курортов наиболее популярны Биарриц (Франция), Варадеро (Куба), Дубровник (Хорватия), Золотые Пески, Солнечный Берег (Болгария), Керкира (Греция), Монте-Карло (Монако) и др.

Основные методы лечения на климатолечебных курортах:

- аэротерапия;
- гелиотерапия;
- талассотерапия.

Аэротерапия — один из наиболее распространенных методов климатотерапии, который предусматривает использование в лечебно-профилактических целях атмосферного воздуха, насыщенного преимущественно легкими аэроионами, которые оказывают активное биологическое воздействие на организм человека. Действие аэротерапии основано на комплексном влиянии факторов внешней среды: температуры, влажности, давления, движения воздуха, электрического состояния атмосферы и солнечной радиации. Аэротерапию следует рассматривать не только как метод лечения, но и как способ профилактики, закаливания организма и повышения его устойчивости к охлаждению и простудным заболеваниям. Наиболее распространенный метод аэротерапии — **воздушные ванны** — дозированное воздействие атмосферного воздуха на организм человека, полностью или частично обнаженного. Длительное раздражение воздухом кожных рецепторов открытых частей тела и нервных окончаний, слизистых оболочек, верхних дыхательных путей оказывает воздействие на связанные с ними терморегуляторные механизмы сердечно-сосудистой системы (особенно капиллярного русла кожи и подкожной клетчатки) и аппарата внешнего дыхания. В результате этого повышается способность организма поддерживать относительное постоянство внутренней среды и устойчивость основных физиологических функций (кровообращения, дыхания, обмена веществ и др.). Очень полезны воздушные ванны у моря, которое, особенно при шторме, становится естественным гигантским аэроионизатором и ингалятором, насыщающим воздух дисперсионными частицами морской воды с электрическими зарядами. Воздушные ванны показаны больным с функциональными расстройствами нервной системы, базедовой болезнью, анемией и другими заболеваниями. Назначают воздушные ванны 1–2 раза в день в специально оборудованных аэрариях. Разновидность воздушных ванн — **сон на свежем воздухе**, который

снижает перевозбуждение нервной системы, нормализует тонус сосудов и тем самым улучшает процесс сна.

Гелиотерапия — применение солнечных лучей с лечебной и оздоровительной целью. Как известно, действие лучей солнца на организм человека зависит от длины волны и формы излучения. Самыми длинными волнами обладают инфракрасные лучи, оказывающие на организм тепловое воздействие. К средней части солнечного спектра относятся видимые лучи, которые воспринимаются глазом человека как дневной свет. Наиболее короткие волны имеют ультрафиолетовые лучи, оказывающие на организм человека выраженное биологическое действие.

Инфракрасные лучи составляют около 70% солнечного излучения и играют значительную роль в создании теплового равновесия между организмом человека и окружающей средой. Они оказывают тепловое воздействие, вызывая развитие рефлекторных реакций путем термического раздражения нервных окончаний тканей. Инфракрасное облучение используется для уменьшения болевых ощущений, релаксации мышечных волокон, ускорения регенеративных процессов в тканях, рассасывания экссудатов и инфильтратов.

Видимые лучи солнечного спектра вызывают специфическое раздражение органа зрения. Возникший при освещении глаза нервный импульс, воздействуя через промежуточный мозг, гипоталамус, способствует выработке гормонов. Попадая в ток крови, они оказывают тонизирующее влияние на деятельность организма, определяют суточный биологический ритм активности человека. Нарушение нормального биологического ритма в ряде случаев ведет к развитию болезненных состояний, для лечения которых используют световые раздражители в режиме, соответствующем нормальному биологическому ритму человека.

Ультрафиолетовые лучи (УФ-лучи) обладают наиболее активными свойствами, вызывая рефлекторное, гуморальное и витаминообразующее воздействие на организм человека. УФ-лучи используют для диагностики (грибковых заболеваний, желтухи и др.), лечения (болезней кожи, периферических нервов, гнойных процессов, инфицированных ран, заболеваний суставов и др.), профилактики и лечения рахита.

Солнечная радиация широко используется с лечебной и профилактической целью в виде солнечных ванн. Их применение особенно эффективно при лечении внелегочного туберкулеза (костей и суста-

вов), вялотекущих и длительно заживающих ран и язв, невритов, невралгий, нарушений периферического кровообращения, рахита и других заболеваний.

Талассотерапия (от греч. *thalasso* — море) — комплексное использование воздействия морских факторов: климата, воды, грязей, водорослей, песка и других извлекаемых из моря компонентов. Применение методов талассотерапии способствует тренировке нервно-гуморальных, сердечно-сосудистых и других механизмов терморегуляции, улучшает обмен веществ, повышает адаптационные возможности организма, оказывает выраженное закаливающее воздействие. Их используют при функциональных заболеваниях нервной системы, органов пищеварения и обмена веществ, последствиях заболеваний и травм костно-мышечной, периферической нервной системы, хронических неспецифических заболеваниях легких в фазе ремиссии и др. Процедуры могут выполняться не только на море, но и в водоемах рек, озер, лиманов, бассейнах и др.

Бальнеологические курорты

Основной метод лечения, который используется на бальнеологических курортах, это водолечение, в том числе минеральными водами различных типов (углекислыми, щелочными, железистыми, радоновыми и др.). Эффективность такого лечения основана на благоприятном влиянии на организм растворенных в воде газов и солей. Основные бальнеотерапевтические процедуры: общие и местные ванны, купания в лечебных бассейнах, питье минеральных вод, промывания-орошения кишечника, ингаляции и др. Наиболее известные на территории Российской Федерации бальнеологические курорты — Кисловодск, Сочи, Мацеста, Пятигорск, Ессентуки, Железноводск, Карелия, Старая Русса и др.

За рубежом наибольшей популярностью пользуются следующие бальнеологические курорты: Баден-Баден (Германия), Аньяно-Терме (Италия), Виши (Франция), Карловы Вары (Чехия), Бад Тацмандорф (Австрия), Кусацу (Япония) и др.

Водные процедуры делят на общие и местные. К общим процедурам относят ванны, души, влажные обертывания, к местным — ножные, ручные ванны, восходящий душ. По составу воды различают следующие виды ванн:

- пресные;
- минеральные (соляные, сульфидные, йодобромные);
- ароматические (хвойные, шалфейные, скипидарные);

- газовые (углекислые, кислородные, азотные, жемчужные);
- радоновые;
- вибрационные;
- ванны по Гауффе;
- контрастные ванны.

Соляные (хлоридные натриевые) ванны

Положительно влияют на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, нормализуют деятельность центральной нервной системы, улучшают обменные процессы. Наибольший эффект от их применения отмечается при лечении заболеваний и последствий травм опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы (артропатий, остеопатий, спондилопатий, радикулопатий) и др.

Сульфидные (сероводородные) ванны

Оказывают катаболическое, иммуностимулирующее, дезинтоксикационное, секреторное, гипоальгезирующее и гипокоагулирующее действие. Показаны при воспалительных и дегенеративно-дистрофических заболеваниях костно-мышечной системы (полиартрит, спондилез, остеоартроз), периферической (невралгии, токсический полиневрит, пояснично-крестцовый радикулит, миелит) и центральной нервной системы (энцефалит, невралгия) и др.

Йодобромные ванны

Оказывают противовоспалительное, гипокоагулирующее, гормоносинтетическое, метаболическое и иммуностимулирующее действие. Они показаны больным, страдающим невралгией, истерией, бессонницей, пояснично-крестцовым радикулитом, невритами, миалгией, гипертонической болезнью I стадии, заболеваниями кожи и др.

Хвойные ванны

Оказывают специфическое физиологическое действие на организм человека, раздражая периферические окончания кожных рецепторов и обонятельного анализатора ароматическими веществами хвой, оказывая тем самым седативный эффект на центральную нервную систему. Их назначают преимущественно при невралгии, гипертонической болезни I–II стадии, зудящих дерматозах, вегетативной полиневропатии и др.

Шалфейные ванны

Оказывают раздражающее и анальгетическое действие на организм человека, выраженный психостимулирующий эффект, возбуждают обонятельные рецепторы полости носа и усиливают корковую электродинамику. Их применяют для лечения невралгии, гипер-

тонической болезни I–II стадии, заболеваний сосудов, заболеваний и последствий травм костно-мышечной и периферической нервной систем.

Скипидарные ванны

Содержащиеся в скипидаре эфирные масла и терпены (природные углеводороды) хорошо проникают через сальные железы и волосяные фолликулы в поверхностные слои кожи и оказывают неспецифическое раздражающее действие на немиелинизированные нервные проводники. Эти ванны оказывают иммуностимулирующее, сосудорасширяющее, репаративное и регенеративное действия. Их применяют при деформирующем остеоартрозе, пояснично-крестцовом радикулите, плечелопаточном периартрите, вегетативных полиневропатиях, хронических заболеваниях женских половых органов и др.

Углекислые ванны

Прием этих ванн способствует снижению гиперсимпатикотонического и повышению парасимпатического влияния на сердце, что выражается в увеличении ударного и минутного объема сердца, мобилизации коронарного резерва сердца при одновременном снижении потребления им кислорода. В результате улучшается ауторегуляция коронарного кровотока и уменьшается ишемия миокарда. Используют при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения I–II степени, начальных проявлениях атеросклероза), заболеваниях органов дыхания (эмфиземе легких, пневмосклерозе, бронхиальной астме в стадии ремиссии), функциональных расстройствах центральной нервной системы (неврастении, сексуальном и вегетативном неврозах), подагре в стадии ремиссии и др.

Кислородные ванны

Лечебный эффект достигается воздействием на больного пресной воды, перенасыщенной кислородом. Усиление процессов утилизации кислорода миокардом и головным мозгом приводит к активизации процессов возбуждения в коре головного мозга, повышению каталитического эффекта. Применяют при заболеваниях периферической нервной системы, неврастении, хроническом алкоголизме, климактерическом синдроме, миокардиодистрофии, хроническом бронхите, ценнонии и др.

Азотные ванны

Лечебный эффект достигается воздействием на больного пресной воды, перенасыщенной азотом. Пузырьки азота осаждаются на

коже в виде «газового плаща», снижают ее тактильную и болевую чувствительность, вызывая кратковременное расширение просвета капилляров и повышение тонуса венул. Такое легкое механическое раздражение кожи приводит к усилению тормозных процессов в коре головного мозга и формированию сноподобного состояния. Применяют при заболеваниях периферической нервной системы, гиперстенической форме неврастении, неврозе навязчивых состояний, климактерическом синдроме, начальных проявлениях атеросклероза коронарных сосудов и др.

Жемчужные ванны

Лечебный эффект достигается воздействием на больного пресной воды, перенасыщенной воздухом. Бурлящие пузырьки воздуха возбуждают механорецепторы кожи, восходящие афферентные потоки с которых активируют подкорковые центры вегетативной нервной системы и усиливают процессы возбуждения в коре головного мозга. За счет повышения тонуса симпатической нервной системы увеличиваются частота сердечных сокращений, объем циркулирующей крови и частота дыхания. Применяют при психастениях, хроническом алкоголизме, климактерическом синдроме, миокардиодистрофии и др.

Радоновые ванны

Основной действующий фактор таких ванн — растворенный в них инертный газ радон. Радоновые ванны обладают сосудорасширяющим, дефиброзирующим, гипоальгезивным, катаболическим (гликолитическим и липолитическим) и иммуностимулирующим действием. Применяют при хронических воспалительных заболеваниях костно-мышечной системы (артрите и полиартрите, остеомиелите, переломах костей с замедленной консолидацией, остеоартрозе), хронических заболеваниях легких, желудочно-кишечного тракта и почек, заболеваниях и последствиях травм периферической и центральной нервной системы, болезнях кожи (чешуйчатом лишае, нейродермите, склеродермии, псориазе), заболеваниях сердечно-сосудистой системы, келоидных рубцах, длительно незаживающих ранах и трофических язвах, диффузном токсическом зобе I–III степени, хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов с гормонозависимыми новообразованиями (фибромиоме, эндометриозе), простатите и др.

Вибрационные ванны

Механизм их воздействия основан на вибрации водяных волн, направленных на определенный участок тела больного. В вибрационной ванне на тело больного, кроме механического воздей-

ствия, оказывают влияние гидростатический и химический (при использовании минеральной воды) факторы. В совокупности они вызывают нейрогуморальные реакции, приводящие к улучшению крово- и лимфообращения, повышению обмена веществ, оказывают десенсибилизирующий, противовоспалительный и анальгезирующий эффекты. Назначают при шейном и поясничном остеохондрозе, травмах периферических нервов.

Ванны по Гауффе

Это водолечебные процедуры, при которых руки и ноги больного помещены в ванночки с водой, температура которой постепенно в течение 15 мин повышается с 37 до 45 °С. Такие ванны вызывают перераспределение крови в организме за счет расширения не только мелких периферических, но и глубоко лежащих сосудов. Таким образом, оказывается благоприятное воздействие на сердечную деятельность, мозговое кровообращение, состояние центральной и периферической нервной системы. Ввиду легкой переносимости этой процедуры и благоприятного влияния на сердечно-сосудистую систему, ванны показаны и таким больным, которым другие ванны противопоказаны.

Контрастные ванны

Лечебное воздействие на больного достигается сменой теплой и холодной воды. При их проведении на больного действует контрастный термический фактор, вызывающий возбуждение термомехано-сенсорных структур промежности и половых органов. В результате восходящего потока импульсации с половых органов в коре головного мозга формируются эффекторные импульсные потоки, вызывающие эрекцию. Применяют при эректильной и копулятивной дисфункции, варикозном расширении вен, нарушениях тонуса сосудов кистей и стоп и др.

Кроме ванн, в бальнеотерапии широко используются различные души. В зависимости от формы водяной струи и интенсивности механического воздействия на организм различают: пылевой, дождевой, игольчатый, веерный, циркулярный, шотландский душ, душ Шарко, душ-массаж.

Один из методов бальнеотерапии — подводное вытяжение позвоночника, которое эффективно используется в комплексном лечении дискогенных радикулитов, остеохондроза, начальных проявлений болезни Бехтерева и деформирующего спондилеза, а также других дорсопатий.

Грязелечебные курорты

Грязелечение (пелоидотерапия) — метод физиотерапии с использованием пелоидов (лечебных грязей). Основным лечебным фактором служат грязи различных типов: торфяные, сапропели (иловые отложения пресных водоемов), сульфидные (иловые отложения минеральных озер, лиманов, морских заливов), сопочные (продукт грязевых вулканов). Близкие к грязям по методике лечебного применения такие природные образования, как озокерит, парафин, различного рода глины, представляют собой самостоятельные средства пелоидотерапии. Лечебное действие грязей складывается из термического, химического, биологического и механического факторов.

При грязевой аппликации содержащиеся в ней летучие вещества, пептидные и стероидные гормональные вещества, гуминовые кислоты и неполярные молекулы газов проникают в кожу через протоки сальных желез и волосяных фолликулов. Накапливаясь в коже и соединительной ткани, эти вещества подавляют полимеризацию коллагеновых волокон и усиливают агрегацию муко- и гликопротеидов, лизируют неструктурированный коллаген грануляций и способствуют тем самым формированию эластичных рубцов соединительной ткани. Гуминовые кислоты и стероидосодержащие фракции пелоидов ограничивают экссудацию и отек тканей и индуцируют пролиферативные процессы в очаге воспаления. Кроме того, грязи стимулируют симпатическую нервную систему, образование глюкокортикоидов и катехоламинов надпочечниками, а также секрецию гонадотропных гормонов, усиливая тем самым различные виды обмена и адаптационно-трофическую функцию вегетативной нервной системы.

Комплексное воздействие этих и других факторов пелоидов вызывает в организме человека противовоспалительный, репаративно-регенеративный, иммуностимулирующий, бактерицидный, седативный и кератолитический эффект.

Пелоидотерапия используется для размягчения и рассасывания рубцовой ткани при спайках, трофических язвах различной локализации, заболеваниях и последствиях травм костно-мышечной (заболевания суставов, травматические повреждения конечностей, связок и мышц, контрактуры) и нервной системы (последствия закрытых травм головного мозга, радикулит, неврит, плексит), заболеваниях органов дыхания (хронический бронхит, пневмония), болезнях женской и мужской половой сферы и др.

Наиболее известные грязелечебные курорты находятся на следующих территориях Российской Федерации: Анапа, Карачи, Усть-Кут, Пятигорск, Старая Русса, Подмосковье и др.

Среди зарубежных грязелечебных курортов наибольшим спросом пользуются Саки, Евлатория (Украина), Аньяно-Терме (Италия), Бад-Эльстер (Германия), Крыница (Польша), Нишка-Баня (Сербия), Фратишкови-Лазне (Чехия) и др.

Наряду с природными лечебными факторами, особенностями ландшафта в комплексном санаторно-курортном лечении широко используются различные виды аппаратной физиотерапии, лечебная физкультура, лечебное питание, фитотерапия, массаж, акупунктура и др.

Аппаратная физиотерапия

К методам аппаратной физиотерапии относятся: гальванизация, электросон, диадинамические токи (токи Бернара), амплипульсотерапия, УВЧ, СВЧ, диатермия, индуктотермия, магнитотерапия, дарсонвализация, франклинизация, аэроионотерапия, аэрозольтерапия, ультразвук, фототерапия и др. Сочетанное использование методов аппаратной физиотерапии с методами курортной терапии (климатотерапия, бальнеотерапия, пелоидотерапия) позволяет достигать высоких результатов в лечении различных заболеваний.

Лечебная физическая культура

Лечебная физическая культура (ЛФК, кинезотерапия) представляет собой раздел физиотерапии, основные методы которой — лечебная гимнастика, дозированные спортивные упражнения, терренкур, пешеходные экскурсии и др. ЛФК способствует развитию адаптационных процессов в организме, а следовательно, восстановлению функций поврежденных систем и органов. Под влиянием ЛФК повышается тонус центральной нервной системы, наступает психологическая разрядка, нормализуются сон и артериальное давление, улучшаются обменные процессы, усиливается выведение из организма продуктов распада, ускоряется регенерация тканей.

Лечебное питание (диетотерапия)

Это метод лечения и профилактики заболеваний с применением специально подобранных (по количеству, химическому составу, калорийности, кулинарной обработке) пищевых рационов и режима питания. Организация лечебного питания на курортах, в других учреждениях здравоохранения представляет собой неотъ-

емлемую часть лечебного процесса, входит в число основных лечебных мероприятий и осуществляется в соответствии с приказами МЗиСР РФ.

Несбалансированное питание может стать причиной возникновения ряда заболеваний. Преобладание в пище крупяных и мучных блюд может стать причиной ожирения, аллергических заболеваний. Недостаток минеральных солей, главным образом микроэлементов, затрудняет образование ферментов и гормонов, что может привести к нарушению психического и физического развития. Недостаточное содержание в пище белка приводит к плохому усвоению витаминов, что, в свою очередь, приводит к снижению иммунного статуса организма человека. Для полноценного восстановления расходов энергии необходим также соответствующий режим питания. Он включает в себя кратность и распределение суточного рациона по его калорийности на отдельные приемы пищи в течение суток.

Для здоровых людей рекомендуется трехразовое питание, для больных режим питания выбирают в зависимости от характера заболевания и вида лечебных процедур. Оптимальная кратность питания на курортах четырехразовая.

В санаториях в основном используют диету, называемую общим рациональным столом, которая назначается практически здоровым лицам, а также выздоравливающим. Широко применяют лечебные диеты при заболеваниях печени, почек, сердечно-сосудистой системы, нарушениях обмена веществ и эндокринных заболеваниях.

В процессе лечения диету можно изменять в зависимости от течения заболевания и общего состояния больного. Иногда больному можно вводить так называемые разгрузочные дни.

Лечебное питание строится по системе предварительных заказов. Такая практика предоставляет больному выбор из нескольких блюд, рекомендованных по каждой диете.

15.3. ОРГАНИЗАЦИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Организация санаторно-курортного лечения базируется на следующих принципах:

- профилактической направленности санаторно-курортного лечения;

- преемственности в обследовании и лечении больных между лечебно-профилактическими и санаторно-курортными учреждениями;
- строгим ограничении контингента больных медицинским профилем санатория;
- индивидуальным подходом и комплексным использованием методов санаторно-курортного лечения.

Санаторно-курортный комплекс включает в себя различные медицинские организации: санаторий (для взрослых, детей, для детей с родителями), бальнеологическую лечебницу, грязелечебницу, курортную поликлинику, санаторий-профилакторий, санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия, центр восстановительной медицины и реабилитации. Координацию деятельности сети СКО и учреждений восстановительного лечения (реабилитации) осуществляет МЗиСР РФ.

Кроме того, в зависимости от природных лечебных факторов, СКО специализируются по отдельным медицинским профилям: для больных туберкулезом, заболеваниями системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения и обмена веществ, нервной, мочеполовой, костно-мышечной системы, женской репродуктивной сферы, болезнями кожи и др.

Основной тип санаторно-курортных организаций — **санаторий**, который возглавляет главный врач, имеющий заместителей по лечебным вопросам и административно-хозяйственной части.

Структура санатория приближена к больничному учреждению и включает в себя: приемное отделение, палатные корпуса, специализированные лечебные кабинеты (физиотерапевтический, лечебной физкультуры, массажа, водных процедур, грязелечения, кислородотерапии, психотерапии и т.д.), диагностические подразделения, административно-хозяйственную часть. В палатных корпусах организуются круглосуточные посты медицинских сестер, которые выполняют врачебные назначения и в случае необходимости оказывают первую медицинскую помощь.

В зависимости от характера и тяжести заболевания устанавливают дифференцированные сроки лечения больных: 20, 24, 45, 52 дня, а для больных с легочными формами туберкулеза — до 180 дней.

Санатории должны быть оснащены современным диагностическим и лечебным оборудованием для проведения широкого спектра клинических, биохимических, электрофизиологических исследо-

ваний больных с сердечно-сосудистой патологией, заболеваниями нервной системы, органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, органов дыхания и др. Основные методы лечения, используемые в санаториях, это природные лечебные факторы, различные виды аппаратной физиотерапии, лечебная физкультура, лечебное питание.

Важным элементом организации лечебного процесса на курорте является **санаторно-курортный режим**, который имеет специфические особенности в зависимости от вида санатория (климатолечебный, бальнеологический, грязелечебный, смешанный) и его специализации (противотуберкулезный, кардиологический, пульмонологический, гастроэнтерологический, артрологический, неврологический, гинекологический и др.).

Санаторно-курортный режим может быть щадящим, средней нагрузки и тренирующим. **Щадящий режим** предусматривает ограничение применения природных лечебных и анимационных факторов: купание в море ограничивают или заменяют обтиранием морской водой, подвижные игры исключают и заменяют дозированной ходьбой и т.д.

Режим средней нагрузки предусматривает проведение санаторно-курортных мероприятий по методикам умеренного воздействия. Он назначается больным с умеренно выраженными проявлениями болезни, после периода адаптации. При улучшении самочувствия и положительной динамике состояния здоровья больной может быть переведен на следующий санаторно-курортный режим.

Тренирующий режим рассчитан на дозированное применение физических нагрузок. По мере адаптации организма к заданным нагрузкам их можно увеличивать. При этом режиме больные ведут активный образ жизни с широким использованием спортивных игр, терренкуров, плавания, экскурсий. Данный режим назначается практически здоровым лицам, больным с начальными проявлениями болезни или при стойкой ее ремиссии.

Таким образом, как считает известный специалист в области курортологии профессор Г.Н. Пономаренко, каждому больному необходимо индивидуально подбирать такой режим санаторно-курортного лечения, чтобы нагрузка в течение всего периода пребывания в санатории постепенно возрастала и соответствовала его функциональным возможностям.

Для больных, не нуждающихся в постоянном медицинском наблюдении, может проводиться амбулаторно-курортное лечение, которое

предоставляется в курортных поликлиниках, в бальнео- и грязелечебницах, питьевых галереях минеральных вод, ингаляториях, расположенных как в самом санатории, так и на территории курорта.

15.4. ОТБОР И НАПРАВЛЕНИЕ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ

Отбор пациентов на санаторно-курортное и амбулаторно-курортное лечение, как правило, осуществляют учреждения здравоохранения. Лечащий врач на основании анализа объективного состояния пациента, результатов предшествующего лечения, данных лабораторного и инструментального обследования определяет медицинские показания для санаторно-курортного лечения. В сложных и конфликтных ситуациях по представлению лечащего врача (заведующего отделением) заключение о целесообразности санаторно-курортного или амбулаторно-курортного лечения выдает врачебная комиссия (ВК) этого учреждения. Также ВК выдает заключение о показанности или противопоказанности санаторно-курортного лечения гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.

При решении вопроса о выборе курорта, помимо заболевания, в соответствии с которым больному рекомендовано санаторно-курортное лечение, следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний, контрастность климатогеографических условий, особенности природных лечебных факторов и других условий лечения на рекомендуемых курортах.

Больных, которым показано санаторно-курортное лечение, но отягощенных сопутствующими заболеваниями, либо с нарушениями здоровья возрастного характера, следует направлять в близко расположенные санаторно-курортные учреждения необходимого профиля.

При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний пациенту выдается на руки «Справка для получения путевки» (ф. 070/у-04) с рекомендацией санаторно-курортного лечения, о чем лечащий врач делает соответствующую запись в медицинской карте амбулаторного больного (срок действия справки — 6 мес).

Гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, справка для получения путевки выдается на основании заключения ВК лечебно-профилактического учреждения.

Справка вместе с заявлением представляется больным по месту выдачи путевки (региональные отделения Фонда социального страхования, органы управления здравоохранением, СКО, туристические фирмы).

Получив путевку, больной обязан не ранее чем за 2 мес до начала срока ее действия явиться к лечащему врачу с целью проведения дополнительного обследования. При соответствии в путевке профиля СКО данной ранее рекомендации лечащий врач заполняет и выдает больному «Санаторно-курортную карту» (ф. 072/у-04). В санаторно-курортной карте должны быть отражены результаты анализов крови и мочи, электрокардиографии, рентгенологического исследования органов грудной клетки, ультразвуковое исследование, результаты эндоскопического исследования, исследование глазного дна, аллергологические пробы, заключение акушера-гинеколога, для беременных — дополнительно «Обменная карта», заключения соответствующих специалистов по основным или сопутствующим заболеваниям и др.

О выдаче санаторно-курортной карты лечащий врач также делает соответствующую запись в медицинской карте амбулаторного больного.

В случаях, когда пациент приобретает путевку самостоятельно, лечащий врач организует необходимое обследование и при наличии медицинских показаний для данного курорта выдает санаторно-курортную карту.

Направление работников на долечивание (реабилитацию)

В 2006 г. соответствующим приказом МЗиСР РФ утвержден порядок направления больных из числа работающих застрахованных граждан на долечивание в специализированные санатории (отделения) непосредственно после стационарного лечения.

ЛПУ осуществляет отбор и направление на долечивание в специализированные санатории больных после острого инфаркта миокарда, операций на сердце и магистральных сосудах, острого нарушения мозгового кровообращения, операций по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, других заболеваний, а также после пролонгированных заболеваний беременных из групп риска.

Санаторно-курортные путевки на долечивание в санатории выдаются ЛПУ, заключившими соответствующий договор с региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации.

Порядок приема и выписки больных

По прибытии в СКО больной предъявляет путевку, санаторно-курортную карту и полис ОМС.

После первичного осмотра лечащий врач СКО выдает больному «Санаторную книжку», в которую записываются назначенные лечебные процедуры.

В отдельных случаях пребывание больного в СКО может повлечь за собой ухудшение его состояния здоровья и считается для него противопоказанным. В таких случаях лечащий врач или ВК СКО должны определить:

- возможность оставления больного в СКО для проведения бальнеологического, климатического, медикаментозного или другого лечения;
- необходимость перевода больного в больницу или транспортировки с выделением сопровождающего по месту жительства;
- необходимость оказания содействия в приобретении проездных билетов и т.д.

Результаты проведенного лечения оценивают по критериям эффективности санаторно-курортного лечения. Ввиду того, что при хроническом течении заболеваний, как правило, выраженных изменений в состоянии здоровья больных не наблюдается, критерий оценки имеет качественные характеристики: «улучшение», «без изменения», «ухудшение».

