61.3(02)
О-2

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Под ред. В.А.Миняева,
Н.И.Вишнякова

МЕДпресс

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Учебник для студентов

Под ред. проф. *В.А.Миняева*, проф. *Н.И.Вишнякова*

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебника для студентов медицинских вузов

Пятое издание, переработанное и дополненное

Москва
«МЕДпресс-информ»
2009

610(02)
О-28

УДК 614.2
ББК 51.1(2)я73
О-28

2.J.

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторский коллектив:

Л.А.Алексеева, к.м.н., доц.; Н.И.Вишняков, д.м.н., проф.; В.Л.Гончаренко, д.м.н., проф.; А.Я.Гриненко, акад. РАМН, д.м.н., проф.; О.А.Гусев, к.м.н., доц.; Е.О.Данилов, к.м.н., доц.; Е.Д.Дедков, д.м.н.; Л.В.Кочорова, д.м.н., проф.; К.С.Клюковкин, д.м.н., доц.; В.С.Лучкевич, д.м.н., проф.; Ю.П.Линец, к.м.н.; М.М.Мартиросян, к.м.н.; Е.В.Макушенко, к.м.н.; Г.Л.Микиртичан, д.м.н., проф.; В.А.Миняев, д.м.н., проф.; М.В.Петров, к.м.н.; Е.Н.Пенюгина, д.м.н., доц.; Н.Г.Петрова, д.м.н., проф.; С.Н.Пузин, акад. РАМН, д.м.н., проф.; А.В.Рывкин, к.м.н., доц.; В.В.Стожаров, д.м.н.; В.М.Тришин, д.м.н.; Н.В.Трофимова, к.м.н.; В.К.Юрьев, д.м.н., проф.; Т.Н.Шеломанова, к.м.н., доц.

Рецензенты:

В.З.Кучеренко, заслуженный деятель науки РФ, чл.-корр. РАМН, д.м.н., проф., зав. кафедрой общ. здоровья и здравоохранения с курсом экономики Московской мед. академии им. И.М.Сеченова;

Н.Ф.Герасименко, чл.-корр. РАМН, д.м.н., проф., зав. кафедрой основ законодательства в здравоохранении факультета управления здравоохранением Московской мед. академии им. И.М.Сеченова.

Общественное здоровье и здравоохранение: учебн. для студентов / О-28 под ред. В.А.Миняева, Н.И.Вишнякова. – 5-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 656 с.
ISBN 5-98322-537-5

Учебник написан профессорско-преподавательским составом кафедры общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова при участии профессоров и преподавателей других медицинских вузов Санкт-Петербурга, а также сотрудников ряда органов и учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга и Москвы. Учебник подготовлен в соответствии с программой «Общественное здоровье и здравоохранение» для студентов высших медицинских учебных заведений, утвержденной Департаментом образования медицинских учреждений и кадровой политики Минздрава РФ (30.03.2000 г., Москва).

Ряд разделов учебника может быть полезен для интернов, клинических ординаторов, аспирантов, слушателей курсов первичной специализации и повышения квалификации по организации здравоохранения при изучении актуальных проблем общественного здоровья и здравоохранения.

ҚММУ КІТАПХАНАСЫ
100008, Қарағанды қаласы
Гоголь көшесі, 40

222311

УДК 614.2
ББК 51.1(2)я73

ISBN 5-98322-537-5

© Оригинал-макет, оформление.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2009

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 8

Глава 1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания (краткая история развития) 10

Глава 2. Основные этапы развития здравоохранения в России 19

Период становления советского здравоохранения (1917–1920 гг.) 25
Здравоохранение в период 1921–1925 гг. 27
Здравоохранение в довоенный период (1926–1940 гг.) 28
Здравоохранение в период Великой Отечественной войны и восстановления народного хозяйства (1941–1952 гг.) 30
Здравоохранение в послевоенный период (с 1952 г.) 34

Глава 3. Правовые основы здравоохранения в Российской Федерации 38

Развитие правовых основ здравоохранения в России 38
Система правового обеспечения охраны здоровья граждан 39
Конституция РФ об охране здоровья граждан 40
Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (1993) 40
Юридическая ответственность медицинских работников за профессиональные нарушения 47

Глава 4. Организационно-правовые основы медицинской деятельности 59

Системы здравоохранения в РФ 59
Организационно-правовые предпосылки медицинской и фармацевтической деятельности 61
Правовой статус лечащего врача 62
Врачебная и коммерческая тайна 63
Правовой статус медицинских и фармацевтических работников 64
Правовой статус пациента 66
Правовой статус муниципальной системы здравоохранения 69
Правовой статус медицинских учреждений индивидуально-частного предпринимательства 69
Правовые основы трудовой деятельности медработников. Понятие трудового права 70
Регулирование трудовых отношений в учреждениях здравоохранения 71
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации работников 78
Защита трудовых прав работников, разрешение трудовых споров 79
Материальная ответственность сторон трудового договора 81

Глава 5. Здоровье населения и методы его изучения 83
Понятие здоровья, его оценка, социальная обусловленность 83
Демографические показатели 85
Заболеваемость населения 99
Инвалидность населения 112
Международная статистическая классификация болезней и проблемы, связанные со здоровьем 114
Физическое развитие 116
Некоторые основные тенденции в состоянии здоровья населения России в конце XX века 119

Глава 6. Основы медицинской статистики 129
Относительные величины (статистические коэффициенты) 138
Стандартизованные коэффициенты 141
Динамические ряды 147
Средние величины 153
Выборочный метод. Оценка достоверности средних арифметических и относительных величин 159
Непараметрические критерии 170

Глава 7. Социально-гигиеническое значение важнейших заболеваний и организация лечебно-профилактической помощи при них 172
Социально-гигиеническое значение болезней системы кровообращения и организация медицинской помощи при них 172
Социально-гигиеническое значение злокачественных новообразований и организация медицинской помощи при них 179
Туберкулез как социально-гигиеническая проблема и организация медицинской помощи больным туберкулезом 187
Травматизм 191
Психические расстройства как социально-гигиеническая проблема 195
Болезни органов дыхания 199
Инфекционная заболеваемость 202
Инфекции, передающиеся половым путем 205
ВИЧ-инфекция и СПИД 207

Глава 8. Теоретические аспекты медицинской этики, медицинской деонтологии, биоэтики *(д.м.н., проф. Г.Л.Микиртичан)* 210

Глава 9. Научные основы управления здравоохранением 239
Система управления здравоохранением в Российской Федерации 239
Менеджмент как отрасль науки и практической деятельности руководителей органов и учреждений здравоохранения 243

Глава 10. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению .. 263
Структура и организация работы поликлиники 266
Организация работы регистратуры поликлиники 271
Организация работы отделения профилактики 275
Содержание и организация работы терапевтического отделения поликлиники 276
Организация диспансеризации населения 280
Анализ деятельности поликлиники 284
Основные проблемы перехода к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) 289
Альтернативные формы амбулаторной помощи 299

Глава 11. Организация стационарной медицинской помощи взрослому населению ... 304
Показатели стационарной (больничной) медицинской помощи ... 325
Патологоанатомическое отделение и другие службы больницы ... 329

Глава 12. Организация скорой медицинской помощи ... 336
Структура службы скорой медицинской помощи ... 341
О профиле бригад скорой медицинской помощи ... 343
Основные требования к работе выездных бригад ... 344
Контроль работы выездных бригад ... 346
Работа оперативного отдела ... 348
Организационно-методическая работа ... 350
Повышение квалификации медицинского персонала ... 350

Глава 13. Организация медицинской помощи работникам промышленных предприятий ... 353

Глава 14. Особенности организации медико-социального обеспечения сельского населения в России ... 365

Глава 15. Организация акушерско-гинекологической помощи ... 374
Организация работы женской консультации ... 375
Основные направления работы участкового акушера-гинеколога ... 376
Организация стационарной акушерско-гинекологической помощи ... 383

Глава 16. Организация лечебно-профилактической помощи детям ... 392
Организация работы детской поликлиники ... 392
Детские дошкольные учреждения ... 404
Школы, школы-интернаты, лагеря отдыха ... 404
Дом ребенка ... 406
Организация стационарной помощи детям ... 406

Глава 17. Организация стоматологической помощи ... 411
Организация работы стоматологической поликлиники ... 413
Учет и оценка деятельности стоматологической службы ... 420
Показатели обеспеченности населения стоматологической помощью ... 428
Особенности стоматологической помощи жителям сельской местности ... 430

Глава 18. Санаторно-курортная помощь населению ... 433

Глава 19. Социальное и медицинское страхование граждан ... 440
Основные понятия страхования ... 440
Социальная защита. Социальное страхование ... 442
Медицинское страхование (определение, виды) ... 449
Система медицинского страхования в России ... 450

Глава 20. Контроль качества медицинской помощи. Лицензирование и аккредитация медицинских учреждений ... 464
Контрольно-разрешительные механизмы в здравоохранении ... 486
Этапы лицензирования медицинской деятельности ... 489

Глава 21. Экспертиза нетрудоспособности в здравоохранении ... 493
Предмет и задачи врачебно-трудовой экспертизы ... 493
Порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность ... 499

Основные положения о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан 501
Медико-социальная экспертиза 510

Глава 22. Организация санитарно-эпидемиологической службы в Российской Федерации 525

Структура, задачи и функции Государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации 526
Роль врачей-гигиенистов и эпидемиологов в проведении первичной и вторичной профилактики 534
Деятельность санэпидслужбы по контролю за санитарным состоянием ЛПУ 535
Взаимодействие санэпидслужбы с ведомствами и учреждениями 536
Обязанности предприятий и организаций по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения 537
Административно-правовые основы деятельности центров гигиены и эпидемиологии 538
Виды ответственности за санитарные правонарушения. Обжалование действий должностных лиц 539

Глава 23. Медицинские кадры 541

Обеспеченность медицинскими кадрами 541
Система подготовки медицинских кадров в России 543
Врач общей практики (семейный врач) и его роль в системе медицинской помощи 555
Особенности подготовки руководящих кадров здравоохранения 557
Особенности подготовки медицинских кадров в зарубежных странах 559
Международное сотрудничество в области кадровой политики 561
Основные направления совершенствования кадровой политики здравоохранения России 562

Глава 24. Лекарственная помощь населению РФ и концептуальные направления развития фармацевтического сектора 564

Нормативно-правовая база обращения лекарственных средств 564
Порядок льготного и бесплатного обеспечения населения РФ при амбулаторном лечении 570
Порядок выписывания рецептов на лекарственные средства на льготных условиях 574
Порядок приобретения лекарственных средств за счет собственных средств граждан 577
Правовые основы оборота наркотических средств и психотропных веществ 580
Учет, хранение, выписывание и использование наркотических средств и психотропных веществ в стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях 582

Глава 25. Укрепление здоровья населения. Современные проблемы профилактики 590

Медико-социальные аспекты образа жизни населения 590
Основные факторы риска образа жизни и их медико-социальное значение 592
Профилактика и ее основные виды 599

Глава 26. Участие общественных организаций в охране здоровья населения 607
Профессиональные союзы (профсоюзы) 607

Глава 27. Здравоохранение в зарубежных странах. Международное сотрудничество в области здравоохранения 617
Системы здравоохранения в экономически развитых странах 617
Государственная система здравоохранения 618
Страховая система здравоохранения 620
Частнопредпринимательская система здравоохранения 623
Основные направления реформирования систем здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы 627
Организация здравоохранения в развивающихся странах 629
Международное сотрудничество в области здравоохранения 630
Всемирная организация здравоохранения 631

Приложения 634

ПРЕДИСЛОВИЕ

Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания в медицинском вузе занимает ведущее место в системе здравоохранения страны и в подготовке будущего врача.

Происходящие преобразования в нашей стране во всех сферах ее жизнедеятельности закономерно вызывают потребность внесения определенных изменений в систему здравоохранения, направленных на дальнейшее совершенствование медицинского обслуживания населения.

Все это соответственно требует пересмотреть и некоторые положения в преподавании предмета «общественное здоровье и здравоохранение», преследуя единственную цель – совершенствовать формы и методы подготовки студентов, будущих врачей – организаторов здравоохранения, где бы они ни трудились – будь то органы управления здравоохранением, ЛПУ с государственной формой собственности или коммерческие медицинские организации... Каждый выпускник медицинского вуза должен быть обстоятельно подготовлен по основным вопросам профилактики, методики изучения здоровья населения в зависимости от условий внешней среды, производственных, бытовых и социальных факторов. Он должен хорошо знать основные организационные принципы отечественного и зарубежного здравоохранения, владеть вопросами управления и экономическими проблемами в здравоохранении, в частности, знать и уметь организовать работу отдельных лечебно-профилактических учреждений, руководить коллективом медицинских работников.

За основу для составления настоящего учебника взяты новая программа предмета*, двухтомное руководство «Социальная медицина и организация здравоохранения» под редакцией В.А.Миняева, Н.И.Вишнякова, В.К.Юрьева, В.С.Лучкевича (1998). Задача авторского коллектива заключалась в том, чтобы объективно показать все прогрессивное, достигнутое отечественным здравоохранением с анализом негативного опыта в охране здоровья населения, в его медицинском обслуживании.

---

* Программа «Общественное здоровье и здравоохранение» для студентов высших медицинских учебных заведений. Утверждена Департаментом образовательных медицинских учреждений и кадровой политики 30 марта 2000 г. – МЗ РФ. – М., 2000. – 74 с.

При написании учебника возникла необходимость пересмотреть некоторые теоретические аспекты с учетом новых подходов к проблемам социальной медицины, критического анализа современного состояния здоровья нашего общества, уровня медицинской помощи и тех преобразований, которые проходят в стране в настоящее время и будут происходить в ближайшем будущем при условии, что здравоохранение должно стать одним из ведущих направлений социальной политики государства и обеспечивать высокий уровень медицинской помощи населению страны.

При подготовке настоящего учебника учитывалось, что за последние годы в ряде регионов страны были выпущены учебники, руководства, курсы избранных лекций по нашей специальности. Большинство из них представляют собой достойные учебные издания для подготовки студентов с учетом современных требований высшей медицинской школы, в частности, учебник В.К.Юрьева, Г.И.Куценко «Общественное здоровье и здравоохранение» (СПб., 2000); «Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению» (Медик В.А., Юрьев В.К., 2001, 2003) и др.

Однако наличие в ряде случаев определенных пробелов в изданных учебниках и учебных пособиях, огромный научно-педагогический, методический опыт кафедры (например, учебник В.К.Юрьева и Г.И.Куценко в основном ориентирован на студентов педиатрических факультетов, да и «Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению» В.А.Медика и В.К.Юрьева в большей степени направлен на подготовку будущих педиатров), а также 85-летний опыт кафедры I ЛМИ – СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова в преподавании нашего предмета для студентов лечебного и стоматологического факультетов, а в последние годы – и в преподавании менеджмента в здравоохранении для клинических ординаторов, стажеров, интернов – все это послужило побудительным мотивом к изданию настоящего учебника. Авторский коллектив кафедры общественного здоровья и здравоохранения СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова выражает глубокую признательность профессорско-преподавательским составам содружественных кафедр ряда петербургских медицинских вузов, а также известным руководителям практического здравоохранения Санкт-Петербурга и Москвы за активное сотрудничество в подготовке учебника.

Глава 1

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК НАУКА И ПРЕДМЕТ ПРЕПОДАВАНИЯ

(краткая история развития)

Как известно, большинство дисциплин и узких специальностей в медицине изучают разные болезни, их симптомы и синдромы, разные клинические проявления течения заболеваний, их осложнения, методы диагностики и лечения болезней и вероятные исходы заболевания в случае применения современных методов комплексного лечения. Крайне редко описываются основные методы профилактики заболеваний, реабилитации лиц, перенесших то или иное заболевание, порой тяжелое, с осложнениями и даже с выходом больных людей на инвалидность.

Еще реже в медицинской литературе касаются термина «рекреация», т.е. комплекса профилактических, лечебно-оздоровительных мер, направленных на сохранение здоровья здоровых людей. Здоровье людей, его критерии, пути сохранения и укрепления в сложных социально-экономических условиях практически полностью выпали из сферы интересов современной медицины и здравоохранения России. В связи с этим, прежде чем говорить об общественном здоровье, необходимо дать определение термину «здоровье», выявить уровни его изучения в медико-социальных исследованиях и определить в этой иерархии место общественного здоровья.

Итак, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) еще в 1948 г. сформулировала, что *«здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов»*. ВОЗ провозглашен принцип, в соответствии с которым «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека». Принято выделять 4 уровня изучения здоровья:

1-й уровень – здоровье **отдельного человека**.

2-й уровень – здоровье малых или этнических групп – **групповое здоровье**.

3-й уровень – **здоровье населения**, т.е. людей, проживающих на конкретной административно-территориальной единице (область, город, район и т.д.).

4-й уровень – **общественное здоровье** – здоровье общества, населения страны, континента, мира, популяции в целом.

Общественное здоровье и здравоохранение – наука, изучающая воздействие социальных факторов и условий внешней среды на здоровье

населения и вырабатывающая научно обоснованные рекомендации, направленные на устранение и предупреждение вредного влияния социальных факторов, на совершенствование системы организации здравоохранения в целях повышения уровня здоровья людей. Общественное здоровье и здравоохранение занимается изучением широкого круга различных медицинских аспектов, социологических, экономических, управленческих, философских проблем в области охраны здоровья населения в конкретной исторической обстановке.

С учетом Приказа Министерства здравоохранения РФ №83 от 01.03.2000 г. «О совершенствовании преподавания в медицинских и фармацевтических вузах проблем общественного здоровья и здравоохранения», а также в результате проведенного по инициативе ММА им. И.М.Сеченова и при поддержке МЗ РФ семинара заведующих кафедрами организационного профиля медицинских вузов России «Современные подходы, формы и методы преподавания «Общественного здоровья и здравоохранения» (Москва, 2000) было выработано следующее определение понятия «общественное здоровье», одобренное большинством участников семинара: *«Общественное здоровье – важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасности жизни»*.

В отличие от различных клинических дисциплин общественное здоровье изучает состояние здоровья не отдельно взятых индивидуумов, а коллективов, социальных групп и общества в целом в связи с условиями и образом жизни. При этом условия жизни, производственные отношения, как правило, являются определяющими для состояния здоровья людей, так как научно-технический прогресс, социально-экономические революции и эволюционные периоды, культурная революция приносят обществу величайшие блага, но одновременно могут оказывать негативные воздействия на его здоровье. Величайшие открытия современности в области физики, химии, биологии, урбанизация населения в XX в., бурное развитие промышленности во многих странах, большие объемы строительства, химизация сельского хозяйства и др. нередко приводят к существенным нарушениям в области экологии, что губительно сказывается прежде всего на здоровье населения, вызывает те или иные заболевания, которые порой по своей распространенности приобретают эпидемиологический характер.

Антагонистические противоречия между научно-техническим прогрессом и состоянием здоровья общества в нашей стране возникают вследствие недооценки государством профилактических мер. Следовательно, среди задач нашей науки – вскрытие таких противоречий и разработка рекомендаций по профилактике негативных явлений и факторов, которые отрицательно влияют на здоровье общества.

Для планомерного развития народного хозяйства огромное значение имеют информация о численности населения, определение его прогнозов на будущее.

Общественное здоровье выявляет закономерности развития народонаселения, исследуя демографические процессы, прогнозирует перспективу, разрабатывает рекомендации по государственному регулированию численности населения.

Таким образом, общественное здоровье характеризуется одновременным комплексным воздействием социальных, поведенческих, биологических, геофизических и других факторов. Многие из них могут быть определены как факторы риска. Что же такое факторы риска заболеваний?

Факторы риска – *потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода.*

В отличие от непосредственных причин заболеваний (бактерии, вирусы, недостаток или избыток каких-либо микроэлементов и др.), факторы риска действуют опосредованно, создают неблагоприятный фон для возникновения и дальнейшего развития заболеваний.

При изучении общественного здоровья факторы, его определяющие, обычно объединяют в следующие группы:

1. **Социально-экономические факторы** (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние, уровень и качество питания, отдых и др.).