По завершении курса санаторно-курортного лечения больному выдается обратный талон санаторно-курортной карты и санаторная книжка с данными о проведенном в СКО лечении, его эффективности, рекомендациями по режиму работы, питания и отдыха. Обратный талон санаторно-курортной карты больной обязан представить в ЛПУ, которое ее выдало.

15.5. ОСОБЕННОСТИ НАПРАВЛЕНИЯ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ

Направление детей на санаторно-курортное лечение осуществляется в порядке, аналогичном для взрослых больных, в то же время имеет некоторые особенности.

Перед направлением ребенка на санаторно-курортное лечение лечащий врач организует его клинико-лабораторное обследование в зависимости от характера заболевания, а также санацию хрониче-

ских очагов инфекции, противоглистное или противоямблиозное лечение.

При направлении на санаторно-курортное лечение ребенка необходимо иметь следующие документы:

- путевку;
- «Санаторно-курортную карту для детей» (Ф. 076/у-04);
- полис ОМС;
- анализ на энтеробиоз;
- заключение врача-дерматолога об отсутствии заразных заболеваний кожи;
- справку врача-педиатра или врача-эпидемиолога об отсутствии контакта ребенка с инфекционными больными по месту жительства, в детском саду или школе.

Для детей, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, наиболее эффективно лечение на климатолечебных и бальнеогрязевых курортах Геленджика, Кисловодска, Калининградской, Ленинградской курортной зоны. Сочи и др.

При болезнях органов дыхания рекомендуется проходить лечение на климатолечебных и бальнеогрязевых курортах Анапы, Кисловодска, Нальчика, Пятигорска, Владивостокской курортной зоны и др.

Заболевания органов пищеварения успешно лечатся в санаториях с питьевыми минеральными водами (Ессентуки, Железноводск, Пятигорск, Ижевские минеральные воды, Хилово и др.).

Детям с заболеваниями опорно-двигательного аппарата показаны бальнеогрязевые курорты Анапы, Кашина, Липецка, Сочи, Старой Руссы, Ленинградской курортной зоны и др.

Дети, страдающие нервными и психоневрологическими заболеваниями, могут проходить санаторно-курортное лечение в специализированных психоневрологических санаториях Анапы, Белокурихи, Ейска, Пятигорска, Юматово, Хилово.

Большой популярностью пользуются бальнеогрязевые курорты Анапы, Горячинска, Красноусольска, Мацесты, Талги для санаторно-курортного лечения детей при распространенных заболеваниях кожи (атопическом, себорейном дерматитах, псориазе, крапивнице, витилиго, плоском красном лишае и др.).

По окончании санаторно-курортного лечения на ребенка выдается обратный талон санаторно-курортной карты для представления в ЛПУ, выдавшее санаторно-курортную карту, а также санаторная

книжка с данными о проведенном в СКО лечении, его эффективности, медицинскими рекомендациями. Данная документация выдается на руки родителям или сопровождающему лицу.

15.6. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Основными направлениями государственной политики развития медико-социальной реабилитации населения Российской Федерации служат:

- развитие сети центров восстановительной медицины, реабилитации и санаторно-курортных учреждений;
- повышение эффективности системы государственного регулирования и контроля деятельности учреждений медико-социальной реабилитации;
- создание единой системы санаторно-курортной помощи населению независимо от территориальной и ведомственной принадлежности курортов;
- разработка и внедрение новых лечебно-оздоровительных технологий на основе применения природных и физических факторов;
- экологический контроль состояния курортных местностей, сохранение и развитие природных лечебных ресурсов;
- совершенствование системы подготовки кадров для учреждений медико-социальной реабилитации;
- улучшение материально-технической и научно-методической базы научно-исследовательских организаций и учреждений медико-социальной реабилитации;
- обеспечение благоприятных условий для государственных и частных инвестиций в санаторно-курортное дело.

Осуществление этих мероприятий обеспечит экономическую стабильность и увеличит доходность всего санаторно-курортного комплекса, что приведет к росту налоговых сборов в бюджеты всех уровней, позволит сохранить и рационально использовать ценнейшие природные лечебные ресурсы России, повысить общий уровень санаторно-курортных услуг и их конкурентоспособность на международном рынке. Все это в итоге позволит увеличить доступность медико-социальной реабилитации и, в частности, санаторно-курортной помощи населению вне зависимости от социального статуса граждан, уровня их доходов и места жительства.

Глава 16

Организация медицинской помощи при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций

16.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Конец XX – начало XXI вв. ознаменовались стремительным развитием техносферы, ростом активности природных процессов, появлением глобальных экологических угроз, социальными потрясениями и как следствие этого возникновением чрезвычайных ситуаций.

Чрезвычайная ситуация — это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.

В 1994 г. Государственной Думой был принят Федеральный закон «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», который определил общие организационно-правовые нормы в области защиты населения от ЧС природного и техногенного характера. В последующие годы (2002, 2004, 2006, 2007 гг.) законодатель неоднократно вносил в этот закон необходимые изменения и дополнения.

В комплексе мер по защите населения и территорий от ЧС основные составляющие — предупреждение и ликвидация ЧС.

Предупреждение чрезвычайных ситуаций — это комплекс мероприятий, проводимых заблаговременно и направленных на максимально возможное уменьшение риска возникновения ЧС, а также на сохранение здоровья людей, снижение размеров ущерба окружающей природной среде и материальных потерь в случае их возникновения.

Ликвидация чрезвычайных ситуаций — это аварийно-спасательные и другие неотложные работы, проводимые при возникновении ЧС и направленные на спасение жизни и сохранение здоровья людей, снижение размеров ущерба окружающей природной среде и матери-

альных потерь, а также на локализацию зон чрезвычайных ситуаций, прекращение действия характерных для них опасных факторов.

16.2. КЛАССИФИКАЦИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

В соответствии с Федеральным законом «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» Правительством Российской Федерации принята следующая классификация чрезвычайных ситуаций:

- **чрезвычайная ситуация локального характера**, в результате которой территория, на которой сложилась чрезвычайная ситуация и нарушены условия жизнедеятельности людей, не выходит за пределы территории объекта, при этом количество людей, погибших или получивших ущерб здоровью, составляет не более 10 человек либо размер ущерба окружающей природной среде и материальных потерь составляет не более 100 тыс. рублей;
- **чрезвычайная ситуация муниципального характера**, в результате которой зона чрезвычайной ситуации не выходит за пределы территории одного поселения или внутригородской территории города федерального значения, при этом количество пострадавших составляет не более 50 человек либо размер материального ущерба составляет не более 5 млн рублей;
- **чрезвычайная ситуация межмуниципального характера**, в результате которой зона чрезвычайной ситуации затрагивает территорию двух поселений и более, внутригородских территорий города федерального значения или межпоселенную территорию, при этом количество пострадавших составляет не более 50 человек либо размер материального ущерба составляет не более 5 млн рублей;
- **чрезвычайная ситуация регионального характера**, в результате которой зона чрезвычайной ситуации не выходит за пределы территории одного субъекта Российской Федерации, при этом количество пострадавших составляет свыше 50 человек, но не более 500 человек либо размер материального ущерба составляет свыше 5 млн рублей, но не более 500 млн рублей;
- **чрезвычайная ситуация межрегионального характера**, в результате которой зона чрезвычайной ситуации затрагивает территорию двух субъектов Российской Федерации и более, при этом количество пострадавших составляет свыше 50 человек, но не более

500 человек либо размер материального ущерба составляет свыше 5 млн рублей, но не более 500 млн рублей;

- **чрезвычайная ситуация федерального характера**, в результате которой количество пострадавших составляет свыше 500 человек либо размер материального ущерба составляет свыше 500 млн рублей.

Руководствуясь этой классификацией, органы управления единой системой и Всероссийской службы медицины катастроф разрабатывают планы по привлечению необходимых сил и средств для предупреждения и ликвидации ЧС.

16.3. ИСТОЧНИКИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Источниками возникновения ЧС могут быть опасные природные явления, техногенные происшествия, особо опасные инфекционные заболевания людей и животных, а также современные средства поражения.

По причине возникновения источники ЧС подразделяют на три группы: природные, антропогенные и смешанные.

Природные источники чрезвычайных ситуаций

Возникают в результате разного рода возмущений в естественной среде обитания человека и подразделяются: на геолого-геофизические, гидрометеорологические, аэрометеорологические, биологические.

Геолого-геофизические источники ЧС возникают в результате возмущения внутри и на поверхности земной коры. К ним относятся: землетрясения, извержения вулканов, оползни, сели, лавины, пыльные бури и т.п.

Гидрометеорологические источники ЧС формируются в гидросфере. Это, прежде всего, циклоны, цунами, штормы, наводнения и т.п.

Аэрометеорологические источники ЧС возникают вследствие возмущений в нижних слоях атмосферы. К ним относятся: ураганы, бури, смерчи, ливни, снегопады и т.п.

Биологические источники ЧС — это особо опасные инфекционные заболевания и массовые отравления людей, инфекционные заболевания сельскохозяйственных животных и растений, массовое распространение вредителей и т.п.

Антропогенные источники чрезвычайных ситуаций

Возникают в искусственной среде обитания, созданной человеком, и подразделяются на две группы: техногенные и социальные.

К техногенным источникам ЧС относятся, прежде всего, пожары, аварии на радиационно и химически опасных объектах, транспорте, инженерных сетях, гидротехнических и других объектах жизнеобеспечения.

Социальные источники ЧС включают в себя вооруженные столкновения на почве межгосударственных, межнациональных, межрелигиозных конфликтов; терроризм, преступность, наркоманию и т.п.

Смешанные источники чрезвычайных ситуаций

Обусловлены активным антропогенным воздействием на окружающую среду, под влиянием которого возникают новые или усиленно развиваются существующие природные источники ЧС. К ним относятся источники ЧС, связанные с изменением состояния суши, атмосферы, гидросферы, вследствие негативного воздействия человека на биосферу и др.

16.4. ЕДИНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ЛИКВИДАЦИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Указом Президента Российской Федерации функции по выработке и реализации государственной политики, нормативно-правовому регулированию, а также по надзору и контролю в области гражданской обороны, защиты населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера, обеспечения пожарной безопасности и безопасности людей на водных объектах возложены на МЧС России.

Одна из важнейших функций МЧС России — управление единой государственной системой предупреждения и ликвидации ЧС (далее — «единая система»), порядок организации и функционирования которой утверждается Правительством Российской Федерации.

Единая система объединяет органы управления, силы и средства федеральных органов исполнительной власти, субъектов Российской Федерации, местного самоуправления, организаций, в полномочия которых входит решение вопросов по защите населения и территорий от ЧС.

В современных условиях развития общества основными задачами единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС являются:

- предупреждение возникновения и развития ЧС;
- прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС;
- ликвидация ЧС.

В организационно-функциональной структуре единой системы, ее управлении выделяют пять уровней: федеральный, межрегиональный, региональный, муниципальный, объектовый. На каждом уровне единой системы создаются координационные органы, постоянно действующие органы управления, органы повседневного управления, силы и средства, резервы финансовых и материальных ресурсов, системы связи, оповещения и информационного обеспечения.

Единая государственная система предупреждения и ликвидации ЧС включает в себя ряд функциональных подсистем, создаваемых федеральными органами исполнительной власти. К одной из таких функциональных подсистем относится Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК), координацию деятельности которой осуществляет МЗиСР РФ.

16.5. ВСЕРОССИЙСКАЯ СЛУЖБА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

ВСМК организована в целях защиты жизни и здоровья населения, совершенствования медико-социального обеспечения граждан при возникновении и ликвидации последствий ЧС.

ЧС могут сопровождаться серьезными медицинскими последствиями. К основным из них относятся:

- большое число пострадавших с поражениями разных видов и степеней;
- сложная санитарно-гигиеническая и противозидемическая обстановка, вызванная выходом из строя систем энерго- и водоснабжения, канализации, скоплением больших масс людей;
- дезорганизация управления здравоохранением в зоне ЧС, материальные и людские потери, не позволяющие наладить необходимое медицинское обеспечение в этой зоне.

Все потери среди населения в результате ЧС подразделяются на безвозвратные и санитарные. Безвозвратные потери составляют убитые, умершие, утонувшие, пропавшие без вести. Санитарные потери — пораженные и заболевшие в результате ЧС.

В 2008 г. специалисты ВСМК приняли участие в ликвидации медико-санитарных последствий более 13,9 тыс. ЧС, в том числе более 13,1 тыс. техногенных, 336 биолого-социальных, 18 природных, в ходе чего была оказана медицинская помощь более 26,6 тыс. пораженным.

ВСМК предназначена для проведения комплекса мероприятий по предупреждению медико-санитарных последствий и медико-санитарного обеспечения населения при стихийных бедствиях, авариях, катастрофах, эпидемиях, локальных вооруженных конфликтах, террористических актах и других ЧС, а также для организации и оказания экстренной и консультативной медицинской помощи населению.

16.5.1. Принципы и задачи Всероссийской службы медицины катастроф

Основопологающие принципы деятельности Всероссийской службы медицины катастроф

- **Государственный характер.** Реализация государственной политики в оказании медицинской помощи гражданам при возникновении и ликвидации последствий ЧС обеспечивается единой государственной системой предупреждения и ликвидации ЧС, которая функционирует на основе соответствующих Указов Президента России, постановлений Правительства Российской Федерации, других нормативных правовых актов.
- **Централизация управления.** Централизация управления в период ликвидации медико-санитарных последствий ЧС предполагает единое управление всеми силами и средствами ВСМК независимо от их ведомственной принадлежности на любом уровне ее функционирования.
- **Плановый характер.** Этот принцип предусматривает заблаговременную подготовку сил и средств ВСМК, прогнозирование вариантов их использования в различных регионах, планирование взаимодействия с другими службами, специальную подготовку и повышение квалификации личного состава ВСМК.
- **Функциональное предназначение сил и средств ВСМК.** Это означает, что формирования ВСМК и приданные им средства могут быть использованы для решения соответствующих задач и имеют определенное функциональное предназначение — для оказания первой медицинской, доврачебной, первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи;

выполнения противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий; снабжения медицинским имуществом.

- **Мобильность, оперативность и постоянная готовность формирований и учреждений к работе в чрезвычайных ситуациях.** Это достигается наличием подвижных медицинских формирований, находящихся в постоянной готовности, созданием запасов необходимого имущества и медикаментов, использованием современных средств связи, оповещения и информационного обеспечения.

Основные задачи ВСМК:

- организация и осуществление медико-санитарного обеспечения при ликвидации ЧС;
- обеспечение постоянной готовности органов управления, системы связи и оповещения, формирований и учреждений Службы к действиям в ЧС;
- сбор, обработка, обмен и предоставление информации медико-санитарного характера в условиях ЧС;
- участие в осуществлении государственной экспертизы, надзора и контроля в области защиты населения и территорий в условиях ЧС;
- создание и рациональное использование резервов финансовых, медицинских и материально-технических ресурсов для обеспечения работы Службы;
- участие в разработке и осуществлении мер по социальной защите населения, проведении гуманитарных акций, обеспечении условий для реализации гражданами своих прав и обязанностей в области защиты от ЧС;
- разработка и постоянное совершенствование единой системы медицинского обеспечения населения при возникновении ЧС;
- прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий ЧС;
- участие в подготовке населения и спасателей к оказанию первой медицинской помощи в ЧС;
- научно-исследовательская работа по развитию и совершенствованию структуры и деятельности Службы;
- международное сотрудничество в области медицины катастроф.

16.5.2. Управление и организационно-функциональная структура Всероссийской службы медицины катастроф

В организационно-функциональной структуре и управлении ВСМК выделяется 5 уровней (рис. 16.1).



Рис. 16.1. Организационно-функциональная структура Всероссийской службы медицины катастроф

Первый уровень — федеральный, в который входит Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» (ВЦМК «Защита»), подразделения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федерального медико-биологического агентства, уполномоченные для решения задач по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

ВЦМК «Защита» — головное государственное многопрофильное учреждение службы медицины катастроф МЗиСР России, выполняющее функции органа управления ВСМК, а также образовательного, научно-исследовательского и лечебно-профилактического учреждения. ВЦМК «Защита» имеет статус Сотрудничающего центра ВОЗ и выполняет функции Евразийского регионального центра по проблемам медицины катастроф СНГ.

Основные подразделения ВЦМК «Защита» представлены на рис. 16.2.



Рис. 16.2. Организационно-функциональная структура Всероссийского центра медицины катастроф «Защита»

Штаб ВСМК осуществляет координацию подготовки и взаимодействия органов управления, а также использования формирований

и учреждений, входящих в ВСМК на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Клиника медицины катастроф предназначена для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи больным и раненым с патологией, характерной для ЧС (травмы, ожоги, химические и радиационные поражения и др.), а также для практической подготовки соответствующих специалистов. В состав клиники входят полевой многопрофильный госпиталь, специализированные клинические отделения и подразделения обеспечения.

Институт проблем медицины катастроф и дополнительного профессионального образования предназначен для усовершенствования руководящего состава ВСМК, разработки предложений по реализации государственной политики в области медицины катастроф, по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, разработке федеральных целевых и научно-исследовательских программ по совершенствованию и повышению готовности ВСМК. Институт имеет в своем составе кафедры медицины катастроф, неотложных состояний и экстренной медицинской помощи, санитарно-противоэпидемического обеспечения в ЧС, восстановительной медицины с соответствующими профильными научными лабораториями, отдел научно-технической информации с библиотекой.

Центр медицинской экспертизы и реабилитации предназначен для медицинской экспертизы и реабилитации участников ликвидации последствий ЧС и разработки нормативной методической базы, обеспечивающей реализацию этой системы на региональном и территориальном уровнях.

Научно-исследовательский отдел медико-технических проблем экстремальной медицины занимается изучением последствий воздействия на человека неблагоприятных факторов различной природы; определением функциональных резервов и предельных возможностей организма, работоспособности и надежности деятельности человека в экстремальных условиях; разработкой режимов труда и отдыха спецконтингентов в неблагоприятных и экстремальных условиях, а также созданием средств спасения и индивидуальной защиты человека.

Отдел организации медицинской помощи при радиационных авариях занимается разработкой организационно-методических основ медицинской помощи населению, находящемуся за пределами санитарно-защитной зоны стационарных радиационно-опасных объектов.

Отдел медицинского снабжения обеспечивает выполнение задач по накоплению, содержанию, обновлению и отпуску медицинского имущества из резервов МЗиСР России для ЧС. Кроме того, отдел организует получение, хранение и выдачу медицинских грузов гуманитарной помощи, получаемой от зарубежных стран.

Второй уровень — межрегиональный представлен филиалами ВЦМК «Защита» и региональными центрами медицины катастроф.

Филиалы ВЦМК «Защита» обеспечивают выполнение задач ВЦМК «Защита» на межрегиональном уровне, мероприятий в области защиты жизни и здоровья населения, его медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий ЧС.

Третий уровень — региональный включает территориальные центры медицины катастроф, подразделения территориальных управлений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, предназначенные для решения задач по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Территориальный центр медицины катастроф имеет статус юридического лица, и основными его подразделениями являются: администрация, оперативно-диспетчерский отдел, организационно-методический отдел, бригады специализированной медицинской помощи, отделение экстренной и планово-консультативной медицинской помощи населению (санавиация), отдел медицинского снабжения, отдел материально-технического обеспечения.

Четвертый уровень — муниципальный, на котором действуют структурные подразделения и должностные лица органов управления здравоохранением, уполномоченные решать задачи по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Пятый уровень — объектовый включает должностных лиц медицинских организаций, уполномоченных решать задачи по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Начальником ВСМК на федеральном уровне является министр здравоохранения и социального развития РФ, начальниками служб медицины катастроф на межрегиональном уровне — представители МЗиСР России в соответствующем федеральном округе, на региональном и муниципальном уровнях — руководители органов управления здравоохранением субъектов РФ и муниципальных образований, на объектовом — руководители объектов здравоохранения.

Также в структуре ВСМК функционируют координационные органы, к которым относятся **комиссии по предупреждению и ликвидации ЧС и обеспечению пожарной безопасности**, создаваемые в МЗиСР РФ, органе исполнительной власти субъекта Российской Федерации, органе местного самоуправления или в организации здравоохранения. К основным задачам комиссий относятся:

- разработка предложений по реализации государственной политики в области предупреждения и ликвидации ЧС и обеспечения пожарной безопасности;
- координация деятельности органов управления и сил системы ВСМК;
- обеспечение согласованности действий федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и организаций при решении задач по предупреждению и ликвидации ЧС и обеспечению пожарной безопасности;
- рассмотрение вопросов о привлечении сил и средств гражданской обороны к организации и проведению мероприятий по предотвращению и ликвидации ЧС в порядке, установленном федеральным законодательством.

Для предупреждения и ликвидации ЧС выделяются (привлекаются) специально подготовленные силы и средства, к которым относятся:

- подразделения и формирования ВСМК «Защита» и его филиалов, региональных и территориальных центров медицины катастроф, центров медицины катастроф муниципального уровня (станций, подстанций скорой медицинской помощи), выполняющие функции органа управления службы медицины катастроф;
- учреждения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- специализированные формирования и учреждения Федерального медико-биологического агентства;
- ЛПУ, предназначенные в соответствии с возложенными на них обязанностями для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- медицинские нештатные формирования (мобильные медицинские отряды, бригады специализированной медицинской помощи, специализированные противозидемические бригады, сани-

тарно-эпидемиологические отряды, санитарно-эпидемиологические бригады, специализированные бригады скорой медицинской помощи, бригады скорой медицинской помощи, бригады первой врачебной помощи, бригады доврачебной помощи, санитарные посты, группы эпидемиологической разведки).

16.5.3. Режимы деятельности Всероссийской службы медицины катастроф

В зависимости от обстановки, деятельность ВСМК осуществляется в режимах:

- повседневной деятельности;
- повышенной готовности;
- чрезвычайной ситуации.

При отсутствии угрозы возникновения ЧС на объектах, территориях или акваториях, силы и средства ВСМК функционируют в режиме повседневной деятельности. В тех случаях, когда может возникнуть или возникла ЧС, решением руководителей МЗиСР РФ, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и организаций устанавливаются режимы повышенной готовности или ЧС.

В режиме повседневной деятельности ВСМК выполняет следующие основные мероприятия:

- наблюдение, оценку и прогнозирование медико-тактической и санитарно-эпидемической обстановки;
- сбор, обработку и обмен в установленном порядке информацией по вопросам защиты населения и территорий от ЧС;
- разработку и реализацию целевых, научно-технических программ и мер по предупреждению или уменьшению медико-санитарных последствий ЧС;
- планирование мероприятий по снижению медико-санитарных последствий ЧС, участие в повышении уровня защиты населения, а также в обучении населения правилам оказания первой медицинской помощи;
- предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований санитарно-эпидемической безопасности и охраны здоровья населения, предупреждение распространения массовых инфекционных заболеваний и отравлений среди населения;
- обеспечение постоянной готовности органов управления, сил и средств, совершенствования подготовки ее личного состава;

- руководство созданием, размещением, хранением и освежением запасов материально-технического и медицинского имущества для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

В режиме **повышенной готовности** ВСМК выполняет следующие основные мероприятия:

- усиление наблюдения за санитарно-эпидемиологической обстановкой;
- прогнозирование возможного развития обстановки и подготовка предложений по организации медицинского обеспечения населения при возникновении ЧС;
- оповещение руководителей и должностных лиц органов управления функциональной подсистемы, введение при необходимости круглосуточного дежурства на стационарных пунктах управления;
- постоянный сбор, обработку и передачу органам управления функциональной подсистемы данных о прогнозируемых медико-санитарных последствиях ЧС, информирование населения о приемах и способах медицинской защиты от них;
- принятие оперативных мер по предупреждению возникновения и развития медико-санитарных последствий ЧС, снижению размеров ущерба и потерь в случае ее возникновения, а также повышению устойчивости и безопасности функционирования организаций в условиях ЧС;
- уточнение плана медико-санитарного обеспечения и плана взаимодействия в ЧС;
- приведение сил и средств функциональной подсистемы в готовность к ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, формирование оперативных групп и организацию выдвижения их в предполагаемый район действий;
- восполнение при необходимости резервов материально-технических ресурсов и медицинского имущества, созданных для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- проведение при необходимости эвакуационных мероприятий.

В режиме **чрезвычайной ситуации** ВСМК выполняет следующие основные мероприятия:

- прогнозирование развития возникших ЧС и их медико-санитарных последствий;
- оповещение руководителей федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации;

Федерации, органов местного самоуправления и организаций о возникновении ЧС;

- непрерывный сбор информации о медико-санитарной обстановке в зоне ЧС, ее оценку и подготовку предложений по организации медико-санитарного обеспечения населения;
- выдвижение в зону ЧС оперативных групп, подразделений и формирований;
- участие аварийно-спасательных и других формирований единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС в оказании первой медицинской помощи пораженным и их эвакуации из зоны (очага) ЧС;
- организацию и осуществление медицинского обеспечения населения, пострадавшего при ЧС;
- организацию медицинского обеспечения личного состава формирований и учреждений, участвующего в ликвидации последствий ЧС;
- организацию и проведение судебно-медицинского освидетельствования пораженных (в том числе во взаимодействии с органами Министерства внутренних дел Российской Федерации);
- организацию и осуществление санитарно-противоэпидемиологического (профилактического) обеспечения населения в районе ЧС;
- осуществление медицинского контроля за состоянием здоровья личного состава, участвующего в ликвидации последствий ЧС, обеспечение средствами медицинской защиты;
- обеспечение непрерывного и оперативного управления силами и средствами функциональной подсистемы;
- обеспечение сил и средств функциональной подсистемы, участвующих в ликвидации последствий ЧС, необходимыми материально-техническими и другими ресурсами;
- организацию и поддержание непрерывного взаимодействия федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и организаций по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- ведение и своевременное представление учетных и отчетных документов.

Мероприятия режимов повышенной готовности и ЧС организуются и проводятся с учетом места, масштабов, характера возможной

или возникшей ЧС и могут относиться ко всей ВСМК данного уровня или к ее части (на территориальном уровне — к определенному городу, району; на местном уровне — к району города, объекту экономики).

16.5.4. Организация медико-санитарного обеспечения

Важнейшей задачей органов управления и подразделений ВСМК служит реализация комплекса мероприятий по медико-санитарному обеспечению населения и личного состава, участвующего в ликвидации ЧС. Этот комплекс мероприятий включает:

- лечебно-эвакуационное обеспечение;
- санитарно-гигиеническое обеспечение;
- противоэпидемическое обеспечение;
- мероприятия по медицинской защите.

В соответствии с основополагающими принципами деятельности ВСМК для медико-санитарного обеспечения используются находящиеся в зоне ЧС лечебно-профилактические, санитарно-профилактические учреждения, а также учреждения снабжения медицинским имуществом независимо от их ведомственной подчиненности.

Лечебно-эвакуационное обеспечение при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС организуется на основе системы этапного лечения пораженных с их эвакуацией по назначению. Проведение лечебно-эвакуационных мероприятий — это, по существу, адаптированная к условиям мирного времени система этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению, как составляющая медицинского обеспечения вооруженных сил в военное время. В основу этой системы заложены принципы единой военно-полевой доктрины, сформулированные в годы Великой Отечественной войны начальником Главного военного санитарного управления советской армии Е.И. Смирновым. Ее суть заключается в последовательном и преемственном оказании пострадавшим медицинской помощи как в очаге поражения, так и на этапах медицинской эвакуации в лечебные учреждения, способные оказать квалифицированную, специализированную помощь в полном объеме.

Характер и структура поражения населения при ЧС, масштабы и особенности их возникновения определяют объем и этапы лечебной и эвакуационной деятельности медицинских формирований и учреждений.

Опыт ликвидации последствий катастроф показывает, что организация лечебно-эвакуационных мероприятий пострадавших в очагах массового поражения выполняется, как правило, в два этапа.

На первом (догоспитальном) этапе эвакуации (непосредственно в очаге поражения или вблизи него) оказывается первая медицинская и доврачебная помощь по жизненным показаниям, проводится медицинская и эвакуационная сортировка.