2. **Социально-биологические факторы** (возраст, пол, предрасположенность к наследственным заболеваниям и др.).

3. **Экологические и природно-климатические факторы** (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, наличие экстремальных природно-климатических факторов и др.).

4. **Организационные или медицинские факторы** (обеспеченность населения медицинской помощью, качество медицинской помощи, доступность медико-социальной помощи и др.).

Академик РАМН Ю.П.Лисицын приводит следующую группировку и уровни влияния обусловливающих здоровье факторов риска (табл. 1.1).

Вместе с тем разделение факторов на те или иные группы весьма условно, так как население подвергается комплексному воздействию множества факторов, кроме того, факторы, влияющие на здоровье, взаимодействуют друг с другом, меняются во времени и пространстве, что необходимо учитывать при проведении комплексных медико-социальных исследований.

Вторая часть науки об общественном здоровье и здравоохранении включает в себя разработку научно обоснованных, наиболее оптималь-

Таблица 1.1 Группировка обусловливающих здоровье факторов риска*

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

* Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учеб. рук-во / Под ред. Ю.П.Лисицына. – Казань, 1998. – С. 52.

ных методов управления здравоохранением, новых форм и методов работы различных медицинских учреждений, путей улучшения качества медицинской помощи, обосновывает оптимальные решения экономических и управленческих проблем в здравоохранении.

Бурный рост развития медицинской науки вооружил врачей новыми, современными методами диагностики сложных заболеваний, эффективными средствами лечения. Все это одновременно требует разработки новых организационных форм и условий деятельности медиков, ЛПУ, а иногда и создания совершенно новых, ранее не существовавших медицинских учреждений. Возникает потребность в изменении системы управления медицинскими учреждениями, расстановки медицинских кадров; появляется необходимость в пересмотре нормативной базы здравоохранения, расширении самостоятельности руководителей медицинских учреждений и прав врача.

Как следствие всего сказанного, создаются условия для пересмотра вариантов более оптимального решения экономических проблем

здравоохранения, введения элементов внутриведомственного хозяйственного расчета, экономического стимулирования качественного труда медицинского персонала и др.

Указанные проблемы определяют место и значение науки в дальнейшем совершенствовании отечественного здравоохранения.

Единство теории и практики отечественного здравоохранения нашло свое выражение в единстве теоретических и практических задач, методических приемов отечественного общественного здоровья и здравоохранения.

Таким образом, ведущее значение в науке имеет вопрос об изучении эффективности влияния на здоровье населения всех мероприятий, которые проводит государство, и роли в этом здравоохранения и отдельных медицинских учреждений как с государственными, так и с негосударственными формами собственности, т.е. предмет раскрывает значение всего многообразия общественно-экономической жизни страны и определяет пути совершенствования медицинского обслуживания населения.

Общественное здоровье и здравоохранение имеют свою методологию и методы исследования. Такими методами являются: статистический, исторический, экономический, экспериментальный, хронометражных исследований, социологические и др.

Статистический метод широко используется в большинстве исследований: он позволяет объективно определить уровень состояния здоровья населения, а также эффективность и качество работы лечебно-профилактических учреждений.

Исторический метод позволяет в исследовании проследить состояние изучаемой проблемы на разных исторических этапах развития страны.

Экономический метод дает возможность установить влияние экономики на здравоохранение и здравоохранения – на экономику государства, определить наиболее оптимальные пути использования государственных средств для эффективной охраны здоровья населения. Вопросы планирования финансовой деятельности органов здравоохранения и медицинских учреждений, наиболее рациональное расходование денежных средств, оценка эффективности действий здравоохранения по оздоровлению населения и влияние этих действий на экономику страны – все это составляет предмет экономических исследований в области здравоохранения.

Экспериментальный метод включает в себя постановку различных экспериментов по изысканию новых, наиболее рациональных форм и методов работы медицинских учреждений, отдельных служб здравоохранения.

Следует заметить, что в большинстве исследований преимущественно используется комплексная методика с применением большинства указанных методов. Так, если ставится задача изучить уровень и

состояние амбулаторно-поликлинической помощи населению и определить пути ее совершенствования, то статистическим методом изучаются заболеваемость населения, обращаемость в поликлинические учреждения, исторически анализируются уровень ее в разные периоды, динамика. Экспериментальным методом анализируются предлагаемые новые формы в работе поликлиник: проверяются их экономическая целесообразность и эффективность.

В исследовании могут применяться методы ***хронометражных исследований*** (хронометрия работы медицинского персонала, изучение и анализ затрат времени больными на получение медицинской помощи и т.д.).

Метод экспертных оценок очень широко используется в исследованиях качества и результативности медицинской помощи, ее планирования и т.д. Это важнейший метод, и им нельзя пренебрегать.

Нередко используются ***социологические методы*** (метод интервьюирования, анкетный метод), что позволяет получить обобщенное мнение группы людей об объекте (процессе) изучения.

Источником информации является в основном государственная отчетная документация лечебно-профилактических учреждений; для более глубокого исследования сбор материала может производиться на специально разработанные карты, анкеты, в которые включены все вопросы для получения необходимых сведений согласно утвержденной программе исследования и задачам, которые поставлены перед исследователем. Для этой цели исследователь по специальной программе вводит необходимые данные в компьютер из первичных регистрационных документов.

В подавляющем большинстве социально-гигиенических исследований группового здоровья, здоровья населения и общественного здоровья в предыдущие годы речь шла о количественной оценке здоровья. Правда, с помощью показателей, индексов и коэффициентов в научных исследованиях всегда пытались оценить качество здоровья, т.е. дать характеристику здоровья как параметра качества жизни. Сам термин «качество жизни» в отечественной научной литературе стал применяться в последние 10–15 лет. Это и понятно, лишь тогда можно говорить о «качестве жизни» населения, когда в стране (как это давно произошло в развитых странах Европы, Америки, в Японии и некоторых других) основные материальные и социальные блага доступны большинству населения.

По определению ВОЗ (1999), **качество жизни** – *оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации.*

У нас в стране под **качеством жизни** чаще всего подразумевают *категорию, включающую в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состоя-*

ния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации.

Несмотря на отсутствие общепринятого в мире понятия «качество здоровья» как важнейшей составляющей «качества жизни», предпринимаются попытки дать комплексную оценку общественного здоровья (количественную и качественную).

Как предмет преподавания «общественное здоровье и здравоохранение» прежде всего способствует повышению качества подготовки будущих специалистов-врачей, формированию у них не только навыков правильно поставить диагноз и лечить больного, но и способности организовать высокий уровень медицинского обслуживания, умения четко обеспечить свою деятельность.

Социальные проблемы медицины интересовали выдающихся ученых древности – таких как Гиппократ, Авиценна, Аристотель, Везалий и др. В России в развитие социальной медицины крупный вклад внесли М.В.Ломоносов, Н.И.Пирогов, С.П.Боткин, И.М.Сеченов, Т.А.Захарьин, Д.С.Самойлович, А.П.Доброславин, Ф.Ф.Эрисман.

Именно в России во второй половине XIX столетия под влиянием общественного движения передовой интеллигенции, представителей земской и фабрично-заводской медицины, известных ученых-медиков, а также под влиянием нарастающего недовольства большинства населения страны уровнем медико-социальной помощи, в условиях приближающейся череды революций и войн начала XX в. и других факторов впервые стали формироваться основы науки и учебной дисциплины об общественном здоровье и здравоохранении. Так, в Казанском университете в 1860-х годах профессор А.В.Петров читал студентам лекции по общественному здоровью, социальной гигиене. В конце XIX в. на медицинских факультетах многих университетов России (Санкт-Петербург, Москва, Киев, Харьков и др.) читались курсы общественной гигиены, а также медицинской географии и медицинской статистики. Однако эти курсы были эпизодическими, часто входили в состав других дисциплин. Лишь в 1920 г. в Германии в Берлинском университете была образована первая в мире кафедра социальной гигиены. Возглавил эту кафедру ее основатель – немецкий ученый, социал-гигиенист, профессор Альфред Гротьян. Так началась история самостоятельного предмета и науки социальной гигиены. Вслед за кафедрой А.Гротьяна стали организовываться аналогичные кафедры в ряде университетов Германии и других стран Европы. Они направляли научные исследования на разработку актуальных проблем общественного здоровья и медицинской статистики, сосредоточили свое внимание на социальных условиях и факторах, определяющих здоровье населения, на разработке предложений и требований по государственной охране здоровья населения, прежде всего, трудящихся, по осуществлению социальной, государственной политики, включая эффективное медицинское (санитарное) законодательство, страхование здоровья, социальное обеспечение.

Становление и расцвет социальной гигиены (так наука называлась в России до 1941 г.) в период советской власти связаны с именами крупных деятелей советского здравоохранения Н.А.Семашко, З.П.Соловьева. По их инициативе в медицинских институтах стали создаваться кафедры социальной гигиены.

Первая такая кафедра была создана Н.А.Семашко в 1922 г. на медицинском факультете I МГУ. В 1923 г. под руководством З.П.Соловьева создается кафедра во II МГУ и под руководством профессора А.Ф.Никитина – в I Ленинградском медицинском институте. До 1929 г. такие кафедры были организованы во всех медицинских институтах. Уже в 1922 г. была разработана первая учебная программа по социальной гигиене, вскоре изданы первые учебники и учебные пособия (З.Г.Френкель, 1923; Т.Я.Ткачев, 1924; коллектив авторов под ред. А.В.Молькова, 1927 и др.). В 1920-х годах вышли в переводе на русский язык научные труды и учебные пособия А.Фишера, А.Гротьяна и других зарубежных социал-гигиенистов.

В 1923 г. был открыт Государственный институт социальной гигиены Наркомздрава РСФСР, который стал научно-организационной базой для всех кафедр социальной гигиены и организации здравоохранения. Учеными социал-гигиенистами проводятся важные исследования по изучению санитарно-демографических процессов в России в первой половине XX в. (А.М.Мерков, С.А.Томилин, П.М.Козлов, С.А.Новосельский, Л.С.Каминский и др.), разрабатываются новые методы изучения здоровья населения (П.А.Кувшинников, Г.А.Баткис и др.). В 1930-е годы Г.А.Баткисом издается учебник для кафедр социальной гигиены всех медицинских институтов.

Во время Великой Отечественной войны кафедры социальной гигиены переименовываются в кафедры «организации здравоохранения». Все внимание кафедр в эти годы было сосредоточено на вопросах медико-санитарного обеспечения фронта и организации медицинской помощи в тылу, предупреждения вспышек инфекционных заболеваний. В послевоенные годы активизируется работа кафедр по укреплению связи с практическим здравоохранением. На фоне усиления разработки теоретических проблем здравоохранения, социологических и демографических исследований расширяются и углубляются исследования в области организации здравоохранения, направленные на разработку научно обоснованного планирования здравоохранения, изучение потребности населения в различных видах медицинской помощи; широко развиваются комплексные исследования по изучению причин распространенности различных неинфекционных заболеваний, в частности сердечно-сосудистой патологии, злокачественных новообразований, травматизма и др.

Большой вклад в развитие науки и преподавания во второй половине XX в. в России внесли З.Г.Френкель, Б.Я.Смулевич, С.В.Курашов, Н.А.Виноградов, А.Ф.Серенко, С.Я.Фрейдлин, Ю.А.Добровольский, Ю.П.Лисицын, О.П.Щепин и др.

222311
ҚММУ КІТАПХАНАСЫ
100008, Қарағанды қаласы
Гоголь көшесі, 40

В 2000 г. кафедры переименовываются в кафедры общественного здоровья и здравоохранения в соответствии с двумя основными составными частями данной науки и с учетом ее назначения и истории развития.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения при внедрении в его работу новых экономических механизмов хозяйствования и финансирования, новых правовых взаимоотношений в системе здравоохранения, при переходе к медицинскому страхованию от будущего врача требуется усвоение значительного объема теоретических знаний и практических организационных навыков. Каждый врач должен быть хорошим организатором своего дела, уметь четко организовать работу подчиненного ему медицинского персонала, знать медицинское и трудовое законодательство, владеть элементами экономики и управления. Важная роль в выполнении этой задачи принадлежит кафедрам общественного здоровья и здравоохранения, которые представляют и науку, и предмет преподавания в системе высшей медицинской школы.

Глава 2

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

История развития отечественного здравоохранения начинается с Древней Руси. Со времени принятия христианства на Руси стала складываться общественная система призрения, основанная на милосердии и благотворительности. Пришедшие на Русь из Византии монахи принесли с собой представление о врачевании и об общественном призрении как прерогативе церкви. На протяжении многих веков церковь и монастыри были средоточием социальной помощи «сирым и убогим», увечным и больным.

При монастырях же были созданы в XI в. первые больницы в Переяславле, Киеве, позднее в Новгороде, Смоленске, Львове и других городах.

В Московском государстве появились элементы государственного здравоохранения. Был учрежден специальный орган управления медицинским делом – Аптекарский приказ (1620 г.). Созданный первоначально с целью обеспечения лечебной помощью царского двора, уже к середине XVII в. он превратился в крупное общегосударственное учреждение. В функции Аптекарского приказа входило: руководство аптеками, аптекарскими огородами, организацией сбора лекарственных растений; создание медицинской службы в армии; организация временных госпиталей; приглашение на службу иностранных врачей и наблюдение за работой врачей; подготовка врачей; перевод медицинских книг на русский язык; освидетельствование различных лиц; проведение мероприятий по борьбе с эпидемиями. Среди этих мер были простейшие карантинные мероприятия, введение правил захоронения умерших, извещение царского двора о случаях «повальных болезней», сжигание зараженных предметов.

В XVIII в. в России произошли многие преобразования в медицине, часть из них была инициирована Петром I: уделялось внимание мерам по сохранению здоровья солдат и матросов, издавались указы о соблюдении гигиены в войсках и на кораблях, предупреждении заразных болезней в армии, об улучшении помощи больным и раненым, создании военных госпиталей и богаделен, организации госпитальных школ и др.

В XVIII в. Россия по-прежнему являлась единственной страной, в которой существовал единый орган управления медицинским делом.

В 1721 г. создается Медицинская канцелярия – преемница Аптекарского приказа. Во главе Медицинской канцелярии стоял архиатр. Должность эту занимали многие известные врачи, но особенно результативной была деятельность на этом посту врача-реформатора П.З.Кондоиди. В 1763 г. Медицинская канцелярия была преобразована в Медицинскую коллегию во главе с президентом – не врачом.

В 1775 г. произошла реформа гражданского управления, в губерниях были созданы приказы общественного призрения. Одной из главнейших их обязанностей было открытие больниц, аптек, богаделен, сиротских домов, смирительных домов для душевнобольных. В эти годы значительно расширяются типы учреждений. Кроме военных госпиталей создаются гражданские больницы (в 1763 г. – Павловская и в 1776 г. – Екатерининская больницы в Москве, в 1779 г. – Обуховская больница в Петербурге). Открываются учреждения для призрения психических больных (больницы или отделения), государственные и частные аптеки, курорты (первый – по указу Петра I в 1719 г. в Олонецком крае), организуются родовспомогательные заведения. Для проведения вариоляции (профилактика оспы) создаются «оспенные» дома.

Несмотря на крайне недостаточное число госпиталей и больниц, скудость средств, отпускаемых на их содержание, малочисленность медицинского персонала, все же этот период можно рассматривать как начало организации больничного дела, причем практически для каждого типа учреждений, особенно для аптек и госпиталей, неоднократно вырабатывались регламенты их деятельности.

С усилением абсолютной монархии благотворительное движение становится все более светским из-за государственной политики финансового и правового ограничения монастырей и храмов, а также поощрения частной благотворительности дворянского сословия. В период всего XVIII века милосердие и благотворительность постепенно принимали организованные формы. Управление и финансирование благотворительных учреждений осуществлялось государством, частными лицами и церковью.

В начале XIX в. по примеру стран Западной Европы в России произошла реформа государственного аппарата, которая привела к созданию министерств по различным отраслям народного хозяйства. Но министерство здравоохранения по этой реформе не предусматривалось ни в одной стране. В России в 1803 г. был создан медицинский департамент в составе Министерства полиции (в 1819 г. объединенного с Министерством внутренних дел). Началась децентрализация управления медико-санитарным делом, и прогрессивные традиции были практически утрачены.

Характерной особенностью этого периода явилось создание специализированных больниц – глазных, детских, для психических и венерологических больных. В 1803 г. в Петербурге и Москве были открыты Мариинские больницы для бедных, названные по имени императрицы

Марии Федоровны (супруги императора Павла I), которая стала основательницей своеобразного Ведомства учреждений императрицы Марии, сосредоточившего в себе воспитательные дома, приюты для слепых, глухих, увечных, ряд больниц и другие учебно-воспитательные и лечебные учреждения. Во второй половине XIX в. это ведомство имело статус министерства. В этот период стала развиваться амбулаторная помощь, при больницах начали функционировать амбулатории, в 1854 г. в Петербурге была создана Максимилиановская лечебница для приходящих больных, находящаяся под попечительством Максимилиана Ляхтенбергского, а затем великой княгини Елены Павловны, консультантами лечебницы были известные врачи, в том числе и Н.И.Пирогов.

Большинство учреждений существовало на частные и благотворительные пожертвования. Наиболее крупным благотворительным обществом в России было Ведомство учреждений императрицы Марии. Параллельно и независимо от него действовало Императорское человеколюбивое общество и ряд других. Кроме того, формировалась сословная благотворительность. Каждое сословие на правах самоуправления заботилось об оказании помощи своим нетрудоспособным гражданам. В соответствии с этим открывались дворянские, купеческие, ремесленные, епархиальные благотворительные учреждения и заведения военного ведомства; продолжали существовать частные благотворительные учреждения.

Во второй половине XIX – начале XX вв. медицина становится подлинно научной дисциплиной благодаря использованию достижений физики, химии, техники, биологии. Были сделаны крупные открытия, перевернувшие взгляды ученых на причины, диагностику, лечение и профилактику, патогенез заболеваний. Однако большие успехи научной медицины не привели к улучшению состояния здоровья населения. Многочисленные социально-гигиенические исследования, проведенные в эти годы, свидетельствуют о широком распространении эпидемических заболеваний и социальных болезней. Показатель общей смертности в России в 1913 г. составил 29,1 на 1000 населения, особенно высоким уровнем отличалась младенческая смертность – 270 на 1000 родившихся.

Отмечался низкий уровень санитарного состояния страны. К 1917 г. из примерно 800 городов только в 215 был водопровод, из них 145 не имели очистных сооружений, канализацией были обеспечены 23 города. Многие города не имели постоянной санитарной организации. К 1913 г. на всю Россию насчитывалось 208 тыс. больничных коек (13 коек на 10 000 жителей), работали 23 тыс. врачей (1,8 врача на 10 000 жителей) и около 50 тыс. средних медицинских работников. Основное число врачей и медицинских учреждений было сосредоточено в городах.

В эти годы распыленность медико-санитарного дела еще более усилилась. Наиболее значительное число медицинских учреждений было подчинено медицинскому департаменту Министерства внутренних

дел и Министерству государственных имуществ. В сферу забот этих министерств не входила работа врачей и лечебных заведений Военного и Морского министерств, Удельного ведомства, Министерства императорского двора, Министерств народного просвещения, путей сообщения, торговли и промышленности, Ведомства учреждений императрицы Марии и др. Работа частнопрактикующих врачей лишь частично учитывалась Министерством внутренних дел, а работа вольнопрактикующих врачей совсем не попадала в поле их зрения.

Интересный опыт оказания поликлинической помощи населению был предпринят в Петербурге, и связан он с именем С.П.Боткина и видного санитарного деятеля Г.И.Архангельского. Большие эпидемии дифтерии и скарлатины 1880–1881 гг. потребовали разработки мер борьбы с эпидемиями (среди них одной из главных была организация общедоступной врачебной помощи для населения столицы как на дому, так и амбулаторно). Как гласный Государственной думы С.П.Боткин стал одним из организаторов при ней комиссии общественного здравия, которая в 1839 г. представила доклад об организации постоянной врачебной помощи неимущему населению Петербурга через думских врачей.