На втором (госпитальном) этапе эвакуации оказывается квалифицированная и специализированная медицинская помощь в ЛПУ.

Санитарно-гигиеническое обеспечение в ЧС включает комплекс мероприятий, организуемых и проводимых с целью сохранения здоровья населения и личного состава, участвующего в их ликвидации. Основными мероприятиями санитарно-гигиенического обеспечения в ЧС служат:

- оценка санитарно-гигиенического состояния территории и определение вредных факторов, действующих на здоровье населения и окружающую среду;
- организация санитарно-гигиенических мероприятий по защите населения и персонала аварийных объектов, участников ликвидации последствий ЧС;
- осуществление санитарно-эпидемиологического надзора за выполнением гигиенических норм и санитарных правил, организацией питания, водоснабжения, банно-прачечного обслуживания;
- медицинский контроль за состоянием здоровья личного состава формирований и учреждений, участвующего в ликвидации последствий ЧС, а также за наличием специальной одежды, средств защиты и правильным их использованием;
- участие в контроле над санитарным состоянием территории, своевременной ее очисткой, обеззараживанием, надзор за захоронением погибших и умерших;
- организационно-разъяснительная работа по режиму и правилам поведения персонала аварийных объектов, участников ликвидации последствий и населения в зоне ЧС.

Противоэпидемическое обеспечение населения в ЧС включает комплекс мероприятий, организуемых и проводимых с целью предупреждения возникновения инфекционных заболеваний среди пострадавшего населения, а в случае их появления — локализации и ликвидации эпидемических очагов. Среди них основные:

- организация санитарно-эпидемиологической разведки;
- мероприятия по предупреждению заноса инфекционных заболеваний в зону ЧС, активное раннее выявление, изоляция инфекционных больных, их эвакуация в инфекционные больницы, выявление лиц с хроническими формами инфекционных заболеваний и бактерионосителей;
- соблюдение противоэпидемического режима на этапах медицинской эвакуации, выявление подвергшихся риску заражения лиц и организация наблюдения за ними, дезинфекция, дезинсекция, дератизация, экстренная профилактика, санитарно-разъяснительная работа.

Мероприятия по медицинской защите предназначаются для предупреждения или уменьшения воздействия поражающих факторов на население и спасателей в ЧС. Они включают:

- содействие обеспечению населения и спасателей медицинскими препаратами, индивидуальными средствами профилактики поражений (антидотами, радиопротекторами, средствами санитарной обработки и тому подобное), участие в обучении правилам и приемам пользования ими;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению или снижению отрицательного воздействия поражающих факторов ЧС;
- участие в психологической подготовке населения и спасателей;
- организация и соблюдение санитарного режима на этапах медицинской эвакуации, контроль радиоактивного и химического заражения личного состава, а также выполнение других защитных мероприятий в формированиях и учреждениях ВСМК.

Таким образом, ВСМК, представляя собой одну из функциональных подсистем единой системы, выполняет важнейшую государственную задачу по защите жизни и здоровья населения в случаях возникновения и ликвидации последствий ЧС.

Глава 17

Организация пенитенциарной медицины

17.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В 2007 г. в пенитенциарных учреждениях Российской Федерации содержалось 883,4 тыс. человек, в том числе в следственных изоляторах (СИЗО) и тюрьмах 156,3 тыс., в исправительных колониях — 716,4 тыс. человек.

Происходящая в стране правовая реформа не обошла стороной и пенитенциарную систему. Статьей 29 Основ законодательства об охране здоровья граждан определены права на получение медицинской помощи задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в местах лишения свободы либо административный арест. Действующий Уголовно-исполнительный кодекс РФ во многом приближен к общепризнанным мировым стандартам в сфере исполнения уголовных наказаний. В связи с принятыми Российской Федерацией обязательствами, обусловленными вступлением в Совет Европы, уголовно-исполнительная система (УИС) из Министерства внутренних дел (МВД) передана в Министерство юстиции РФ. Тем не менее процесс реформирования пенитенциарной системы на этом не закончен.

В структуре заболеваемости лиц, находящихся в местах лишения свободы, первое место занимают болезни органов дыхания (23,5%), второе — психические расстройства (19,6%), третье — инфекционные и паразитарные болезни (17,3%).

Особенно тяжелая ситуация складывается с распространенностью таких социально значимых инфекционных заболеваний, как туберкулез, ИППП, ВИЧ-инфекция. Заболеваемость туберкулезом среди подследственных и осужденных в 40 раз, а смертность от туберкулеза — в 17 раз выше, по сравнению с населением в целом. Туберкулез продолжает оставаться одной из основных причин инвалидности осужденных. Отмечается быстрый рост в пенитенциарных учреждениях численности ВИЧ-инфицированных. За период с 1999 по 2007 г. число ВИЧ-инфицированных, находящихся в местах лишения свободы, выросло с 7500 до 43 800 человек, что составляет около 15%

от всех выявленных ВИЧ-инфицированных в России. Подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных — потребители инъекционных наркотиков.

Охрана здоровья подследственных и осужденных представляет собой одну из задач деятельности администрации СИЗО и исправительных учреждений (ИУ), которая обязана обеспечить их конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Медико-санитарное обеспечение осужденных основывается на тех же принципах и осуществляется в том же объеме, что и в отношении всех граждан РФ.

Главными задачами медицинской службы СИЗО и ИУ, направленными на сохранение и восстановление здоровья лиц, лишенных свободы, служат:

- оказание им необходимой медицинской помощи;
- медицинский контроль за состоянием здоровья подследственных и осужденных путем проведения систематических медицинских осмотров;
- проведение в отношении нуждающихся лиц лечебно-оздоровительных мероприятий;
- санитарно-противоэпидемическая работа;
- систематический анализ заболеваемости и трудопотерь спецконтингента с целью разработки и проведения лечебно-профилактических мероприятий.

В УИС для медицинского обслуживания осужденных функционируют различные виды медицинских учреждений. Это система ЛПУ и система лечебных исправительных учреждений (ЛИУ). В систему ЛПУ входят: больницы общего профиля, специализированные психиатрические и туберкулезные больницы, медицинские части. Амбулаторная медицинская помощь подозреваемым, обвиняемым и осужденным осуществляется медицинскими частями, врачебными и фельдшерскими здравпунктами следственных изоляторов и исправительных учреждений. В систему ЛИУ входят: учреждения для содержания и лечения осужденных, больных открытой формой туберкулеза, алкоголизмом, наркоманией, СПИДом или ВИЧ-инфицированных.

ЛПУ и ЛИУ могут функционировать либо как самостоятельные ЛПУ, либо как структурные подразделения ИУ.

Медицинские учреждения исправительной системы должны быть оснащены необходимым оборудованием, позволяющим оказывать

квалифицированную медицинскую помощь подозреваемым, обвиняемым и осужденным. За осужденными, находящимися в лечебных учреждениях, сохраняются все права, предусмотренные уголовно-исполнительным законодательством для соответствующего вида режима. Содержащиеся в ЛПУ осужденные, как правило, к труду не привлекаются, но для выздоравливающих могут создаваться специальные мастерские.

В экстренных случаях, когда соответствующая специализированная помощь не может быть оказана медицинскими учреждениями УИС, используются государственные и муниципальные ЛПУ.

17.2. ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ И БОЛЬНИЧНОЙ ПОМОЩИ ПОДОЗРЕВАЕМЫМ, ОБВИНЯЕМЫМ И ОСУЖДЕННЫМ

Медицинская часть представляет собой структурное подразделение СИЗО, ИУ либо филиал ЛПУ, которые организуют и осуществляют медицинскую помощь и противоэпидемическое обеспечение лиц, содержащихся под стражей и отбывающих уголовные наказания. В структуру медицинской части в соответствии со штатами и объемом медицинской помощи входят амбулатория и стационар (медицинский изолятор).

Руководит деятельностью медчасти начальник, который подчиняется начальнику учреждения или одному из его заместителей, а по вопросам лечебно-профилактической, санитарной и противоэпидемической работы — заместителю начальника учреждения по лечебно-профилактической работе или другому вышестоящему начальнику. На начальника медчасти возлагается организация квалифицированной медицинской (амбулаторной и стационарной) помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным, а также контроль над соблюдением надлежащего санитарно-противоэпидемического режима в учреждении. Он организует работу структурных подразделений медчасти.

В состав **амбулатории** входят ожидальня, кабинеты врачебного приема (терапевта, фтизиатра, психиатра и др.), кабинет фельдшера (медицинской сестры), зубоврачебный, наркологический, физиотерапевтический, вспомогательные диагностические кабинеты (функциональной диагностики, рентгеновский, флюорографический), лабо-

ратория, процедурная, перевязочная (чистая, гнойная). В крупных ИУ при медицинских частях организуются аптеки и зубопротезные кабинеты. В амбулаториях женских ИУ, кроме того, должен быть смотровой кабинет с гинекологическим креслом. В режимных корпусах СИЗО и тюрем оборудуются комнаты для амбулаторного приема осужденных и лиц, заключенных под стражу. Во всех помещениях медчасти должны быть аварийное освещение и тревожная сигнализация. Медицинская часть оснащается инструментарием, оборудованием и инвентарем согласно примерному табелю.

Медицинский контроль осуществляется с помощью:

- медицинского обследования при поступлении в следственные изоляторы и ИУ с целью выявления инфекционных, паразитарных и других острых заболеваний;
- проведения медицинских осмотров (при поступлении, ежегодных профилактических, целевых) с целью своевременного активного выявления больных и разработки в отношении них необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий. Осужденные, занятые на работах с вредными условиями труда, работники пищеблоков, бань, прачечных и тому подобное проходят периодические медицинские осмотры в сроки, предусмотренные для декретированных контингентов населения, при убытии из учреждения;
- диспансерного наблюдения за лицами, имеющими хронические заболевания;
- санитарного надзора за условиями труда, размещения и питания спецконтингента;
- систематической проверки выполнения рекомендаций медико-социальных экспертных комиссий по правильному трудоустройству инвалидов, а также рекомендаций лечебных учреждений по проведению необходимых лечебно-профилактических мероприятий среди хронических больных и лиц с ограниченной трудоспособностью.

По прибытии в следственный изолятор всем поступившим (в том числе и следующим транзитом) проводится первичный медицинский осмотр с целью выявления лиц, представляющих эпидемическую опасность для окружающих, и больных, нуждающихся в неотложной помощи. Эта работа должна быть проведена в обязательном порядке до направления прибывших в общие камеры. Осмотр проводит врач или фельдшер в специально оборудованной медицинской комнате сборного отделения СИЗО. Лица с острозаразными заболеваниями

или с подозрением на них сразу после осмотра изолируются от здоровых. Первичная санитарная обработка этих лиц заканчивается обязательной дезинфекцией одежды и личных вещей, после чего они направляются в специально выделенные камеры-изоляторы, где им проводятся соответствующее обследование и лечение. В срок не более трех дней с момента прибытия в СИЗО все поступившие (кроме транзитных) проходят углубленный врачебный осмотр (в фельдшерских здравпунктах — фельдшерский), а также рентгенофлюорографическое обследование. На каждого подозреваемого и обвиняемого заполняется медицинская амбулаторная карта установленного образца. В дальнейшем медицинские осмотры проводятся только по показаниям.

Всем убывающим из СИЗО (в том числе и транзитным) проводится обязательное медицинское освидетельствование для определения пригодности к условиям этапирования. К перевозке не допускаются больные в острой стадии заболевания, больные инфекционными и венерическими заболеваниями, пораженные педикулезом, чесоткой, не прошедшие установленный курс лечения, а также нетранспортабельные больные.

По прибытии в ИУ все осужденные проходят медицинский осмотр с целью выявления инфекционных и паразитарных заболеваний. В первые две недели по прибытии в ИУ осужденные проходят углубленный врачебный осмотр с целью выявления имеющихся заболеваний, оценки состояния здоровья. Дальнейший медицинский контроль за состоянием здоровья осужденных осуществляется во время профилактических медицинских осмотров, амбулаторных обращений в медицинскую часть, а также диспансерного наблюдения за лицами, имеющими заболевания. Профилактический медицинский осмотр проводится один раз в год. Осужденные, содержащиеся на тюремном режиме, в исправительных колониях особого режима (при камерном содержании) и несовершеннолетние в воспитательных колониях подлежат осмотру два раза в год. Результаты профилактического осмотра вносятся в медицинскую амбулаторную карту.

Перед отправкой подозреваемого, обвиняемого, осужденного в штрафной изолятор, помещение камерного типа или одиночную камеру производится медицинский осмотр с письменным заключением врача (фельдшера) о возможности содержания в перечисленных помещениях. При убытии из ИУ (перевод, освобождение и т.д.) осужденные проходят заключительный медицинский осмотр.

Амбулаторный прием в медчасти лиц, заключенных под стражу, и осужденных проводится в часы, установленные приказом по учреждению. В ИУ для каждого отряда, смены или нескольких отрядов выделяется время амбулаторного приема. В СИЗО и тюрьмах амбулаторный прием, как правило, осуществляется врачами (фельдшерами) в режимных корпусах в специально оборудованных помещениях по предварительной записи, произведенной фельдшером.

В каждом отряде ИУ должен быть журнал предварительной записи на амбулаторный прием, который ведет начальник отряда. В СИЗО журнал ведет фельдшер корпуса. Прием без записи в журнале проводится только в экстренных случаях.

В СИЗО, тюрьмах фельдшер совместно со старшим по корпусу еженедельно проверяет санитарное состояние камер путем обхода их после вывода контингента на прогулку или санитарную обработку.

Для оказания неотложной медицинской помощи лицу, нуждающемуся в ней, выводится в корпусную амбулаторию (медицинский кабинет). При необходимости фельдшер делает соответствующие назначения в пределах своей компетенции или производит запись больных на прием к врачу. О больных, нуждающихся в неотложной помощи, медчасть извещается через дежурных контролеров.

Лицам, содержащимся в штрафных и дисциплинарных изоляторах, помещениях камерного типа, а также в карцерах СИЗО, медицинская помощь оказывается на месте медицинскими работниками при ежедневной проверке санитарного состояния этих помещений, а также при обращениях. В случаях, когда имеется серьезная угроза здоровью или жизни лиц, содержащихся в указанных помещениях, медицинский работник принимает меры к срочному переводу такого лица в медчасть.

Врачи медчасти в установленные часы ведут амбулаторный прием. В учреждениях, где по штату врач не положен, амбулаторный прием осуществляет фельдшер. Во время приема в амбулатории, а при необходимости и в кабинете врача (фельдшера), присутствует контролер или представитель администрации учреждения.

Медикаменты осужденным и подследственным, как правило, на руки не выдаются, прием лекарств производится в присутствии медицинского работника. Больные, назначенные на амбулаторное лечение, для приема лекарств и выполнения других лечебных процедур являются в медчасть в установленное время.

В сложных или неясных случаях, когда врач медчасти не может самостоятельно поставить диагноз заболевания, больные направля-

ются на консультацию к врачам-специалистам медчасти или другого ЛПУ. Для консультации привлекаются врачи-специалисты лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений УИС, а также ЛПУ территориальных органов здравоохранения (в том числе и ведомственных).

Одна из основных функций медицинской части заключается в организации и оказании неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях, отравлениях и травмах. Порядок оказания неотложной медицинской помощи определяется начальником медчасти. Ответственность за своевременность вызова медицинского работника или скорой медицинской помощи в часы, когда расписанием работы учреждения не предусмотрено нахождение в учреждении медицинского персонала, а также за обеспечение экстренной эвакуации больного транспортом и конвоем несет дежурный помощник начальника учреждения. Амбулатория должна быть готова для оказания неотложной медицинской помощи в любое время суток. Объем медицинской помощи должен соответствовать медико-экономическим стандартам и зависеть от конкретных условий, дислокации учреждения и мощности медицинской части.

Одно из направлений деятельности медицинских частей — определение трудоспособности осужденных и правильное их трудоустройство.

В структуру стационара медчасти ИУ входят: санпропускник (раздевальная, ванная), палаты, в том числе изолятор на 1–2 инфекции с умывальником и туалетом, в шлюзе, комната для приема пищи.

В структуру стационара медчасти СИЗО входят: санпропускник, камеры-палаты, камера-изолятор на 1–2 койки. Стационар должен размещаться в одном корпусе и желательно на одном этаже с амбулаторией медчасти СИЗО.

В стационарах медчастей ИУ и СИЗО норма площади палат предусматривается не менее 5 м² на одну койку. Стационары ИУ и СИЗО должны иметь кабинет гигиены женщины.

Прием больных в стационар медчасти осуществляется при наличии в медицинской амбулаторной карте заключения врача о необходимости проведения стационарного обследования и лечения. На каждого больного ведется медицинская карта стационарного больного установленной формы.

Больные, поступающие в стационар, проходят обязательную санитарную обработку. В зависимости от состояния больного санитарная

обработка может быть полной или частичной. При необходимости белье больного подвергается дезинфекции.

Обход больных врачи медчасти производят ежедневно. Записи в медицинской карте стационарного больного производятся 1 раз в 3 дня в легких случаях и ежедневно в среднетяжелых и тяжелых случаях течения заболевания. Начальник медчасти должен осматривать больных не реже 1 раза в неделю, а в среднетяжелых и тяжелых случаях — ежедневно. В первый день поступления больного и перед выпиской — в обязательном порядке.

Врачебные назначения, измерение температуры тела, антропометрические исследования производит дежурный фельдшер (медицинская сестра). На него возлагается наблюдение за выполнением правил внутреннего распорядка для больных. С установленным в стационаре распорядком дня больные знакомятся под расписку в медицинской карте стационарного больного при поступлении в стационар. Объем медицинской помощи в стационаре определяется наличием работающих в медчасти врачей-специалистов.

Персонал медицинских частей постоянно контролирует и несет ответственность за источники водоснабжения, санитарное состояние столовых, продуктовых складов, магазина. Для поддержания должного санитарного состояния медицинский персонал совместно с другими службами ежедневно проводит обход территории учреждения.

Таким образом, медицинские части объединяют в своей деятельности различные функции: стационара (больницы), амбулатории, санитарно-эпидемиологической службы.

Больницы для подозреваемых, обвиняемых и осужденных представляют собой ЛПУ, предназначенные для стационарного обследования, лечения и содержания лиц, отбывающих наказание в учреждениях УИС, в том числе в колониях-поселениях (в случае невозможности госпитализации в стационары органов здравоохранения), а также содержащихся под стражей в СИЗО. В этих целях они обеспечивают квалифицированную и специализированную стационарную помощь, амбулаторную консультативную помощь, организационно-методическое руководство медицинскими частями ИУ и СИЗО.

Больницы могут создаваться в зависимости от возможности изолированного расположения и функционирования как самостоятельные лечебные учреждения УИС, так и в составе других учреждений УИС. В зависимости от профиля, района обслуживания и коечной

мощности создаются и функционируют центральные, областные, краевые, окружные, республиканские, межобластные, специализированные или многопрофильные больницы с коечной мощностью от 50 коек и более. Для диагностики и лечения туберкулеза, психических, венерических и других заболеваний создаются специализированные больницы или специализированные отделения (палаты) в общесоматических больницах, оказывающие специализированную медицинскую помощь подозреваемым, обвиняемым и осужденным из регионов страны, закрепленных за ней (за ними) для обслуживания.

Структура и штат больницы утверждаются приказом начальника федерального органа управления УИС в соответствии с нормативами, устанавливаемыми МЗиСР РФ.

Руководит больницей начальник больницы. Методическое руководство по вопросам лечебно-профилактической, санитарной и противоэпидемической работы осуществляется начальником медицинского отдела (отделения) территориального органа управления УИС. Больница в зависимости от мощности имеет в своей структуре:

- приемное отделение (с диагностическими койками или изолятором, санитарным пропускником);
- лечебные отделения по основным профилям коек;
- палаты реанимации и интенсивной терапии;
- лечебно-диагностические кабинеты;
- организационно-методический кабинет;
- клиническую, биохимическую, бактериологическую лабораторию;
- прозекторскую;
- медицинский архив;
- аптеку;
- административно-хозяйственную часть (пищеблок, банно-прачечный комплекс, склады и т.д.).

В больнице осужденные больные содержатся вместе, независимо от установленного им вида режима содержания с учетом их психического и соматического состояния. Особо опасные рецидивисты, лица, осужденные пожизненно, содержатся раздельно друг от друга и от остальных осужденных в специально выделенных и оборудованных палатах. Подозреваемые и обвиняемые содержатся отдельно от осужденных. Мужчины, женщины и несовершеннолетние содержатся раздельно.

В больнице организуются клиничко-экспертная комиссия, комиссия по изучению летальных исходов, больничный совет, действующ-

щие в установленном законодательством порядке. Больница выполняет следующие функции:

- оказание квалифицированной и специализированной стационарной медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным, содержащимся в учреждениях УИС республики, края, области и прикрепленных административных территорий;
- оказание организационно-методической помощи медчастям учреждений УИС прикрепленных регионов по вопросам диагностики, лечения и медико-социальной реабилитации подозреваемых, обвиняемых и осужденных;
- изучение и анализ причин и условий, порождающих рост заболеваемости среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных;
- обеспечение преемственности с медицинскими частями учреждений УИС в диагностике, лечении и медико-социальной реабилитации подозреваемых, обвиняемых и осужденных;
- участие в проведении плановых профилактических осмотров подозреваемых, обвиняемых и осужденных с целью выявления лиц с ранними стадиями заболеваний, отбора больных для планового лечения, контроля над выполнением рекомендаций, данных врачами больницы, и назначения соответствующего лечения и питания;
- проведение освидетельствования осужденных, заболевших при отбывании наказания болезнями, препятствующими дальнейшему отбыванию наказания;
- представление в суды по месту расположения больницы необходимых материалов для решения вопроса об освобождении от отбывания наказания по болезни осужденных;
- обследование больных с длительной или стойкой утратой трудоспособности, направляемых на МСЭ, и подготовка необходимой медицинской документации;
- освидетельствование осужденных с целью определения их дальнейшего трудоустройства;
- проведение противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных, находящихся на стационарном лечении, а также хозяйственной обслуги.

Госпитализации в больницу подлежат подозреваемые, обвиняемые и осужденные:

- нуждающиеся в неотложной квалифицированной и специализированной стационарной помощи;
- страдающие острыми заболеваниями или обострениями хронических заболеваний, лечение которых в условиях медчасти недостаточно эффективно;
- нуждающиеся в освидетельствовании для решения вопроса о возможности дальнейшего отбывания наказания в связи с наличием заболевания, препятствующего отбыванию наказания;
- с длительной или стойкой утратой трудоспособности, нуждающиеся в обследовании в связи с направлением на МСЭ;
- в случаях, требующих углубленного клинического обследования для установления окончательного диагноза;
- по эпидемиологическим показаниям.

Больные подлежат госпитализации по предварительным письменным запросам. В исключительных случаях по экстренным показаниям больной может быть госпитализирован без предварительного письменного запроса, по согласованию с руководством больницы, но с обязательным последующим (в течение трех суток) предоставлением необходимых документов.

При приеме в больницу подозреваемые, обвиняемые и осужденные подвергаются тщательному обыску, а принадлежащие им одежда и обувь досматриваются, дезинфицируются, принимаются на хранение по описи, заверенной дежурным медперсоналом. Все поступающие в стационар в обязательном порядке проходят санитарную обработку, переодеваются в больничное платье и обеспечиваются необходимым бельем.

Прием больных в больницу осуществляется дежурным врачом в присутствии дежурного помощника начальника больницы.

При госпитализации подозреваемого, обвиняемого и осужденного на него заполняется медицинская карта стационарного больного (история болезни). При обнаружении у осужденного признаков повреждений насильственного или иного происхождения дежурный врач сообщает об этом начальнику больницы или его заместителю, который извещает об этом руководство территориальных органов управления УИС, в ведении которых находится больница.

Осужденные, заболевшие в местах лишения свободы заболеванием, препятствующим дальнейшему отбыванию наказания, после всестороннего обследования в условиях стационара освидетельствуются специальной комиссией врачей УИС в установленном порядке. Такие

больные при необходимости не возвращаются в учреждения УИС, где ранее содержались, а направляются в больницы до окончательного решения судебных органов.

Лица с длительной или стойкой утратой трудоспособности после всестороннего обследования в условиях стационара с привлечением в необходимых случаях специалистов государственных или муниципальных учреждений здравоохранения направляются для освидетельствования в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы.

В лечебно-диагностических кабинетах, ординаторских, на рабочих местах дежурных медицинских сестер устанавливается тревожная сигнализация и аварийное освещение. Контроль и наблюдение над поведением больных подозреваемых, обвиняемых и осужденных возлагаются на контролерский состав и медицинский персонал.

При больницах организуются ларьки для продажи лицам, содержащимся в больнице, продуктов питания и предметов первой необходимости.

По окончании стационарного лечения больной, как правило, выписывается в ИУ или следственный изолятор, из которого он направлялся на лечение. Выписка больного производится лечащим врачом с разрешения начальника больницы или его заместителя с оформлением соответствующей записи в истории болезни и в медицинской амбулаторной карте.

Выписка подозреваемых, обвиняемых и осужденных, находящихся на обследовании, лечении или освидетельствовании в больнице, осуществляется по окончании таковых, в связи с выздоровлением либо стойким улучшением состояния, либо по их личному заявлению (если состояние больного позволяет его выписку). Подозреваемые, обвиняемые и осужденные, систематически или злостно нарушающие больничные режим, а также отказывающиеся от лечения, могут быть выписаны из больницы по месту отбывания наказания только в случае, когда их психическое и соматическое состояние не представляет непосредственной опасности для себя или окружающих и не может причинить существенный вред здоровью после выписки из стационара.

В случае смерти больного факт смерти удостоверяется лечащим врачом, а в его отсутствие — дежурным врачом. О смерти больного администрация больницы сообщает в установленном порядке в медицинский отдел территориального органа управления УИС, а

также прокурору, осуществляющему надзор в местах лишения свободы. О смерти больного администрация больницы извещает также его родственников. Трупы умерших подвергаются обязательному патолого-анатомическому исследованию, по окончании которого составляется подробный протокол. В случае насильственной смерти, смерти от последствия травмы, отравления или их осложнений, а также при отсутствии установленного при жизни больного диагноза заболевания производится судебно-медицинская экспертиза в установленном порядке. Выдача тел умерших осужденных их родственникам для захоронения, а также похороны невостребованных тел производятся в установленном порядке.

Постоянная связь врачей-специалистов больницы с медчастями учреждений УИС оказывается действенным средством совершенствования лечебно-профилактического обеспечения подозреваемых, обвиняемых и осужденных, повышения эффективности использования коечного фонда.

Экспертизу временной нетрудоспособности осуществляет врач медицинской части (здравпункта), больницы и клиничко-экспертные комиссии учреждений УИС. Задачей экспертизы временной нетрудоспособности в учреждениях УИС оказываются определение у осужденных временной утраты трудоспособности, выявление у них длительной или стойкой утраты трудоспособности и направление для освидетельствования на клиничко-экспертную комиссию (КЭК) и в федеральные государственные учреждения МСЭ, а также рекомендация соответствующих условий труда лицам, не являющимся инвалидами, но нуждающимся по состоянию здоровья в ограничениях.

При установлении факта временной нетрудоспособности осужденного и необходимости освобождения его от работы по болезни делается соответствующая запись в медицинской амбулаторной карте, журнале регистрации амбулаторных больных, журнале предварительной записи на амбулаторный прием, заполняется талон регистрации причин временной нетрудоспособности. Врач дает больному освобождение от работы единолично и одновременно на срок до 10 дней. В случае неблагоприятного прогноза или отсутствия положительной динамики при лечении заболевания в амбулаторных условиях свыше 21 дня больной подлежит госпитализации. Запрещается давать освобождение от работы заочно, обязательен также осмотр больного при продлении освобождения от работы и перед выходом на работу.

В тех учреждениях, где работает фельдшер или один врач, ему дано право единолично давать освобождение в установленные сроки с обязательным его обоснованием.

При длительной или стойкой утрате трудоспособности, а также значительном ее ограничении больные направляются для освидетельствования в федеральные государственные учреждения МСЭ.

КЭК создается в лечебно-профилактических и в лечебных исправительных учреждениях УИС. При ведущем лечебно-профилактическом учреждении (больнице) в каждом регионе создается центральная клиничко-экспертная комиссия. На МСЭ направляются лица, содержащиеся в учреждениях УИС, в случаях расстройства здоровья со стойкими нарушениями функций организма или последствиями травм, приведшими к ограничению жизнедеятельности и нуждающиеся в мерах социальной защиты. По результатам клиничко-диагностического обследования, подтверждающего выраженные нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, врачи ЛПУ оформляют направление на МСЭ.

Освидетельствование лица, содержащегося в учреждениях УИС, в зависимости от условий и имеющихся возможностей может проводиться непосредственно в учреждении УИС или в территориальном бюро медико-социальной экспертизы. При освидетельствовании лица, содержащегося в учреждениях УИС, в территориальном бюро медико-социальной экспертизы администрация учреждения УИС обеспечивает его доставку на освидетельствование, присутствие начальника или врача, начальника отряда или воспитателя (далее — представителей администрации) и надлежащую охрану в целях пресечения возможных эксцессов со стороны освидетельствуемого.

Бюро медико-социальной экспертизы рассматривает представленные документы, которые должны отражать клиничко-функциональные, социально-бытовые, профессионально-трудовые, психологические и другие данные, проводит личный осмотр лица, содержащегося в учреждениях УИС, оценивает степень ограничения его жизнедеятельности и принимает решение о признании инвалидом либо об отказе в установлении инвалидности. В заседании бюро медико-социальной экспертизы принимают участие представители администрации.

17.3. МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ОСУЖДЕННЫХ ПРИ ПЕРЕВОЗКЕ И ОСВОБОЖДЕНИИ ИЗ УЧРЕЖДЕНИЙ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Перед отправкой из учреждения все подозреваемые, обвиняемые и осужденные проходят обязательное медицинское освидетельствование для определения пригодности к условиям этапирования.

При перевозках осужденных в эшелонах для их сопровождения выделяются медицинские работники из штата управления конвоирования. Необходимость в сопровождении больных осужденных медицинскими работниками определяется начальником медчасти учреждения-отправителя.

Медицинский персонал, выделенный для сопровождения осужденных, обязан:

- участвовать в приеме караулом осужденных, контролировать полноту и качество проведения им комплексной санитарной обработки перед отправкой;
- при выявлении больных, заболевших в пути следования и нуждающихся в квалифицированной врачебной помощи или возникновении острозаразных заболеваний, через начальника эшелона принять меры к их госпитализации в ближайшую больницу УИС или в больницу органов здравоохранения и проведению необходимых противоэпидемических мероприятий силами центра Госсанэпиднадзора ближайшего территориального органа УИС или территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- в пути следования контролировать санитарное состояние эшелона, порядок и условия хранения продуктов и обеспечение питьевой водой;
- вести регистрацию всех обратившихся за медицинской помощью;
- по прибытии к месту назначения участвовать в сдаче осужденных, имущества и в оформлении документации.

При освобождении из учреждения УИС лица, нуждающиеся в стационарном лечении, госпитализируются в больницы органов здравоохранения. Перед освобождением из мест лишения свободы, а также перед направлением в колонии-поселения при условно-досрочном

освобождении, в целях исключения инфекционного заболевания, а также для решения вопроса о возможности самостоятельного следования к месту жительства осужденный должен пройти медицинский осмотр с последующей санитарной обработкой.

Осужденные, в отношении которых по решению суда осуществляются принудительные меры медицинского характера, не прошедшие обязательного лечения от туберкулеза, ВИЧ-инфекции, венерических заболеваний, а также инвалиды первой, второй и третьей группы в колонии-поселения не направляются до отмены судом принудительных мер медицинского характера, излечения и снятия группы инвалидности.

Труп умершего при этапировании осужденного и его вещи сдаются в ближайший орган внутренних дел на транспорте, а умершего на морском транспорте погребают по морским правилам.

Глава 18

Управление качеством медицинской помощи

18.1. ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И КОМПОНЕНТЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Качество медицинской помощи — совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки, технологиям и стандартам.

Выделяют следующие характеристики качества медицинской помощи:

- профессиональная компетенция;
- доступность;
- межличностные взаимоотношения;
- эффективность;
- непрерывность;
- безопасность;
- удобство;
- соответствие ожиданиям пациентов.

Профессиональная компетенция

Она подразумевает наличие теоретических знаний и практических навыков медицинских работников, вспомогательного персонала и то, как они используют их в своей работе, следуя клиническим руководствам, протоколам и стандартам. Если говорить о компетенции руководителя, то это, прежде всего, профессиональные навыки в выработке и принятии управленческих решений. Для врачей это знания и навыки постановки диагноза и лечения больного. Набор необходимых навыков и знаний вспомогательного персонала зависит от конкретно занимаемой должности. Например, профессионально подготовленный регистратор в поликлинике должен дать необходимую информацию в ответ на любое обращение пациента. Недостаток профессиональной компетенции может выражаться как в небольших отклонениях от существующих стандартов, так и в грубых ошибках,

снижающих результативность лечения или даже ставящих под угрозу здоровье и жизнь пациента.

Доступность медицинской помощи

Эта характеристика означает, что медицинская помощь не должна зависеть от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Географическая доступность измеряется наличием транспорта, расстоянием, временем в пути и другими обстоятельствами, которые могут препятствовать получению пациентом необходимой помощи. Экономическая доступность определяется возможностью получения необходимой помощи гарантированного объема и качества независимо от материального положения больного. Социальная, или культурная, доступность относится к восприятию медицинской помощи в свете культурных ценностей пациента, его вероисповедания. Например, служба планирования семьи может быть не востребована пациентами, как противоречащая их нравственным ценностям и религии. Организационная доступность подразумевает оптимизацию в режиме работы отдельных медицинских служб. Например, расписание работы поликлиники должно предоставлять возможность обращения в удобное для пациентов время. Недостаточное количество вечерних приемов снижает доступность для тех людей, которые работают в течение дня. Языковая доступность означает использование в работе медицинских служб языка пациентов, обращающихся за медицинской помощью, и т.д.

Межличностные взаимоотношения

Эта характеристика качества медицинской помощи относится к взаимоотношениям между работниками здравоохранения и пациентами, медицинским персоналом и их руководством, системой здравоохранения и населением в целом. Корректные взаимоотношения создают атмосферу психологического комфорта, конфиденциальности, взаимного уважения и доверия. Важные элементы этих взаимоотношений — искусство слушать и адекватно реагировать. Все это способствует формированию позитивной установки пациента на проводимое лечение.

Эффективность

Эффективность следует рассматривать как отношение достигнутого экономического эффекта к затратам. Важность этой характеристики определяется тем, что ресурсы здравоохранения обычно ограничены,

при этом эффективно функционирующая система здравоохранения должна обеспечивать оптимальное качество медицинской помощи за счет рационального использования имеющихся ресурсов.

Непрерывность

Эта характеристика означает, что пациент получает всю необходимую медицинскую помощь без задержки, неоправданных перерывов или необоснованных повторов в процессе диагностики и лечения. Обычно соблюдение этого принципа обеспечивается тем, что пациента наблюдает один и тот же специалист, обеспечивая преемственность в работе с коллегами. Несоблюдение этого принципа негативно влияет на результативность, снижает эффективность и ухудшает межличностные взаимоотношения врача с пациентом.

Безопасность

Как одна из характеристик качества безопасность означает сведение к минимуму риска побочных эффектов диагностики, лечения и других проявлений ятрогении. Это относится как к медицинским работникам, так и к пациентам. Соблюдение мер безопасности очень важно при оказании не только специализированной, но и первичной медицинской помощи. Например, во время ожидания приема врача пациенты могут быть инфицированы другими больными при несоблюдении необходимых противоэпидемических мер. При решении вопроса о выборе той или иной медицинской технологии ожидаемые результаты обязательно должны соотноситься с потенциальным риском.

Удобство

Под этой характеристикой подразумевается система мер, направленных на создание оптимального лечебно-охранительного режима: обеспечение комфорта и чистоты в медицинских учреждениях, рациональное размещение палат и лечебно-диагностических подразделений, оснащение их современной функциональной медицинской мебелью, организация режима дня больного, устранение или максимальное уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды и др.

Соответствие ожиданиям пациентов

Для пациентов в конкретном медицинском учреждении качество медицинской помощи определяется тем, насколько она отвечает их потребностям, ожиданиям и оказывается своевременной. Пациенты чаще всего обращают внимание на удобство, результативность,

доступность, непрерывность медицинской помощи, на взаимоотношения между ними и медицинском персоналом. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью зависит от оценки качества жизни, связанного со здоровьем.

Качество медицинской помощи включает в себя три основных компонента, соответствующие по сути трем подходам к его обеспечению и оценке:

- качество структур (структурный подход к обеспечению и оценке);
- качество технологии (процессуальный подход к обеспечению и оценке);
- качество результата (результативный подход к обеспечению и оценке).

Качество структуры характеризует условия оказания медицинской помощи населению. Оно определяется по отношению к системе здравоохранения в целом, медицинскому учреждению, отдельному его структурному подразделению, конкретному медицинскому работнику в отдельности. Этот компонент качества характеризуют такие параметры, как санитарно-техническое состояние зданий и сооружений, в которых функционирует медицинское учреждение; обеспеченность кадрами и их квалификация; техническое состояние медицинского оборудования (его моральный и физический износ); соответствие уровня обеспеченности лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, лечебным питанием, установленным стандартам; уровень сервисных услуг и др. При оценке качества по отношению к медицинскому работнику оцениваются их профессиональные характеристики, как сумма теоретических знаний и практических навыков для выполнения конкретных лечебно-диагностических манипуляций.

Качество технологии характеризует все этапы процесса оказания медицинской помощи. Качество технологии дает представление о соблюдении стандартов медицинской помощи, правильности выбора тактики и о качестве выполненной работы. Оно характеризует, насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, соответствовал установленным стандартам медицинских технологий. Если на оказание медицинской помощи больному было затрачено средств больше, чем предусмотрено действующими медико-экономическими стандартами, — такая помощь не будет признана качественной даже в случае достижения

ожидаемых результатов лечения. Качество технологии оценивается только на одном уровне — по отношению к конкретному пациенту, с учетом клинического диагноза, сопутствующей патологии, возраста больного и других факторов. Одним из параметров, характеризующих качество технологии, может служить наличие или отсутствие врачебных ошибок.

Качество результата характеризует итог оказания медицинской помощи, т.е. позволяет судить, насколько фактически достигнутые результаты соответствуют реально достижимым. Обычно качество результата оценивают на трех уровнях: по отношению к конкретному пациенту, всем больным в медицинском учреждении, к населению в целом. Анализ качества результата по отношению к конкретному пациенту дает возможность оценить, насколько достигнутые результаты лечения конкретного больного близки к ожидаемым с учетом клинического диагноза, возраста и других влияющих на исход заболевания факторов. Например, для одного больного планируемым результатом лечения может быть его полное выздоровление с нормализацией всех данных клинико-биохимических, функциональных и других видов исследований. Для другого больного с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, осложненным влажной гангреной, планируемым результатом лечения может явиться ампутация нижней конечности. При стационарном лечении ранее было принято выделять три исхода госпитализации: «выздоровление», «перевод», «смерть». В настоящее время стационары перешли к новой, более дифференцированной системе оценки исходов лечения, в которой выделяют: «выздоровление», «улучшение», «без перемен», «ухудшение», «перевод», «смерть». По завершении амбулаторно-поликлинического лечения больного возможными исходами могут быть: «выздоровление», «ремиссия», «госпитализация», «перевод в другое медицинское учреждение», «инвалидизация», «смерть». Качество результата по отношению ко всем больным в медицинском учреждении следует оценивать за какой-либо конкретный период времени (чаще за год). В практике ЛПУ для оценки качества результата по отношению ко всем больным обычно используют различные качественные показатели: летальность, частоту послеоперационных осложнений, расхождение клинических и патолого-анатомических диагнозов, запущенность по онкологии, соотношение вылеченных и удаленных зубов и др. Качество результата по отношению к населению в целом характеризуют показатели общественного здоровья.

Все компоненты качества связаны между собой и оказывают друг на друга влияние. При низком уровне качества структуры довольно сложно обеспечить приемлемый уровень качества технологии. Нарушение технологии диагностики и лечения в большинстве случаев приводит к неблагоприятным результатам лечения. Вместе с тем высокий уровень качества структуры — только потенциальная, но не всегда реализуемая возможность иметь высокий уровень качества технологии и результата. Такую взаимозависимость часто определяют как «принцип негатива» — при плохом качестве негатива невозможно сделать хорошую фотографию, но плохой снимок может получиться и при качественном негативе.

18.2. СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Управление качеством медицинской помощи включает в себя организацию и контроль над деятельностью системы здравоохранения в реализации потребностей населения в получении качественной медицинской помощи. В современных условиях система управления качеством медицинской помощи представляет собой совокупность управленческих структур и алгоритмов действий, направленных на обеспечение пациентов качественной медицинской помощью. Эта система основывается на следующих принципах:

- использование достижений доказательной медицины;
- проведение экспертизы качества медицинской помощи на основе медицинских стандартов (протоколов);
- единство подходов в проведении ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи;
- использование административных, экономических и правовых методов для управления качеством медицинской помощи;
- анализ экономической эффективности затрат по достижению оптимального уровня качества медицинской помощи;
- проведение социологического мониторинга качества медицинской помощи.

Управление качеством медицинской помощи состоит из четырех основных видов деятельности: дизайн качества, обеспечение качества, контроль качества, непрерывное повышение качества.

Дизайн качества — это деятельность по разработке системы обеспечения населения качественной медицинской помощью. Дизайн

качества включает: определение целевой группы потребителей медицинских услуг; изучение запросов потребителей; определение результата, отвечающего запросам потребителей; разработку механизма, необходимого для достижения ожидаемого результата.

Обеспечение качества — это виды деятельности, планируемые и реализуемые в рамках системы управления качеством. Для совершенствования деятельности по обеспечению качества медицинской помощи необходимы: разработка соответствующей законодательной и нормативно-правовой базы по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи; приведение в соответствие с нормативно-правовой базой существующей структуры и ресурсов (кадровых, финансовых, материальных и информационных); создание соответствующих технологических стандартов и стандартов на результаты, эффективный контроль выполнения медицинских технологий и др.

Контроль качества — это система мер оперативного характера, позволяющих оценивать выполнение основных компонентов качества медицинской помощи. Контроль (определение уровня) качества медицинской помощи строится на сопоставлении достигнутых результатов с существующими стандартами (протоколами) ведения больных. Одним из механизмов контроля качества медицинской помощи, определения соответствия ее принятым стандартам служит экспертиза.

Система контроля качества медицинской помощи состоит из трех элементов:

- участников контроля;
- средств контроля;
- механизмов контроля.

Действующие нормативно-правовые документы в зависимости от участников контроля предусматривают два вида контроля: ведомственный и вневедомственный контроль качества медицинской помощи. Ведомственный контроль осуществляют медицинские учреждения и органы управления здравоохранением, вневедомственный — страховые медицинские организации, ТФОМС, Роспотребнадзор, Росздравнадзор, общественные объединения потребителей и др. Соответственно составу участников контролируемых органов контроль качества медицинской помощи осуществляется по следующим направлениям:

- контроль со стороны производителей медицинских услуг;
- контроль со стороны потребителей медицинских услуг;

- контроль со стороны организаций, независимых от потребителей и производителей медицинских услуг.

В настоящее время используются различные методы и средства контроля качества медицинской помощи. К ним относятся медицинские стандарты, показатели деятельности организации здравоохранения (модели конечных результатов), экспертная оценка качества и др.

Механизм контроля качества медицинской помощи достаточно сложен и включает в себя набор следующих основных процедур:

- лицензирование медицинской, фармацевтической и иных видов деятельности, осуществляемых в сфере охраны здоровья населения;
- аккредитацию медицинских учреждений;
- аттестацию медицинских работников;
- сертификацию лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники;
- лицензирование, аттестацию и аккредитацию образовательных медицинских учреждений и др.

Организация и порядок проведения ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи регламентируются приказами МЗиСР РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС).

Управление качеством медицинской помощи подразумевает непрерывное повышение его уровня. Для этого руководители органов и учреждений здравоохранения должны постоянно разрабатывать и проводить комплекс мероприятий, направленный на повышение эффективности и результативности своей деятельности, совершенствование показателей работы организаций здравоохранения в целом, отдельных подразделений и сотрудников. При этом в процессе повышения качества медицинской помощи четко просматриваются две взаимосвязанные и взаимообуславливающие составляющие: первая — постоянное повышение самого уровня стандартов (протоколов) ведения больных и вторая — непрерывный процесс достижения этих стандартов.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится в государственных, муниципальных и частных организациях здравоохранения. Различают следующие пять уровней проведения экспертизы временной нетрудоспособности:

- *первый* — лечащий врач;
- *второй* — врачебная комиссия организации здравоохранения;
- *третий* — врачебная комиссия органа управления здравоохранением муниципального района (городского округа);
- *четвертый* — врачебная комиссия органа управления здравоохранением субъекта РФ;
- *пятый* — главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности МЗиСР РФ.

Контроль за проведением экспертизы временной нетрудоспособности в государственных, муниципальных и частных организациях здравоохранения, а также частнопрактикующими врачами осуществляется органом управления здравоохранением соответствующего уровня, профессиональной медицинской ассоциацией, территориальным отделением Фонда социального страхования РФ. В осуществлении контроля могут участвовать исполнительные органы государственной власти по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности, ТФОМС, СМО.

Важная роль в организации и проведении экспертизы временной нетрудоспособности отводится врачебной комиссии (ВК) медицинской организации. Врачебная комиссия создается в медицинской организации, независимо от ее организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности, с целью осуществления контроля качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, а также определения трудоспособности граждан и их профессиональной пригодности.

Председателем ВК, как правило, является руководитель медицинской организации или один из его заместителей. Члены ВК — врачи-специалисты, в том числе врач клинический фармаколог.

Врачебная комиссия осуществляет следующие функции:

- выдачу листков нетрудоспособности сроком более чем на 30 дней;
- экспертизу временной нетрудоспособности с целью определения необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу;

- принятие решения о направлении гражданина в установленном порядке на МСЭ, в том числе при наличии у него признаков инвалидности;
- выдачу заключения пациентам о праве получения ими лечения в медицинских учреждениях за счет средств федерального бюджета;
- выдачу медицинского заключения о характере и степени тяжести повреждения здоровья лиц вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- принятие решений о выписке лекарственных средств пациентам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, и осуществляет проверку обоснованности выписки лекарственных средств этой категории граждан;
- осуществление, совместно с лечащим врачом, медицинского отбора и направления на санаторно-курортное лечение пациентов, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, а также в сложных и конфликтных ситуациях;
- осуществление направления больных из числа работающих застрахованных граждан на долечивание в специализированные санатории (отделения) непосредственно после стационарного лечения;
- выдачу заключений о нуждаемости ребенка в обучении на дому по медицинским показаниям, а также о возможности предоставления студентам академического отпуска.

Заболееваемость с временной утратой трудоспособности отражает заболееваемость работающего населения, поэтому она, кроме медико-социального, имеет и большое экономическое значение.

Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность граждан и подтверждающим их временное освобождение от работы, служит **листок нетрудоспособности**, который выдается при заболеваниях, травмах и отравлениях и иных состояниях, связанных с временной потерей трудоспособности, на период долечивания в санаторно-курортных учреждениях, при необходимости ухода за больным членом семьи, на период карантина, на время протезирования в условиях стационара, на период отпуска по беременности и родам, при усыновлении ребенка.

19.3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Для установления факта стойкой нетрудоспособности проводится **медико-социальная экспертиза (МСЭ)**, в ходе которой определяется потребность освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функции организма. В России создана трехэтапная система федеральных государственных учреждений МСЭ, которая включает: Федеральное бюро медико-социальной экспертизы, главные бюро медико-социальной экспертизы, а также бюро медико-социальной экспертизы в муниципальных образованиях, являющиеся филиалами главных бюро. В настоящее время в РФ действуют Федеральное бюро медико-социальной экспертизы (г. Москва), 88 главных бюро медико-социальной экспертизы, 1692 бюро медико-социальной экспертизы в муниципальных образованиях.

Гражданин направляется на МСЭ организацией, оказывающей ему лечебно-профилактическую помощь (органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, органом социальной защиты населения), после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

В случае если организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, отказала гражданину в направлении на МСЭ, ему выдается справка, на основании которой он имеет право обратиться в бюро самостоятельно. Специалисты бюро проводят осмотр гражданина и по его результатам составляют программу дополнительного обследования и проведения реабилитационных мероприятий, после выполнения которой рассматривают вопрос о наличии у него ограничений жизнедеятельности.

МСЭ осуществляется в бюро по месту жительства. В главном бюро МСЭ проводится в случае обжалования гражданином решения бюро, а также по направлению бюро в случаях, требующих специальных видов обследования. В Федеральном бюро МСЭ проводится в случае обжалования гражданином решения главного бюро, а также по направлению главного бюро в случаях, требующих особо сложных специальных видов обследования. МСЭ может проводиться на дому в случае, если гражданин не способен явиться в бюро по состоянию здоровья, что подтверждается заключением организации, оказы-

вающей лечебно-профилактическую помощь, или в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно по решению соответствующего бюро. Экспертиза проводится по заявлению гражданина, которое подается в бюро в письменной форме с приложением «Направления на медико-социальную экспертизу», выданного организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, органом социальной защиты населения), и медицинских документов, подтверждающих нарушение здоровья. МСЭ проводится специалистами бюро путем обследования гражданина, изучения представленных им документов, анализа социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и других данных гражданина. Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается простым большинством голосов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, на основе обсуждения результатов его МСЭ. По результатам МСЭ гражданина составляется акт. В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина в целях установления степени ограничения жизнедеятельности (в том числе степени ограничения способности к трудовой деятельности), реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений, может составляться программа дополнительного обследования, которая утверждается руководителем соответствующего бюро.

После получения данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, специалисты соответствующего бюро принимают решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом. В случае отказа гражданина от дополнительного обследования такое решение принимается специалистами на основании имеющихся данных, о чем делается соответствующая запись в акте медико-социальной экспертизы гражданина.

Выписка из акта медико-социальной экспертизы 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, выдается справка, подтверждающая факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности и степени ограничения (или без ограничения) способности к трудовой деятельности, а также индивидуальная программа реабилитации.

Гражданину, не признанному инвалидом, по его желанию выдается справка о результатах МСЭ.

Гражданин может обжаловать решение бюро, подав письменное заявление в вышестоящие инстанции: в главное бюро или Федеральное бюро медико-социальной экспертизы. Также решения, принятые в бюро медико-социальной экспертизы (трех инстанций), гражданин может обжаловать в суде в установленном законодательством РФ порядке.

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

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

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

- **Инвалидность вследствие общего заболевания.** Общее заболевание представляет собой наиболее частую причину инвалидности, за исключением случаев, непосредственно связанных с профессиональными заболеваниями, трудовым увечьем, военной травмой и т.д.
- **Инвалидность в связи с трудовым увечьем.** Устанавливается гражданам, инвалидность которых наступила вследствие повреждения здоровья, связанного с несчастным случаем на производстве.
- **Инвалидность вследствие профессионального заболевания.** Устанавливается гражданам, инвалидность которых наступила вследствие острых и хронических профессиональных заболеваний.
- **Инвалидность с детства.** Лицу в возрасте до 18 лет, признанному инвалидом, устанавливается статус «ребенок-инвалид». При достижении возраста 18 лет и старше этим лицам устанавливается «инвалидность с детства».

- **Инвалидность у бывших военнослужащих.** Устанавливается при заболеваниях и травмах, связанных с выполнением военных обязанностей.
- **Инвалидность вследствие радиационных катастроф.** Устанавливается гражданам, инвалидность которых наступила вследствие ликвидации аварий на Чернобыльской атомной электростанции, ПО «Маяк» и др.

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

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

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

приятий, проведенных больному до его направления на МСЭ. При этом необходимо, чтобы в направлении на МСЭ содержались данные об отсутствии положительных результатов таких реабилитационных мероприятий.

С учетом глобальных задач, стоящих в области социальной защиты населения, цель МСЭ состоит не только в установлении степени утраты либо нарушения медицинского и социального статусов индивидуума, но и в определении возможности восстановления или компенсации нарушенных функций организма, реализация которых способствует психологической, социально-средовой, профессиональной реабилитации. Это, в свою очередь, позволяет предотвратить формирование у инвалида комплекса неполноценности, вернуть сознание своей полезности обществу.

Глава 20

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защита прав потребителей на потребительском рынке

В 2004 г. в соответствии с Указом Президента РФ была образована Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), которая явилась правопреемником Государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ. На Федеральную службу возложено решение двух важнейших задач:

- контроль и надзор в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- защита прав потребителей на потребительском рынке.

Для решения этих задач Федеральной службе были переданы части функций Министерства здравоохранения, Министерства экономического развития и торговли, Министерства по антимонопольной политике и поддержке предпринимательства.

20.1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Санитарно-эпидемиологическое благополучие граждан Российской Федерации обеспечивается путем неукоснительного соблюдения санитарного законодательства, в системе которого базовым является Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

В соответствии с этим законом **санитарно-эпидемиологическое благополучие населения** представляет собой состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются

благоприятные условия его жизнедеятельности, и является одним из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

Для достижения санитарно-эпидемиологического благополучия населения 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 здорового образа жизни;
- привлечение к ответственности за нарушение законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и др.

Осуществление этого обширного комплекса мероприятий, а также координация деятельности по его выполнению с ЛПУ возложены на Роспотребнадзор, его территориальные органы и учреждения.

20.2. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НА ПОТРЕБИТЕЛЬСКОМ РЫНКЕ

Отношения в области защиты прав потребителей на потребительском рынке регулируются Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» по следующим направлениям:

- защита прав потребителей при продаже товаров;
- защита прав потребителей при выполнении работ (оказании услуг);
- государственная и общественная защита прав потребителей.

Реализация этого закона осуществляется с помощью:

- принятия мер по приостановлению производства и реализации товаров (выполнения работ, оказания услуг), несоответствующих обязательным требованиям, и информированию об этом потребителей;
- направления в орган, осуществляющий лицензирование, материалов о нарушении прав потребителей для рассмотрения вопросов о приостановлении действия или аннулировании соответствующей лицензии;
- направления в органы прокуратуры, другие правоохранительные органы материалов для решения вопросов о возбуждении уголовных дел по признакам преступлений, связанных с нарушением прав потребителей;
- обращения в суд с заявлениями в защиту прав потребителей;
- привлечения к ответственности за нарушения законодательства РФ в сфере защиты прав потребителей на потребительском рынке.

Настоящий закон регулирует отношения, возникающие между потребителями и изготовителями, исполнителями, продавцами при продаже товаров (выполнении работ, оказании услуг), устанавливает права потребителей на приобретение товаров (работ, услуг) надлежащего качества и безопасных для жизни, здоровья и окружающей среды.

20.3. ОРГАНЫ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР И КОНТРОЛЬ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НА ПОТРЕБИТЕЛЬСКОМ РЫНКЕ

Федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей на потребительском рынке в Российской Федерации, является **Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор)**, которая находится в ведении МЗиСР РФ и осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы (рис. 20.1).