К 1885 г. весь Петербург был поделен на 25 участков, на каждом работал один врач. Постепенно стали выделяться специальные помещения, и к 1916 г. в Петербурге было организовано 15 амбулаторий «думских» врачей, распространенных по всем районам города. В часы, не занятые приемом думских врачей, в амбулаториях вели приемы врачи-специалисты по глазным, кожным, хирургическим и зубным, ЛОР-заболеваниям, по туберкулезу. Деятельность думских врачей представляет первый опыт оказания медицинской помощи городскому населению по районному принципу (истоки современной участковости).

В конце 1890-х годов начала создаваться специальная служба для оказания первоначальной медицинской помощи вне лечебных учреждений–скорой помощи. Часто созданию этой службы способствовали трагедии, сопровождавшиеся массой пострадавших. Так, в Москве скорая помощь была организована вскоре после ходынской трагедии. В Петербурге в 1899 г. после очередного сильного наводнения было открыто 5 станций.

В нашей стране в 1860-х годах была впервые в мире организована система оказания медицинской помощи сельскому населению – земская медицина. Земская медицина организовывалась как «необязательная» повинность земства одновременно с учреждением земства. Земские участковые врачи стремились сочетать лечебное дело с санитарно-оздоровительной работой и с участием в общекультурной пропаганде на селе. Однако профилактической работе и санитарным мероприятиям не уделялось должного внимания. Земства выделяли на содержание земской медицины незначительные средства, стараясь покрыть расходы на оказание медицинской помощи за счет самого

крестьянства (специальный медицинский сбор). Плата с крестьян за лечение в больнице была отменена лишь в 1880-х годах. Для экономии в течение 1860–1870-х годов земства приглашали на службу вместо врачей фельдшеров, которым было предоставлено право самостоятельного лечения. В своем развитии земская медицина прошла 2 периода. I период начался в 1864 г., продолжался приблизительно 26 лет и характеризовался разъездной системой оказания медицинской помощи, малым числом врачей, в основном работали фельдшеры; недостаточным количеством учреждений; огромной территорией участка, приходившейся на одного врача; платной медицинской помощью. Организованная таким образом медицинская помощь была введена в 34 губерниях России.

Передовые врачи и общественные деятели приложили много сил, чтобы усовершенствовать созданную организацию, и их стараниями 17 губерний вступили во II период земской медицины (1890-е годы). С этого периода разъездная система сменяется стационарной, при которой врач из «неуловимого кочевника» превращается в прикрепленного к определенному медицинскому учреждению, что, несомненно, явилось важной вехой в деле улучшения медико-санитарной помощи сельскому населению. Была организована значительная сеть медицинских учреждений, помощь больному в зависимости от тяжести его состояния оказывалась на одном из этапов: фельдшерский пункт, сельская участковая больница, уездная больница, губернская больница. Медицинская помощь оказывалась бесплатно. Постепенно увеличивалось число врачей на селе, многие выдающиеся ученые вышли из среды земских врачей: П.И.Дьяконов, С.И.Спасокукоцкий, Н.И.Напалков, Н.Ф.Филатов и многие другие. Была организована сеть медико-статистических учреждений.

Большую роль в истории развития идей и организации земской медицины сыграло Общество русских врачей им. Н.И.Пирогова. Одними из первых теоретических центров земской медицины явились журнал «Архив судебной медицины и общественной гигиены», основанный в 1865 г. С.П.Ловцовым, и Казанское общество врачей, организованное А.В.Петровым. Санитарно-статистические исследования заболеваемости, физического развития и демографии, произведенные впервые деятелями земской медицины (П.И.Куркин, Е.М.Дементьев, Е.А.Осипов, Ф.Ф.Эрисман, А.И.Погожев, Н.И.Тезяков, Д.Н.Жбанков, С.М.Богословский, И.И.Моллесон и др.), имели целью разработку программы санитарного оздоровления в России и организации медицинской помощи крестьянству.

В эти годы сложился тип земского врача – носителя высоких нравственных качеств и общественных принципов. Земские врачи оказали огромное влияние на формирование и развитие лучших традиций отечественной медицины. Крупнейшие деятели земской медицины И.И.Моллесон, Е.А.Осипов, П.И.Куркин, П.А.Песков, Н.И.Тезяков,

З.Г.Френкель, С.Н.Игумнов и др. обогатили санитарно-статистическую науку.

Таким образом, в рамках земской медицины были сформулированы и отработаны многие организационные принципы, важнейшие из них – участковость, этапность и создание санитарной организации, в состав которой входили уездный и губернский санитарные врачи, уездный и губернский санитарные советы.

В начале XX в. рост промышленности, подъем революционного движения, выдвижение рабочими экономических требований, в том числе и по организации медицинской помощи, способствовали введению страховой медицины в России в рамках существовавшей фабрично-заводской медицины.

23 июня 1912 г. правительством был принят закон о страховании рабочих при болезни и несчастных случаях. Организационную основу страховой медицины составляли больничные кассы, которые могли быть территориальными (общими) и профессиональными (при предприятиях). В состав касс входили и предприниматели, во многом определявшие политику и практическую деятельность этих учреждений. Средства больничных касс образовывались из взносов рабочих и из выплат промышленников. Максимум вычета с рабочих был равен 3% заработка; при большем числе участников кассы процент уменьшался. Размер взносов владельца предприятия был определен в $^2/_3$ суммы взносов, взимаемой с участников кассы.

Закон устанавливал, что лечение рабочих должно проводиться за счет владельцев предприятий, но содержание собственных больниц, даже при крупных заводах и фабриках, признавалось для предпринимателей необязательным.

Больничные кассы обеспечивали рабочих 3 видами пособий: болезнь и несчастный случай (от 25 до 75% заработка), роды (50–100%) и погребение в случае смерти застрахованного (100–150% месячного заработка).

Принятый закон, таким образом, был далек от совершенства и вызывал обоснованную критику. Система страхования распространялась только на рабочих, а их в России было немного. Кроме того, закон не распространялся на Сибирь, Дальний Восток и Туркестан. В общем, приблизительно только 15% рабочих подлежали страхованию.

После февральской революции 1917 г. была попытка улучшить систему страхования рабочих. Закон от 17 июня 1917 г. вводил ряд нововведений и прежде всего предусматривал распространение страхования на все отрасли промышленности и на широкие слои рабочих. Но ничего нового не было принято по одному из основных пунктов о средствах больничных касс, здесь все оставалось по-прежнему.

Таким образом, к 1917 г. в России существовали государственные учреждения, ведомственные, частные и благотворительные медицинские учреждения.

Период становления советского здравоохранения (1917–1920 гг.)

С 1917 г. в нашей стране вопросы охраны здоровья стали государственной задачей, что обеспечивалось государственным руководством и финансированием служб здравоохранения и медицинской науки.

Тяготы революции, гражданская война, разруха, голод, несовершенная организация медико-санитарной помощи, недостаток врачей обусловили перечень неотложных задач этого периода: строительство новой системы организации медико-санитарной службы в Красной Армии; борьба с эпидемиями; привлечение медицинских работников к активной работе и создание необходимых учреждений для оказания медицинской помощи населению; охрана материнства и младенчества.

26 октября (8 ноября) 1917 г. при Военно-революционном комитете Петроградского Совета рабочих и солдатских депутатов был образован медико-санитарный отдел во главе с М.И.Барсуковым. Этому отделу поручалось начать реорганизацию медико-санитарного дела в стране, а также организовать медицинскую помощь восставшим.

Среди создаваемых в эти годы комиссариатов не было специального Комиссариата здравоохранения, но в различных комиссариатах организовывались медицинские коллегии. 24 января 1918 г. декретом СНК РСФСР медицинские коллегии всех комиссариатов были объединены в Совет врачебных коллегий, который стал высшим медицинским органом в стране. Председателем Совета врачебных коллегий был назначен А.Н.Винокуров, его членами стали Е.А.Артеменко, М.И.Барсуков, В.М.Бонч-Бруевич (Величкина), С.Ю.Багоцкий, И.С.Вегер, М.Г.Вечеслов, М.В.Головинский, С.И.Мицкевич, Е.П.Первухин. После переезда советского правительства в Москву в марте 1918 г. в Совет вошли Н.А.Семашко, З.П.Соловьев, В.И.Русаков, А.П.Голубков, А.П.Кост, В.С.Вейсброд.

Состоявшийся 16–19 июня 1918 г. Всероссийский съезд медико-санитарных отделов Советов по докладу З.П.Соловьева и В.М.Бонч-Бруевич принял решение о создании Народного комиссариата здравоохранения, кроме того, на съезде обсуждались насущные проблемы здравоохранения этого периода: «Об организации и задачах советской медицины на местах» (доклад Н.А.Семашко), «Об организации борьбы с эпидемиями в условиях Советской республики» (доклад А.Н.Сысина), «О страховой медицине» (И.В.Русаков и Г.В.Линдов).

11 июля СНК принял декрет «Об учреждении Народного комиссариата здравоохранения». Народным комиссаром здравоохранения был назначен Н.А.Семашко, его заместителем – З.П.Соловьев, в состав коллегии НКЗ вошли В.М.Бонч-Бруевич (Величкина), А.П.Голубков, П.Г.Дауге, Е.П.Первухин.

На местах создавались медико-санитарные отделы Советов, которые проводили решения центральных органов в области здравоохранения на своих территориях.

Для организации медицинского обслуживания бойцов Красной Армии постановлением ВЦИК в октябре 1919 г. был создан специальный комитет помощи раненным и больным красноармейцам. Большая роль в координировании всех вопросов принадлежит З.П.Соловьеву, который в январе 1920 г. возглавил Главное военно-санитарное управление Рабоче-Крестьянской Красной Армии. В 1919 г. он избран председателем исполкома Российского общества Красного Креста. Госпитальная база была приближена к местам боевых действий, осуществлена мобилизация медицинских работников. Проводились специальные меры по борьбе с эпидемиями, особенно сыпного тифа, как в войсках, так и среди гражданского населения. Часто устраивались «недели чистоты», «банные недели». На железнодорожных и водных станциях организовывались санпропускники. Для больных сыпным тифом развертывались дополнительные койки. Массовая профилактическая помощь сочеталась с санитарным просвещением, для которого были найдены действенные формы.

Необходимо было налаживать оказание медицинской помощи рабочим. Основополагающее значение имел декрет ВЦИК от 22 декабря 1917 г. «О страховании на случай болезни», который обязывал больничные кассы оказывать застрахованным – рабочим, служащим и членам их семей – бесплатную помощь, что положило начало осуществлению принципа бесплатной, общедоступной и квалифицированной медицинской помощи трудящимся. Больничные кассы, располагавшие определенными средствами, создали ряд крупных амбулаторий, больниц и поликлиник. Таким образом, в первые месяцы советской власти страховая медицина стала превращаться в «грандиозную организацию, о которой вряд ли мечтали страховые деятели прежней эпохи». Но просуществовала она недолго – до февраля 1919 г., так как вскоре после образования Наркомздрава руководители здравоохранения пришли к выводу, что все медицинские учреждения в стране должны быть только государственными.

В декабре 1918 г. была национализирована вся аптечная сеть, в Наркомздраве организован фармацевтический отдел.

Несмотря на тяжелейшие условия рассматриваемого периода, именно в эти годы был провозглашен приоритет профилактической медицины, начат комплекс мероприятий по борьбе с социальными болезнями – туберкулезом, венерическими заболеваниями. В Наркомздраве были организованы секция по борьбе с туберкулезом и подсекция по борьбе с венерическими заболеваниями. Начали создаваться лечебно-профилактические учреждения нового типа – диспансеры (противотуберкулезный и венерологический). В 1919 г. в Москве состоялся I Всероссийский съезд по борьбе с социальными болезнями.

Здравоохранение в период 1921–1925 гг.

Эти годы проходили под знаком восстановления разрушенной медицинской сети. Число медицинских учреждений возрастало, в том числе увеличивалось и число диспансеров. В связи с введением НЭПа появилась необходимость перестройки работы здравоохранения, исходя из новых условий. Большинство медицинских учреждений было переведено с государственного на местный бюджет, который не везде был достаточным. Это приводило к закрытию ряда учреждений и введению платы за лечение. Однако вскоре III Всероссийский съезд здравотделов провозгласил незыблемость основных принципов здравоохранения – государственный характер и бесплатность. К концу этого периода вновь начинает отмечаться рост количества медицинских учреждений не только в городах, но и в сельской местности.

Эпидемическая обстановка в стране продолжала оставаться сложной. В результате огромных усилий эпидемии удалось локализовать. В эти годы большое внимание уделялось борьбе с малярией: при Наркомздраве в 1921 г. была организована Центральная малярийная комиссия, а на местах – малярийные станции и пункты. В 1924 г. издан специальный декрет СНК РСФСР «О мероприятиях по борьбе с малярией». Началась планомерная борьба с оспой, также закрепленная декретами: «Об обязательном оспопрививании» (октябрь 1924 г., как дополнение к декрету 1919 г.), обязывающий проводить ревакцинацию. Важное значение имел декрет «О мерах по улучшению водоснабжения, канализации и ассенизации». В июне 1921 г. было издано постановление, согласно которому в Наркомздраве сосредотачивалось все дело санитарной охраны жилищ. Началась реализация лозунга «От борьбы с эпидемиями к оздоровлению труда и быта», провозглашенного V Всероссийским съездом здравотделов и знаменующего синтез лечебной и профилактической работы.

Значение широких оздоровительных мер, вовлечение трудящихся в работу по оздоровлению, санитарному просвещению подчеркнул III Всероссийский съезд Советов (1925 г., по докладу Н.А.Семашко). Именно в это время широкое распространение получили разнообразные формы участия населения и объединений трудящихся в работе лечебно-профилактических учреждений, оздоровлении условий труда и быта.

Особенно остро в эти годы ощущался недостаток врачей и другого медицинского персонала. В связи с новыми условиями, задачами и содержанием советской медицины, а также привлечением в учебные заведения нового студенчества – детей рабочих и крестьянской бедноты – была проведена реформа медицинского образования. Стали открываться новые медицинские факультеты университетов. Особую роль в реорганизации медицинского образования сыграли кафедры социальной гигиены, способствующие внедрению профилактических начал в медицину, изучению социальных проблем медицины.

К концу этого периода наметились некоторые тенденции к улучшению состояния здоровья населения: сократилась заболеваемость и смертность от острозаразных болезней, общая смертность снизилась до 20,3 на 1000 населения, постепенно стала расти продолжительность жизни.

Здравоохранение в довоенный период (1926–1940 гг.)

С началом первых пятилеток в экономической политике страны был взят курс на индустриализацию и коллективизацию. Форсированные индустриализация и экономический рост в условиях нехватки капиталов вели к увеличению разрыва между экономической и социальной сторонами развития. При значительном увеличении капиталовложений в промышленность доля расходов на социальную сферу и здравоохранение сокращалась.

Основным методом лечебно-профилактической помощи провозглашается диспансеризация. Одним из первых диспансерный метод стал внедряться в Московском здравоохранении, возглавляемом В.А.Обухом. Активно он применялся в Ленинграде, Киеве и других крупных городах. Опыт диспансеризации этих лет имел положительное значение: диспансерный метод вышел за рамки социальных болезней и стал использоваться во всех медицинских учреждениях. С другой стороны, в конце 1920-х годов диспансерный метод пытались внедрять в неоправданно широких масштабах, что привело к теоретическим и практическим просчетам в проведении диспансерной работы, что в значительной мере объясняется недоучетом ограниченных возможностей материально-технической базы здравоохранения, недостатком медицинского персонала.

Жесткое проведение классово-политической линии стало определяющим принципом в организации медицинского обеспечения населения. Главной задачей органов здравоохранения являлось обслуживание промышленных рабочих и колхозного крестьянства.

Выступивший на VII Всероссийском съезде здравотделов (1930) с программным докладом нарком здравоохранения М.Ф.Владимирский определил круг задач, требующих неотложного решения: экономических проблем здравоохранения, рациональной организации медицинской помощи как важнейшего фактора повышения производительности труда, снижения потерь рабочего времени в связи с нетрудоспособностью по болезни и др. Большое значение придавалось планированию здравоохранения и медицинской науки. Особая роль отводилась здравпунктам на промышленных предприятиях. Много внимания уделялось борьбе с профессиональными заболеваниями и травматизмом.

Более основательно в эти годы решаются вопросы санитарного законодательства. Выходит ряд правительственных законов по санитарному

делу: постановления СНК РСФСР «О санитарных органах республики» (1927), «Об учреждении Положения о санитарных органах республики» (1927). Результатом явилось установление повсеместного постоянного предупредительного и текущего санитарного надзора, четко определялись права и функции санитарных органов.

В конце 1920-х годов появились новые учреждения – санитарно-эпидемиологические станции (СЭС) – органы, управляющие мероприятиями по борьбе с инфекционными и паразитарными болезнями, организующие работу по оздоровлению окружающей среды. В 1933 г. была создана Государственная санитарная инспекция для руководства работой органов санитарной инспекции на всей территории страны.

В 1930 г. происходит реформа медицинского образования, суть которой заключалась в реорганизации медицинских факультетов в самостоятельные медицинские институты и передаче их из Народного комиссариата просвещения в НКЗ, что способствовало совершенствованию планирования приема и выпуска врачей, увеличению числа медицинских институтов, а следовательно, и числа врачей (в 1928 г. – 70 тыс. врачей, в 1940 г. – 155,3 тыс.). Началось профильное обучение, в медицинских институтах организуются лечебный, санитарно-гигиенический и педиатрический факультеты. К 1940 г. в стране насчитывалось 72 медицинских вуза.

В 1934 г. наркомом здравоохранения РСФСР назначается Г.Н.Каминский, оставивший заметный след в истории советского здравоохранения. В июле 1936 г. был создан Народный комиссариат здравоохранения СССР, и первым наркомом утверждается Г.Н.Каминский. Так была завершена централизация медико-санитарного дела в стране. В ведение НКЗ СССР перешли республиканские народные комиссариаты здравоохранения.

Одними из неотложных задач здравоохранения 1930-х годов были улучшение внебольничной помощи и снижение заболеваемости населения.

Действовавший в стране так называемый остаточный принцип финансирования здравоохранения обусловил серьезное ослабление внимания к вопросам охраны здоровья и, как следствие, сокращение ассигнований, приостановку роста сети, уменьшение числа лечебно-профилактических учреждений. Начиная с 1934–1935 гг., сеть медицинских учреждений на промышленных предприятиях уменьшалась, качество обслуживания рабочих снизилось, показатели заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности возросли. Сказалась, вероятно, и неудовлетворительная работа органов здравоохранения. Поэтому перед Г.Н.Каменским и сменившим его в 1937 г. на посту наркома здравоохранения СССР М.Ф.Болдыревым были поставлены серьезные задачи по ликвидации выявленных недостатков в здравоохранении. Предусматривались введение в работу принципа участковости, организация помощи на дому, нормирование нагрузки врачей и создание

единой номенклатуры медицинских учреждений. Основным звеном медико-санитарного обслуживания на селе стал сельский врачебный участок. Началось строительство здравоохранения в союзных республиках. Для каждой республики была утверждена обязательная сеть врачебных участков, обеспеченных врачами. Был предусмотрен бюджет учреждений здравоохранения. Создается медицинская и фармацевтическая промышленность. Проводилось это в тяжелых условиях массовых репрессий и других нарушений законности по отношению ко всем слоям общества, в том числе и к медикам. Не миновали они и первых наркомов здравоохранения СССР.

Статистические данные этого периода отражали в основном количественный рост сети и кадров, не выявляя массы нерешенных проблем здравоохранения. Так, по официальным данным, число больничных коек возросло с 247 тыс. в 1928 г. до 791 тыс. в 1940 г. Снизилась общая смертность (1940 – 18,0 на 1000 населения), возросла средняя продолжительность жизни. Были ликвидированы опасные эпидемические заболевания, сократилась заболеваемость малярией, другими инфекционными и паразитарными заболеваниями.

Здравоохранение в период Великой Отечественной войны и восстановления народного хозяйства (1941–1952 гг.)

В годы Великой Отечественной войны службы здравоохранения были нацелены на выполнение задач, обусловленных военным временем: оказание медицинской помощи раненым на этапах эвакуации, быстрейшее восстановление их боеспособности, предупреждение эпидемий. Решались эти задачи с неимоверными трудностями.