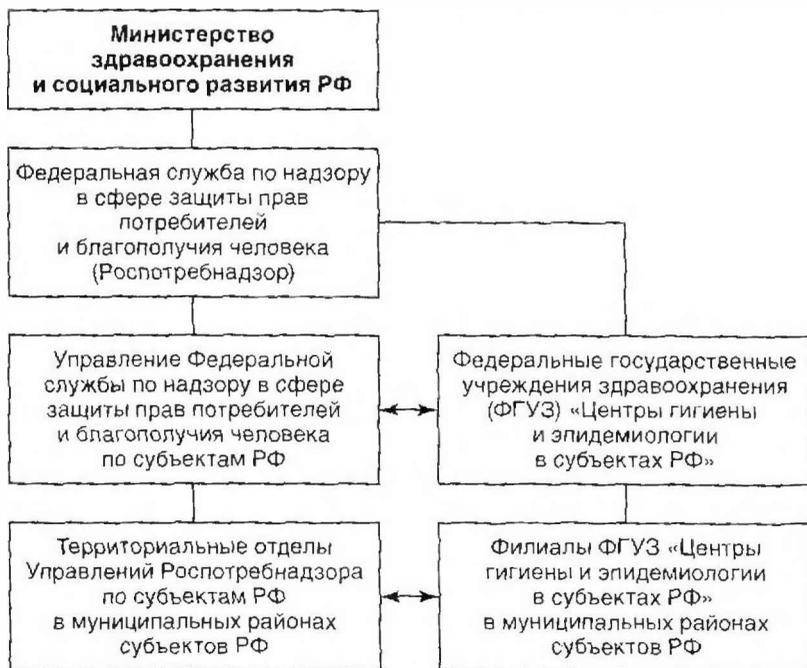


Рис. 20.1. Организационно-функциональная структура Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека является главным государственным санитарным врачом Российской Федерации.

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 является главным государственным санитарным врачом по субъекту РФ.

Управление работает во взаимодействии с территориальными органами других федеральных органов исполнительной власти, органами исполнительной власти субъекта РФ, местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями.

Управление по субъекту РФ, в соответствии с возложенными на него задачами, в пределах своей компетенции осуществляет:

- Надзор и контроль над соблюдением законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей.
- Деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства РФ в области защиты прав потребителей и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях охраны здоровья населения и среды обитания.
- Применение мер административного, ограничительного, предупредительного и профилактического характера, направленных на недопущение и (или) ликвидацию последствий нарушений гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарного законодательства и прав потребителей.
- Организацию проведения необходимых исследований, испытаний, экспертиз, анализов и оценок по вопросам осуществления надзора в пределах своей компетенции.
- Лицензирование деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний, а также с использованием источников ионизирующего излучения.
- Деятельность по государственной регистрации отдельных видов продукции в соответствии с предоставленными полномочиями.

- Санитарно-карантинный надзор (контроль) в пунктах пропуска через Государственную границу РФ в целях предупреждения завоза и распространения карантинных и других инфекционных заболеваний, потенциально опасных для населения товаров и грузов, а также ввоза и реализации на территории РФ товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека.
- Организацию проведения мероприятий по установлению и устранению причин и условий возникновения и распространения инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) людей, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека.

Кроме того, к важнейшим функциям Управления по субъекту РФ относятся организация и проведение социально-гигиенического мониторинга, подготовка ежегодных государственных докладов о санитарно-эпидемической обстановке и о защите прав потребителей в субъектах РФ.

Приоритетное направление деятельности Роспотребнадзора и его территориальных органов — осуществление комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, который включает в себя организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных и массовых инфекционных заболеваний (отравлений), их ликвидацию.

Для оценки эффективности проводимых мероприятий в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также подготовки дополнительных предложений по устранению вредных воздействий факторов среды обитания человека, на территории РФ проводится социально-гигиенический мониторинг на основании Положения, утвержденного постановлением Правительства РФ от 02.02.2006 № 60.

Социально-гигиенический мониторинг — это 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 социально-гигиенического мониторинга (далее — мониторинг) — это выявление причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека и разработка на основе этого предложений по улучшению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Мониторинг проводится Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека совместно с другими федеральными органами исполнительной власти.

Для информационного обеспечения мониторинга используются следующие показатели:

- показатели среды обитания человека:
 - биологические (бактериальные, паразитарные);
 - химические, в том числе источники антропогенного воздействия на окружающую природную среду;
 - физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловое, ионизирующее, неионизирующее и иные излучения);
 - социальные (структура и качество питания, безопасность пищевых продуктов, водоснабжение, условия быта, труда и отдыха);
 - природно-климатические факторы;
- показатели здоровья населения:
 - медико-демографические;
 - заболеваемость;
 - физическое здоровье.

Для обеспечения деятельности управлений Роспотребнадзора по субъектам РФ созданы **Федеральные государственные учреждения здравоохранения (ФГУЗ) «Центры гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ»**, которые также являются правопреемниками ранее существовавших Центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах РФ. «Центры гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ» представляют собой некоммерческую организацию и входят 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 проведения 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 над соблюдением правил продажи отдельных видов товаров, ведение учета и отчетности.

20.4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ

20.4.1. Ответственность за нарушение санитарного законодательства

В соответствии со ст. 55, 57 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» за нарушение санитарного законодательства устанавливается дисциплинарная, гражданско-правовая, административная и уголовная ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Дисциплинарная ответственность представляет собой последствие неисполнения или ненадлежащего исполнения трудовых обязанностей работником, т.е. несоблюдения им трудовой дисциплины. К дисциплинарной ответственности за нарушение санитарного законодательства уполномочен привлекать работодатель. За нарушение санитарного законодательства работодатель имеет право применить дисциплинарные взыскания в виде замечания, выговора, увольнения.

Гражданско-правовая ответственность устанавливается за вред, причиненный личности, имуществу гражданина, а также имуществу юридического лица вследствие нарушения санитарного законодательства. Вред подлежит возмещению в полном объеме в соответствии с законодательством РФ.

Возмещение вреда здоровью граждан производится исходя из:

- затрат на лечение и восстановление здоровья граждан;
- расходов социального обеспечения и др.

Возможно возмещение и морального вреда. При определении размеров компенсации морального вреда учитывается степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства, а также степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред.

Административная ответственность за нарушение санитарного законодательства установлена Кодексом об административных правонарушениях РФ.

В главе 6 КоАП РФ сформулировано несколько составов административных правонарушений. К ним относятся:

- нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий (ст. 6.3 КоАП РФ);
- нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта (ст. 6.4 КоАП РФ)
- нарушение санитарно-эпидемиологических требований к питьевой воде, а также к питьевому и хозяйственно-бытовому водоснабжению (ст. 6.5 КоАП РФ);
- нарушение санитарно-эпидемиологических требований к организации питания населения (ст. 6.6 КоАП РФ).

Административная ответственность за нарушение санитарного законодательства предусмотрена и в других статьях КоАП РФ (ст. 6.7, 7.2, 7.8, 8.2, 8.5, 8.6, 8.21, 8.31, 10.1, 10.8, 10.12, 10.14).

Административная ответственность за нарушение санитарного законодательства предусматривает вынесение предупреждения либо наложение административного штрафа в размере от 100 до 2000 рублей (для граждан), административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток или наложение штрафа в размере от 5000 до 100 тыс. рублей (для юридических лиц).

Уголовная ответственность за нарушение санитарного законодательства предусмотрена ст. 236 Уголовного кодекса РФ.

Так, за нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, применяется один из следующих видов наказаний:

- штраф в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 мес;
- лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет;
- обязательные работы на срок 180 ч;
- исправительные работы на срок до 1 года;
- ограничение свободы на срок до 3 лет.

То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, наказывается обязательными работами на срок от 180 до 240 ч, либо исправительными работами на срок от 6 мес до 2 лет, либо ограничением свободы на срок до 5 лет, либо лишением свободы на тот же срок.

Также уголовная ответственность за нарушение санитарного законодательства предусмотрена в следующих статьях Уголовного кодекса РФ:

- ст. 238 «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности» — в части сбыта товаров и продукции, выполнения работ или оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей;
- ст. 246 «Нарушение правил охраны окружающей среды при производстве работ» — в части нарушения санитарных правил при производстве строительных и других работ;
- ст. 247 «Нарушение правил обращения экологически опасных веществ и отходов» — в части нарушения правил обращения с бактериологическими (биологическими) веществами, токсичными промышленными и другими отходами;
- ст. 248 «Нарушение правил безопасности при обращении с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами» — в части нарушения правил по безопасности работ с микроорганизмами и т.д.;
- ст. 254 «Порча земли» — в части нарушения правил обращения с удобрениями, стимуляторами роста растений, ядохимикатами и иными опасными химическими или биологическими веществами и др.

За данные виды преступлений, в зависимости от состава и отягчающих обстоятельств, предусмотрены следующие виды уголовной ответственности:

- штраф в размере до 500 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 3 лет;

- лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет;
- ограничение свободы на срок до 3 лет;
- лишение свободы до 10 лет (возможно со штрафом или с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на соответствующий срок);
- обязательные работы на срок от 120 до 240 ч;
- исправительные работы на срок до 2 лет.

20.4.2. Ответственность за нарушение законодательства в сфере защиты прав потребителей

В соответствии со ст. 43 Закона РФ «О защите прав потребителей» за нарушение прав потребителей, установленных законами и иными нормативными правовыми актами РФ, продавец (исполнитель, изготовитель, уполномоченная организация или уполномоченный индивидуальный предприниматель, импортер) несет гражданско-правовую, административную или уголовную ответственность.

Общие положения о **гражданско-правовой ответственности** за нарушение прав потребителей установлены ст. 13 Закона РФ «О защите прав потребителей».

Так, продавец (изготовитель, исполнитель) за допущенное нарушение прав потребителя несет следующую ответственность:

- уплату неустойки (пени);
- возмещение убытков потребителя в полном объеме;
- исполнение обязательства перед потребителем, даже после возмещения ему всех убытков.

Также возможно возмещение морального вреда, причиненного вследствие нарушения изготовителем (исполнителем, продавцом) законодательства в сфере защиты прав потребителя.

Административная ответственность за нарушение прав потребителей установлена Кодексом об административных правонарушениях РФ.

Согласно ч. 1 ст. 14.4 КоАП РФ, продажа товаров, выполнение работ либо оказание населению услуг, не соответствующих требованиям стандартов, техническим условиям или образцам по качеству, комплектности или упаковке, влечет наложение административного штрафа на граждан в размере 1000–1500 рублей; на юридических лиц — 20–30 тыс. рублей.

В соответствии со ст. 14.7 КоАП РФ, обман потребителей (обманивание, обвешивание, обсчет, введение в заблуждение относительно

потребительских свойств, качества товара (работы, услуги) или иной обман] влечет наложение административного штрафа на граждан и на должностных лиц в размере от 1000 до 2000 рублей; на юридических лиц — от 10 до 20 тыс. рублей.

Административная ответственность за нарушение санитарного законодательства предусмотрена и в других статьях КоАП РФ (статьи 14.1, 14.2, 14.5–14.7, 14.15, 14.16, 19.5, 19.14).

Уголовная ответственность за нарушение законодательства в сфере защиты прав потребителей предусмотрена ст. 238 УК РФ.

Так, производство, хранение или перевозка в целях сбыта либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, а также неправомерные вылача или использование официального документа, удостоверяющего соответствие указанных товаров, работ или услуг требованиям безопасности, наказываются:

- штрафом в размере до 500 тыс. рублей либо в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 3 лет;
- ограничением свободы на срок до 3 лет;
- лишением свободы на срок до 10 лет (со штрафом в размере до 500 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 3 лет либо без такового).

Также за нарушения законодательства в сфере защиты прав потребителей предусмотрена уголовная ответственность и в других статьях УК РФ (ст. 171.1; ч. 1 ст. 180).

Эффективность проведения комплекса мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия, а также защита прав потребителей на потребительском рынке во многом зависят от тесного взаимодействия Роспотребнадзора с органами управления здравоохранением субъектов РФ. Это взаимодействие достигается путём разработки и реализации региональных комплексных программ по охране здоровья населения, межведомственных планов мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний, совместной подготовкой приказов и иных документов, обсуждения актуальных вопросов на совместных коллегиях, совещаниях, семинарах, конференциях и т.д.

Глава 21

Информатизация в здравоохранении¹

21.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Основой любой информации являются **данные**, т.е. сведения, представленные числами или символами, которые фиксируются на носителях (бумажных, электронных, оптических), обрабатываются и передаются с использованием средств вычислительной техники и каналов связи.

Относительно систем управления в здравоохранении использование данных более актуально для получения первичной статистической информации, которая применяется для формирования аналитических отчетов, справочников и других статистических материалов, необходимых для принятия управленческих решений. Данные, сгруппированные и представленные в определенном виде, являются исходным материалом для статистического анализа.

Отличительная особенность данных состоит в том, что они не бывают избыточны, в отличие от информации. Информация избыточна, когда поступающие сведения уже известны, т.е. происходит дублирование, приводящее к дополнительным затратам пользователя.

Под **информацией** понимаются структурированные сведения о явлениях, процессах, объектах и так далее, независимо от формы представления. Эти сведения устраняют существующие неопределенности, дают новые характеристики и используются для подготовки и принятия управленческих решений.

Все возрастающая потребность получения информации в системе здравоохранения объясняется необходимостью постоянного мониторинга здоровья населения, деятельности системы здравоохранения, отдельных медицинских организаций и служб.

Вне зависимости от поставленных в области охраны здоровья целей информацию можно рассматривать как полученные в ходе обработки данные, сведения, раскрывающие содержание чисел, символов, описывающих наблюдаемые явления и т.д.

¹ По материалам канд. тех. наук А.А. Бачманова.

Медицинская информация представляет собой совокупность данных, характеризующих деятельность отдельных структурных элементов, подсистем и всей системы здравоохранения. С одной стороны, информация отображает процессы и явления в здравоохранении, т.е. представляет собой инструмент в работе специалистов, руководителей организаций и органов управления здравоохранением, с другой — предметная область работы статистиков, специалистов организационно-методических отделов, исследователей.

Медицинская информация подразделяется на следующие виды:

- по форме представления: первичная, промежуточная, итоговая (сводная);
- по периодичности использования: оперативная, текущая, ретроспективная;
- 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.

В зависимости от категории пользователей требования к информации имеют свою специфику. Однако общие требования таковы: информация должна быть предметной, достоверной, точной, полной, оперативной, доступной, сопоставимой.

К сожалению, в настоящее время информация как ресурс развития и управления в здравоохранении используется недостаточно. Усугубляют трудности и такие проблемы, как: одновременное действие нескольких взаимоисключающих нормативных документов, несогласованная межведомственная отчетность, отсутствие единых стандартов и т.п. На сегодняшний день технология информационного производства в здравоохранении, включающая ввод, хранение, обработку, анализ и передачу данных — преимущественно бумажная, с частичной автоматизацией отдельных функций.

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 использования в качестве информационного обеспечения в компьютерных системах информация должна отвечать основным требованиям единообразия, непротиворечивости, однородности ввода и полноты. 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 для характеристики информационных процессов в здравоохранении понятие — **информационные потоки**. От их упорядоченности зависят 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, метод описания потоков информации 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 т.д.), по признакам изучаемого явления (заболеваемость, смертность, обеспеченность койками и т.п.) и по временным признакам показателя (динамика рождаемости, смертности, заболеваемости за ряд лет и т.п.).

Совершенно естественно, 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 особенность проектирования и внедрения компьютерных систем заключается 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 качественных аспектах: повышение удовлетворенности качеством услуг или снижение нагрузки на медицинский персонал, повышение производительности труда и уровня профессиональной подготовки и пр.

В положительном результате автоматизации информационных потоков заинтересованы следующие потребители информации:

- руководители организаций здравоохранения, так как автоматизация будет способствовать усилению их контролирующих функций, повышению информированности;
- руководители аналитических подразделений, так как получают совершенный инструмент для сбора данных и подготовки текущих отчетов;
- пациенты, так как будет повышено качество медицинской помощи.

Слабо заинтересованы или совсем не заинтересованы в проведении автоматизации информационных потоков исполнители, занимающиеся непосредственно формированием информационных потоков. Слабая мотивация к внедрению информатизации отмечается у следующих категорий пользователей:

- средний и младший медицинский персонал, так как возникают дополнительные обязанности по вводу и регистрации данных;

- руководители среднего звена, занимающиеся организацией делопроизводства и традиционной методической работой, так как они при этом теряют свою административную значимость;
- рядовые врачи-статистики, попадающие в информационную зависимость от подразделения автоматизации.

Если медицинские работники получают основные навыки работы с компьютером, возможность быстро и качественно готовить документы, то появится потребность работать в рамках единой информационной сети с помощью современных информационных технологий электронной почты и обмена информацией. Это, в свою очередь, повлияет на разработку и внедрение специализированного программного обеспечения для обработки и анализа информационных ресурсов.

Многие руководители до сих пор заблуждаются, однобоко понимая проблему внедрения компьютерных технологий. Важно четко отдавать себе отчет в том, что программное обеспечение представляет собой лишь один из «кирпичиков», и работа по его внедрению и настройке — это всегда необходимая, но не самая ответственная и рискованная часть. Понимая, что формирование баз данных, вычислительных сетей и систем — стратегическое направление в работе, руководитель должен подчинить себе информационно-аналитическую службу и уделять ей достаточно времени и внимания. Внедрение компьютерных технологий это постоянный процесс, а не разовая акция, поэтому важно, чтобы это направление имело высокий приоритет, и руководитель занимался им лично.

21.2. ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В современных условиях функционирования системы здравоохранения на фоне сохраняющегося дефицита финансовых и материальных средств отмечается значительный рост информационных ресурсов.

По данным Новгородского медицинского информационно-аналитического центра, число бумажных носителей медицинской информации в здравоохранении области за последние 10 лет увеличивается в арифметической прогрессии, примерно на 10% каждый

год. Объем информационных ресурсов в электронном виде за этот же период увеличился более чем в 3 раза.

Информационные ресурсы в здравоохранении — это 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.

Информационные ресурсы имеют некоторые особые характеристики, которые отличают их от традиционных понятий 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. Информационные ресурсы, получаемые и расходимые по информационным потокам, преимущественно играют роль средства, носителя медицинских сведений.

Специфическое отличие использования информационных ресурсов 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 информационные ресурсы 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 представления*: бумажный носитель, микроноситель (микроплёнки), 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.

Информационные ресурсы в здравоохранении можно представить в виде следующих информационных блоков.

- Информационные ресурсы здоровья населения:
 - информационные ресурсы медико-демографических процессов;
 - информационные ресурсы заболеваемости;
 - информационные ресурсы инвалидности;
 - информационные ресурсы физического здоровья;
 - информационные ресурсы социальной обусловленности здоровья.
- Информационные ресурсы медицинской и экономической деятельности организаций здравоохранения:
 - информационные ресурсы АПУ;
 - информационные ресурсы больничных учреждений;
 - информационные ресурсы специализированных учреждений;
 - информационные ресурсы аптечных организаций;
 - информационные ресурсы ТФОМС;
 - информационные ресурсы СМО.

К показателям, характеризующим объем информационных ресурсов, 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 является байт (от англ. *byte*). Производные единицы следующие:

- бит — минимальная единица объема двоичной информации (0; 1);
- 1 байт = 8 бит.
- 1 килобайт = 1024 байт (1 Кб);
- 1 мегабайт = 1024 килобайт (1 Мб);
- 1 гигабайт = 1024 мегабайт (1 Гб);
- 1 терабайт = 1024 гигабайт (1 Тб);
- 1 петабайт = 1024 терабайт (1 Пб).

Единица измерения информации на бумажных носителях — 1 экземпляр, 1 наименование, 1 единица хранения и т.д.

К показателям, характеризующим эффективность использования информационных ресурсов, относятся:

- коэффициент использования учетных статистических форм;
- коэффициент использования отчетных статистических форм;
- коэффициент своевременности использования информации.

Для оценки использования информационных ресурсов в Интернете (например, интернет-порталы Гугл (<http://www.google.com>), Яндекс (<http://www.yandex.ru>), Рамблер (<http://www.rambler.ru>)) применяются следующие абсолютные величины:

- средний размер веб-страницы;
- среднее количество веб-страниц на одном сервере;
- средний объем одного сервера (Мб);
- число зарегистрированных пользователей информационных ресурсов;
- число запросов (обращений) к информационному ресурсу;
- число посещений веб-сайта;
- число просмотренных или выгруженных документов.

В качестве примера использования информационных ресурсов в здравоохранении можно привести информационную систему мониторинга здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Новгородской области. Общий объем информации в базах данных этой информационной системы исчисляется десятками гигабайт, количество бумажных учетных и отчетных статистических форм — более 400, количество рассчитываемых на их основе показателей — более 500. Основные блоки информационной системы мониторинга здоровья, среды обитания и деятельности здравоохранения Новгородской области представлены на рис. 21.1.

В настоящее время информационные ресурсы в здравоохранении становятся товаром, который пользуется на рынке медицинских товаров и услуг высоким спросом.

Перечень информационных ресурсов, порядок их использования как отдельной медицинской услуги (далее — услуги) определяются территориальными органами управления здравоохранением. Расчет тарифов на услуги производится на базе нормативных затрат учреждений и их структурных подразделений, а при их отсутствии — по фактическим расходам с учетом технологии выполнения услуги.

Для расчета тарифов на информационные ресурсы учитываются прямые и накладные затраты. К прямым затратам относятся расходы, непосредственно связанные с оказанием услуги:

- оплата труда основного персонала;
- начисления на заработную плату основного персонала;
- материальные затраты, потребляемые в процессе оказания услуги полностью.



Рис. 21.1. Блок-схема мониторинга здоровья населения и деятельности здравоохранения (на примере Новгородской области)

К накладным затратам относятся все виды расходов организаций здравоохранения, не относящиеся непосредственно к оказанию услуги (в данном случае оплата труда программистов, администраторов баз данных, закупка лицензионного программного обеспечения, вычислительная и оргтехника, расходные материалы и т.п.), в том числе отчисления на заработную плату. В общем виде формула расчета тарифа на информационную услугу может быть представлена в следующем виде:

$$T = Z_T + H_3 + M + H,$$

где T — тариф на информационную услугу;

Z_T — нормативные затраты на оплату труда основного персонала;

H_3 — начисления на заработную плату основного персонала;

M — технологически обоснованные затраты на программное обеспечение, вычислительную технику, расходные материалы, используемые при оказании услуги;

H — накладные расходы.

Прямые и накладные расходы, расчет которых затруднителен из-за недостаточно разработанной нормативной базы по их расходу и оперативному учету, относятся на себестоимость косвенным способом, т.е. через расчетные коэффициенты.

21.3. МЕДИЦИНСКИЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ

Разработка и внедрение медицинских информационных систем — сложный процесс, включающий в себя целый комплекс мероприятий:

- разработку проектной документации;
- техническое оснащение (вычислительная техника и структурированные кабельные или беспроводные системы передачи данных);
- обучение персонала;
- развитие внутриучрежденческих (внутриведомственных) компьютерных технологий, обеспечивающих оценку индивидуального, группового, общественного здоровья (анализ потребности и разработка, внедрение программных комплексов).

Для компьютерных технологий применительно к медицинской информации присущи следующие особенности:

- работа в режиме манипулирования (не программирования данных);
- сквозная информационная поддержка на всех этапах прохождения информации на основе баз данных, предусматривающих единые (унифицированные) форматы и алгоритмы хранения, обработки и защиты данных;
- безбумажный процесс обработки документов (в том числе внедрение электронной подписи);
- работа на основе сетевой технологии клиент–сервер, объединенных средствами коммуникации;
- возможности адаптивной перестройки форм и способа представления информации в процессе решения задачи.

Эффект от использования компьютерных технологий связан не только с доступной пользователю структурой и дружелюбностью интерфейса. Обращение к компьютерным системам продиктовано, главным образом, необходимостью иметь для работы те или иные массивы данных. Эту роль выполняют так называемые базы данных или знаний. В целом, самая простая роль, отведенная базам данных, — хранить информацию. Информация в базах данных накапливается в течение определенного периода, ввод данных и информации осуществляется операторами различной квалификации. Ведение медицинской документации в базах данных возможно в двух вариантах:

- «ручной» ввод данных и (или) информации, ее характеристик и показателей;
- автоматический (программный) ввод из функционирующих комплексов и автоматических систем.

Как правило, в базах данных представлена информация трех видов: перемещаемая — содержит данные, передающиеся, к примеру, в вышестоящий орган управления здравоохранением; локальная — формируется на конкретном рабочем месте; нередктируемые файлы — системные классификаторы, нормативно-справочная документация.

Для управления данными должны быть реализованы два основных требования. С одной стороны, данные должны быть субъектом формального множества правил и принципов, которые обеспечивают поддержку их целостности во время и после завершения над ними

операций. С другой — данные должны управляться (храниться, извлекаться и модифицироваться) только с помощью специального рода компьютерной программы — системой управления базами данных (СУБД).

Мировой и отечественный опыт разработки и внедрения средств автоматизации свидетельствует, что программное и техническое (аппаратное) обеспечение требует примерно равных долей инвестиций. Комплекс технических средств должен обеспечивать удобство, быстроту и надежность доступа к информационной системе.

Информационная система — это организационно упорядоченная совокупность информационных ресурсов и технологий, в том числе с использованием средств вычислительной техники и связи, реализующих информационные процессы. В принципе, любая система хранения данных может быть определена как информационная система.

Ключевой момент разработки и внедрения информационных систем — их ориентация на компьютерные технологии и следование определенным методическим и организационно-технологическим принципам (табл. 21.1).

Таблица 21.1. Основные принципы разработки информационных систем в здравоохранении

Принцип	Описание
Системный подход	Проектируемая система рассматривается как единое целое со всем многообразием связей между ее элементами и внешними системами
Композиция / декомпозиция	Предполагает разделение информационной системы на составные задачи и выделение отдельных из них с целью более эффективного анализа и проектирования
Иерархичность	Информационная система представляется в виде многоуровневой иерархической структуры с вертикально соподчиненными элементами (подсистемами)
Совместимость	Обеспечение способности взаимодействия информационной системы различных видов в процессе совместного функционирования
Функциональность	Информация однократно вводится и многократно используется

Окончание табл. 21.1

Принцип	Описание
Унификация	Определяет необходимость применения типовых, унифицированных элементов, стандартов, форматов и предполагает использование существующего опыта и имеющихся проектных решений
Рациональность	Базируется на оценках, получаемых по критерию эффективности, и заключается в достижении рационального соотношения между затратами на создание информационной системы и эффектом, получаемым при ее функционировании
Независимость	Независимость представления данных, предполагающая создание моделей данных, которые не зависят от процессов их обработки, физической структуры
Адаптивность	Адаптивность информационной системы к изменениям внешней среды, возможность быстрого переключения на разные режимы использования аппаратных и телекоммуникационных средств
Синхронизация	Процесс переработки и выдачи информации синхронизирован с процессами принятия решений на всех уровнях

Вместе с тем компьютеризация сама по себе не является самоцелью. Важно то, что облегчаются и удешевляются создание, хранение и пользование массивов информации, обеспечиваются ее полнота и адекватность, своевременность поступления. Применение информационных систем позволяет в первую очередь оперативно обслуживать все информационные процессы и повышать уровень использования информации.

Существуют, по крайней мере, две основные предпосылки для создания информационных систем. Во-первых, информационные системы предназначены для сбора, хранения и обработки информации, поэтому в основе их построения лежит среда хранения и доступа к данным (т.е. базы данных и СУБД). Во-вторых, информационные системы ориентируются на конечного пользователя. Такие пользователи могут быть очень далеки от компьютерных технологий. Для них компьютер представляет собой всего лишь инструмент, используемый в их профессиональной деятельности. Именно поэтому конкретные задачи, которые должны решаться информационной

системой, зависят от той прикладной области, для которой предназначена система.

21.4. КЛАССИФИКАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ

Актуальность проблемы внедрения информационных систем в здравоохранение определяется, прежде всего, необходимостью повышения эффективности процессов управления здравоохранением, качества оказываемой населению медицинской помощи. До середины 70-х годов прошлого столетия развитие информатизации отставало от возрастающих потребностей системы здравоохранения в использовании информационных технологий, после чего стали проявляться активизация и ускорение работ по созданию компьютерных систем медицинского назначения. Больничные отделения и небольшие административные подразделения получили возможность приобретения компьютерной техники для создания локальных информационных систем, однако 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 этих 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 в каждом учреждении считалось 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. 21.2).

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 различных платформах, применение различных алгоритмов обработки информации в разных

учреждениях в условиях жесткого дефицита материальных средств крайне усложняют задачу разработки интегральной информационной системы. Одним из главных тормозов на пути разработки любой информационной системы для здравоохранения является отсутствие единых стандартов, утвержденных законодательно.

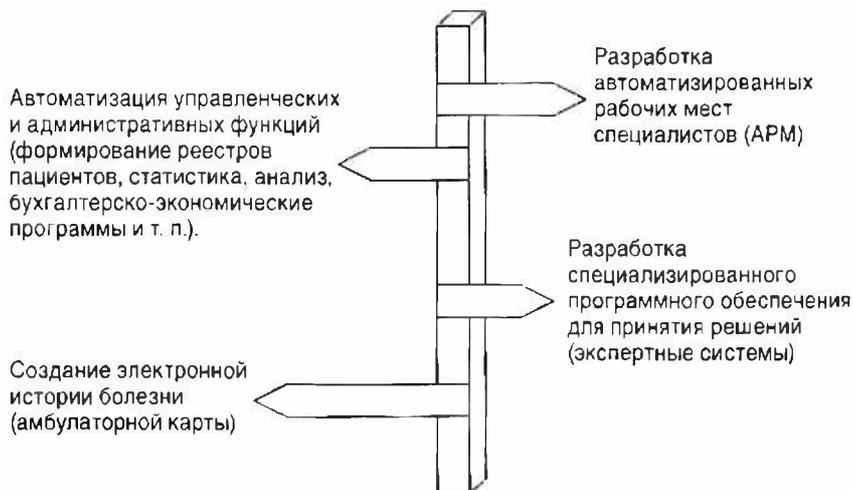


Рис. 21.2. Направления разработки компьютерных систем в здравоохранении

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.п. Это немаловажно, если учесть, что на прием одного пациента врачу поликлиники отводится от 10 до 15 мин, причем около 50% этого времени уходит на оформление истории болезни. Сокращение бумажного документооборота происходит за счет использования компьютеров при вводе, хранении, поиске, обработке, анализе данных о больных.

Современная концепция медицинских информационных систем предполагает объединение существующих информационных ресурсов по следующим основным группам:

- электронные истории больных;
- 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 информационные системы (МИС) служат базой для поэтапного создания мониторинга здоровья и здравоохранения на федеральном и региональном уровнях. По назначению эти системы делятся на три группы: системы, основная функция которых — накопление данных и информации; диагностические и консультирующие системы; системы, обеспечивающие процесс медицинского обслуживания.

Однозначно классифицировать информационные системы, применяемые в здравоохранении, достаточно сложно из-за продолжающейся эволюции их структур и функций. Многоуровневая структура управления здравоохранением (муниципальный, региональный, федеральный уровни управления) может стать основой для классификации медицинских информационных систем. Информационные системы в здравоохранении в пределах каждого уровня управления в зависимости от специфики решаемых задач классифицируются по следующим функциональным признакам:

- административные медицинские системы;
- поисковые информационные системы;
- системы для лабораторно-диагностических исследований;
- экспертные системы;
- больничные медицинские информационные системы;
- АРМы (автоматизированные рабочие места специалистов);
- телемедицинские системы и др.

Административные медицинские системы обеспечивают информационную поддержку функционирования медицинского учреждения, включая автоматизацию административных функций персонала. МИС этого уровня обеспечивают управление больничной, амбулаторно-поликлинической и специализированными службами на административно-территориальном уровне. В функциональном плане в системе можно условно выделить пять базовых компонентов: планирование и прогнозирование деятельности; учет и контроль за деятельностью учреждений и формированием отчетности; оперативное управление отдельными службами и вспомогательные задачи (создание и ведение классификаторов, нормативов и т.п.).

Сюда же входят информационные системы для решения специализированных медицинских задач, обеспечивающих информационную поддержку деятельности работников специализированных медицинских служб, в частности информационные системы для отдельных направлений: взаиморасчетов в системе ОМС; управление экстренной медицинской помощью по ликвидации последствий ЧС; лекарственного обеспечения; персонифицированные регистры.

Персонифицированные регистры территориального уровня содержат информацию на прикрепленный контингент муниципального образования, субъекта РФ. Регистры заменяют многочисленные бумажные формы документации (журналы по учету больных по отдельным заболеваниям, по возрастному-половому составу, по диспансерному наблюдению) и облегчают переход на безбумажную технологию. Регистр обеспечивает решение следующих задач: хранение полицевой картотеки для получения данных по запросам специалистов; формирование государственной отчетности. Кроме того, регистр позволяет более объективно оценивать эффективность проведения профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий. Персонифицированные регистры, по сути, служат «кирпичиками» территориальной системы мониторинга здоровья и здравоохранения.

Обязательное требование — наличие системы защиты конфиденциальности персонифицированных данных при их перелаче по телекоммуникационным сетям.

В конечном итоге речь идет о создании корпоративной информационной системы, непосредственно объединяющей информационные ресурсы 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 пользоваться современными компьютерными технологиями.

В этой связи инициатива в области внедрения компьютерных технологий и автоматизации процессов управления ресурсами в здравоохранении должна исходить от органов управления здравоохранением и ТФОМС, которые в ряде субъектов РФ достаточно результативно проводят эту работу. К таким территориям можно отнести Новгородскую, Мурманскую, Ростовскую области, Москву, Санкт-Петербург и др.

На федеральном уровне создание административных медицинских систем позволяет решать задачи, обеспечивающие стратегический уровень управления:

- мониторинг реализации программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной 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 пр.);
- управление медицинскими учебными заведениями, движением и переподготовкой медицинских кадров;
- учет и анализ материально-технических, финансовых ресурсов здравоохранения и др.

Поисковые информационные системы решают задачи информационного обеспечения медицинского персонала: подготовка реферативной информации для сотрудников; разработка и поддержка веб-серверов и поиск в интернете; создание и ведение профессионально ориентированных баз данных, регистров лекарственных препаратов, реестров медицинских услуг 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.п.), по функциональному признаку (деятельность ЛПУ, материально-техническая база, лекарственные средства и др.). Различают документографические, фактографические и полнотекстовые поисковые системы.

Рост числа фактографических и документографических поисковых систем объясняется тем, что в управленческой деятельности руководителя учреждения здравоохранения, в клинической работе врача, в научно-медицинских исследованиях 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 число коммерческих поисковых систем. Особое значение имеет интеграция медицинских поисковых систем в единую информационную сеть Интернет, что 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 информационных систем.

Наиболее важные области применения лабораторно-диагностических систем — неострые 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 (врачебные амбулатории, центры общей врачебной (семейной) практики, ЦРБ).

Экспертные системы эффективно используют при решении задач диагностики, интерпретации данных, прогнозирования течения заболевания и осложнений. Один из примеров экспертной системы — программно-технический комплекс АКДО, разработанный под руководством профессора В.В. Шаповалова, который используется для проведения медицинских осмотров населения.

По мере внедрения информационных систем в учреждениях здравоохранения экспертные системы могут использоваться на более высоком качественном уровне — как системы интеллектуального анализа данных, поиска закономерностей и выработки альтернативных решений в управлении медицинскими учреждениями.

Основные компоненты таких систем: база данных (знаний), алгоритм моделирования, интерфейсы пользователя и интерфейсы с фактографическими базами данных.

В обучающей системе присутствует база данных, содержащая методическую и справочную информацию, позволяющую оценить и углубить знания обучающегося, тестовые задания и мультимедиа приложения для наглядного обучения. Стандартные программы представляют собой различные комплексы тренировочных упражнений и практических методик, более сложные призваны помочь обучающимся в овладении навыками решения таких задач, как постановка диагноза, выработка плана лечения, прогнозирование отдаленных последствий. Современные экспертные медицинские системы интегрированы с другими типами информационных систем.

Больничные медицинские информационные системы объединяют в себе на основе электронной истории болезни (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 СУБД. **База данных** для ЭИБ состоит из двух основных компонентов: модуль нормативно-справочной документации и модуль хранения данных. Нормативно-справочная документация 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 препятствуют недостаточное развитие корпоративных информационных сетей медицинских учреждений, а также отсутствие необходимой нормативной базы.

При информатизации как лечебных учреждений, так и органов управления здравоохранением следует придерживаться следующих требований. В первую очередь использование компьютерных техно-

логий не должно увеличивать объем работы медицинского персонала и существенно изменять стиль его работы. Во-вторых, изначально должны быть автоматизированы те структурные подразделения, где информация впервые фиксируется.

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 АРМУ врача-клинициста (терапевта, хирурга, акушера-гинеколога, травматолога, офтальмолога и др.) предъявляются требования, соответствующие специфике их врачебных функций. В составе АРМа могут быть экспертные системы, математические модели, обеспечивающие анализ различных ситуаций и предоставляющие специалисту дополнительную информацию для принятия клинических решений.

Важнейшее направление использования информационных систем в здравоохранении — **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. Основным условием становления телемедицины стало развитие многоуровневой медицинской инфраструктуры, для взаимодействия отдельных элементов которой внедрение этих технологий оказалось наиболее востребовано (рис. 21.3). Это позволило проводить необходимые лечебно-диагностические консультации из федеральных и зарубежных медицинских центров, региональных медицинских учреждений для пациентов, находящихся на лечении в ЦРБ, центрах общей врачебной (семейной) практики.

Экономическая эффективность от внедрения телемедицины в практическое здравоохранение может оцениваться по таким крите-

риям, как снижение расходов на лечение из-за уменьшения числа ошибочных диагнозов и неадекватно выбранных схем лечения, сокращения непроизводительных затрат времени медицинского персонала на обучение с отрывом от своих рабочих мест.

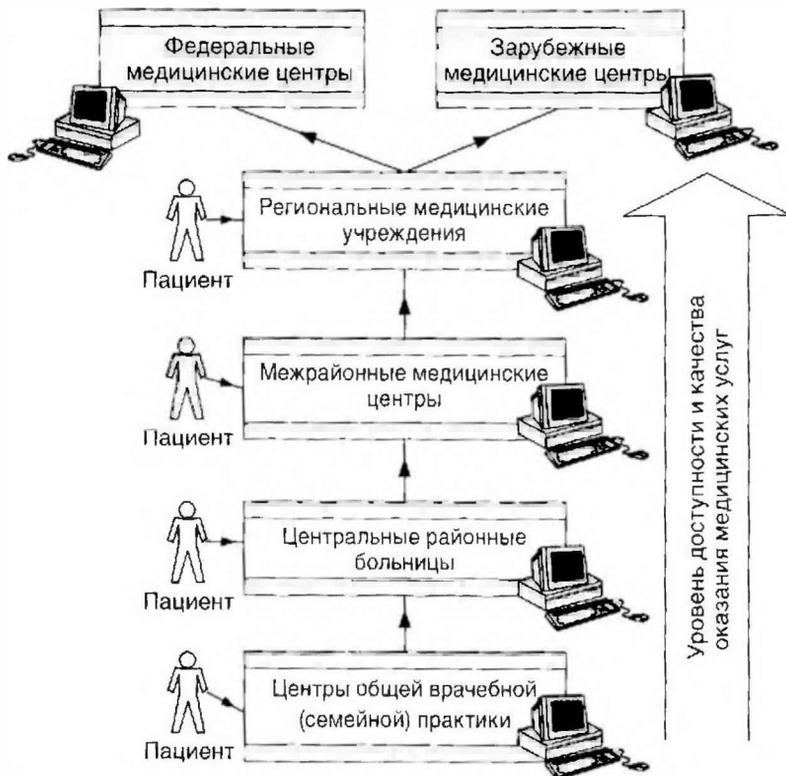


Рис. 21.3. Схема организации телемедицинских консультаций

Одно из направлений использования технологий телемедицины — 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.

21.5. БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ

Медицинские данные на любом уровне представляют собой ценный стратегический ресурс, доступ к которому необходимо строго контролировать, регламентировать, обеспечивая безопасное хранение данных. Широкое использование информации в системе здравоохранения ставит перед ней новые проблемы — обеспечение информационной защиты используемых персонализированных данных, касающихся здоровья или относящихся к разряду конфиденциальных.

Широкое использование в медицине компьютеров, информационных технологий позволило, с одной стороны, решить задачу автоматизации обработки постоянно нарастающих объемов медицинской информации, с другой — сделало эти процессы уязвимыми по отношению к «недружественным воздействиям», поставив с особой остротой проблему информационной защиты. Возникающие при этом опасности можно подразделить на две категории: субъективные факторы (люди и процедуры) и объективные факторы (аппаратура и программное обеспечение). Например, преднамеренная атака на конфиденциальную информацию или попытка снизить производительность (отключение поврежденной информационной системы на ремонт или восстановление разрушенных данных) способны полностью прервать производственно-управленческий цикл учреждения. Риск может возникнуть как извне учреждения, так и в его стенах. Загруженные извне файлы могут содержать ошибки или вирусы, способные разрушить систему. Стратегия защиты должна объединять меры предупреждения этих двух категорий опасности.

Вирус — это особая программа, способная привести к большим и необратимым нарушениям работы компьютера или сети. Вирусы проникают в компьютер двумя путями: через устройства чтения внешних носителей информации (через загружаемые программы и файлы) и при загрузке файлов из внешнего мира (например, Интернет, электронная почта), чему не могут помешать брандмауэры (средства защиты, которые отслеживают и ограничивают обмен данными между компьютером и сетью или Интернетом). Единственную защиту обеспечивают специальные программы, предотвращающие заражение или лечащие компьютеры после проникновения вирусов. Новые вирусы появляются в огромном количестве, поэтому антивирусные программы требуют постоянного обновления.

Внешний риск, кроме того, ассоциируется с так называемыми хакерами, проникающими в информационные системы (сети)

извне. Они преследуют различные цели: от обычного любопытства до злонамеренного вредительства или извлечения выгоды. Обычно хакерами являются высококвалифицированные специалисты. Их действия создают экономическую и профессиональную угрозу ресурсам организации.

По разным источникам от 50 до 80% нарушений безопасности в информационных системах возникают внутри самой организации в результате беспечности сотрудников компании. Другая «группа риска» — обиженные и уволенные сотрудники. После увольнения или перевода на другое место работы у такого сотрудника может остаться пароль и сведения о размещении важных данных, которые он может использовать в корыстных целях. В связи с этим необходимо изменять профили пользователей и список доступа при любом изменении статуса каждого работника.

21.6. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ИНФОРМАТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

С целью оперативного управления и стратегического планирования ресурсов системы здравоохранения, повышения доступности и качества медицинской помощи гражданам РФ в рамках Программы государственных гарантий МЗиСР РФ планирует в ближайшее время создание **государственной информационной системы персонифицированного учета оказания медицинской помощи (ГИС «Здравоохранение»)**. Эта система должна обеспечить оперативный учет медицинской помощи, учреждений здравоохранения, медицинских кадров и создать надежную основу для решения ключевых задач управления отраслью. В рамках этой системы планируется решение следующих задач:

- создание сводного регистра и паспортов ЛПУ с учетом разрешенных видов медицинской деятельности, штатного состава, медикотехнического оснащения и показателей эффективности работы;
- создание единого регистра получателей медицинской помощи на территории РФ;
- разработка и внедрение системы контроля качества медицинской помощи на основе персонифицированного учета медицинской помощи и разработанных медико-экономических стандартов;
- разработка и внедрение системы территориально-популяционных регистров по основным социально-значимым неинфекционным

- заболеваниям, достоверно отражающих динамику показателей (заболеваемость, смертность, факторы риска и др.);
- создание информационной подсистемы на базе информационных ресурсов ФФОМС для анализа и прогнозирования объемов государственных гарантий оказания медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение и др.

Разработка и внедрение ГИС «Здравоохранение» позволит повысить уровень работы при разработке территориальных программ государственных гарантий, в части формирования государственных (муниципальных) заданий учреждениям здравоохранения на оказание населению бесплатной медицинской помощи. Кроме того, ГИС «Здравоохранение» позволит обеспечить открытость, полноту и доступность для граждан сведений о медицинской помощи, предусмотренной действующим законодательством.

Данная система должна обеспечить оперативность и точность ввода, обработки, анализа и хранения информации об оказанной застрахованным гражданам медицинской помощи.

Источниками первичных данных для формирования информационных ресурсов ГИС «Здравоохранение» будут служить медицинские учреждения, ТФОМС. Региональными операторами данной информационной системы могут выступать медицинские информационно-аналитические центры. Функции операторов информационной системы на федеральном уровне предполагается возложить на Росздравнадзор и ФФОМС.

Информационные массивы, интегрируемые в рамках ГИС «Здравоохранение», позволят решать задачи, касающиеся, прежде всего, повышения эффективности использования ресурсов и управления отраслью в целом. Для этого предусматриваются разработка и внедрение мониторинга финансовых потоков в учреждениях здравоохранения, оценка эффективности управления кадровыми ресурсами и отдельными видами медицинской помощи, прогнозирование потребности населения в лекарственных препаратах, в том числе по программе лекарственного страхования, расчет необходимых затрат на медицинскую помощь, оказываемую в рамках Программы госгарантий как на территории субъекта РФ, так и в целом по отрасли. Перспективны в рамках ГИС «Здравоохранение» дальнейшее совершенствование социально-гигиенического мониторинга, создание системы оценки эффективности деятельности региональных органов управления здравоохранением, отдельных медицинских учреждений и др.

Глава 22

Комплекс мер по совершенствованию охраны здоровья населения Российской Федерации

Последовательная реализация государственной политики в сфере здравоохранения, выполнение федеральных и региональных медико-социальных программ позволили достичь определенных результатов по сохранению здоровья жителей Российской Федерации, улучшению деятельности системы здравоохранения. Повысилась заинтересованность органов государственной власти, руководителей организаций и предприятий области в решении проблем охраны здоровья граждан. Однако, несмотря на принимаемые меры, в здравоохранении России остается ряд нерешенных проблем. Среди них сохраняющиеся несоответствие между обязательствами государства по предоставлению гражданам России бесплатной медицинской помощи и выделяемыми на эти цели финансовыми ресурсами. Отмечается недостаточная доступность медицинской помощи, особенно для наименее обеспеченных слоев населения, и высокая дифференциация муниципальных образований в показателях здоровья населения и обеспечении здравоохранения необходимыми ресурсами. Нарастает коммерциализация государственного и муниципального здравоохранения, одной из причин чего является отсутствие эффективных действующих механизмов государственного регулирования в этой сфере. Несмотря на выделяемые государством для развития здравоохранения дополнительные финансовые и материально-технические ресурсы, эффективность их использования остается невысокой. Отсутствие адаптированной к рыночным механизмам системы мотивации труда не позволяет сполна использовать имеющиеся резервы работников здравоохранения для повышения объема и качества оказываемой населению медицинской помощи. Остались нерешенными ряд вопросов, связанных с подготовкой и переподготовкой квалифицированных кадров работников здравоохранения, выработкой комплекса мер по их социальной защите.

У большей части населения отсутствует мотивированное ценностное отношение к собственному здоровью как к необходимому

жизненному ресурсу, что, в свою очередь, оказывается главным фактором, препятствующим формированию среди населения здорового образа жизни. По-прежнему большое влияние на состояние общественного здоровья имеют поведенческие факторы и вредные привычки: распространенность алкоголизма, табакокурения, отсутствие интереса к занятиям физической культурой среди значительной части населения.

Несмотря на наметившуюся позитивную тенденцию, показатель средней продолжительности предстоящей жизни в РФ остается на низком уровне (мужчины — 61,8; женщины — 74,2 года) и отстает от ряда развитых стран. Например, в Японии этот показатель составляет для мужчин 78,6, для женщин — 85,6, в Норвегии соответственно 77,8 и 82,8, в Швеции — 78,5 и 82,9 года.

Сохраняется высокий уровень смертности населения в трудоспособном возрасте, прежде всего по причине сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, дорожно-транспортных происшествий. В заболеваемости населения увеличивается доля невротических и психических расстройств, по причине употребления алкоголя, психотропных веществ, отмечается рост профессиональной заболеваемости, связанной с неудовлетворительными условиями труда, нарушением санитарно-гигиенических норм и правил.

Продолжается углубление дифференциации показателей здоровья населения в зависимости от социального и имущественного положения. Остается высокой заболеваемость инфекционными и социально значимыми болезнями, на распространенность которых по-прежнему значительное влияние оказывает недостаточный уровень жизни большей части населения (низкий уровень заработной платы и пенсионного обеспечения, ухудшение условий жизни, труда, отдыха, состояния окружающей среды, качества и структуры питания и др.).

Медико-социальная диагностика и анализ проблем, характеризующих современное состояние здоровья населения, а также изучение социальных запросов общества в сфере здравоохранения позволили авторам разработать, научно обосновать и представить в МЗиСР РФ комплекс мер по совершенствованию здравоохранения на региональном уровне. Эти меры, в частности, вошли в комплекс мер по развитию здравоохранения РФ на период до 2020 года, которые были рассмотрены и одобрены II Съездом Российской общественной организации «Российское общество по организации здравоохранения и общественного здоровья».

Таким образом, приоритетные направления совершенствования системы здравоохранения следующие:

1. Сокращение разрыва показателей здоровья населения между отдельными регионами РФ и экономически развитыми странами.
2. Улучшение здоровья детей, подростков, женщин.
3. Сохранение здоровья лиц пожилого возраста.
4. Снижение уровня социально значимых заболеваний.
5. Сокращение распространенности инфекционных болезней.
6. Обеспечение здоровой и безопасной среды обитания.
7. Формирование здорового образа жизни.
8. Совершенствование механизмов государственных гарантий в обеспечении населения бесплатной медицинской помощью.
9. Повышение эффективности системы управления и финансирования здравоохранения.
10. Создание необходимых условий для инновационного развития здравоохранения.
11. Модернизация системы подготовки и переподготовки кадров в здравоохранении.
12. Совершенствование законодательной базы здравоохранения.

1. Сокращение разрыва показателей здоровья населения между отдельными регионами РФ и экономически развитыми странами

Существующий в настоящее время разрыв показателей здоровья населения России и экономически развитых стран в первую очередь связан с отсутствием научно обоснованной государственной политики в области охраны здоровья граждан, недостаточным ресурсным обеспечением отрасли, а также несовершенством механизмов эффективного использования выделяемых на нужды здравоохранения материально-технических, финансовых, кадровых и других ресурсов.

Для решения этой проблемы необходима, прежде всего, реализация следующих мер:

- разработка и обеспечение реализации (на федеральном, региональном и муниципальном уровнях) эффективной государственной политики в сфере охраны здоровья граждан;
- введение индекса гуманитарного развития в качестве критерия оценки социально-экономического развития регионов;
- проведение анализа причин выявленных различий показателей здоровья населения из разных социально-экономических групп;

- введение мониторинга и оценки эффективности мероприятий, осуществляемых с целью ликвидации имеющихся различий показателей здоровья населения в отдельных социально-экономических группах;
- обеспечение большей доступности медико-социальной помощи для малообеспеченных групп населения за счет гибкой системы льгот, пособий и др.

2. Улучшение здоровья детей, подростков, женщин

От реализации этого приоритетного направления развития здравоохранения во многом зависит ответ на вопрос, сумеет ли Россия в обозримом будущем выйти из демографического кризиса или нет. Именно поэтому необходимо ставить и решать стратегические задачи по снижению показателя младенческой смертности в среднем по Российской Федерации до 7,5‰ (в субъектах РФ, достигших этого значения, — снижение этого показателя до средневропейского уровня); сокращению не менее чем на 50% уровня смертности и инвалидности, связанных с несчастными случаями и актами насилия среди детей; сокращению числа детей, рождающихся с массой тела менее 2500 г, по крайней мере, на 20%; снижению показателя материнской смертности в среднем по Российской Федерации до 18,5 на 100 тыс. живорожденных (в субъектах РФ, достигших этого значения, — снижение этого показателя до средневропейского уровня).

Важнейшими являются задачи по сокращению случаев смертности и инвалидности среди школьников и подростков (связанных с актами насилия и несчастными случаями), по крайней мере, на 50%; сокращению числа молодых людей, которым свойственны вредные привычки поведения, связанные с употреблением наркотиков, табака и алкоголя на 30%; уменьшению числа беременностей у девочек-подростков, по крайней мере, на 25%.

Для достижения этих задач необходимо выполнение следующего комплекса мер:

- расширение и интенсификация профилактической деятельности, включая диспансеризацию детей всех возрастов;
- увеличение объемов специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи детям;
- внедрение высокотехнологичных методов диагностики и профилактики наследственных заболеваний и врожденных пороков развития у детей;
- создание в стране сети современных перинатальных центров;

- обеспечение родильных домов современным медицинским оборудованием и специальным санитарным транспортом;
- развитие служб планирования семьи и безопасного материнства;
- интеграция родовспомогательных учреждений с общей лечебной и специализированной сетью;
- внедрение принципов ВОЗ по интегрированному ведению болезней детского возраста;
- внедрение критериев ВОЗ для присвоения статуса «Больница доброжелательного отношения к ребенку»;
- приближение служб первичной медико-санитарной помощи к условиям повседневной жизни школьников и подростков (домашняя среда, школы и другие учебные заведения, места отдыха);
- разработка и реализация региональных медико-социальных программ по улучшению здоровья подростков, в том числе юношей допризывного и призывного возрастов;
- разработка и реализация межведомственных программ по проблемам наркомании, самоубийств, употребления алкоголя, предупреждению несчастных случаев;
- реализация концепции ВОЗ по формированию школ, содействующих укреплению здоровья;
- внедрение критериев ВОЗ для присвоения статуса «Больница доброжелательного отношения к подростку» и др.

3. Сохранение здоровья лиц пожилого возраста

Это приоритетное направление, безусловно, имеет не только медико-социальное, но и политическое значение. Люди, проработавшие десятки лет и достигшие пожилого возраста, вправе требовать от общества более высокого уровня медицинской помощи. В этом случае перед здравоохранением встают задачи по повышению, по крайней мере, на 5–7% показателя средней продолжительности предстоящей жизни, а также увеличению на 30–50% числа людей в возрасте 80 лет, обладающих таким уровнем здоровья, который позволяет им сохранять независимость, самоуважение и надлежащее место в обществе.

Достижение этих результатов, конечно, не является задачей только одной системы здравоохранения. Для их решения необходим межсекторальный подход с реализацией следующего комплекса мер:

- координация деятельности служб здравоохранения и социальной защиты;
- развитие первичной медико-санитарной помощи с учетом реальной потребности пожилых людей;

- систематические профилактические меры, направленные на улучшение слуха, подвижности (замена головки тазобедренного сустава), зрения, протезирование зубов;
- организация гериатрической службы во всех субъектах РФ;
- улучшение качества и доступности реабилитационной помощи;
- подготовка специалистов в области паллиативной помощи;
- развитие сети больниц для инкурабельных больных (хосписов);
- создание условий для достойного ухода пожилых больных людей из жизни (предоставление возможности умирать в том месте, которое они выберут, и в окружении тех людей, которых они хотели видеть, по возможности без боли и мучений) и др.

4. Снижение уровня социально значимых заболеваний

Долгие годы это приоритетное направление в здравоохранении остается скорее политической декларацией, нежели системой целенаправленных, ориентированных на конкретные результаты действий, подтверждением чему служит анализ распространенности и социально-экономических последствий социально значимых заболеваний, представленный в разделе 2.3.3. Проведение углубленного исследования структуры и уровня «социопатий», выявление их основных тенденций и причинно-следственных связей позволяют научно обосновать комплекс взаимосвязанных задач по их профилактике и снижению. К этим задачам, прежде всего, следует отнести необходимость сокращения показателей смертности, связанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в среднем на 40%; сокращение смертности от злокачественных новообразований различных локализаций, по крайней мере, на 15% и уменьшение смертности вследствие рака легких на 25%; сокращение на 30% числа ампутаций, слепоты, почечной недостаточности и других серьезных расстройств, связанных с сахарным диабетом. В числе этого комплекса задач важнейшими также являются снижение показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, связанных с хроническими болезнями органов дыхания, костно-мышечными нарушениями и другими распространенными хроническими болезнями; профилактика психических расстройств и сокращение числа самоубийств, по крайней мере, на 30%; сокращение смертности и инвалидности в результате дорожно-транспортных происшествий и других несчастных случаев, по крайней мере, на 30%; обеспечение снижения уровней распространенности и смертности, связанных с ВИЧ-инфекцией, СПИДом и другими заболеваниями, передаваемыми половым путем и др.