Еще в мае 1940 г. в секретном докладе правительственной комиссии отмечалось, что санитарная служба Красной Армии, как показал опыт войны с белофиннами, оказалась недостаточно подготовленной: не хватало медицинских кадров, особенно хирургов, неудовлетворительной была подготовка медицинского персонала по вопросам военно-полевой хирургии, организации и тактики медицинской службы.

Накануне войны 1941 г. медицинские учреждения были укомплектованы врачами лишь на 77%. Остро ощущался недостаток в квалифицированных руководителях военно-медицинской службы, не была завершена перестройка медицинской службы Красной Армии, не разработаны основные положения деятельности военных медиков в боевой обстановке.

Особенно тяжелые потери отмечались в первые месяцы войны во время окружения или вынужденного отступления. Были разрушены многие медицинские учреждения, уничтожены имущество медико-санитарных учреждений, запасы лекарств, различное оборудование.

Действиям военных медиков в первые два года войны особенно мешали устаревшие, но оставшиеся руководящими довоенные представления о тактике медицинской службы, в частности жесткая регламентация расположения госпиталей. В этих условиях для выполнения своего профессионального долга от медиков требовались напряжение всех сил, высокое мастерство, самостоятельность в работе. Благодаря этому удалось предотвратить массовые эпидемии, добиться возвращения в строй значительного процента раненых и больных.

Спустя некоторое время на основе единой военно-полевой медицинской доктрины была создана система этапного лечения раненых и больных с эвакуацией по назначению, которая предусматривала проведение преемственных и последовательных мероприятий в сочетании с эвакуацией по медицинским показаниям и с учетом боевой обстановки. Впервые в истории отечественной военной медицины была организована специализированная медицинская помощь в соответствующих профилированных госпиталях, максимально приближенная к раненому. Раненным в голову, грудь, живот, бедро, суставы оказывали помощь компетентные специалисты. Была разработана и быстро внедрена система лечения легкораненых. Создание терапевтических госпиталей упорядочило систему лечения больных.

Ведущую роль в организации медицинского обеспечения действующей армии играло Главное военно-санитарное управление, возглавляемое Е.И.Смирновым. Большое значение в организации медицинского обеспечения боевых действий войск, в совершенствовании методов лечения больных и раненых и обобщении боевого опыта медицинской службы имел Ученый медицинский совет при начальнике Главного военно-санитарного управления.

Для внедрения в практику единых принципов лечения и профилактики, а также для развертывания в условиях войны научных исследований важное значение имело введение в руководящие органы медицинской службы в центре и на фронтах должностей главных специалистов, на которые назначались известные ученые: М.А.Ахутин, С.И.Банайтис, А.А.Вишневский, М.С.Вовси, С.С.Гирголав, Н.Н.Еланский, Ф.Г.Кротков, П.А.Куприянов, И.А.Молчанов, В.Н.Шамов, С.С.Юдин и др. Пост главного хирурга Советской Армии занимал Н.Н.Бурденко, а аналогичную должность в Военно-морском флоте – Ю.Ю.Джанелидзе.

Были не только разработаны методы лечения ран, травм, восстановления трудоспособности, переливания крови и кровезаменителей, борьбы с шоком и послераневыми осложнениями, предложены эффективные лекарственные средства, но и продолжались фундаментальные исследования, определившие перспективу важнейших направлений современной медицинской науки. В 1944 г. была учреждена Академия медицинских наук СССР, объединившая ведущие научно-исследовательские институты медицинского и медико-биологического профиля. Первым президентом АМН СССР стал Н.Н.Бурденко.

Была создана эффективная система санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, охватывающих войска и гражданское население страны. Во всех республиках, областях, городах и районах были созданы чрезвычайные противоэпидемические комиссии, обладавшие широкими полномочиями. Нарком здравоохранения СССР Г.А.Митирев был назначен уполномоченным Государственного комитета обороны по противоэпидемической работе, что позволило сосредоточить в едином органе все меры по предотвращению эпидемий.

Сложные и трудные задачи стояли и перед органами гражданского здравоохранения: необходимо было обеспечивать страну медицинскими кадрами, организовывать лечение в эвакогоспиталях раненых и больных, сохранять санитарное благополучие тыла, оказывать медицинскую помощь гражданскому населению, в том числе женщинам и подросткам, установить медицинский надзор над эвакуированными детьми.

8 июля 1944 г. издается указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства».

Немалую роль сыграли медицинские работники и в обороне Ленинграда: они должны были обеспечить охрану здоровья населения осажденного и обстреливаемого города. Все крупные больницы и медицинские институты значились на немецких картах артобстрелов под специальными номерами как объекты, подлежащие уничтожению. На фронт ушли свыше 2 тыс. врачей. Кроме оказания медицинской помощи гражданскому населению, необходимо было развернуть госпитали для обслуживания раненных и больных бойцов. В короткий срок было организовано большое число таких госпиталей, они были полностью снабжены имуществом и оборудованием.

В первые же месяцы стала формироваться медико-санитарная служба для эвакуированных.

Была создана медико-санитарная служба противовоздушной обороны. На предприятиях, в домохозяйствах, общежитиях были организованы пункты первой помощи. Дружинницы Красного Креста под руководством врачей провели героическую работу по оказанию помощи пострадавшим при воздушных налетах и артиллерийских обстрелах города. Они подбирали больных на улицах, госпитализировали их, выявляли больных на дому, обеспечивали уход за ними.

Организованно работала ленинградская скорая помощь, на долю которой выпала ответственная работа по своевременному оказанию помощи пострадавшим от бомбежек и обстрелов. Немало работников скорой помощи погибли при выполнении своих обязанностей.

Санитарная и противоэпидемическая работа, проведенная работниками здравоохранения и поддержанная жителями города, привела к тому, что в осажденном городе не было эпидемий.

Зимой 1941–1942 гг. до 90% всех коек в больницах занимали больные алиментарной дистрофией, которая часто сопровождалась пневмониями, дизентерией. Значительная часть больных поступала в тяжелейшем состоянии и часто умирала в первые сутки и даже часы после поступления в стационар. За время блокады в городе только от голода умерло более 1 млн ленинградцев. В конце 1941 – начале 1942 гг. увеличилось число больных с проявлениями авитаминозов. Авитаминозы и алиментарная дистрофия не только сами по себе резко ухудшали состояние здоровья, но значительно осложняли течение и ухудшали исходы других заболеваний. Так, смертность от дизентерии среди больных алиментарной дистрофией и авитаминозами увеличилась в 5 раз, а от сыпного тифа – в 15 раз.

Медицинские вузы города продолжали подготовку врачей для военного и гражданского здравоохранения, организовывали многочисленные курсы усовершенствования и специализации для всех звеньев медицинского персонала по различным актуальным проблемам военного времени.

Особенной интенсивностью отличалась научно-исследовательская работа в медицинских и научных учреждениях города. Большой вклад был внесен в теорию и практику разнообразной патологии военного времени, в том числе особенностей патологии блокированного города. В институтах действовали ученые советы, шла защита докторских и кандидатских диссертаций, издавались научные труды и методические рекомендации для военных медиков. Поражает необыкновенная быстрота внедрения научных достижений в практику здравоохранения в эти годы, не сравнимая с до- и послевоенным периодами.

После окончания этой жесточайшей войны, принесшей неисчислимые потери для нашей страны, началось постепенное восстановление разрушенной сети здравоохранения, а затем и дальнейшее ее развитие.

Официальные данные свидетельствуют о том, что к 1960 г. число медицинских учреждений, больничных коек, врачей не только достигло довоенного уровня, но и значительно превзошло его. В сельской местности насчитывалось более 63 тыс. фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов. В 1950 г. показатель общей смертности снизился по сравнению с 1940 г. в 2 раза (9,7 на 1000 жителей), уменьшилась заболеваемость и смертность от инфекционных заболеваний.

Важнейшим организационным мероприятием этого периода было объединение амбулаторно-поликлинических учреждений с больницами в комплексы – объединенные больницы. Это решение было одобрено Всесоюзным совещанием работников здравоохранения в 1947 г., обосновывая этот шаг повышением качества медицинской помощи и квалификации врачей. Действительными положительными сторонами объединения были: доступность госпитализации, расширение возможностей диагностики, преемственность наблюдения за больными, благоприятные условия для повышения квалификации врачей. Однако

объединение часто проходило по формальному принципу: поликлиники объединялись с инфекционными больницами, наблюдалась территориальная разобщенность поликлиники и больницы, преимущественное внимание уделялось стационару: за счет поликлиники укомплектовывались штаты стационара, материальные средства в большей степени расходовались на укрепление базы стационара. Поэтому в конце 1960 – начале 1970-х годов появилась тенденция к разъединению таких больниц и поликлиник, а в крупных городах в новых жилых районах было разрешено строительство самостоятельных поликлиник.

Здравоохранение в послевоенный период (с 1952 г.)

В эти годы шли поиски новых форм и методов оказания лечебно-профилактической помощи населению.

Была проведена реформа управления здравоохранением в сельской местности. Районные отделы здравоохранения упразднялись, и все административные и хозяйственные функции по отношению к учреждениям здравоохранения района передавались районной больнице, главный врач которой становился главным врачом района. Центральные районные больницы стали организационно-методическими центрами квалифицированной медицинской помощи.

В 1960-е годы наряду с дальнейшим развитием сети медицинских учреждений все больше внимания уделялось развитию специализированных служб, обеспечению населения скорой и неотложной медицинской помощью, стоматологической и рентгенорадиологической помощью. Были проведены конкретные мероприятия по снижению заболеваемости туберкулезом, полиомиелитом, дифтерией. Строительство крупных многопрофильных больниц и увеличение мощности существующих центральных районных больниц до 300–400 коек со всеми видами специализированной помощи министр здравоохранения С.В.Курашов рассматривал как генеральную линию развития здравоохранения.

Больше внимания стали уделять организации медицинской помощи больным с патологией органов дыхания, сердечно-сосудистыми, онкологическими, аллергическими заболеваниями.

Однако все отчетливее было видно, что результаты деятельности органов здравоохранения перестали соответствовать потребностям населения, насущным задачам времени.

Финансирование здравоохранения продолжало осуществляться по остаточному принципу. По сравнению с другими странами мира, где при оценке финансирования исходят из показателей доли национального дохода, идущего на здравоохранение, в 1970–1980-е годы СССР занимал место в 7-м десятке стран. Оценка по доле госбюджета, идуще-

го на эти цели, показала, что эта доля неуклонно снижалась: 1960 г. – 6,6%, 1970 г. – 6,1%, 1980 г. – 5,0%, 1985 г. – 4,6%, 1993 г. – 3,5%. Рост ассигнований в абсолютных величинах едва покрывал расходы, связанные с ростом населения страны.

Здравоохранение стали включать в сферу обслуживания, внимание административно-управленческого аппарата к охране здоровья людей снизилось.

Профилактическое направление медицины в его традиционном понимании как борьба с массовыми, преимущественно инфекционными, остро протекающими заболеваниями путем санитарно-противоэпидемических мер стало исчерпывать себя. Одна из причин этого – стремительная трансформация патологии: все большее преобладание неэпидемических хронических болезней, составивших основу современной структуры смертности и заболеваемости. Появились новые вопросы, связанные с недооценкой не только в 1930–1940-е годы, но и в 1950–1960-е годы проблем окружающей среды и гигиены труда. Таким образом, по-прежнему декларируемое профилактическое направление на практике не выполнялось, у врачей преобладал лечебный раздел работы, профилактикой же врачи занимались формально, часто «для отчета».

Особое место принадлежит значимости экстенсивных путей развития здравоохранения. Несомненно, что на определенном этапе развития, когда многие проблемы охраны здоровья были связаны с нехваткой врачей, больниц, поликлиник, санитарно-эпидемиологических учреждений, эти пути сыграли свою роль. Но они могли привести к успехам лишь до определенной степени, при определенных условиях. Был упущен момент, когда от количественных показателей развития здравоохранения надо было осуществить качественный скачок на основе дополнительного финансирования, иного подхода к использованию ресурсов, поиску новых форм и методов работы всех звеньев здравоохранения с включением материальных стимулов, с новыми подходами в подготовке кадров. Несмотря на продолжающийся рост сети и числа медицинских кадров, обеспеченность населения врачами и койками была далека от желаемой, доступность высококвалифицированной и специализированной помощи уменьшалась и была недостаточной даже в городах. Не исчезал дефицит лекарств, медицинских приборов и оборудования. Недостаточными темпами снижались заболеваемость и смертность населения.

Задачи в области здравоохранения определялись постановлениями ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения» (1960, 1968, 1977, 1982). Многое в этих постановлениях оставалось также на уровне деклараций, вместо кардинальных решений предусматривались необязательные полумеры.

С другой стороны, сложившиеся на протяжении десятилетий формы и методы лечебно-профилактической помощи во многом оправдали себя и получили международное признание. ВОЗ позитивно оценила

принципы советского здравоохранения. Международное совещание в Алма-Ате (1978) под эгидой ВОЗ признало организацию первичной медико-санитарной помощи в СССР, ее принципы как одни из лучших в мире.

В эти годы проводится большая работа по улучшению качества подготовки врачей. В медицинских институтах совершенствуются учебный план и программы обучения, вводятся 6-й курс – субординатура и после окончания института – интернатура с экзаменом по основной специальности.

Политические, экономические и социальные изменения последних лет привели к необходимости пересмотра системы лечебно-профилактической помощи населению.

В 1990-е годы в стране складывается очень тяжелое положение в здравоохранении. Из-за недостатка средств в больницах нечем лечить больных, нет необходимых лекарственных препаратов, перевязочного материала, реактивов. Из-за высокой стоимости лекарств в аптеках и низкого материального уровня большая часть населения лишена возможности покупать нужные лекарства. В стране растут смертность населения, детская смертность, заболеваемость, в частности, наряду с ростом числа неинфекционных заболеваний быстро увеличивается заболеваемость инфекционными болезнями, туберкулезом, психическими расстройствами и т.д. Возникла острая необходимость в реформировании здравоохранения. В качестве альтернативы сложившейся отечественной государственной системе здравоохранения вводится медицинское страхование, которому предшествовал эксперимент на ряде территорий России по отработке нового хозяйственного механизма с применением экономических методов управления здравоохранением. В стране появляются новые формы медицинского обслуживания – врач общей практики, дневные стационары, центры амбулаторной хирургии в поликлиниках и др.

Но, к сожалению, все эти меры пока не изменяют сложного положения в медицинском обслуживании населения, что связано, в первую очередь, с резким дефицитом финансирования отрасли в целом.

На улучшение состояния здоровья, качества жизни людей и социальное благополучие общества направлена реализация приоритетных национальных проектов «Образование», «Доступное жилье», «Развитие агропромышленного комплекса» и «Здоровье».

Реализация национального проекта «Здоровье» началась в 2006 г. Основные направления национального проекта «Здоровье»:

- развитие первичной медицинской помощи;
- развитие профилактического направления медицинской помощи (иммунизации диспансеризации, обследование новорожденных), пропаганда здорового образа жизни;
- повышение доступности высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи;

- оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов через систему родовых сертификатов;
- увеличение пособий по материнству и детству: по беременности и родам, при рождении ребенка, по уходу за ребенком до достижения им полутора лет и пособий женщинам при постановке на учет в ранние сроки беременности.

В 2008–2009 гг. развитие национального проекта планируется дополнить следующими направлениями:

1. Совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

2. Совершенствование организации медицинской помощи при острых отравлениях (в том числе создание сети информационно-консультативных токсикологических центров).

3. Обновление диагностического и лечебного оборудования во всех стационарных учреждениях родовспоможения, строительство современных перинатальных центров.

4. Совершенствование медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями с созданием центров малоинвазивной сердечно-сосудистой хирургии на базе учреждений здравоохранения в каждом субъекте РФ.

5. Оснащение федеральных медицинских учреждений ультрасовременным медицинским оборудованием.

6. Совершенствование медицинской помощи женщинам в период беременности, во время родов и в послеродовом периоде.

7. Проведение «пилотных» проектов для повышения эффективности управления ресурсами здравоохранения в некоторых субъектах РФ с созданием преимущественно одноканальной системы финансирования здравоохранения и внедрением элементов частичного фондодержания на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи.

Важнейшими социально-экономическими результатами проекта должны стать:

- снижение показателей смертности и инвалидности населения за счет повышения качества медицинской помощи;
- удовлетворение потребности населения в бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи;
- приближение отечественного здравоохранения к европейским стандартам медицинской помощи;
- снижение экономических потерь за счет укрепления и восстановления здоровья граждан, уменьшения финансовых затрат на выплаты пенсий по инвалидности и пособий по временной нетрудоспособности;
- укрепление позиций России на внутреннем и международном рынках медицинских услуг и медицинских технологий.

Глава 3

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Развитие правовых основ здравоохранения в России

Отечественное законодательство в области здравоохранения формировалось на протяжении многих столетий. Еще в XI в. в Уставе великого князя Владимира Святославовича было определено и узаконено правовое положение врачей. В дальнейшем (XII в.) «Русская Правда» Ярослава Мудрого закрепила право медицинской практики на территории Киевской Руси. Первое упоминание о нормативной регламентации медицинской помощи в Русском государстве относится к XVI в., когда при царе Иване Грозном был разработан законодательный сборник «Стоглав», большой раздел которого касался правил содержания больниц. Важным юридическим актом своего времени был изданный в 1735 г. специальный «Генеральный регламент о госпиталях». В 1833 г. был обнародован Свод законов Российской Империи, один из томов которого был посвящен Врачебному уставу. Отдельный сборник юридических актов под названием «Врачебно-санитарное законодательство в России» был издан в 1913 г. в Санкт-Петербурге. Несмотря на то, что эти документы отражали в основном различные вопросы санитарно-полицейского характера, они сыграли значительную роль в развитии основ отечественного медицинского права.

В советский период истории страны вопросы здравоохранения полностью регламентировались государством через различные нормативные акты (декреты, постановления, законы, указы и т.д.).

Изменение ситуации в стране в последние годы и наличие явных противоречий в законодательном обеспечении многих вопросов, связанных с охраной здоровья и функционированием отрасли здравоохранения, обусловили необходимость создания новой правовой базы. В связи с этим 22 июля 1993 г. был принят Закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». В этом документе в соответствии с международными правовыми нормами закреплен приоритет прав человека в сфере охраны здоровья, определены права пациентов, совершенно не отраженные в прежнем законодательстве. Таким образом, новая правовая база в области охраны здоровья сегодня является уже объективной реальностью в виде действующего Закона «Основы законодательства Российской федерации об охране

здоровья граждан». Заложенные в нем концептуальные подходы позволяют утверждать, что впервые в документе такой значимости основная ориентация – это человек, хотя данный закон охватывает еще далеко не все проблемы отношений человека и сферы здравоохранения.

Система правового обеспечения охраны здоровья граждан

Основами Российского законодательства о здравоохранении являются:
- международно-правовые акты, ратифицированные РФ;
- соответствующие положения Конституции РФ, принятой народом Российской Федерации на всеобщем референдуме, и Конституций (уставов) субъектов РФ;
- Закон РФ «Основы законодательства о здравоохранении Российской Федерации об охране здоровья граждан» и другие законы РФ («О медицинском страховании граждан», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и другие*, принятые Государственной Думой Федерального Собрания РФ;
- указы Президента РФ;
- постановления Правительства РФ;
- приказы, инструкции и положения Министерства здравоохранения и социального развития РФ;
- приказы, инструкции и положения органов управления здравоохранения субъектов Федерации;
- приказы, инструкции и положения местных органов управления здравоохранения.

Профессиональная деятельность медицинских работников находится в сфере действия следующих отраслей права:
- гражданское (регулирует имущественные и личные неимущественные отношения);
- трудовое (регулирует общественные отношениям, связанные с трудовой деятельностью граждан);
- семейное (определяет юридические основы семейно-брачных отношений);
- экологическое, природоохранное и природоресурсное право (закрепляет нормы природопользования и экологической безопасности);
- административное (регулирует отношения процессе исполнительно-распорядительной деятельности органов государственной власти и управления);
- уголовное (регулирует отношения по защите граждан от преступных посягательств на их права.