Для решения этих задач и достижения конкретных результатов необходима реализация комплекса мер, причем дифференцированных по каждому из социально значимому заболеванию в отдельности.

Профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний:

- разработка и внедрение современных медицинских профилактических технологий для групп высокого риска по развитию сердечно-сосудистых осложнений;
- разработка современных методов профилактики, диагностики и лечения артериальной гипертонии и ее осложнений;
- разработка научно обоснованных программ по организации восстановительного лечения больных инсультом и острым инфарктом миокарда;
- создание эффективной системы профилактики артериальной гипертонии и ее осложнений;
- создание системы контроля над ходом выполнения мероприятий по профилактике и лечению артериальной гипертонии;
- совершенствование системы государственного регистра больных артериальной гипертонией;
- совершенствование методов реабилитации больных артериальной гипертонией и др.

Профилактика и лечение сахарного диабета:

- проведение исследований по изучению причин возникновения и механизмов развития сахарного диабета, его осложнений;
- совершенствование методов профилактики, диагностики и лечения сахарного диабета;
- оснащение диабетологических подразделений специализированных учреждений здравоохранения необходимым оборудованием;
- организация работы школ для обучения больных сахарным диабетом;
- проведение мониторинга сахарного диабета и его осложнений;
- обеспечение функционирования государственного регистра лиц, больных сахарным диабетом;
- создание мобильных лечебно-профилактических модулей, внедрение в клиническую практику современных лекарственных средств и диагностических систем и др.

Профилактика и лечение злокачественных новообразований:

- строительство и реконструкция специализированных медицинских учреждений, оказывающих помощь населению при онкологических заболеваниях;

- проведение исследований в области этиологии и патогенеза злокачественных новообразований;
- проведение научных исследований в области профилактики, диагностики и лечения злокачественных новообразований;
- информационная поддержка национального регистра веществ, продуктов, производственных процессов, бытовых и природных факторов, канцерогенных для человека;
- обеспечение функционирования государственного регистра больных со злокачественными новообразованиями;
- совершенствование оказания специализированной медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями и др.

Профилактика и лечение психических расстройств и их последствий:

- улучшение психоэмоционального климата в быту и на производстве;
- систематическая подготовка участковых врачей, врачей общей практики по вопросам диагностики и лечения депрессивных состояний;
- развитие системы психиатрических палат неотложной помощи;
- проведение фундаментальных и прикладных исследований по изучению факторов, влияющих на психическое здоровье;
- обучение населения рациональному поведению в экстремальных и стрессовых ситуациях и др.

Профилактика травматизма и смертности в результате дорожно-транспортных происшествий и несчастных случаев:

- совершенствование современной системы санавиации и транспортировки пострадавших в кратчайшие сроки к месту оказания специализированной медицинской помощи;
- разработка и внедрение стандартов оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП;
- организация обучения персонала служб жизнеобеспечения (МВД, МЧС и др.) оказанию первой медицинской помощи;
- обеспечение взаимодействия, при оказании экстренной медицинской помощи пострадавшим в ДТП и ЧС, служб здравоохранения, МВД, МЧС, федеральных и региональных органов исполнительной власти;
- оснащение современным медицинским оборудованием, санитарным транспортом, средствами связи организаций здравоохранения, принимающих участие в оказании специализированной медицинской помощи пострадавшим в результате ДТП, несчастных случаев и др.

Борьба с ВИЧ-инфекцией:

- реализация программ обмена использованных инъекционных игл на новые для лиц, вводящих внутривенно наркотики;
- обеспечение широкого доступа к презервативам, другим средствам индивидуальной защиты;
- обеспечение безопасности крови с помощью надлежащего скрининга и тестирования донорской крови и препаратов крови;
- обеспечение эффективного, анонимного лечения лиц с заболеваниями, передаваемыми половым путем, и др.

Профилактика и лечение туберкулеза:

- активное выявление больных туберкулезом с помощью микроскопического исследования мокроты и целевых флюорографических осмотров;
- проведение на общенациональном уровне и в соответствии с рекомендациями ВОЗ программы борьбы с туберкулезом, основанной на стратегии DOTS;
- регулярная и бесперебойная поставка всех основных противотуберкулезных препаратов;
- развитие специальных служб наблюдения за населением из таких групп риска, как мигранты, лица без определенного места жительства, ВИЧ-инфицированные и др.

5. Сокращение распространенности инфекционных болезней

Несмотря на значительные результаты, достигнутые в профилактике, ранней диагностике и лечении инфекционных болезней, в системе здравоохранения имеются достаточные резервы, а каждый год появляются и новые возможности для дальнейшего сокращения распространенности инфекционных заболеваний. С учетом последних научных достижений в области эпидемиологии инфекционных заболеваний на ближайшее десятилетие вполне реально достижение следующих результатов:

- проведение комплекса противоэпидемических мероприятий по предупреждению распространения гриппа А/Н1 N1;
- снижение показателя распространенности дифтерии до уровня не более 0,1 случая на 100 тыс. населения;
- сокращение числа новых случаев передачи вируса гепатита В не менее чем на 80%;
- снижение распространенности эпидемического паротита, коклюша и инвазийных инфекций, вызываемых *Haemophilus influenzae* типа b, до уровня не более 1 случая на 100 тыс. населения;

- сокращение показателя распространенности врожденного сифилиса и краснухи до уровня не более 0,01 случая на 1000 живорожденных;
- выполнение в полном объеме национального календаря вакцинопрофилактики и др.

6. Обеспечение здоровой и безопасной среды обитания

Решение проблемы обеспечения здоровой и безопасной среды обитания человека становится все более актуальной в связи с возросшим числом техногенных катастроф, загрязнением окружающей среды, угрозы нарушения экологического равновесия. Эта проблема, наряду с проблемой формирования здорового образа жизни, является определяющей в сохранении и улучшении здоровья населения и должна решаться на государственном уровне с участием институтов. Важнейшая роль в ее решении отводится службе Роспотребнадзора. Население страны должно проживать в условиях безопасной окружающей среды, в которой воздействие опасных для здоровья факторов не превышает предусмотренных международными стандартами. Необходимо обеспечить значительное сокращение содержания физических, химических и микробных загрязнителей в водной и воздушной среде, а также в отходах и почве, представляющих угрозу для здоровья. При этом надо предоставить населению всеобщий доступ к достаточным запасам питьевой воды удовлетворительного качества. Приоритетной задачей национальной безопасности становится профилактика природных и техногенных катастроф и борьба с их последствиями.

Для решения этих задач в первую очередь необходима реализация следующего комплекса мер:

- совершенствование социально-гигиенического мониторинга, интегрированного в структуру органов исполнительной власти и местного самоуправления;
- создание геоинформационной системы, отражающей пространственно-временные взаимоотношения факторов среды обитания и здоровья населения;
- снижение риска заболеваемости в 1,2–1,4 раза в зависимости от напряженности санитарно-эпидемиологической ситуации при условии снижении антропогенной нагрузки на 1,0%;
- создание механизма прогностического анализа последствий политических решений в области гигиенической безопасности;

- районирование среды обитания с гигиеническим ранжированием территорий по степени опасности негативного влияния на здоровье;
- защита биосферы по критериям допустимой антропогенной нагрузки на окружающую природную среду и др.

7. Формирование здорового образа жизни

Состояние здоровья населения, как известно, более чем на 50% зависит от образа жизни человека, поэтому формирование здорового образа жизни среди населения служит ключом в решении многих проблем, связанных со снижением заболеваемости, инвалидизации, смертности населения, увеличением средней продолжительности предстоящей жизни.

К сожалению, приходится констатировать, что проблема формирования здорового образа жизни последние десятилетия практически выпала из системы общественных и государственных приоритетов, что в результате негативно сказалось на состоянии здоровья граждан Российской Федерации. Потребуется многие годы для формирования у населения поведенческих стратегий приверженности к здоровому образу жизни, появления доминанты ценностного отношения к своему здоровью. Но эту работу надо начинать сейчас, с постановки конкретных задач и определения реально достижимых результатов. Какие задачи по формированию у населения здорового образа жизни представляется необходимым решить в ближайшее десятилетие? Прежде всего, надо добиться увеличения, по крайней мере, на 25–30% числа лиц, систематически занимающихся физической культурой, снижения распространенности избыточной массы тела на 20–30%, расширения ассортимента и доступности безопасных для здоровья продуктов питания. Для минимизации негативного влияния на здоровье, прежде всего детей, вредных привычек, необходимо принять меры для увеличения доли некурящих среди лиц старше 17 лет, по крайней мере, до 50%, и до 95% среди лиц, не достигших 15 лет; снижения потребления алкоголя на душу населения до 10 л в год и исключение случаев употребления алкоголя лицами, не достигшими 15 лет. К числу таких же приоритетных задач следует отнести снижение распространенности употребления психоактивных препаратов, по крайней мере, на 25%, и случаев смертей, связанных с этим, по крайней мере, на 50%.

Безусловно, это приоритетнейшие задачи различных общественных и социальных институтов, государства в целом, но здравоохра-

ствие в решении их должно играть не последнюю роль. При этом к первоочередным мерам с участием здравоохранения в решении поставленных задач можно отнести следующие:

- разработку и принятие «Кодекса здорового образа жизни»;
- формирование у населения поведенческих стратегий приверженности здоровому образу жизни;
- создание условий для повышения ценностного отношения населения к своему здоровью;
- подготовку специалистов по вопросам пропаганды здорового образа жизни;
- обучение граждан здоровому образу жизни с помощью информационных программ, специально адаптированных к различным возрастным и социальным группам населения;
- организацию школ пациентов (больных бронхиальной астмой, сахарным диабетом, гипертонической болезнью и др.);
- развитие служб анонимного лечения алкоголиков и наркоманов;
- развитие сети специализированных учреждений по вопросам формирования здорового образа жизни, включая подготовку соответствующих специалистов и др.

8. Совершенствование механизмов государственных гарантий в обеспечении населения бесплатной медицинской помощью

Как было отмечено ранее, одной из болезненных проблем современного здравоохранения является сохраняющееся несоответствие между обязательствами государства по предоставлению гражданам России бесплатной медицинской помощи и выделяемыми на эти цели финансовыми ресурсами. Достижение такого соответствия путем совершенствования механизмов государственных гарантий в обеспечении населения бесплатной медицинской помощью должно быть приоритетным направлением деятельности органов государственной власти и органов местного самоуправления. Для решения этой задачи целесообразна реализация следующего комплекса мер:

- совершенствование законодательства по обеспечению равенства прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, одинаковой по объему и качеству, во всех субъектах РФ;
- повышение ответственности органов государственной власти и органов местного самоуправления за обеспечение населения гарантированной бесплатной медицинской помощью;
- разработка единых для всех субъектов РФ стандартов (протоколов) ведения больных;

- совершенствование нормативной правовой базы, регламентирующей деление бесплатных и платных медицинских услуг в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;
- широкая информированность граждан о правах в получении бесплатной медицинской помощи и др.

9. Повышение эффективности системы управления и финансирования здравоохранения

В современных условиях одним из важнейших направлений реформирования здравоохранения служит формирование новой системы управления. Система, которая обеспечивала, прежде всего, эффективное использование материально-технических, финансовых, кадровых и других ресурсов, направляемых в отрасль. Без решения этой задачи дальнейшее наращивание ресурсного потенциала системы здравоохранения будет не эффективным. Остается актуальной задача по разграничению полномочий в сфере здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях управления здравоохранения. Без этого не избежать бесконечного дублирования функций органов управления здравоохранением и отдельных медицинских учреждений (федеральных, региональных, муниципальных) в оказании тех или иных видов медицинской помощи, особенно высокотехнологических.

Требует дальнейшего продолжения работа, начатая Министерством здравоохранения РФ в 90-е годы прошлого столетия по стандартизации. Совершенствование управления отраслью, повышение качества медицинской помощи, эффективное использование ресурсов не мыслимы без разработки и установления соответствующих нормативов, правил, требований, технологических регламентов для производства медицинских товаров и услуг.

Особого внимания требует разработка научно-обоснованных подходов к формированию стандартов (протоколов) ведения больных по различным видам медицинской помощи на всех этапах ее оказания. Постановка «на поток» высокотехнологичных медицинских услуг, создание новых медицинских центров, которые позволят сократить сроки ожидания и обеспечить доступность высокотехнологичных видов медицинской помощи пациентам независимо от их места жительства, требуют скорейшей разработки клинических протоколов ведения больных по этим видам медицинской помощи.

Принципиально новые подходы должны внедряться для реализации таких важнейших функций управления, как планирование и

прогнозирование. Эти подходы должны базироваться, прежде всего, на углубленном изучении здоровья населения, современных методов сбора и обработки информации, эффективных технологиях принятия управленческих решений.

В первую очередь надо разработать и внедрить организационно-правовые и экономические механизмы эффективного использования финансовых и других ресурсов. Создание таких механизмов видится возможным только на основе организации единой системы медико-социального страхования и переходе на одноканальную систему финансирования здравоохранения.

Определенные перспективы в повышении эффективности управления отраслью связаны с развитием правовых и организационных механизмов частно-государственного партнерства в здравоохранении. Это касается, прежде всего, создания условий для участия организаций здравоохранения частных форм собственности в реализации территориальных программ государственных гарантий, государственной поддержки венчурных инновационных фондов, финансирующих высокотехнологичные и наукоемкие проекты в здравоохранении, поддержки развития бизнес-ассоциаций в здравоохранении и др.

Безусловно, решение этого ряда проблем совершенствования управления и финансирования здравоохранения требует по каждому из перечисленных выше направлений реализации целого комплекса мер организационного и правового характера.

1. Реформа государственного управления здравоохранением:

- повышение эффективности взаимодействия органов государственной власти, органов местного самоуправления и гражданского общества в области здравоохранения;
- введение механизмов противодействия коррупции в деятельности органов государственной власти и органов местного самоуправления в области здравоохранения;
- модернизация системы информационного обеспечения государственных органов исполнительной власти, органов местного самоуправления в области здравоохранения;
- оптимизация структуры и численности федеральных и региональных органов управления здравоохранением;
- разработка и внедрение административных регламентов (обязательных требований) к порядку, процедурам и административно-управленческим процессам, обеспечивающим исполнение полномочий в сфере здравоохранения;

- совершенствование системы государственного контроля и надзора, лицензирования, проведения государственных экспертиз, выдачи различных разрешений и согласований в сфере здравоохранения;
- повышение эффективности системы закупок для государственных нужд в сфере здравоохранения;
- разработка механизмов общественной экспертизы, проведение государственно-общественных консультаций на ранних стадиях подготовки и принятия управленческих решений в сфере здравоохранения, а также обеспечение публичности принятых решений;
- создание элементов «электронного правительства» в системе управления здравоохранением, включая обеспечение информационной открытости, развитие систем электронного документооборота, доступа к общегосударственным информационным ресурсам, касающихся здоровья населения, деятельности системы здравоохранения и др.

2. Дальнейшее разграничение полномочий в сфере здравоохранения:

- реализация полномочий федеральных органов государственной власти по обеспечению населения высокотехнологичной медицинской помощью и надзору в сфере здравоохранения и благополучия человека;
- реализация полномочий органов государственной власти субъектов РФ по оказанию специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях (кроме федеральных), оказанию специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи; организация обязательного медицинского страхования неработающего населения;
- реализация полномочий органов местного самоуправления по организации оказания скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов и др.

3. Развитие системы стандартизации в здравоохранении:

- создание единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг, установление научно обоснованных требований к их номенклатуре и объему;

- установление требований к условиям оказания медицинской помощи, а также технологической совместимости и взаимозаменяемости процессов, оборудования, материалов, лекарственных средств и других компонентов, применяемых при оказании медицинской помощи к аккредитации медицинских учреждений, сертификации специалистов;
- создание и информационная поддержка систем классификации, кодирования и каталогизации в здравоохранении;
- нормативное обеспечение метрологического контроля в здравоохранении;
- разработка и внедрение медицинских стандартов (протоколов ведения больных), в том числе гармонизированных с международными стандартами;
- национальной системы аккредитации в здравоохранении и обеспечение признания на международном уровне аккредитованных в ней отечественных медицинских организаций;
- мониторинг учета и анализа случаев причинения вреда здоровью вследствие нарушения требований технических регламентов в здравоохранении;
- формирование единой информационной системы по техническому регулированию в здравоохранении, включающей информационный фонд технических регламентов и стандартов и др.

4. Повышение эффективности планирования и прогнозирования в здравоохранении:

- изучение структуры, уровня заболеваемости и связанной с ними реальной потребности населения во всех видах медицинской помощи;
- разработка стандартов (нормативов) обеспечения населения отдельными видами медицинской помощи;
- разработка стандартов (нормативов) обеспечения организаций здравоохранения необходимыми материально-техническими, финансовыми и другими ресурсами;
- научно обоснованное формирование сети учреждений здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальных уровнях;
- разработка федеральных и региональных медико-социальных целевых программ;
- прогнозирование показателей здоровья и деятельности системы здравоохранения в целом по Российской Федерации и для каждого субъекта РФ и др.

5. *Повышение уровня государственной статистики здоровья и здравоохранения:*

- формирование общедоступных электронных баз данных, касающихся здоровья населения и деятельности здравоохранения, в разрезе отдельных регионов, организаций здравоохранения;
- применение международных статистических стандартов и классификаций при формировании национальной системы статистических показателей и методики их расчета в здравоохранении;
- проведение (периодически, один раз в 5–7 лет) всероссийских комплексных исследований состояния здоровья населения;
- проведение (периодически, один раз в 3–5 лет) региональных комплексных исследований состояния здоровья населения;
- методологическое обеспечение расчета показателей прогноза развития здравоохранения, оценки медицинской, социальной, экономической эффективности деятельности системы (организации) здравоохранения;
- внедрение системы национальных счетов как основы комплексного построения статистики здравоохранения;
- разработка системы статистических показателей для оценки результативности медико-санитарных вмешательств, особенно в отношении социально значимых заболеваний;
- разработка интегральных показателей для оценки состояния здоровья населения, медицинской и экономической деятельности системы (отдельных организаций) здравоохранения;
- создание общедоступных информационных баз данных о рейтинге отдельных организаций здравоохранения, медицинских работников и др.

6. *Совершенствование организации различных видов медицинской помощи.*

6.1. *Обеспечение приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи с акцентом на профилактику заболеваний:*

- совершенствование консультативно-диагностических служб;
- развитие отделений медико-социальной реабилитации и терапии, дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии и службы медико-социальной помощи;
- реализация региональных программ развития общих врачебных (семейных) практик;
- приоритетное оснащение современным диагностическим оборудованием муниципальных поликлиник, больниц, станций (отде-

лений) скорой медицинской помощи, центров общей врачебной (семейной) практики, фельдшерско-акушерских пунктов и др.

6.2. Реорганизация стационарной помощи:

- развитие сети больничных учреждений с учетом интенсивности лечебно-диагностического процесса:
 - интенсивное лечение — до 20%;
 - восстановительное лечение — до 45%;
 - длительное лечение больных хроническими заболеваниями — до 20%;
 - медико-социальная помощь — до 15%;
- сокращение излишней численности больничных коек с перепрофилизацией их в больницы (отделения) восстановительного лечения и медико-социальной помощи;
- более широкое использование дневных форм пребывания пациентов в стационарах;
- разделение стационарной помощи на неотложную, плановую и др.

6.3. Улучшение организации работы скорой и неотложной медицинской помощи:

- систематическое обновление автопарка станций (отделений) скорой медицинской помощи, включая приобретение реанимобилей, медицинского оборудования и современных средств связи;
- совершенствование службы санавиации и системы транспортировки пострадавших в кратчайшие сроки к месту оказания специализированной медицинской помощи;
- разделение служб скорой и неотложной медицинской помощи;
- оснащение федеральных автомагистралей вертолетными площадками и пунктами оказания неотложной медицинской помощи и др.

6.4. Развитие высокотехнологичной медицинской помощи:

- повышение доступности высоких медицинских технологий в кардиохирургии, онкологии, травматологии и, прежде всего, для лечения детей;
- реконструкция и переоснащение существующих центров высоких медицинских технологий, строительство новых центров, в первую очередь в субъектах РФ на территориях Сибири и Дальнего Востока;
- развитие сети межрегиональных и межрайонных специализированных медицинских центров и др.

6.5. Развитие промышленного здравоохранения:

- интеграция ведомственных медицинских учреждений в общую систему здравоохранения на единой нормативно-правовой базе с учетом их региональных и отраслевых особенностей;
- развитие (восстановление) медико-санитарных частей для организации профилактики, оказания высококвалифицированной медицинской помощи, снижения заболеваемости и инвалидности работающего населения;
- вовлечение ведомственных медицинских учреждений в реализацию программ обязательного и добровольного медицинского страхования и др.

6.6. Совершенствование сельского здравоохранения:

- формирование на базе крупных центральных районных больниц лечебно-диагностических комплексов, включающих в себя отдельные муниципальные медицинские учреждения;
- развитие передвижных форм лечебно-диагностической и консультативной помощи;
- формирование сельского врачебного участка в составе районной (участковой) больницы, центра общей врачебной (семейной) практики, ФАПа, исходя из численности населения 5–7 тыс. человек и радиуса участка 5–10 км;
- сохранение (открытие новых) ФАПов в населенных пунктах с численностью жителей 300–800 чел;
- развитие ЦРБ как центров оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи;
- создание на базе крупных ЦРБ межрайонных специализированных отделений, клиничко-диагностических центров;
- развитие областных (краевых, окружных, республиканских) больниц как центров оказания высококвалифицированной и узкоспециализированной медицинской помощи;
- развитие отделений экстренной и планово-консультативной медицинской помощи (санитарной авиации);
- развитие выездных форм оказания сельским жителям медицинской помощи (выездные поликлиники, передвижные стоматологические кабинеты, флюорографические установки и др.);
- широкое внедрение современных технологий телемедицины и др.

7. Совершенствование системы финансирования здравоохранения:

- разработка и принятие законодательной базы для развития системы медико-социального страхования;

- формирование единой системы медико-социального страхования с переходом на одноканальную систему финансирования;
- завершение перевода системы ОМС и отрасли здравоохранения в целом на страховые принципы;
- поэтапное увеличение государственных расходов на здравоохранение до 6% ВВП;
- увеличение доли расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете субъекта РФ до 20%;
- совершенствование механизма среднесрочного и долгосрочного финансового планирования;
- внедрение механизмов программно-целевого бюджетирования;
- внедрение системы мониторинга социально-экономической эффективности расходов на здравоохранение;
- введение механизмов ответственности органов государственной власти и органов местного самоуправления за проводимую бюджетную политику в сфере здравоохранения;
- расширение финансовой самостоятельности учреждений здравоохранения;
- переход от сметного финансирования бюджетной сети учреждений здравоохранения на принципы оплаты в зависимости от объема и качества оказываемых медицинских услуг;
- переход к системе государственных (муниципальных) заданий для организаций здравоохранения на предоставление медицинских услуг;
- совершенствование методик разработки тарифов на отдельные медицинские услуги;
- введение единой системы расчетов за оказание медицинской помощи, предоставляемой населению в рамках Программы государственных гарантий, на всей территории Российской Федерации;
- создание условий для развития конкуренции страховых медицинских организаций;
- предоставление права застрахованным самостоятельно выбора страховой медицинской организации;
- совершенствование законодательной базы для развития добровольного медицинского страхования;
- внедрение принципа нормативно-подушевого финансирования медицинских организаций, предусматривающего увязку сумм выделяемых средств с объемами и качеством предоставляемых населению медицинских услуг;

- формирование законодательной базы для преобразования бюджетных учреждений здравоохранения в иные организационно-правовые формы и др.

8. Развитие рыночного сектора в здравоохранении:

- создание условий для участия организаций здравоохранения частных форм собственности в реализации территориальных программ государственных гарантий;
- развитие инновационной инфраструктуры, в том числе создание технико-внедренческих зон, медицинских кластеров;
- государственная поддержка деятельности венчурных инновационных фондов, финансирующих высокотехнологичные и наукоемкие проекты в здравоохранении;
- внедрение и повышение эффективности механизмов лизинга в здравоохранении;
- использование государственных банков развития для привлечения долгосрочных инвестиций в приоритетные проекты в здравоохранении;
- формирование отраслевого и региональных планов частно-государственного партнерства, способствующих повышению эффективности использования средств, направляемых на развитие программ профессионального медицинского образования, проведение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ;
- поддержка развития бизнес-ассоциаций в здравоохранении и др.

10. Создание необходимых условий для инновационного развития здравоохранения

Совершенствование медицинской помощи населению возможно лишь при условии инновационного развития здравоохранения, на основе достижений фундаментальной науки, создания и внедрения новых эффективных медицинских технологий. Инновационная модель развития здравоохранения предусматривает тесное взаимодействие системы здравоохранения и медицинской науки, планирование научных медицинских исследований в зависимости от потребностей здравоохранения, активное внедрение научных результатов в медицинскую практику, а также целенаправленную подготовку специалистов, способных обеспечить внедрение этих научных достижений.

Для перехода на инновационный путь развития здравоохранения необходимо осуществление следующих первоочередных мероприятий:

- проведение фундаментальных исследований, направленных на изучение здоровья населения во взаимосвязи с факторами среды

- обитания, образом жизни, деятельностью системы здравоохранения;
- концентрация финансовых средств и кадровых ресурсов на приоритетных и инновационных направлениях развития медицинской науки и здравоохранения;
 - формирование государственных заданий на разработку новых медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации больных;
 - создание на базе достижений биотехнологий и нанотехнологий принципиально новых эффективных средств профилактики, диагностики и лечения заболеваний;
 - повышение оснащенности научно-исследовательских учреждений, лабораторий современным медицинским оборудованием и уровня квалификации работающих в них медицинских кадров;
 - создание системы внедрения научных результатов в практическое здравоохранение, мониторинга оценки их эффективности и др.

11. Модернизация системы подготовки и переподготовки кадров в здравоохранении

Реализация всего комплекса мер для решения вышеперечисленных задач невозможна без глубоких преобразований в системе подготовки и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров на основе глубоко продуманной, научно обоснованной кадровой политики.

Целью реализации такой кадровой политики должна являться подготовка и переподготовка специалистов, обладающих современными знаниями и способных обеспечить медицинскую, социальную и экономическую эффективность используемых медицинских технологий, а также современных методов профилактики и диагностики заболеваний, лечения и реабилитации больных.

Кроме того, эти специалисты должны обладать высоким уровнем конкурентоспособности не только на внутреннем, но и на международном рынке труда.

Еще одним направлением эффективной кадровой политики должно стать создание условий для мотивированного, высококачественного труда медицинского персонала с использованием экономических, организационных, правовых, психологических и социальных механизмов.

Актуальной остается задача оптимизации структуры и численности работников здравоохранения, с доведением показателя соотношения врачей и средних медицинских работников до 1:3.

Необходимо вернуться к практике формирования кадрового резерва руководителей органов управления и учреждений здравоохранения, с созданием условий для профессионального роста грамотных, одаренных специалистов, и исключая возможность занятия руководящих должностей недееспособными карьеристами.