* Содержание этих и некоторых других законов РФ, касающихся тех или иных вопросов охраны здоровья граждан, изложены в соответствующих разделах учебника.

Конституция РФ об охране здоровья граждан

В Конституции Российской Федерации (1993) отдельная статья 41 посвящена правам граждан России на охрану здоровья и медицинскую помощь:

«1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

3. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом».

Кроме того, вопросы охраны здоровья граждан и организации здравоохранения прямо или косвенно отражены и в других статьях Конституции РФ (ст. 2, 19, 20, 21, 37, 38, 39, 40, 42, 58 и др.).

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (1993)

(с изменениями на 24.07.2007)

Федеральный закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (1993)» состоит из 69 статей, объединенных в 12 разделов.

Раздел I. Общие положения.

Ст. 1. Охрана здоровья граждан.

Ст. 2. Основные принципы охраны здоровья граждан.

Ст. 3. Законодательство РФ об охране здоровья граждан.

Ст. 4. Задачи законодательства РФ об охране здоровья граждан.

Раздел II. Полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления в области охраны здоровья.

Ст. 5. Полномочия федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан.

Ст. 5.1. Полномочия РФ в области охраны здоровья граждан, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов РФ.

Ст. 6. Полномочия органов государственной власти субъекта РФ в области охраны здоровья граждан.

Ст. 8. Полномочия органов местного самоуправления по решению вопросов местного значения в области охраны здоровья граждан.

Раздел III. Организация охраны здоровья граждан в РФ.

Ст. 11. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения.

Ст. 12. Государственная система здравоохранения.

Ст. 13. Муниципальная система здравоохранения.

Ст. 14. Частная система здравоохранения.

Ст. 15. Лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности.

Раздел IV. Права граждан в области охраны здоровья.

Ст. 17. Право граждан РФ на охрану здоровья.

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

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

Ст. 20. Право граждан на медико-социальную помощь.

Ст. 20.1. Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

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

Раздел V. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья.

Ст. 22. Права семьи.

Ст. 23. Права беременных женщин и матерей.

Ст. 24. Права несовершеннолетних.

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

Ст. 29. Права лиц, задержанных, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест, на получение медицинской помощи.

Раздел VI. Права граждан при оказании медико-социальной помощи.

Ст. 30. Права пациента

Ст. 31. Права граждан на информацию о состоянии здоровья.

Ст. 32. Согласие на медицинское вмешательство.

Ст. 33. Отказ от медицинского вмешательства.

Ст. 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан.

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

Ст. 35. Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона.

Ст. 36. Искусственное прерывание беременности.

Ст. 37. Медицинская стерилизация.

Раздел VIII. Гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам.

Ст. 37.1. Медицинская помощь.

Ст. 37.2. Финансовое обеспечение медицинской помощи и деятельности медицинских организаций.

Ст. 38. Первичная медико-санитарная помощь.

Ст. 39. Скорая медицинская помощь.

Ст. 40. Специализированная медицинская помощь.

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

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

Ст. 43. Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований.

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

Ст. 45. Запрещение эвтаназии.

Ст. 46. Определение смерти человека.

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

Ст. 48. Проведение патологоанатомических вскрытий.

Раздел IX. Медицинская экспертиза.

Ст. 49. Экспертиза временной нетрудоспособности.

Ст. 50. Медико-социальная экспертиза.

Ст. 51. Военно-врачебная экспертиза.

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

Ст. 53. Независимая медицинская экспертиза.

Раздел X. Права и социальная поддержка медицинских и фармацевтических работников.

Ст. 54. Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью.

Ст. 56. Право на занятие частной медицинской практикой.

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

Ст. 58. Лечащий врач.

Ст. 59. Врач общей практики (семейный врач).

Ст. 60. Клятва врача.

Ст. 61. Врачебная тайна.

Ст. 62. Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации.

Ст. 63. Социальная поддержка и правовая защита медицинских и фармацевтических работников.

Ст. 64. Обязательное страхование медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью.

Раздел XI. Международное сотрудничество.

Ст. 65. Международное сотрудничество в области охраны здоровья граждан.

Раздел XII. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан.

Ст. 66. Основания возмещения вреда, причиненного здоровью граждан.

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

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

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

Примечание: ст. 7 раздела II, ст. 9, 10, 16 раздела III, ст. 26–28 раздела V утратили силу с 1 января 2005 г., ст. 55 раздела X исключена.

«Основы...» регулируют отношения граждан, органов государственной власти и органов местного самоуправления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан.

Согласно ст. 1 «Основ...», охрана здоровья граждан – это 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.

Одной из фундаментальных по своему значению статей «Основ...» является ст. 2, в которой определены ***основные принципы охраны здоровья в России:***

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

Во втором разделе «Основ...» определены полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов федерации и органов местного самоуправления в области охраны здоровья.

Третий раздел закона посвящен организации охраны здоровья граждан Российской Федерации. Санитарное благополучие населения (ст. 11) обеспечивается проведением... гигиенических и противоэпидемических мероприятий, соблюдением санитарных правил, норм и гигиенических

нормативов, системой государственного санитарно-эпидемиологического надзора, а также комплексом других организационных, правовых и экономических мер*.

На сегодняшний день в РФ существуют три системы здравоохранения: государственная, муниципальная и частная (ст. 12–14).

Ст. 15 «Лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности» носит отсылочный характер. В «Основах...» не определены порядок и условия выдачи лицензий, а лишь сказано, что лицензирование осуществляется в соответствии с законодательством РФ.

Четвертый раздел посвящен правам граждан в области охраны здоровья. Это право обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи (ст. 17).

Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние (ст. 19).

При 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.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством РФ (ст. 20).

Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи определяет виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования и порядок формирования тарифов на медицинскую помощь, утверждается Правительством РФ. Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи могут определять дополнительные условия, виды и объемы оказа-

* Более подробно см. Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

ния медицинской помощи, утверждаются органами государственной власти субъектов РФ (ст. 20.1).

Пятый раздел «Основ...» (ст. 22–25, 29) посвящен правам отдельных групп населения в области охраны здоровья. В нем рассмотрены права семьи, беременных женщин и матерей, несовершеннолетних, военнослужащих, граждан, подлежащих призыву на военную службу и поступающих на военную службу по контракту, лиц, задержанных, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест, на получение медицинской помощи.

Права граждан при оказании медико-социальной помощи рассмотрены в *шестом разделе* «Основ...» (см. главу 24).

Седьмым разделом в законе регламентируется медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека. Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона (ст. 35). 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 – при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины – независимо от срока беременности (ст. 36). 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 согласии гражданина – независимо от возраста и наличия детей (ст. 37).

Гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам закреплены в *восьмом разделе*.

Медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, независимо от форм собственности, организационно-правовой формы и ведомственной подчиненности, получивших лицензию на медицинскую деятельность. Медицинская помощь оказывается также лицами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии у них лицензии на медицинскую деятельность.

Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинской помощи и включает лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое просвещение населения; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях).

Неотложная медицинская помощь оказывается гражданам медицинским персоналом амбулаторно-поликлинических учреждений муниципальной системы здравоохранения при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий (ст. 37.1).

Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих учреждениях бесплатно или на льготных условиях (ст. 41).

Гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, медико-социальная помощь оказывается в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (ст. 42).

Согласно ст. 43 «Основ...», любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина. Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии.

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.

Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ (ст. 45 «Запрещение эвтаназии»).

Констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером) (ст. 46).

Согласно ст. 47, допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации в соответствии с законодательством РФ. Однако органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок. Не допускается принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации.

Патологоанатомическое вскрытие (ст. 48) проводится врачами в целях получения данных о причине смерти и диагнозе заболевания. По религиозным или иным мотивам в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего либо волеизъявления самого умершего, высказанного при его жизни, патологоанатомическое вскрытие при отсутствии подозрения на насильственную смерть не производится.

Девятый раздел «Основ...» определяет виды и порядок проведения медицинской экспертизы (см. главу 20).

Десятый раздел посвящен правам и социальной поддержке медицинских и фармацевтических работников (см. главу 24).

Соглашения, заключаемые в рамках международного сотрудничества в области охраны здоровья граждан, не должны ограничивать права и свободы человека и гражданина в области охраны здоровья (ст. 65, *Одиннадцатый раздел).*

Двенадцатый раздел закрепляет ответственность за причинение вреда здоровью граждан.

В случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленных законодательством РФ (ст. 66).

Средства, затраченные на оказание медицинской помощи гражданам. потерпевшим от противоправных действий, взыскиваются с предприятий, учреждений, организаций, ответственных за причиненный вред здоровью граждан, в пользу учреждений государственной или муниципальной системы здравоохранения, понесших расходы, либо в пользу учреждений частной системы здравоохранения, если лечение проводилось в учреждениях частной системы здравоохранения (ст. 67).

В случае нарушения прав граждан в области охраны здоровья вследствие недобросовестного выполнения медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей, повлекшего причинение вреда здоровью граждан или их смерть, ущерб возмещается в соответствии с «Основами...».

Возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством РФ (ст. 68).

Действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющие права и свободы граждан, определенные «Основами...» в области охраны здоровья, могут быть обжалованы в вышестоящих государственных органах, вышестоящими должностными лицами или в суде в соответствии с действующим законодательством (ст. 69).

Юридическая ответственность медицинских работников за профессиональные нарушения

Юридическая ответственность медицинского работника за профессиональное нарушение – это применение к лицу, совершившему правонарушение при выполнении профессиональных обязанностей в сфере медицинской деятельности, мер государственного принуждения, предусмотренных правовыми нормами, сопровождающееся необходимостью для виновного претерпеть определенные лишения личного, организационного или имущественного характера.

В настоящее время выделяют следующие виды ответственности:
- уголовная;
- гражданская;
- административная;
- дисциплинарная;
- материальная.

Уголовная ответственность наступает за преступление – виновно совершенное общественно опасное деяние, выраженное в действии или бездействии, запрещенное уголовным законом под угрозой наказания. Преступление – наиболее общественно-опасное противоправное деяние.

Исчерпывающий перечень преступлений содержится в Уголовном кодексе РФ. Там же (ст. 44 УК РФ) приведен перечень наказаний. За профессиональные преступления медицинских работников применяются, в основном, следующие: штраф, лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, обязательные работы, исправительные работы, ограничение свободы, арест, лишение свободы на определенный срок.

Следует заметить, что привлечение к уголовной ответственности влечет наложение судимости.

Однако существуют некоторые обстоятельства, исключающие преступность деяния, среди которых:
- крайняя необходимость (ст. 39 УК РФ), при которой причиненный вред должен быть меньше предотвращенного;
- обоснованный риск (ст. 41 УК РФ). Риск признается обоснованным, если цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда.

К первой группе можно отнести преступления, которые связаны с профессиональной деятельностью медицинских работников:
- причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ). При ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей причинение смерти по неосторожности происходит, как правило, в результате преступного легкомыслия, поскольку виновный излишне полагается на свой опыт и профессиональные навыки. В связи с этим он нарушает или отступает от профессиональных нормативов, что приводит к преступному последствию;
- причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ). Ненадлежащее исполнение подразумевает отступление от каких-либо требований, нарушение их или неполное следование им. При этом причинение вреда здоровью должно произойти именно из-за того, что виновным были допущены такие нарушения;

- принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120 УК РФ). Принуждение может быть физическим или психическим. Оно совершается с применением насилия или с угрозой его применения;
- заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией (ч. 1 ст. 122 УК РФ), заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122 УК РФ). При этом для привлечения виновного к ответственности по ч. 1 ст. 122 УК наступление последствий в виде заражения не имеет значения, поскольку ответственность наступает за заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией;
- незаконное производство аборта (ст. 123 УК РФ). Незаконность производства аборта состоит в совершении его вне медицинского учреждения лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля (по специальности «акушерство и гинекология»). Производство аборта врачом-гинекологом на дому у себя или потерпевшей не образует состава преступления;
- неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого или средней тяжести вреда его здоровью (ст. 124 УК РФ). Законодательство РФ возлагает на медицинских работников обязанность оказывать срочную медицинскую помощь лицам, которые пострадали от несчастных случаев либо внезапно заболели. Медицинские работники по своему профессиональному долгу («клятва Гиппократа») обязаны оказывать помощь в указанных случаях в любое время и в любом месте, где они оказались. Неоказание помощи больному может состоять в бездействии или в недобросовестном либо несвоевременном исполнении медицинским работником своих обязанностей. Например, когда виновный не применяет имеющееся у него лекарство, не делает искусственное дыхание, не назначает анализ крови или не вызывает «скорую помощь» при явной необходимости;
- незаконное помещение в психиатрический стационар, совершенное лицом с использованием своего служебного положения (ч. 2 ст. 128 УК РФ). Виновный – лицо, которое может влиять на принятие решения о незаконной изоляции потерпевшего в психиатрический стационар (заведующий отделением или один из руководителей этого стационара, вышестоящее лицо в органах здравоохранения);
- нарушение неприкосновенности частной жизни, совершенное лицом с использованием своего служебного положения (ст. 137 УК РФ). Распространение сведений о частной жизни потерпевшего – это сообщение виновным без согласия потерпевшего о таких сведениях третьему лицу. Ущерб правам и законным интересам потер-

певшего может быть моральным или имущественным, может выразиться в недоверии со стороны других лиц, отказе в приеме на работу или увольнении с нее, в срыве выгодной сделки, в разладе в семье и т.д. Однако наступление вредных последствий для потерпевшего не является обязательным условием для привлечения виновного к ответственности, достаточно лишь факта разглашения сведений о частной жизни;

- подмена ребенка (ст. 153 УК РФ), т.е. замена одного ребенка другим в родильном доме, доме ребенка или в ситуации, когда ребенок был оставлен родителями без присмотра. Потерпевшим от преступления может быть новорожденный ребенок, внешние признаки которого еще не полностью запомнены и идентифицированы родителями;
- разглашение тайны усыновления (удочерения) (ст. 155 УК РФ) вопреки воле усыновителя, совершенное лицом, обязанным хранить факт усыновления (удочерения) как служебную или профессиональную тайну. Под разглашением понимается извещение о факте усыновления хотя бы одного лица, в том числе и усыновленного (удочеренной);
- незаконное предпринимательство (ст. 171 УК РФ) – осуществление предпринимательской деятельности без регистрации или с нарушением правил регистрации, а равно представление в орган, осуществляющий государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, документов, содержащих заведомо ложные сведения, либо осуществление предпринимательской деятельности без специального разрешения (лицензии) в случаях, когда такое разрешение (лицензия) обязательно, или с нарушением лицензионных требований и условий, если это деяние причинило крупный ущерб гражданам, организациям или государству либо сопряжено с извлечением дохода в крупном размере. Следует заметить, что действия лица, занимающегося частной медицинской практикой или фармацевтической деятельностью без соответствующего разрешения (лицензии), квалифицируются по данной статье только в том случае, когда они не повлекли по неосторожности вред здоровью или смерть человека, но был нанесен крупный ущерб либо извлечен крупный доход. При причинении вреда здоровью или смерти человека деяние квалифицируется по ст. 235 УК РФ;
- нарушение правил оборота наркотических средств или психотропных веществ (ст. 228 УК РФ) – нарушение правил производства, изготовления, переработки, хранения, учета, отпуска, реализации, продажи, распределения, перевозки, пересылки, приобретения, использования, ввоза, вывоза либо уничтожения наркотических или психотропных веществ либо веществ, инструментов и оборудования, используемых для изготовления наркотических средств или психотропных веществ, находящихся под специальным контролем, а также культивирование растений, используемых для производства

наркотических средств или психотропных веществ, повлекшее их утрату, если это деяние совершено лицом, в обязанности которого входит соблюдение указанных правил. В случае нарушения должностным лицом *по неосторожности* указанных правил, если это повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, содеянное квалифицируется по ст. 293 УК РФ как халатность;

- хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ лицом с использованием своего служебного положения (ч. 2 ст. 229 УК РФ) – противоправное безвозмездное завладение ими либо их изъятие, совершенные для обращения их виновным в свою пользу;
- незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233 УК РФ) – выдача рецепта с нарушением установленных правил оформления или содержащего назначение наркотических средств или психотропных веществ без соответствующих медицинских показаний;
- незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта – незаконные изготовление, переработка, приобретение, хранение, перевозка или пересылка в целях сбыта, а равно незаконный сбыт сильнодействующих или ядовитых веществ, не являющихся наркотическими средствами или психотропными веществами, либо оборудования для их изготовления или переработки (ч. 1 ст. 325 УК РФ), нарушение правил производства, приобретения, хранения, учета, отпуска, перевозки или пересылки сильнодействующих или ядовитых веществ, если это повлекло по неосторожности их хищение либо причинение иного существенного вреда (ч. 4 ст. 325 УК РФ). Обязательными элементами этого преступления (ч. 4 ст. 325 УК РФ) являются наступление последствий в виде происшедшего хищения сильнодействующих или ядовитых веществ либо причинение иного существенного вреда и наличие причинно-следственной связи между действиями виновного и наступившими последствиями;
- незаконное занятие частной медицинской практикой или частной медицинской деятельностью – 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 (ч. 1 ст. 235 УК РФ) или смерть человека (ч. 2 ст. 235 УК РФ);
- нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей (ч. 1 ст. 236 УК РФ), или повлекшее по неосторожности смерть человека (ч. 2 ст. 236 УК РФ). Виновный – лицо, на которое возложены обязанности по исполнению санитарно-эпидемиологических правил

(производственный контроль за соблюдением санитарных правил) или обеспечение их исполнения (санитарно-эпидемиологический надзор);

- сокрытие или искажение информации о событиях, фактах или явлениях, создающих опасность для жизни или здоровья людей либо для окружающей среды, совершенные лицом, обязанным обеспечивать население и органы, уполномоченные на принятие мер по устранению такой опасности, указанной информацией (ч. 1 ст. 237 УК РФ);
- нарушение правил безопасности при общении с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами, если это повлекло причинение вреда здоровью человека, распространение эпидемий или эпизоотий либо иные тяжкие последствия (ч. 1 ст. 248 УК РФ) или повлекшее по неосторожности смерть человека (ч. 2 ст. 248 УК РФ);
- заведомо ложные показание, заключение эксперта или неправильный перевод (ст. 307 УК РФ). Эксперт освобождается от уголовной ответственности, если он добровольно в ходе дознания, предварительного следствия или судебного разбирательства до вынесения приговора суда или решения суда заявил о ложности данного им заключения.

Вторую группу преступлений, за которые медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности, составляют общественно опасные деяния, которые связаны с выполнением медиком должностных обязанностей. Следует обратить внимание на то, что виновным в данных преступлениях может быть ***только*** должностное лицо. Под ***должностным лицом*** в сфере медицинской деятельности следует понимать лицо, обладающее властными полномочиями в сфере медицинской деятельности, осуществляющее организационно-распорядительные и административно-хозяйственные функции в органах управления здравоохранением, лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и других учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Организационно-распорядительные функции включают в себя руководство коллективом, расстановку и подбор кадров, организацию труда или службы подчиненных, поддержание дисциплины, применение мер поощрения и наложение дисциплинарных взысканий. К административно-хозяйственным функциям могут быть отнесены полномочия по управлению и распоряжению имуществом и денежными средствами, находящимися на балансе и банковских счетах организаций и учреждений, а также совершение иных действий: принятие решений о начислении заработной платы, премий, осуществление контроля за движением материальных ценностей, определение порядка их хранения и т.п.

- злоупотребление должностными полномочиями – использование должностным лицом своих служебных полномочий вопреки интересам службы, если это деяние совершено из корыстной или иной

личной заинтересованности и повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства (ст. 285 УК РФ). Использование служебных полномочий вопреки интересам службы – это действия, которые совершаются должностным лицом в пределах своей компетенции, но по своему содержанию заведомо противоречат целям и задачам, ради достижения которых функционирует соответствующее учреждение. Использование служебных полномочий вопреки интересам службы может совершаться путем как действия (отдача заведомо незаконного распоряжения подчиненному), так и бездействия (неисполнение требований должностной инструкции);

- превышение должностных полномочий – совершение должностным лицом действий, явно выходящих за пределы его полномочий и повлекших существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства (ст. 286 УК РФ). Превышение служебных полномочий может быть совершено только в форме активных действий, тогда как злоупотребление ими может совершаться и путем бездействия;
- получение взятки – получение *должностным лицом* лично или через посредника взятки в виде 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 (ч. 1 ст. 290 УК РФ), получение *должностным лицом* взятки за незаконные действия (бездействие) (ч. 2 ст. 290 УК РФ), с вымогательством взятки (ч. 3 ст. 290 УК РФ).

Однако, в соответствии со ст. 575 Гражданского кодекса РФ, не допускается дарение, за исключением обычных подарков, стоимость которых не превышает пяти установленных законом минимальных размеров оплаты труда, *работникам лечебных учреждений* гражданами, находящимися у них на лечении, супругами или родственниками этих граждан.

- служебный подлог, т.е. внесение должностным лицом в официальные документы заведомо ложных сведений, а равно внесение в указанные документы исправлений, искажающих их действительное содержание, если эти деяния совершены из корыстной или иной личной заинтересованности (ст. 292 УК РФ);
- халатность, т.е. неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло причинение крупного ущерба (ч. 1 ст. 293 УК РФ), причинение по неосторожности тяжкого вреда здоровью или смерть человека (ч. 2 ст. 293 УК

РФ), смерть двух или более лиц (ч. 3 ст. 293 УК РФ). Лицо, виновное в неисполнении или ненадлежащем исполнении своих профессиональных обязанностей, не связанных с должностным положением, не может быть привлечено к ответственности по ст. 293 УК РФ.

Гражданско-правовая ответственность в сфере медицинской деятельности – это частный вариант юридической ответственности, возникающий вследствие нарушения в области имущественных или личных неимущественных благ граждан в сфере здравоохранения и заключающийся преимущественно в необходимости возмещения вреда.

Основными документами, составляющими нормативно-правовую базу, определяющую имущественную ответственность медиков за совершение профессиональных правонарушений, составляют:

- Гражданский кодекс РФ;
- Закон РФ «О защите прав потребителей» от 9.02.1996 №2 – ФЗ.

Современное законодательство определяет следующие условия наступления гражданско-правовой ответственности в сфере медицинской деятельности:

1. Противоправность действий медицинского персонала.
2. Причинение вреда пациенту.
3. Причинная связь между противоправностью деяния и наступлением вредных последствий.
4. Вина причинителя вреда.

В качестве разновидностей вреда как результата противоправного медицинского вмешательства нужно отметить следующие:

- физический (повреждение здоровья);
- имущественный (реальные потери, неполученные доходы, затраты на питание, лечение, уход и т.д.);
- моральный (физические и нравственные переживания пациента, пострадавшего в результате медицинского вмешательства).

Важно отметить, что непосредственное возмещение осуществляет медицинское учреждение, где был причинен вред пациенту. Само же медицинское учреждение имеет право регрессного иска к непосредственному причинителю вреда – медицинскому работнику, совершившему правонарушение. Регресс в сфере гражданско-правовой ответственности медицинских организаций – это возможность медицинской организации, возместившей вред, нанесенный пациенту при оказании медицинской помощи, обратного требования в размере выплаченного возмещения с медицинского работника данной организации – конкретного причинителя вреда.

Административная ответственность медицинского работника – это частный вариант юридической ответственности, наступающий в случае совершения правонарушения, предусмотренного административным законодательством (Кодексом об административных правонарушениях, другими федеральными законами, законами субъектов РФ и подзаконными актами).

Административная ответственность непосредственно выражается в применении к лицам (физическим и юридическим), совершающим правонарушение, административных наказаний.

Основным наказанием, применяемым к медицинским работникам в связи с их профессиональной деятельностью, является административный штраф (по ч. 2 ст. 14.1 КоАП еще и конфискация орудия совершения или предмета административного правонарушения).

Среди административных правонарушений, которые содержатся в КоАП и наиболее значимы в контексте медицинской деятельности, необходимо отметить следующие:

- отказ в предоставлении гражданину информации – неправомерный отказ в предоставлении гражданину собранных в установленном порядке документов, материалов, непосредственно затрагивающих права и свободы гражданина, либо несвоевременное предоставление таких документов и материалов, непредоставление иной информации в случаях, предусмотренных законом, либо предоставление гражданину неполной или заведомо недостоверной информации (ст. 5.39 КоАП). К таким документам и материалам относятся медицинские документы и также сведения о состоянии здоровья. Следует заметить, что эта информация должна касаться собственного здоровья гражданина или здоровья лиц, в отношении которых он является законным представителем;
- незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством) – занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензию на данный вид деятельности (ч. 1 ст. 6.2 КоАП), занятие народной медициной (целительством) с нарушением установленного законом порядка (ч. 2 ст. 6.2 КоАП). Разграничение с уголовным преступлением по ст. 235 УК РФ проводится по признаку последствий (причинение вреда);
- нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий (ст. 6.3 КоАП). Разграничение с уголовным преступлением (ст. 236 УК РФ) следует проводить по последствиям деяния;
- осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или без специального разрешения (лицензии) – осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя или без государственной регистрации в качестве юридического лица (ч. 2 ст. 14.1 КоАП), осуществление предпринимательской деятельности без специального разрешения (лицензии), если такое разрешение

(такая лицензия) обязательно (обязательна) (ч. 2 ст. 14.1 КоАП), осуществление предпринимательской деятельности с нарушением условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией) (ч. 3 ст. 14.1 КоАП). Если эти действия повлекли причинение крупного ущерба гражданам, организациям или государству либо сопряжены с извлечением прибыли в крупном размере, рассматриваемое деяние квалифицируется как преступление, предусмотренное ст. 171 УК РФ;
– заведомо ложные показания свидетеля, пояснение специалиста, заключение эксперта или заведомо неправильный перевод при производстве по делу об административном правонарушении (ст. 17.9 КоАП).

Дисциплинарная ответственность медицинского работника – это частный вариант юридической ответственности, наступающий в случае нарушения трудовых обязанностей.

Нормативно-правовую базу дисциплинарной ответственности медицинских работников составляют:
– Трудовой кодекс РФ;
– коллективный (трудовой) договор в конкретном учреждении здравоохранения.

За совершение дисциплинарного проступка, т.е. неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей, работодатель имеет право применить следующие дисциплинарные взыскания:
– замечание;
– выговор;
– увольнение по соответствующим основаниям.

Федеральными законами, уставами и положениями о дисциплине для отдельных категорий работников (например, государственных служащих) могут быть предусмотрены также и другие дисциплинарные взыскания.

Не допускается применение дисциплинарных взысканий, не предусмотренных федеральными законами, уставами и положениями о дисциплине (ст. 192 ТК).

До применения дисциплинарного взыскания работодатель должен затребовать от работника объяснение в письменной форме. В случае отказа работника дать указанное объяснение составляется соответствующий акт.

Отказ работника дать объяснение не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания.

Дисциплинарное взыскание применяется не позднее одного месяца 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 шести месяцев со дня совершения проступка, а по результатам ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской

проверки – позднее двух лет со дня его совершения. В указанные сроки не включается время производства по уголовному делу.

За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание.

Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под расписку в течение трех рабочих дней со дня его издания. В случае отказа работника подписать указанный приказ (распоряжение) составляется соответствующий акт.

Дисциплинарное взыскание может быть обжаловано работником в государственные инспекции труда или органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров (ст. 193 ТК).

Если в течении 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 (ст. 194 ТК).

Материальная ответственность медицинского работника за ущерб, причиненный работодателю, наступает в соответствии с Трудовым кодексом РФ.

Работник обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб. Неполученные доходы (упущенная выгода) взысканию с работника не подлежат.

Под прямым действительным ущербом понимается реальное уменьшение наличного имущества работодателя или ухудшение состояния указанного имущества, а также необходимость для работодателя произвести затраты либо излишние выплаты на приобретение, восстановление имущества либо на возмещение ущерба, причиненного работником третьим лицам (ст. 238 ТК).

Материальная ответственность работника исключается в случаях возникновения ущерба вследствие непреодолимой силы, нормального хозяйственного риска, крайней необходимости или необходимой обороны либо неисполнения работодателем обязанности по обеспечению надлежащих условий для хранения имущества, вверенного работнику (ст. 139 ТК).

Работодатель имеет право с учетом конкретных обстоятельств, при которых был причинен ущерб, полностью или частично отказаться от его взыскания с виновного работника (ст. 140 ТК).

За причиненный ущерб работник несет материальную ответственность в пределах своего среднего месячного заработка, если иное не предусмотрено ТК или иными федеральными законами (ст. 141 ТК).

Полная материальная ответственность работника состоит в его обязанности возмещать причиненный работодателю прямой действительный ущерб в полном размере (ст. 142 ТК).

Материальная ответственность в полном размере причиненного ущерба возлагается на работника в следующих случаях:

1) когда в соответствии с ТК или иными федеральными законами на работника возложена материальная ответственность в полном размере за ущерб, причиненный работодателю при исполнении работником трудовых обязанностей;
2) недостачи ценностей, вверенных ему на основании специального письменного договора или полученных им по разовому документу;
3) умышленного причинения ущерба;
4) причинения ущерба в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;
5) причинение ущерба в результате преступных действий работника, установленных приговором суда;
6) причинение ущерба в результате административного проступка, если таковой установлен соответствующим государственным органом;
7) разглашения сведений, составляющих охраняемую законом тайну (государственную, служебную, коммерческую или иную), в случаях, предусмотренных федеральными законами;
8) причинение ущерба не при исполнении работником трудовых обязанностей.

Материальная ответственность в полном размере причиненного работодателю ущерба может быть установлена трудовым договором, заключаемым с заместителями руководителя организации, главным бухгалтером (ст. 143 ТК).

Трудовой кодекс как разновидность материальной ответственности выделяет обязанность работника возместить затраты работодателю, связанные с его (работника) обучением. Согласно ст. 249 ТК, в случае увольнения без уважительных причин до истечения срока, обусловленного трудовым договором или соглашением об обучении за счет средств работодателя, работник обязан возместить затраты, понесенные работодателем на его обучение, исчисленные пропорционально фактически не отработанному после окончания обучения времени, если иное не предусмотрено трудовым договором или соглашением об обучении.

Глава 4

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Системы здравоохранения в РФ

В настоящее время в РФ существуют три системы здравоохранения: государственная, муниципальная и частная.

К **государственной системе** здравоохранения относятся федеральные органы исполнительной власти в области здравоохранения, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, Российская академия медицинских наук, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по охране здоровья граждан.

К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные федеральным органам исполнительной власти или органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, территориальные органы, созданные в установленном порядке для осуществления санитарно-эпидемиологического надзора, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.

В государственную систему здравоохранения входят медицинские организации, в том числе лечебно-профилактические учреждения; фармацевтические предприятия и организации; аптечные учреждения, создаваемые федеральными органами исполнительной власти в области здравоохранения, другими федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации (ст. 12 «Основ...»).

К **муниципальной системе** здравоохранения относятся органы местного самоуправления, уполномоченные на осуществление управления в сфере здравоохранения, а также находящиеся в муниципальной собственности медицинские, фармацевтические и аптечные организации, которые являются юридическими лицами (ст. 13 «Основ...»).

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

В частную систему здравоохранения входят медицинские и другие организации, создаваемые и финансируемые юридическими и физическими лицами (ст. 14 «Основ...»).

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.

Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность.

Контроль за качеством оказания медицинской помощи осуществляется федеральным органом исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление государственного контроля и надзора в сфере здравоохранения, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Запрещение занятия частной медицинской практикой производится по решению органа, выдавшего разрешение на занятие частной медицинской практикой, или суда (ст. 56 «Основ...»).

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 Российской Федерации.

Правом на занятие народной медициной обладают граждане Российской Федерации, получившие диплом целителя, выдаваемый органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения.

Решение о выдаче диплома целителя принимается на основании заявления гражданина и представления профессиональной медицинской ассоциации либо заявления гражданина и совместного представления профессиональной медицинской ассоциации и учреждения, имеющего лицензию на медицинскую деятельность. Диплом целителя дает право на занятие народной медициной на территории, подведомственной органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области здравоохранения, выдавшему диплом.

Лица, получившие диплом целителя, занимаются народной медициной в порядке, устанавливаемом органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения в соответствии со статьей 56 «Основ...».

Допускается использование методов народной медицины в лечебно-профилактических учреждениях государственной или муниципальной

системы здравоохранения по решению руководителей этих учреждений в соответствии со статьей 43 «Основ...».

Проведение сеансов массового целительства, в том числе с использованием средств массовой информации, запрещается.

Лишение диплома целителя производится по решению органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области здравоохранения, выдавшего диплом целителя, и может быть обжаловано в суде (ст. 57 «Основ...»).

Незаконное занятие народной медициной (целительством) влечет за собой административную ответственность, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, – уголовную ответственность.

Организационно-правовые предпосылки медицинской и фармацевтической деятельности

Право на занятие медицинской или фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а на занятие определенными видами деятельности, перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, – имеющие также сертификат специалистов и лицензию.

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.

Студенты высших и средних медицинских учебных заведений допускаются к участию в оказании медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обучения под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку в порядке, установленном МЗиСР РФ. Лица, не имеющие законченного высшего медицинского или фармацевтического образования, могут быть допущены к занятию медицинской или фармацевтической деятельностью в должностях работников со средним медицинским образованием в порядке, установленном МЗиСР РФ.

Врачи в период их обучения в учреждениях государственной или муниципальной систем здравоохранения имеют право на работу в этих учреждениях под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку.

Врачи или провизоры, не работавшие по своей специальности более 5 лет, могут быть допущены к практической медицинской или фарма-

цевтической деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций.

Лица, получившие медицинскую или фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, допускаются к медицинской или фармацевтической деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях Российской Федерации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, а также после получения лицензии на занятие определенными Министерством здравоохранения Российской Федерации видами деятельности, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

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

Правовой статус лечащего врача (ст. 58 «Основ...»)

Лечащий врач – это врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в медицинской организации, а также врач, занимающийся частной практикой. Лечащим врачом не может быть врач, обучающийся в высшем медицинском учебном заведении или образовательном учреждении послевузовского профессионального образования.

Лечащий врач назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (его подразделения). В случае требования пациента о замене лечащего врача последний должен содействовать выбору другого врача.

Лечащий врач организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию больного или его законного представителя приглашает консультантов и организует консилиум. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением экстренных случаев, угрожающих жизни больного.

Лечащий врач единолично выдает листок нетрудоспособности сроком до 30 дней.

Лечащий врач может отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения.

Лечащий врач несет ответственность за недобросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Врачебная и коммерческая тайна

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют **врачебную тайну** (ст. 61 «Основ...). Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвертой настоящей статьи.

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, установленном частью второй статьи 24 «Основ...», для информирования его родителей или законных представителей;

5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;

6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Согласно ст. 139 ГК информация составляет служебную или коммерческую тайну в случае, когда информация имеет действительную или потенциальную коммерческую ценность в силу неизвестности ее третьим лицам, к ней нет свободного доступа на законном основании и обладатель информации принимает меры к охране ее конфиденциальности.

Правовой статус медицинских и фармацевтических работников

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 (ст. 62 «Основ...»).

Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации принимают участие:

1) в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм;

2) в разработке стандартов качества медицинской помощи, федеральных программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, в присвоении медицинским и фармацевтическим работникам квалификационных категорий;

3) в соглашениях по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и деятельности фондов обязательного медицинского страхования.

Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации субъектов Российской Федерации могут проводить проверочные испытания медицинских и фармацевтических работников по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан и выдавать им соответствующий сертификат специалиста, а также вносить предложения о присвоении им квалификационных категорий.

Профессиональные медицинские, фармацевтические ассоциации и другие общественные объединения осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на (ст. 63 «Основ...):

1) обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;

2) работу по трудовому договору (контракту), в том числе за рубежом;

3) защиту своей профессиональной чести и достоинства;

4) получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки;

5) совершенствование профессиональных знаний;

6) 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 в соответствии с законодательством Российской Федерации;

7) страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей;

8) 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;

Порядок переподготовки, совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, получения ими квалификационных категорий определяется в соответствии с «Основами...» федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения совместно с профессиональными медицинскими и фармацевтическими ассоциациями.

Меры социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников федеральных специализированных организаций здравоохранения устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Меры социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, устанавливаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Меры социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников муниципальных организаций здравоохранения устанавливаются органами местного самоуправления.

Для медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливается обязательное страхование в соответствии с перечнем должностей, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью работников, утверждаемым Правительством Российской Федерации (ст. 64 «Основ...»).

Размер и порядок обязательного страхования для медицинских, фармацевтических и иных работников федеральных специализированных организаций здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливаются Правительством Российской Федерации. Размер и порядок обязательного страхования для медицинских, фармацевтических и иных работников организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Размер и порядок обязательного страхования для медицинских, фармацевтических и иных работников муниципальных организаций

здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливаются органами местного самоуправления.

В случае гибели работников государственной и муниципальной систем здравоохранения при исполнении ими трудовых обязанностей или профессионального долга во время оказания медицинской помощи или проведения научных исследований семьям погибших выплачивается единовременное денежное пособие.

Размер единовременного денежного пособия в случае гибели работников федеральных специализированных организаций здравоохранения устанавливается Правительством Российской Федерации.

Размер единовременного денежного пособия в случае гибели работников организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, устанавливается органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Размер единовременного денежного пособия в случае гибели работников муниципальных организаций здравоохранения устанавливается органами местного самоуправления.

Правовой статус пациента (ст. 30 «Основ...»)

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на (ст. 30 «Основ...»):

1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

2) выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;

5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 «Основ...»;

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 «Основ...»;

8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 «Основ...»;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьей 31 «Основ...», а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

11) возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 «Основ...» в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;

13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении – на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

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.

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 (ст. 31 «Основ...»).

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 «Основ...», 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.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и 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.

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 «Основ...».

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина (ст. 32 «Основ...»).

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.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 «Основ...», и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 «Основ...». При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения (ст. 33 «Основ...»), за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 «Основ...».

При отказе от медицинского вмешательства гражданину 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.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста, установленного частью второй статьи 24 «Основ...», либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

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, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации (ст. 34 «Основ...»).

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представи-

лей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей – судом.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда.

Правовой статус муниципальной системы здравоохранения

К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения, которые являются юридическими лицами.

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема и качества медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Правовой статус медицинских учреждений индивидуально-частного предпринимательства

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной

собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

В частную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские структуры, образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

Деятельность учреждений частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с «Основами законодательства об охране здоровья граждан» и другими законодательными актами Российской Федерации и местных органов власти.

Правовые основы трудовой деятельности медработников. Понятие трудового права

В соответствии с Конституцией Российской Федерации каждый гражданин имеет право на труд, который он свободно выбирает или на который свободно соглашается, право распоряжаться своими способностями к труду, выбирать профессию и род занятий, а также право на защиту от безработицы. Трудовое право является самостоятельной отраслью в правовой системе нашего государства и представляет собой совокупность юридических норм, регулирующих трудовые отношения всех работников, деятельность которых основана на трудовом договоре (контракте).

Трудовое законодательство предоставляет каждому работнику право на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены; на возмещение ущерба, причиненного здоровью в связи с работой; на равное вознаграждение за равный труд без какой бы то ни было дискриминации и не ниже установленного законом минимального размера; на отдых, обеспечиваемый установлением предельной продолжительности рабочего времени, предоставлением еженедельных выходных дней, праздничных дней, а также оплачиваемых ежегодных отпусков; на объединение в профессиональные союзы; на социальное обеспечение; на судебную защиту своих трудовых прав.

Трудовое право в качестве своих источников имеет множество нормативных актов неодинаковой юридической силы и с разнообразной сферой применения. Нормативные акты о труде делятся на законы (Конституция РФ, Трудовой кодекс); подзаконные акты (постановления Правительства, приказы и положения, инструкции министерств и ведомств); локальные нормативные акты (решения администрации конкретного учреждения, принятые, как правило, совместно или по согласованию с профсоюзным комитетом).