Основными критериями эффективности такой кадровой политики, медицинского образования и системы стимулирования труда медицинских работников служат качество и доступность оказываемой населению медицинской помощи. Для реализации этих задач предлагается следующий комплекс мер:

- совершенствование непрерывного медицинского образования в системе: среднее специальное образование – высшее образование – постдипломная подготовка;
- завершение формирования системы медицинского и фармацевтического образования в соответствии с международными требованиями;
- формирование органами управления здравоохранением целевых заказов на подготовку специалистов и заключение с ними соответствующих трехсторонних договоров, включающих учебное заведение, абитуриента, работодателя;
- формирование государственного заказа на подготовку кадров для здравоохранения на основе дифференцированных нормативов потребности в специалистах различного профиля, с учетом региональных особенностей организации работы, размещения сети медицинских учреждений и медико-демографической ситуации;
- разработка квалификационных характеристик (должностных моделей) для специалистов всех профилей;
- внедрение механизмов материальной и профессиональной заинтересованности для работы в учреждениях здравоохранения сельской местности и труднодоступных районах;
- поддержка единой информационной базы данных о наличии вакансий в организациях здравоохранения субъектов РФ;
- создание распределенной базы данных (на федеральном, региональном, муниципальном уровнях управления здравоохранением) резерва руководителей органов и учреждений здравоохранения;
- совершенствование единой национальной системы контроля качества подготовки специалистов на всех этапах непрерывного медицинского образования;

- разработка современных федеральных государственных образовательных стандартов третьего поколения с использованием кредитно-модульной системы;
- пересмотр действующих в отрасли нормативных документов по охране труда работников здравоохранения и приведение их в соответствие с современными требованиями безопасности;
- проведение аттестации рабочих мест в организациях здравоохранения на соответствие нормам безопасности труда;
- совершенствование системы оплаты труда работников здравоохранения с учетом объема и качества оказываемых медицинских услуг;
- обеспечение работников здравоохранения предусмотренными законодательством компенсациями и льготами в полном объеме;
- создание системы государственного социального страхования ответственности на случай профессиональной ошибки и при наличии риска медицинского вмешательства;
- внедрение методов дистанционного обучения работников здравоохранения на основе телекоммуникационных технологий;
- пересмотр перечня утвержденных предметов ЕГЭ и предоставление возможности медицинским вузам проводить дополнительные испытания для выявления более профориентированной группы абитуриентов.

12. Совершенствование законодательной базы здравоохранения

В последние десятилетия реформа социально-экономического уклада общества, появление, наряду с государственным и муниципальным, частного сектора здравоохранения вызвали необходимость радикальных изменений действующей системы правового регулирования общественных отношений, связанных с медицинской деятельностью. В связи с этим за последние годы значительно изменилась нормативная правовая база в сфере здравоохранения: вступили в силу новые федеральные законы, Указы Президента РФ, постановления Правительства РФ, приказы МЗиСР РФ. Изменилась и правовая ситуация в самом медицинском сообществе — медицина стала более доступна для претензий и исков пациентов.

Однако этих изменений оказалось недостаточно, и следует признать, что одной из проблем того, что уровень отечественного здравоохранения значительно отстает от мирового, является несовершенство законодательной базы, отсутствие реальных правовых механизмов обеспечения охраны здоровья граждан, социально-правовая незащи-

шенность, как пациента, так и врача. В равной степени причинами этого служат правовой нигилизм и незнание врачами основных юридических норм, регулирующих их профессиональную деятельность. В то же время 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, тем реальнее обеспечиваются права и законные интересы граждан в сфере охраны здоровья.

Разработка и принятие новых нормативно-правовых актов создало бы необходимую законодательную базу для модернизации системы здравоохранения, повышения качества и доступности медицинской помощи гражданам РФ.

ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ

Акселерация — ускорение физического развития детей и подростков по сравнению с предшествующими поколениями.

Активы бухгалтерского баланса организации здравоохранения — часть бухгалтерского баланса, отражающая в денежном выражении совокупность финансовых, материальных и нематериальных ресурсов организации.

База данных — массив данных, структурированный и хранимый на электронных носителях и управляемый с помощью специального программного обеспечения.

Базовый должностной оклад (базовая ставка заработной платы) — минимальный должностной оклад работника государственного или муниципального учреждения, входящего в соответствующую профессиональную квалификационную группу, без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат.

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

Биостатистика — один из разделов статистики, изучающий с помощью методов математической статистики общие и частные закономерности, присущие живой природе.

Биоэтика — соединение биологических знаний и человеческих ценностей.

Брэндинг — вид маркетинговой деятельности по созданию долгосрочного предпочтения к товару, основанной на комплексном воздействии на потребителя товарного знака, упаковки, рекламных обращений и т.п.

Бюджетная смета — документ, устанавливающий в соответствии с классификацией расходов бюджета лимиты бюджетных обязательств в бюджетных учреждениях.

Валовые затраты — сумма переменных и постоянных затрат, которые используются для производства медицинских товаров и услуг.

Внешняя миграция — перемещения населения, при которых пересекаются государственные границы.

Внутренняя миграция — перемещения в пределах одной страны между административными или экономико-географическими районами, населенными пунктами и т.п.

Временная миграция — временное переселение на какой-то достаточно длительный срок.

Временная нетрудоспособность — состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. носят обратимый характер.

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

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.

Деонтология — учение о должном поведении медицинских работников.

Диспансеризация — приоритетное направление деятельности медицинских учреждений, включающее комплекс мер по формированию здорового образа жизни, профилактике и ранней диагностике заболеваний, эффективному лечению больных и их динамическому наблюдению.

Доказательная медицина — раздел медицины, основанный на доказательствах. Посвящен поиску, сравнению, обобщению и распространению полученных результатов клинической практики для повышения эффективности и безопасности лечения больных.

Заболеваемость по данным о причинах смерти — все случаи заболеваний, установленные при судебно-медицинском или патолого-анатомическом исследовании, по поводу которых не было зарегистрировано при жизни пациента обращений в организации здравоохранения.

Затраты (издержки) — расход материальных, финансовых, информационных и других ресурсов в стоимостном выражении, используемых в процессе производства медицинских товаров и услуг.

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

Инвалид — человек, который имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению

жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Информационная безопасность — защищенность информации от случайных и преднамеренных воздействий естественного или искусственного характера, чреватых нанесением ущерба владельцам или пользователям информации.

Информационная (компьютерная) сеть — группа компьютеров, соединенных между собой с помощью специальной аппаратуры, обеспечивающей обмен данными.

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

Качество жизни — интегральная оценка индивидуумом своего положения в жизни общества (в системе общечеловеческих ценностей), а также соотношение этого положения со своими целями и возможностями.

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

Компенсационные выплаты — доплаты и надбавки компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных.

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

Координация — согласованность действий участников процесса выработки, реализации управленческого решения и достижения поставленной цели.

Косвенный экономический ущерб — экономические потери, связанные с выплатами пособий по временной утрате трудоспособности, пенсий по инвалидности, числом непрожитых трудоспособных лет жизни (в стоимостном выражении), уменьшением производства ВВП и др.

Лечебно-охранительный режим — система мер, направленных на создание оптимальных условий пребывания больных в стационаре, способствующих поднятию их общего психоэмоционального тонуса.

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

Лицензирование — выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования.

Локальная сеть — группа компьютеров, расположенных в пределах одного или нескольких рядом стоящих зданий и объединенных с помощью высокоскоростного сетевого оборудования.

Маркетинг — комплексная система организации производства и сбыта продукции, ориентированная на удовлетворение потребностей потребителей и получение прибыли на основе исследования и прогнозирования рынка.

Математическая статистика — наука, занимающаяся методами сбора, обработки, анализа и интерпретации экспериментальных данных.

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.

Материнская смертность — показатель, характеризующий число женщин, умерших 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), соотнесенное с числом живорожденных.

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

Медико-социальная экспертиза — определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функции организма.

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

Медицинская помощь — совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах лицами, имеющими высшее и среднее медицинское образование.

Медицинская профилактика — комплекс профилактических мер, реализуемый через систему здравоохранения.

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

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

Медицинская услуга — структурный элемент профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, санаторно-курортной, санитарно-эпидемиологической, лекарственной, протезно-ортопедической и других видов помощи, имеющий определенную стоимость.

Медицинская этика — совокупность норм поведения и морали медицинских работников.

Медицинский маркетинг — комплекс мероприятий, направленный на изучение спроса, организацию производства и создание условий для удовлетворения потребности населения в различных видах медицинских товаров и услуг.

Медицинское страхование — форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, цель которого — гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, — система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки.

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

Методы управления — способы и приемы воздействия руководителя организации здравоохранения или его подразделения на коллектив для более эффективного использования имеющихся ресурсов в решении поставленных задач.

Миграция — территориальные перемещения населения с целью постоянной или временной смены места жительства.

Моральный износ — уменьшение стоимости основных средств на фоне научно-технического прогресса и роста производительности труда.

Мотивация — функция управления, которая представляет собой комплекс мер по стимулированию деятельности индивида или коллектива, направленный на достижение в процессе управления поставленных перед организацией целей.

Нетрудоспособность — состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда невозможно полностью или частично в течение ограниченного времени или постоянно.

Норматив — расчетная величина затрат материальных, финансовых, временных и других ресурсов, применяемая при нормировании труда, планировании производственной и хозяйственной деятельности.

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

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

Общественное здоровье — важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей.

Объект медико-социального исследования — статистическая совокупность, состоящая из относительно однородных отдельных объектов или явлений (единиц наблюдения).

Организация — процесс по формированию структуры учреждения или предприятия, обеспечению их деятельности финансовыми, материально-техническими, трудовыми, информационными и другими ресурсами, созданию оптимальных социально-психологических условий, правовой базы для достижения поставленных целей.

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

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

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

Патологическая пораженность — все случаи заболеваний, выявленные на медицинских осмотрах.

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

Первичная медико-санитарная помощь — основной, доступный и бесплатный для каждого гражданина вид медицинского обслуживания, который включает лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

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

Переменные затраты — издержки на производство и реализацию продукции, величина которых изменяется пропорционально объему этой продукции.

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

План — надлежаще оформленное управленческое решение, включающее точно сформулированные цель, задачи, пути и средства их достижения, предвидение конечных результатов.

Планирование в здравоохранении — процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения.

Планирование семьи — принятие осознанного решения о числе детей, сроках их рождения, возможность регулировать деторождение в соответствии с конкретной ситуацией в семье и как следствие рождение только желанных детей от готовых к этому событию родителей.

Полная временная нетрудоспособность — невозможность выполнения любого труда на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения.

Полная себестоимость продукции — все затраты на производство и реализацию продукции.

Постоянная (безвозвратная) миграция — окончательная смена постоянного места жительства.

Постоянное население — лица, постоянно проживающие на данной территории, включая временно отсутствующих.

Постоянные затраты — издержки на производство и реализацию продукции, размер которых не зависит от объема производства.

Предложение — количество медицинских товаров и услуг, которое производители могут оказать за определенный период времени населению.

Прибыль — экономическая категория, комплексно отражающая финансовые результаты деятельности организации здравоохранения и выражающаяся в превышении доходов от реализации медицинских товаров и услуг над затратами по производству и реализации этой продукции.

Прогноз — комплекс аргументированных предположений, выраженных в качественной и количественной формах, относительно будущих параметров системы.

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

Прямой экономический ущерб — затраты материальных, финансовых, информационных и других ресурсов (в стоимостном выражении), которые используются в процессе оказания населению медицинской помощи.

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

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

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, предоставляющий медицинские товары и услуги для сохранения и улучшения здоровья населения.

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

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

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

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

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

Социальная реабилитация — процесс восстановления способностей индивида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

Социально-гигиенический мониторинг — государственная система наблюдения, анализа и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания человека, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием на него факторов среды обитания человека.

Спрос (потребность) — количество медицинских товаров и услуг, которое желает и может приобрести общество (отдельные пациенты) в данный период времени по определенной цене.

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

Стандарт в здравоохранении — нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный соответствующим органом, в котором устанавливается определенный набор правил, нормативов, условий, требований, касающихся различных видов медицинской деятельности и их результатов.

Стандартизация в здравоохранении — деятельность, направленная на совершенствование управления отраслью, повышение качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов путем разработки и установления нормативов, правил, требований, условий, технологий при производстве и реализации медицинских товаров и услуг.

Стиль управления — индивидуальный способ осуществления управленческой деятельности.

Стимулирующие выплаты — доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты.

Стойкая нетрудоспособность (инвалидность) — длительная либо постоянная потеря трудоспособности или значительное ограничение трудоспособности, вызванное хроническим заболеванием (травмой, анатомическим дефектом), приведшим к выраженному нарушению функций организма.

Система управления базами данных — программное обеспечение, которое позволяет пользователям определять, создавать и обслуживать базу данных, а также управлять доступом к ней.

Телекоммуникационные системы — совокупность устройств и методов, используемых для передачи информации по проводам, оптическому волокну, оптическому лучу, с помощью радиоволн и пр.

Телемедицина — комплекс современных лечебно-диагностических методик, предусматривающих дистанционное управление медицинской информацией.

Третичная профилактика или реабилитация — комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных физиологических, социальных функций организма, качества жизни и трудоспособности больных и инвалидов.

Трудоспособность — состояние организма человека, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества.

Управление — функция организованных систем различной природы (биологических, социальных, информационных и др.), 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 данных и содержащий алгоритм достижения цели.

Урбанизация — процесс повышения роли городов в развитии общества.

Факторы риска — потенциально опасные для здоровья факторы, повышающие вероятность возникновения заболеваний, их развития и неблагоприятного исхода.

Физический износ — утрата основными средствами своей потребительной стоимости, в результате чего они становятся непригодными для дальнейшего использования.

Физическое здоровье — интегральный показатель жизнедеятельности индивидуумов, характеризующийся таким уровнем их адаптационных возможностей, при которых обеспечивается сохранение основных параметров гомеостаза в условиях воздействия факторов окружающей среды.

Физическое развитие — комплекс происходящих в организме ребенка биологических процессов, фенотипическим проявлением

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

Социальная реабилитация — процесс восстановления способностей индивида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

Социально-гигиенический мониторинг — государственная система наблюдения, анализа и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания человека, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием на него факторов среды обитания человека.

Спрос (потребность) — количество медицинских товаров и услуг, которое желает и может приобрести общество (отдельные пациенты) в данный период времени по определенной цене.

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

Стандарт в здравоохранении — нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный соответствующим органом, в котором устанавливается определенный набор правил, нормативов, условий, требований, касающихся различных видов медицинской деятельности и их результатов.

Стандартизация в здравоохранении — деятельность, направленная на совершенствование управления отраслью, повышение качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов путем разработки и установления нормативов, правил, требований, условий, технологий при производстве и реализации медицинских товаров и услуг.

Стиль управления — индивидуальный способ осуществления управленческой деятельности.

Стимулирующие выплаты — доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты.

Стойкая нетрудоспособность (инвалидность) — длительная либо постоянная потеря трудоспособности или значительное ограничение трудоспособности, вызванное хроническим заболеванием (травмой, анатомическим дефектом), приведшим к выраженному нарушению функций организма.

Система управления базами данных — программное обеспечение, которое позволяет пользователям определять, создавать и обслуживать базу данных, а также управлять доступом к ней.

Телекоммуникационные системы — совокупность устройств и методов, используемых для передачи информации по проводам, оптическому волокну, оптическому лучу, с помощью радиоволн и пр.

Телемедицина — комплекс современных лечебно-диагностических методик, предусматривающих дистанционное управление медицинской информацией.

Третичная профилактика или реабилитация — комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных физиологических, социальных функций организма, качества жизни и трудоспособности больных и инвалидов.

Трудоспособность — состояние организма человека, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества.

Управление — функция организованных систем различной природы (биологических, социальных, информационных и др.), 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 данных и содержащий алгоритм достижения цели.

Урбанизация — процесс повышения роли городов в развитии общества.

Факторы риска — потенциально опасные для здоровья факторы, повышающие вероятность возникновения заболеваний, их развития и неблагоприятного исхода.

Физический износ — утрата основными средствами своей потребительной стоимости, в результате чего они становятся непригодными для дальнейшего использования.

Физическое здоровье — интегральный показатель жизнедеятельности индивидуумов, характеризующийся таким уровнем их адаптационных возможностей, при которых обеспечивается сохранение основных параметров гомеостаза в условиях воздействия факторов окружающей среды.

Физическое развитие — комплекс происходящих в организме ребенка биологических процессов, фенотипическим проявлением

которых являются индивидуальные характерные соответствующему возрасту особенности размеров частей тела, массы, силы, уровня работоспособности и других физических характеристик.

Финансирование в здравоохранении — обеспечение физического или юридического лица финансовыми средствами для безвозвратного расходования на определенные цели: медицинские, хозяйственные, бытовые, управленческие и др.

Финансовая система — совокупность законов, правил, норм, регулирующих финансовую деятельность и финансовые отношения государства.

Финансовые результаты организации здравоохранения — итог экономической деятельности организации за определенный период времени (месяц, квартал, год), который выражается в показателях прибыли или убытков и определяется как разница между выручкой от реализации и полной себестоимостью продукции.

Финансовые ресурсы здравоохранения — совокупность всех видов денежных средств (российская и иностранная валюта, ценные бумаги, платежные карты и денежные документы), находящихся в распоряжении органов управления здравоохранением, фондов обязательного медицинского страхования, организаций здравоохранения, страховых медицинских организаций, предназначенные для обеспечения функционирования и развития системы здравоохранения.

Финансовый контроль в здравоохранении — контроль над целевым использованием финансовых средств системы здравоохранения, а также над соблюдением действующего финансового законодательства.

Фонд оплаты труда — суммарные денежные средства организации здравоохранения, израсходованные в течение определенного периода времени на заработную плату, премиальные выплаты, доплаты работникам, а также компенсирующие выплаты.

Формирование здорового образа жизни — благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющие сохранять и укреплять здоровье, поддерживать оптимальное качество жизни.

Цель исследования — мысленное предвосхищение результата деятельности и путей его достижения с помощью определенных средств.

Цена предложения — рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается так называемый рынок продавца.

Цена спроса — такая рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается рынок покупателя.

Частичная временная нетрудоспособность — наступает у человека в отношении своей обычной профессиональной деятельности при сохранении способности выполнять другую работу с иным облегченным режимом или уменьшенным объемом.

Экономика здравоохранения — отраслевая экономическая наука, которая исследует действие объективных экономических законов, влияющих на удовлетворение потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья.

Экспертиза временной нетрудоспособности — один из видов медицинской экспертизы, основная цель которой — оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Экспертиза трудоспособности — вид экспертизы, который заключается в определении причин, длительности, степени временной или стойкой утраты трудоспособности человека в связи с заболеванием, травмой или другой причиной, а также определение потребности пациента в видах медицинской помощи и мерах социальной защиты.

Эпизодическая миграция — деловые, рекреационные и иные поездки, совершающиеся не только не регулярно по времени, но и не обязательно по одним и тем же направлениям.

Этика — одна из философских дисциплин, объектом изучения которой являются мораль, нравственность.

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

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. *Вялков А.И.* Управление в здравоохранении Российской Федерации. Теория и практика. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2003. — 528 с.
2. *Денисов И.Н., Мовшович Б.Л.* Общая врачебная практика: внутренние болезни — интернология: практическое руководство. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001 — 496 с.
3. Здравоохранение России XX век / под ред. Ю.Л. Шевченко, В.И. Покровского, О.П. Щепина. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2001. — 320 с.
4. Здоровье и образование детей — основа устойчивого развития российского общества и государства / Научная сессия академий, имеющих государственный статус. Москва, 5–6 октября 2006 года. — М.: Наука, 2007. — 260 с.
5. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / под науч. ред. О.П. Щепина, В.А. Медик. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
6. *Измеров Н.Ф., Киспаров А.А.* Медицина труда. Введение в специальность: пособие для последипломной подготовки врачей. — М.: Медицина, 2002. — 392 с.
7. Кодекс здоровья и долголетия «Детский возраст» / под ред. А.А. Баранова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 64 с.
8. *Кучеренко В.З., Алексеева В.М., Авксентьева М.В.* Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: учеб. пособие. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 560 с.
9. *Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г.* Медицинская этика: учеб. пособие; пер. с англ. / под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 400 с.
10. *Лисицын Ю.П.* Здравоохранение в XX веке. — М.: Медицина, 2002. — 216 с.
11. *Медик В.А., Токмачев М.С.* Статистика здоровья населения и здравоохранения: учеб. пособие. — М.: Финансы и статистика, 2009. — 368 с.
12. *Мирский М.Б.* История медицины и хирургии: учеб. пособие. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 525с.
13. *Онищенко Г.Г., Покровский В.И.* Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. — М.: Медицина, 2003. — 664 с.
14. *Потапов А.И., Винокур И.Л., Гильденскиольд Р.С.* Здоровье населения и проблемы гигиенической безопасности. — М.: ИНФРА-М, 2006. — 304 с.

15. Пузин С.Н. и др. Инвалидность как геронтологическая проблема. — М., 2003. — 208 с.
16. Решетников А.В. Социология медицины: учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 256 с.
17. Сергеев Ю.Д., Григорьев И.Ю., Григорьев Ю.И. Юридические основы деятельности врача. Медицинское право: учеб. пособие в схемах и определениях / под ред. Ю.Д. Сергеева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 258 с.
18. Стародубов В.И. Управление персоналом организации: учебник для вузов / под ред. В.И. Стародубова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 1104 с.
19. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». — М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2010. — 592 с.
20. Учебник по восстановительной медицине / под ред. А.Н. Разумова, И.П. Бобровницкого, А.М. Василенко. — М.: Восстановительная медицина, 2009. — 640 с.
21. Шамигурина Н.Г. Экономика лечебно-профилактического учреждения. — М.: МЦФЭР, 2001. — 278 с.
22. Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбратен А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. — М., 2002. — 176 с.
23. 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

Алкоголизм 123
Аэротерапия 443

Б

База данных 542
Баланс бухгалтерский 243
Безопасность демографическая
показатели 58
Биоэтика 161
Благополучие санитарно-
эпидемиологическое 511

Болезнь 35

Больница

городская
для взрослых 338
для детей 344
областная 369
центральная районная 366
для подозреваемых, обвиняемых
и осужденных 485

Брэндинг 222

В

Взаимоотношения врача
и пациента 155
Восприятие населением доступности
медицинской помощи,
показатель 118
Всемирная организация
здравоохранения 188

Г

Гелиотерапия 444
Гиперхолестеринемия 124
Гипотеза 199

Д

Движение населения, естественное 45
Демография 37
медицинская 37
Деонтология 153
Диспансер (ы) 400
врачебно-физкультурный 435
кожно-венерологический 423
наркологический 416
онкологический 410
противотуберкулезный 419
психоневрологический 413

Дом родильный 345
статистические показатели 361

З

Заболееваемость 63
Затраты (издержки) 248
Здоровый образ жизни 122
Здоровье
общественное 35
определение 35
охрана 132
психическое 126
самооценка 117
Здравоохранение
основные средства 244
социально-экономические
модели 183

И

Износ
материальный 245
физический 245
Изоляторы следственные 478
Инвалидность 86, 508
Индекс
информированности населения
о заболеваниях 253
удовлетворенности населения
деятельностью системы
здравоохранения 254
Информация 523
медицинская 524
Использование основных средств
показатели 246

К

Классификация болезней
международная 65
Клонирование 163
Конкуренция 264
Конституция РФ 132
Консультация женская 319, 332
Контроль 216
финансовый 241
Коэффициент
выбытия основных средств 246
естественного прироста общий 56
мертворождаемости 55

- обновления основных средств 246
рождаемости
возрастной 47
общий 46
специальный 47
суммарный 48
Курение 122
Курорт 439
- Л**
Ликвидность активов 244
Лицензирование 294
Лицензия 295
переоформление 298
получение 297
прекращение 302
- М**
Малоподвижность 125
Маркетинг 218
Материнство суррогатное 162
Медицина судебная 429
Менеджмент 191
Миграция 41
Модели поведенческие 117
Мониторинг социально-гигиенический 516
- Н**
Нагрузка демографическая
показатели 40
Население
плотность 38
показатель численности 38
типы 39
Нетрудоспособность 502
- О**
Обеспечение
лечебно-эвакуационное 475
противоэпидемическое 476
санитарно-гигиеническое 476
Отлата труда
фонд 238
формы 239
Оплодотворение искусственно 162
Организации стоматологические
показатели деятельности 388
Организация 215
санаторно-курортного лечения 452
Осмотры медицинские 64
периодические 64
предварительные 64
целевые 64
Ответственность
административная 145, 519, 521
гражданско-правовая 518, 521
дисциплинарная 518
уголовная 147, 519, 522
Отделения консультативно-диагностические 400
- П**
Пирамида половозрастная 39
Питание
несбалансированное 125
План 201
Планирование
в здравоохранении 201
виды 205
методы 206
принципы 202
семьи 324
Показатели
диспансеризации больных 331
нагрузки персонала 329
объемов амбулаторно-поликлинической помощи 328
Поликлиника
анализ деятельности 334
задачи 308
структура 308
детская городская 313
стоматологическая
задачи 380, 384
Политика демографическая
основные направления
реализации 60
Помощь
медико-санитарная,
первичная 168
медицинская
виды 168, 169
качество 495
скорая 401
управление качеством 499
сельскому населению
этапность 364
стоматологическая 373
детскому населению 383

- задачи 377
- сельским жителям 386
- формы 377
- Потоки информационные 525
- Потребление поваренной соли, избыточное 126
- Права
 - медицинских и фармацевтических работников 141
 - пациента 138
- Предложение 260
- Преимущества конкурентные 265
- Прогноз 199
- Программы территориальные 273
- Продолжительность предстоящей жизни, средняя 58
- Профилактика
 - вторичная 128
 - медицинская 127
 - центр 129
 - первичная 127
 - третичная 128
- Р
- Расходы
 - виды 237
- Регистратура 312
- Реновация 245
- Ресурсы
 - информационные 217, 528
 - материальные 217, 243
 - трудовые 217
 - финансовые 217, 242
- Решение управленческое 224
- Риск страховой 284
- Рождаемость 45
- Роспотребнадзор 516
- Рынок 259
- С
- Самозапись 311
- Сахарный диабет 126
- Система здравоохранения
 - государственная 165
 - муниципальная 165
 - частная 165
 - информационная 537
 - медицинская 538
 - талонная 311
- финансовая 230
- Ситуация чрезвычайная 462
- Скрининг 64
 - многопрофильный (многоцелевой) 65
 - неонатальный и аудиологический 316
 - однопрофильный (целевой) 65
- Случай страховой 284
- Смертность 49
 - детская 53
 - коэффициент 53
 - коэффициент возрастной 50
 - общий 50
 - материнская коэффициент 52
 - младенческая коэффициент 54
 - причины 55
 - перинатальная коэффициент 55
 - показатели структуры 50
- Смета бюджетная 236
- Справедливость социальная 164
- Спрос (потребность) 259
- Стандарт (ы) 210, 213
- Стандартизация 209
 - объекты 211
- Станция
 - переливания крови 407
 - скорой медицинской помощи 401
- Статика населения 37
 - характеристика 38
- Статистика медицинская 36
- Страхование медицинское
 - классификация 279
 - добровольное 290
 - обязательное 289
 - социальное 280
- Страхователи 284
- Г
- Талассотерапия 445
- Телемедицина 543
- Технологии
 - стационарзамещающие 351

- Трансплантация органов и тканей человека 157
- У**
- Управление 191
- методы 197
 - мотивация 222
 - принципы 192
 - стиль 195
 - функции 198
- Урбанизация 45
- Услуга медицинская 261
- Учреждения здравоохранения
- амбулаторно-поликлинические 305
 - номенклатура 169
- Ущерб экономический 256
- Ф**
- Факторы риска 114
- Финансирование 230
- источники 231
- Ц**
- Цена 263
- предложения 264
 - равновесия 264
 - спроса 264
- Центр перинатальный задачи 350
- Центры
- консультативно-диагностические 399
 - общей врачебной практики 327
 - по профилактике и борьбе со СПИДом 426
- Э**
- Эвтаназия 163
- Экономика здравоохранения 229
- Экспертиза временной нетрудоспособности 503
- Этика 153
- Эффективность
- медицинская 250
 - социальная 251
 - экономическая 255
- Я**
- Ятрогения 159

Учебник написан в соответствии с программой преподавания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение». Представлены исторический очерк развития здравоохранения и современные тенденции здоровья населения РФ. Даны основы законодательства, экономики, управления здравоохранением, медицинского страхования. Показаны перспективы совершенствования амбулаторно-поликлинической, больничной и специализированной помощи населению. Изложен алгоритм разработки и анализа Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Научно обоснован комплекс мер по совершенствованию охраны здоровья населения РФ. Материал проиллюстрирован статистическими данными, примерами, графиками.

Предназначен руководителям органов управления и учреждений здравоохранения, обучающимся в системе послевузовского профессионального образования врачей, преподавателям системы высшего медицинского образования, практическим врачам, организаторам здравоохранения.

ISBN 978-5-9704-1783-6



9 785970 417836 >

www.geotar.ru
www.medknigaservis.ru

**Общественное здоровье
и здравоохранение**