Регулирование трудовых отношений в учреждениях здравоохранения

Трудовые отношения и заключение трудового договора

Регулирование трудовых отношений в учреждениях здравоохранения в соответствии с Конституцией Российской Федерации осуществляется:

- Трудовым кодексом Российской Федерации (№197 – ФЗ от 30.12.2001 г.);
- законодательством об охране труда;
- иными федеральными законами;
- указами Президента РФ;
- постановлениями Правительства РФ и нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти;
- конституциями, законами и иными нормативными актами субъектов РФ;
- актами органов местного самоуправления и локальными нормативными актами.

Нормы трудового права, содержащиеся в иных законах, указах президента, постановлениях Правительства, других нормативных правовых актах, должны соответствовать Трудовому кодексу Российской Федерации, включающему 14 разделов, 62 главы и 424 статьи.

В соответствии с законодательством трудовые отношения возникают между работником и работодателем на основании трудового договора.

Трудовой договор – соглашение между работодателем и работником, в соответствии с которым работодатель обязуется предоставить работнику работу по обусловленной трудовой функции, обеспечить условия труда, предусмотренные Трудовым кодексом, законами, коллективным договором и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, своевременно и в полном объеме выплачивать работнику заработную плату, а работник обязуется лично выполнять определенную этим соглашением функцию (работу по определенной специальности, квалификации или должности), соблюдать действующие в организации правила внутреннего трудового распорядка (ст. 56).

В трудовом договоре указываются:

- фамилия, имя, отчество работника и наименование работодателя (фамилия, имя, отчество работодателя – физического лица), заключивших трудовой договор;
- место работы (с указанием структурного подразделения);
- дата начала работы;
- наименование должности, специальности, профессии с указанием квалификации в соответствии со штатным расписанием;
- права и обязанности работника;
- права и обязанности работодателя;

- характеристика условий труда, компенсация и льготы работникам за работу в тяжелых, вредных и (или) опасных условиях;
- режим труда и отдыха (если он в отношении данного работника отличается от общих правил, установленных в организации);
- условия оплаты труда (в том числе размер тарифной ставки или должностного оклада работника, доплата, надбавки и поощрительные выплаты);
- виды и условия социального страхования, непосредственно связанные с трудовой деятельностью.

В трудовом договоре могут предусматриваться условия об испытании, о неразглашении охраняемой законом государственной, служебной, коммерческой и иной тайны; об обязанности работника отработать после обучения не менее установленного срока, если обучение производилось за счет средств работодателя, а также иные условия, не ухудшающие положения работника по сравнению с Трудовым кодексом, коллективным договором и иными нормативными правовыми актами.

Условия трудового договора могут быть изменены только по соглашению сторон и в письменной форме (ст. 57).

Трудовые договоры могут заключаться (ст. 58):

1) на неопределенный срок;

2) на определенный срок не более пяти лет (срочный трудовой договор), если другой срок не установлен Трудовым кодексом и иными федеральными законами.

Срочный трудовой договор заключается в случаях, когда трудовые отношения не могут быть установлены на неопределенный срок с учетом характера предстоящей работы или условий ее выполнения. Случаи, в которых по инициативе работника или работодателя может быть заключен срочный трудовой договор, определены Трудовым кодексом (ст. 59).

Если в трудовом договоре не оговорен срок его действия, то договор считается заключенным на неопределенный срок.

В случае, если ни одна из сторон не потребовала расторжения срочного трудового договора в связи с истечением его срока, а работник продолжает работу после истечения срока трудового договора, договор считается заключенным на неопределенный срок.

Запрещается заключение срочных трудовых договоров в целях уклонения от предоставления прав и гарантий, предусмотренных работникам, с которыми заключается трудовой договор на неопределенный срок.

Трудовой договор, заключенный на определенный срок при отсутствии достаточных к тому оснований, установленных органом, осуществляющим государственный надзор и контроль за соблюдением трудового законодательства, считается заключенным на неопределенный срок.

Заключение трудового договора допускается с лицами, достигшими возраста 16 лет. В случаях получения основного общего образования

либо оставления в соответствии с федеральным законом общеобразовательного учреждения трудовой договор могут заключать лица, достигшие возраста 15 лет.

С согласия одного из родителей (опекуна, попечителя) и органа опеки и попечительства трудовой договор может быть заключен с учащимся, достигшим возраста 14 лет, для выполнения в свободное от учебы время легкого труда, не причиняющего вреда его здоровью и не нарушающего процесса обучения.

Запрещается необоснованный отказ в заключении трудового договора. По требованию лица, которому отказано в заключении трудового договора, работодатель обязан сообщить причину отказа в письменной форме.

Отказ в заключении трудового договора может быть обжалован в судебном порядке (ст. 64).

При заключении трудового договора лицо, поступающее на работу, предъявляет работодателю (ст. 65):

- паспорт или иной документ, удостоверяющий личность;
- трудовую книжку, за исключением случаев, когда трудовой договор заключается впервые или работник поступает на работу на условиях совместительства;
- страховое свидетельство государственного пенсионного страхования;
- документы военного учета – для военнообязанных и лиц, подлежащих призыву на военную службу;
- документ об образовании, квалификации или наличии специальных знаний – при поступлении на работу, требующую специальных знаний или специальной подготовки.

В отдельных случаях, с учетом специфики работы, Трудовым кодексом, иными федеральными законами, указами Президента РФ и постановлениями Правительства РФ может предусматриваться необходимость предъявления при заключении трудового договора дополнительных документов.

Трудовой договор заключается в письменной форме, составляется в двух экземплярах, каждый из которых подписывается работником и работодателем. Один экземпляр трудового договора передается работнику, другой хранится у работодателя.

Заключение трудовых договоров о работе по совместительству допускается с неограниченным числом работодателей, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Работа по совместительству может выполняться работником как по месту его основной работы, так и в других организациях.

Прием на работу оформляется приказом (распоряжением) работодателя, изданным на основании заключенного трудового договора. Содержание приказа (распоряжения) должно соответствовать условиям заключенного трудового договора (ст. 60).

Приказ (распоряжение) работодателя о приеме на работу объявляется работнику под расписку в трехдневный срок со дня подписания приказа.

При заключении трудового договора соглашением сторон может быть обусловлено и испытание работника в целях проверки его соответствия поручаемой работе (ст. 70).

Условие об испытании должно быть указано в трудовом договоре. Отсутствие в трудовом договоре условия об испытании означает, что работник принят без испытания.

Испытание при приеме на работу не устанавливается для:

- лиц, поступающих на работу по конкурсу на замещение соответствующей должности;
- беременных женщин;
- лиц, не достигших возраста 18 лет;
- лиц, окончивших образовательные учреждения начального, среднего и высшего профессионального образования и впервые поступающих на работу по полученной специальности;
- лиц, избранных (выбранных) на выборную должность на оплачиваемую работу;
- лиц, приглашенных на работу в порядке перевода от другого работодателя по согласованию между работодателями и в иных случаях, предусмотренных законодательством.

Срок испытания не может превышать трех месяцев, а для руководителей и их заместителей, главных бухгалтеров и их заместителей, руководителей филиалов и иных обособленных структурных подразделений – шести месяцев.

В срок испытания не засчитываются период временной нетрудоспособности работника и другие периоды, когда он фактически отсутствует на работе.

При неудовлетворительном результате испытания работодатель имеет право до истечения срока испытания расторгнуть трудовой договор с работником, предупредив его об этом в письменной форме не позднее, чем за три дня с указанием причин, послуживших основанием для признания этого работника не выдержавшим испытания.

При неудовлетворительном результате испытания расторжение трудового договора производится без учета мнения соответствующего профсоюзного органа и без выплаты выходного пособия.

Решение работодателя работник имеет право обжаловать в судебном порядке.

Если срок испытания истек, а работник продолжает работу, то он считается выдержавшим испытание, и последующее расторжение трудового договора допускается только на общих основаниях.

Если в период испытания работник придет к выводу, что предложенная ему работа не является для него подходящей, то он имеет право расторгнуть трудовой договор по собственному желанию, предупредив об этом работодателя в письменной форме за три дня (ст. 71).

Изменение трудового договора

Перевод на другую работу в той же организации по инициативе работодателя, как и перевод на постоянную работу в другую организацию либо в другую местность вместе с организацией, допускается только с письменного согласия работника (ст. 72).

Не является переводом на другую постоянную работу и не требует согласия работника перемещение его в той же организации на другое рабочее место, в другое структурное подразделение данной организации в той же местности, если это не влечет за собой изменения трудовой функции и изменения существенных условий трудового договора (ст. 72).

О введении изменений условий договора работник должен быть уведомлен работодателем в письменной форме не позднее, чем за 2 мес. до их введения, если иное не предусмотрено федеральными законами (ст. 73).

В случае производственной необходимости работодатель имеет право переводить работника на срок до одного месяца на не обусловленную трудовым договором работу в той же организации с оплатой не ниже среднего заработка по прежней работе (ст. 74).

Продолжительность перевода на другую работу не может превышать одного месяца в течение календарного года (с 1.01 по 31.12).

Прекращение трудового договора

Общими основаниями прекращения трудового договора являются:

1) соглашение сторон (ст. 78);

2) истечение срока трудового договора (ст. 58), за исключением случаев, когда трудовые отношения фактически продолжаются и ни одна из сторон не потребовала их прекращения;

3) расторжение трудового договора по инициативе работника (ст. 80);

4) расторжение трудового договора по инициативе работодателя (ст. 81);

5) перевод работника по его просьбе или с его согласия на работу к другому работодателю или переход на выборную работу (должность);

6) отказ работника от продолжения работы в связи со сменой собственника имущества организации, изменениями подведомственности (подчиненности) организации либо ее реорганизацией (ст. 75);

7) отказ работника от продолжения работы в связи с изменением существенных условий трудового договора (ст. 73);

8) отказ работника от перевода на другую работу вследствие состояния здоровья в соответствии с медицинским заключением (ст. 72);

9) отказ работника от перевода в связи с перемещением работодателя в другую местность (ст. 72);

10) обстоятельства, не зависящие от воли сторон (ст. 83);

11) нарушение установленных настоящим кодексом или иным федеральным законом правил заключения трудового договора, если это нарушение исключает возможность продолжения работы (ст. 84).

В соответствии со статьей 84 трудовой договор прекращается вследствие нарушения правил его заключения в следующих случаях:

- заключение трудового договора в нарушение приговора суда о лишении конкретного лица права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью;
- заключение трудового договора на выполнение работы, противопоказанной данному лицу по состоянию здоровья в соответствии с медицинским заключением;
- отсутствие соответствующего документа об образовании, если выполнение работы требует специальных знаний в соответствии с законодательством.

Работник имеет право расторгнуть трудовой договор, предупредив об этом работодателя в письменной форме за две недели.

По соглашению между работником и работодателем трудовой договор может быть расторгнут и до истечения этого срока. В случаях зачисления работника в образовательное учреждение, выхода на пенсию, а также в случае нарушения установленных работодателем норм трудового права, условий коллективного договора или трудового договора работодатель обязан расторгнуть трудовой договор в срок, указанный в заявлении работника.

По инициативе работодателя трудовой договор может быть расторгнут в случае:

1) ликвидации организации либо прекращения деятельности работодателя – физического лица;

2) сокращения численности или штата работников организации*;

3) несоответствия работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие:

а) состояния здоровья в соответствии с медицинским заключением;

б) недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестаций*;

4) смены собственника имущества организации (в отношении руководителя организации, его заместителя и главного бухгалтера);

5) неоднократного неисполнения работником без уважительных причин трудовых обязанностей, если он имеет дисциплинарное взыскание*;

6) однократного грубого нарушения работником трудовых обязанностей:

а) прогула (отсутствия на рабочем месте без уважительных причин более четырех часов подряд в течение рабочего дня);

---

* Расторжение трудового договора должно быть согласовано с выборным профсоюзным органом.

б) появления на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;

в) разглашения охраняемой законом тайны (государственной, коммерческой, служебной или иной), ставшей известной работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей;

г) совершения по месту работы хищения (в том числе мелкого) чужого имущества, растраты, умышленного его уничтожения или повреждения, установленных вступившими в законную силу приговором суда или постановлением органа, уполномоченного на применение административных взысканий;

д) нарушения работником требований по охране труда, если это нарушение повлекло за собой тяжкие последствия (несчастный случай на производстве, аварию, катастрофу) либо заведомо создавало реальную угрозу наступления таких последствий;

7) совершения виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности, если эти действия дают основание для утраты доверия к нему со стороны работодателя;

8) совершения работником, выполняющим воспитательные функции, аморального поступка, не совместимого с продолжением данной работы;

9) принятия необоснованного решения руководителем организации, его заместителями и главным бухгалтером, повлекшего за собой нарушение сохранности имущества, неправомерное его использование или иной ущерб имуществу организации;

10) однократного грубого нарушения руководителем организации, его заместителями трудовых обязанностей;

11) представления работником работодателю подложных документов или заведомо ложных сведений при заключении трудового договора;

12) прекращения допуска к государственной тайне, если выполняемая работа требует допуска к государственной тайне;

13) в случаях, предусмотренных трудовым договором с руководителем организации, членами коллегиального исполнительного органа организации;

14) в других случаях, установленных настоящим кодексом и иными федеральными законами.

Увольнение по основаниям, указанным в пп. 2 и 3, допускается, если невозможно перевести работника с его согласия на другую работу.

По инициативе работодателя увольнение работника не допускается в период его временной нетрудоспособности и в период пребывания в отпуске (за исключением случая ликвидации организации либо прекращения деятельности работодателем – физическим лицом).

Трудовой договор подлежит прекращению и по следующим обстоятельствам, не зависимым от воли сторон:

1) призыв работника на военную службу или направление его на заменяющую ее альтернативную гражданскую службу;

2) восстановление на работе работника, ранее выполнявшего эту работу, по решению государственной инспекции труда или суда;

3) неизбрание на должность;

4) осуждение работника к наказанию, исключающему продолжение прежней работы, в соответствии с приговором суда, вступившим в законную силу;

5) признание работника полностью нетрудоспособным в соответствии с медицинским заключением;

6) смерть работника, либо работодателя – физического лица, а также признание судом работника или работодателя – физического лица – умершим или безвестно отсутствующим;

7) наступление чрезвычайных обстоятельств, препятствующих продолжению трудовых отношений (военные действия, катастрофа, стихийное бедствие, крупная авария, эпидемия и др.).

Дисциплина труда

Трудовой распорядок организаций определяется правилами внутреннего трудового распорядка, регламентирующими порядок приема и увольнения работников, основные права, обязанности и ответственность сторон трудового договора, режим работы, время работы, время отдыха, применяемые к работникам меры поощрения и взыскания, а также иные вопросы регулирования трудовых отношений в организации.

Работодатель поощряет работников, добросовестно исполняющих трудовые обязанности (объявляет благодарность, выдает премию, награждает ценным подарком, почетной грамотой, представляет к званию лучшего по профессии).

За особые трудовые заслуги перед обществом и государством работники могут быть представлены к государственным наградам (ст. 191).

За совершение дисциплинарного проступка работодатель имеет право применить дисциплинарные взыскания (замечание, выговор, увольнение по соответствующим основаниям). Подробнее о дисциплинарной ответственности медицинского работника – см. с. 56.

Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации работников

Необходимость профессиональной подготовки и переподготовки кадров для нужд организации определяет работодатель.

В случаях, предусмотренных федеральными законами, иными нормативными правовыми актами, работодатель обязан проводить повышение квалификации работников, если это является условием выполнения работниками определенных видов деятельности (ст. 196 Трудового кодекса РФ).

Защита трудовых прав работников, разрешение трудовых споров

Основными способами защиты трудовых прав и законных интересов работников являются (ст. 352):

- государственный надзор и контроль за соблюдением трудового законодательства;
- защита трудовых прав работников профессиональными союзами;
- самозащита работниками трудовых прав.

В целях самозащиты трудовых прав работник может отказаться от выполнения работы, не предусмотренной трудовым договором либо непосредственно угрожающей его жизни и здоровью, за исключением случаев, предусмотренных федеральными законами. На время отказа от указанной работы за работником сохраняются все права, предусмотренные настоящим кодексом и другими нормативными правовыми актами (ст. 379).

Преследование работников за использование ими допустимых законодательством способов самозащиты трудовых прав запрещается (ст. 380).

Трудовым кодексом определен и порядок рассмотрения индивидуальных трудовых споров – неурегулированных разногласий между работодателем и работником по вопросам законов и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права.

Индивидуальным трудовым спором признается также спор между работодателем и лицом, ранее состоявшим в трудовых отношениях с этим работодателем, а также лицом, изъявившим желание заключить трудовой договор с работодателем в случае отказа работодателя от заключения такого договора (ст. 381).

Индивидуальные трудовые споры рассматриваются комиссиями по трудовым спорам и судами.

Комиссии по трудовым спорам образуются из равного числа представителей работников и работодателей. Представители работников избираются общим собранием (конференцией), а представители работодателя назначаются руководителем.

Комиссия по трудовым спорам имеет свою печать.

Из своего состава комиссия по трудовым спорам избирает председателя и секретаря.

Индивидуальный спор рассматривается комиссией по трудовым спорам, если работник самостоятельно или с участием своего представителя не урегулировал разногласия при непосредственных переговорах с работодателем.

Работник может обратиться в комиссию по трудовым спорам в трехмесячный срок со дня, когда он узнал или должен был узнать о нарушении своего права. В случае пропуска этого срока по уважительной причине комиссия может его восстановить и рассмотреть спор.

Заявление работника регистрируется, а индивидуальный спор должен быть рассмотрен комиссией в течение 10 дней со дня подачи работником заявления.

Решение принимается комиссией по трудовым спорам тайным голосованием простым большинством голосов присутствующих на заседании членов комиссии.

Заверенные копии решения комиссии по трудовым спорам вручаются работнику и руководителю организации в течение 3 дней со дня принятия решения.

Решение комиссии подлежит исполнению в течение 3 дней по истечении десяти дней, предусмотренных на обжалование.

В случае неисполнения решения комиссии в установленный срок работнику выдается удостоверение, являющееся исполнительным документом, на основании которого, при предъявлении не позднее 3-месячного срока со дня его получения работником, судебный пристав приводит решение комиссии по трудовым спорам в исполнение в принудительном порядке.

В случае, если индивидуальный спор не рассмотрен комиссией по трудовым спорам в десятидневный срок, работник вправе перенести его рассмотрение в суд.

В суде может быть обжаловано и решение комиссии в десятидневный срок со дня вручения копии решения как работником, так и работодателем.

Для решения индивидуального спора работник может обратиться в суд, минуя комиссию по трудовым спорам.

Трудовые споры – неурегулированные разногласия между работниками (их представителями) и работодателями (их представителями) по поводу установления и изменения условий труда (включая заработную плату), заключения, изменения и выполнения коллективных договоров, соглашений, а также в связи с отказом работодателя учесть мнение выборного представительного органа работников при принятии актов, содержащих нормы трудового права (ст. 398).

Порядок разрешения коллективного трудового спора состоит из следующих этапов:

- рассмотрение коллективного трудового спора примирительной комиссией (которая создается в срок до 3 рабочих дней с момента начала спора из представителей сторон на равноправной основе и обязана рассмотреть коллективный трудовой спор в срок до 5 рабочих дней с момента издания приказа о создании комиссии (ст. 401, 402);
- рассмотрение коллективного трудового спора с участием посредника (ст. 403);
- рассмотрение коллективного трудового спора в трудовом арбитраже (временно действующем органе, создаваемом в случае, если стороны спора заключили в письменной форме соглашение об обязательном выполнении его решения).

Трудовой арбитраж создается сторонами коллективного трудового спора и службой по урегулированию коллективных трудовых споров (ст. 404).

Материальная ответственность сторон трудового договора

Материальная ответственность сторон трудового договора наступает за ущерб, причиненный ею другой стороне в результате ее виновного противоправного действия.

Работодатель обязан возместить работнику не полученный им заработок во всех случаях незаконного лишения его возможности трудиться, в том числе в результате:

- незаконного отстранения работника от работы, его увольнения или перевода на другую работу;
- отказа работодателя от выполнения или несвоевременного исполнения решения органа по рассмотрению трудовых споров или государственного правового инспектора труда о восстановлении работника на прежней работе;
- задержки работодателем выдачи работнику трудовой книжки, внесения в трудовую книжку неправильной или не соответствующей законодательству формулировки причины увольнения работника;
- других случаев, предусмотренных федеральными законами и коллективным договором (ст. 235).

Работодатель, причинивший ущерб имуществу работника, возмещает этот ущерб в полном объеме. Размер ущерба исчисляется по рыночным ценам, действующим в данной местности на момент возмещения ущерба.

Работодатель обязан рассмотреть поступившее заявление работника о возмещении ущерба в 10-дневный срок со дня его поступления. При несогласии работника с решением работодателя или неполучении ответа в установленный срок работник имеет право обратиться в суд (ст. 235).

При нарушении работодателем установленного срока выплаты заработной платы, оплаты отпуска, выплаты при увольнении и других выплат, причитающихся работнику, работодатель обязан их выплатить с уплатой процентов в размере не ниже 1/300 действующей в это время ставки рефинансирования Центробанка РФ от не выплаченных в срок сумм за каждый день задержки, начиная со следующего дня после установленного срока выплаты по день фактического расчета включительно.

Конкретный размер выплачиваемой работнику денежной компенсации определяется коллективным договором или трудовым договором (ст. 236).

Моральный ущерб, причиненный работнику неправомерными действиями или бездействием работодателя, возмещается работнику в денежной форме в размерах, определяемых соглашением сторон трудового договора (а при возникновении спора размеры возмещения определяются судом).

Работник обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб. Неполученные доходы (упущенная выгода) взысканию с работника не подлежат (ст. 238).

Под прямым действительным ущербом понимается реальное уменьшение наличного имущества работодателя или ухудшение состояния указанного имущества (в том числе имущества третьих лиц, находящегося у работодателя, если последний несет за него ответственность), а также необходимость для работодателя произвести затраты либо излишние выплаты на приобретение или восстановление имущества.

Материальная ответственность работника исключается в случаях возникновения ущерба вследствие непреодолимой силы, нормального хозяйственного риска, крайней необходимости или необходимой обороны либо неисполнения работодателем обязанности по обеспечению надлежащих условий для хранения имущества, вверенного работнику (ст. 239).

Полная материальная ответственность работника состоит в его обязанности возмещать причиненный ущерб в полном размере (ст. 242).

Материальная ответственность в полном размере причиненного ущерба возлагается на работника в следующих случаях:

1) когда в соответствии с трудовым кодексом или иными федеральными законами на работника возложена полная материальная ответственность при исполнении работником трудовых обязанностей;

2) недостачи ценностей, вверенных ему на основании специального письменного договора или полученных им по разовому документу;

3) умышленного причинения ущерба;

4) причинения ущерба в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

5) причинения ущерба в результате преступных действий работника, установленных приговором суда;

6) причинения ущерба в результате административного проступка, если таковой установлен соответствующим государственным органом;

7) разглашения сведений, составляющих охраняемую законом тайну (служебную, коммерческую или иную), в случаях, предусмотренных федеральными законами;

8) причинения ущерба не при исполнении работником трудовых обязанностей.

Письменные договоры о полной индивидуальной или коллективной материальной ответственности заключаются с работниками, достигшими 18 лет и непосредственно обслуживающими или использующими денежные, товарные ценности или иное имущество (перечни работ и категорий этих работников утверждаются в порядке, устанавливаемом Правительством РФ).

Коллективная (бригадная) материальная ответственность может вводиться при совместном выполнении работниками отдельных видов работ, когда невозможно разграничить ответственность каждого работника за причинение ущерба.

Глава 5

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ

Понятие здоровья, его оценка, социальная обусловленность*

В современной литературе существует более ста определений и подходов к понятию «здоровье». Они часто сводятся к следующим формулировкам:

1) здоровье – это отсутствие болезней;

2) здоровье и норма – понятия тождественные;

3) здоровье как единство морфологических, психоэмоциональных и социально-экономических составляющих.

Общим для этих подходов является то, что здоровье понимается как нечто противоположное, отличное от болезни, т.е. понятие «здоровье» до сих пор определяется через понятие «нездоровье» и зависит от распространенности тех или иных болезней, дефектов развития, несчастных случаев, уровня смертности. Таким образом, до сих пор медицина и ее теория остаются во власти патологии. Крайне мало таких индексов, показателей, которые отражали бы качество и количество собственно здоровья – личного и общественного.

В настоящее время наряду с давно существующей теорией патологии развивается новая теория, теория здоровья – санология – валеология (Ю.П.Лисицын).

Для оценки индивидуального здоровья используется ряд весьма условных показателей (Ю.П.Лисицын, Н.М.Амосов и др.). Среди множества показателей и определений можно выделить следующие:

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

Потенциал здоровья – это совокупность способностей индивидуума адекватно реагировать на воздействие внешних факторов. Адекватность реакций определяется состоянием компенсаторно-приспособительных

* Ряд понятий, определений, классификаций представлен в I главе учебника в целях логического обоснования предмета и науки общественного здоровья и здравоохранения в системе медицинских наук и современной структуры системы здравоохранения.

систем (нервной, эндокринной и т.д.) и механизмом психической саморегуляции (психологическая защита и т.д.).

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

Здоровье человека может рассматриваться в различных аспектах: социально-биологическом, социально-политическом, экономическом, морально-этическом, психофизиологическом и др. Основной предпосылкой для этого является то, что нельзя определить здоровье и болезнь вообще, а следует говорить о здоровье и болезни людей. А это обязывает подходить к человеку не только как к биологическому, животному организму, а существу биосоциальному. Здоровье современного человека выступает результатом естественной эволюции вида *homo sapiens,* в которой постепенно все большее влияние занимают социальные факторы. Их роль за весь период развития цивилизации возросла во всех отношениях. Человек получает здоровье, в известном смысле, как дар природы. Однако в процессе социализации уровень здоровья изменяется либо в одну, либо в другую сторону, законы природы проявляются в особой, свойственной только человеку форме. Биологическое в человеке всегда опосредуется социальным. Проблема соотношения социального и биологического в человеке – основа к пониманию природы и характера его здоровья, его болезней, которые следует трактовать как биосоциальные категории.

Отправным пунктом для медико-социальной интерпретации здоровья является определение, принятое Всемирной организацией здравоохранения и изложенное нами в первой главе учебника: «Здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». В документах ВОЗ неоднократно указывалось, что здоровье людей – качество социальное. В связи с чем для оценки общественного здоровья ВОЗ рекомендует следующие показатели:

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

Однако в медико-социальных исследованиях группового здоровья, здоровья населения и общественного здоровья традиционно принято использовать следующие индикаторы или группы показателей:

1. Медико-демографические показатели.

2. Показатели заболеваемости.
3. Показатели инвалидности.
4. Показатели физического развития населения.

Когда мы говорим о социальной обусловленности здоровья, то имеем в виду первостепенное по своему значению, а подчас и решающее воздействие на него социальных факторов риска, т.е. факторов, воздействие которых приводит к нарушению компенсаторно-приспособительных механизмов и тем самым способствует развитию патологии (см. главу 1).

Демографические показатели

Термин «демография» происходит от греческих слов demos – народ и grapho – писать, изображать. Таким образом, демография – это наука о населении. В круг проблем демографии входят изучение территориального размещения населения, тенденций и процессов, происходящих в населении в связи с социально-экономическими условиями жизни, быта, традициями, экологическими, медицинскими, правовыми и другими факторами. Под населением (народонаселением) понимается совокупность людей, объединенных общностью проживания в пределах той или иной страны или части ее территории (области, края, района, города), группы стран, всего мира. Одной из важнейших характеристик населения является состояние его здоровья.

На стыке общей демографии (преимущественно экономической) и социальной медицины выделилась смежная научная область – медицинская демография. Известный ученый, специалист в области медицинской демографии проф. М.С.Бедный писал (1984), что «медицинская демография – это наука, изучающая многочисленные связи человеческой популяции (народонаселения) с социальными и природными факторами, которые оказывают влияние на важнейший качественный аспект воспроизводства – состояние здоровья населения и тенденции его изменений».

Статистическое изучение народонаселения ведется в двух основных направлениях:

1. Статика населения.
2. Динамика населения.

Статика населения – это численный состав населения на определенный (критический) момент времени. Состав населения изучается по ряду основных признаков: пол, возраст, социальные группы, профессия и занятие, семейное положение, национальность, язык, культурный уровень, грамотность, образование, место жительства, географическое размещение и плотность населения.

Динамика населения – движение и изменение количества населения. Изменение численности населения может происходить из-за его *механического движения* – под влиянием миграционных процессов.

Кроме того, численный состав населения меняется в результате *естественного движения* – рождаемости и смертности. Естественное движение населения характеризуется рядом статистических показателей. Основными показателями естественного движения населения являются: рождаемость, смертность, естественный прирост населения. Во всех странах мира отдельно выделяют и анализируют показатели младенческой смертности (смертность детей до 1 года). Кроме того, основные показатели естественного движения дополняются уточняющими показателями: плодовитость, материнская смертность, перинатальная смертность, структура смертности по причинам и др.

Статика населения

Основными, наиболее достоверными источниками сведений о численном составе населения служат регулярно проводимые в нашей стране переписи.

Одна из первых известных попыток учета населения была проведена в Китае в 238 г. до н.э. Аналогичные сведения относительно Палестины неоднократно встречаются в Ветхом Завете. Первая перепись, отвечающая научным принципам учета населения (однодневная и поименная), была проведена в Бельгии в 1846 году.

На Руси в основном проводился похозяйственный учет населения (по «домам», по «дворам», по «сохам») в целях рационального налогообложения. С 1718-го по 1860-й годы в России прошло десять «ревизий», «сколько у кого в которой деревне душ мужеского пола».

Первая всеобщая перепись населения России была проведена в 1897 г.

На протяжении XX столетия в нашей стране прошло 8 всеобщих переписей: в 1920, 1926, 1937, 1939, 1959, 1970 и 1989 г.

Очередная всеобщая перепись населения в России прошла в 2002 г.

Наряду со сплошным учетом населения, проводимым в период переписей, осуществляются выборочные социально-демографические обследования, которые позволяют проследить изменения в составе населения страны в межпереписной период, получить необходимые данные для перспективного планирования экономического и социального развития. Выборочные социально-демографические обследования проводятся по широкой программе и являются ценными источниками информации для изучения состояния здоровья населения и планирования различных служб здравоохранения.

Текущая оценка численности населения в годы между переписями производится на основании итогов последней переписи населения, к которым ежегодно добавляется число родившихся и прибывших на данную территорию и вычитается число умерших и выбывших с данной территории. При этом также учитываются изменения численности населения в результате административно-территориальных преобразо-

ваний. Текущие оценки численности населения уточняются на основании итогов очередной переписи.

Данные об общей численности населения обычно приводятся по наличному населению, а сведения, характеризующие возрастно-половой состав,– по постоянному населению. Кроме того, рассчитывается средняя численность населения.

К наличному населению относятся лица, находящиеся на момент переписи на данной территории, включая временно проживающих. К постоянному населению относятся лица, постоянно проживающие на данной территории, включая временно отсутствующих. Среднегодовая численность населения рассчитывается как среднее арифметическое из численности на начало и конец соответствующего года по результатам текущих оценок и используется при расчетах показателей воспроизводства населения.

На основании расчета удельного веса лиц в возрасте 0–14, 15–49, 50 лет и старше определяется возрастной тип населения. По возрастному составу различают прогрессивный, регрессивный и стационарный типы населения.

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

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

Стационарным называется тип, при котором доля детей равна доле лиц в возрасте 50 лет и старше. Прогрессивный тип народонаселения обеспечивает дальнейшее увеличение численности населения, регрессивный тип угрожает нации вымиранием.

Однако возраст 50 лет для большинства стран является возрастом трудоспособного населения, и брать его за основу в определении типа возрастного состава вряд ли целесообразно. Поэтому многие ученые предлагают определять уровень демографической «старости» населения по удельному весу лиц в возрасте 60 лет и старше. Считается, что если среди населения более 12% лиц в возрасте 60 лет и старше, то это демографически старый тип населения.

Показатели, характеризующие статику населения, имеют важное значение в практическом здравоохранении.

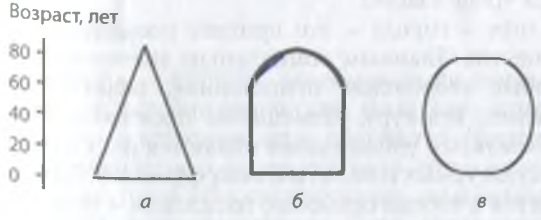

Рис. 5.1 Типы возрастного состава населения:
а – прогрессивный; *б* – стационарный; *в* – регрессивный.

Они необходимы для:
- расчета показателей естественного движения населения;
- планирования всей системы здравоохранения;
- расчета потребности в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, как общей, так и специализированной;
- определения необходимого количества средств, выделяемых бюджетом на здравоохранение;
- расчета количественных показателей, характеризующих деятельность органов и учреждений здравоохранения;
- организации противоэпидемической работы и т.д.

Не говоря уже о всей системе здравоохранения, каждое амбулаторно-поликлиническое учреждение должно иметь четкое представление о численности и составе населения в районе своей деятельности. Численность, возрастно-половой состав населения лежат в основе организации участковой службы, анализа ее деятельности, а в последние годы – в организации общеврачебной практики в нашей стране.

Механическое движение населения

Механическое движение населения происходит в результате характерных для всей истории человечества миграционных процессов. Слово «миграция» происходит от лат. migratio (migro – перехожу, переселяюсь). Таким образом, миграция населения – это перемещение людей, связанное, как правило, со сменой места жительства. Миграция подразделяется: на безвозвратную, т.е. с постоянной сменой постоянного места жительства; временную – переселение на достаточно длительный, но ограниченный срок; сезонную – перемещение в определенные периоды года; маятниковую – регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы своего населенного пункта. Кроме того, различают внешнюю миграцию, т.е. миграцию за пределы своей страны, и внутреннюю – перемещение внутри страны. К внешней относится эмиграция – выезд граждан из своей страны в другую на постоянное жительство или длительный срок и иммиграция – въезд граждан из другой страны в данную. К внутренней миграции относятся межрайонные переселения, а также переселение жителей сел в города как важная составная часть процесса урбанизации.

Урбанизация (от лат. urbs – город) – это процесс повышения роли городов в развитии общества. Главным социальным значением урбанизации являются особые «городские отношения», охватывающие население, его образ жизни, культуру, размещение производительных сил, расселение. Предпосылками урбанизации являются рост в городах индустрии, развитие их культурных и политических функций. Для урбанизации характерны приток в города сельского населения и возрастающее маятниковое движение населения из сел окружения и ближайших мелких городов в крупные города (на работу и др.).

Для оценки миграционных процессов рассчитывается ряд показателей. Чаще всего используются: число прибывших на 1000 населения, число выбывших на 1000 населения, миграционный прирост, коэффициент эффективности миграции. Эти показатели рассчитываются следующим образом:

Миграционный прирост = Число прибывших – Число выбывших.

Миграционный прирост может рассчитываться как в абсолютных, так и относительных величинах.

$$\text{Число прибывших (выбывших) на 1000} = \frac{\text{Число лиц, въехавших (выехавших) на административную территорию}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000.$$

$$\text{Коэффициент эффективности} = \frac{\text{Миграционный прирост}}{\text{Сумма прибывших и выбывших}} \cdot 100\%.$$

Изучение миграционных процессов имеет важное значение для органов практического здравоохранения, а именно:

- процесс урбанизации изменяет экологическую обстановку, требует пересмотра плановых нормативов медицинской помощи, изменения сети медицинских учреждений, сказывается на структуре заболеваемости и смертности населения, влияет на эпидемическую обстановку региона, ведет к изменениям рождаемости;
- маятниковая миграция увеличивает число контактов, способствующих распространению инфекционных заболеваний, ведет к росту стрессовых ситуаций, травматизма;
- сезонная миграция ведет к неравномерной сезонной нагрузке учреждений здравоохранения, влияет на показатели здоровья населения;
- показатели здоровья мигрантов существенно отличаются от показателей здоровья коренного населения.

Естественное движение населения

Наибольшее значение для медицинских работников имеют показатели *естественного движения населения*, в том числе рождаемость.

Рождаемость

Рождаемость – процесс возобновления новых поколений, в основе которого лежат биологические факторы, влияющие на способность организма к воспроизводству потомства. Говоря о рождаемости в человеческом обществе, следует помнить, что в данном случае она детерминирована не только биологическими, но и социально-экономическими процессами, условиями жизни, быта, традициями, религиозными установками и другими факторами.

Таблица 5.1 Динамика показателя рождаемости в России с 1940-го по 2005-й годы

Год	1940	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Показатель рождаемости, ‰	31,2	24,0	17,0	15,9	13,4	8,7	10,4

Для определения интенсивности процесса рождения обычно пользуются показателями рождаемости. Общий коэффициент рождаемости рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000.$$

Общий коэффициент рождаемости не дает исчерпывающего представления об интенсивности процесса, он пригоден для приблизительной характеристики явления.

Более точные характеристики рождаемости получают путем исчисления специального показателя – коэффициента плодовитости. При исчислении общего коэффициента плодовитости в отличие от коэффициента рождаемости в знаменателе берется не общая численность населения, а численность женщин в возрасте 15–49 лет.

Этот возрастной интервал называется генеративным, или плодовитым периодом женщины.

Число рождений до и после этого возрастного интервала незначительно, и им можно пренебречь. Кроме того, показатель рождаемости уточняется повозрастными показателями плодовитости, для чего весь генеративный период женщины условно подразделяют на отдельные интервалы (15–19, 20–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, 45–49 лет). Общий коэффициент плодовитости рассчитывается по следующей формуле:

$$\frac{\text{Общее число родившихся живыми}}{\text{Среднегодовая численность женщин в возрасте 15–49 лет}} \cdot 1000.$$

Повозрастные показатели плодовитости рассчитываются по формуле:

$$\frac{\text{Число родившихся живыми у женщин соответствующего возраста}}{\text{Среднегодовая численность женщин соответствующего возраста}} \cdot 1000.$$

Показатель рождаемости является важнейшим, причем не только демографическим, но и медико-социальным критерием жизнеспособности и воспроизводства населения (табл. 5.1 и рис. 5.2).

Согласно законодательству, в течение месяца со дня рождения все дети должны быть зарегистрированы в органах ЗАГСа по месту рождения детей или месту жительства родителей.

Рис. 5.2 Динамика показателя рождаемости населения России в последнем десятилетии XX в. и в начале XXI в.

Смертность

Для оценки социального, демографического и медицинского благополучия той или иной территории необходимо учитывать не только показатели рождаемости, но и показатели смертности. Взаимодействие между показателями рождаемости и смертности, замена одних поколений другими обеспечивает непрерывное воспроизводство населения.

Первую приближенную оценку смертности можно дать на основе общего показателя смертности, который рассчитывается следующим образом:

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

Однако общий коэффициент смертности мало пригоден для каких-либо сравнений, так как его величина в значительной степени зависит от особенностей возрастного состава населения. Так, рост общего коэффициента смертности, отмечаемый в последние годы в некоторых экономически развитых странах, не столько свидетельствует о действительном росте смертности, сколько отражает рост удельного веса лиц пожилого возраста в структуре населения.

Значительно более точными являются показатели смертности отдельных возрастно-половых групп населения, которые рассчитываются следующим образом:

$$\text{Смертность лиц данного возраста и данного пола} = \frac{\text{Число лиц данного пола, умерших в данном возрасте за год}}{\text{Среднегодовая численность лиц данного возраста и пола}} \cdot 1000.$$

Специфику в расчетах и анализе имеют показатели младенческой смертности, перинатальной и материнской смертности (см. далее). На

Таблица 5.2 Динамика показателя смертности в России с 1940-го по 2005-й годы

Год	1940	1970	1980	1990	2000	2005
Показатель смертности, ‰	17,4	8,4	11,0	11,2	15,3	15,2

возрастно-половые показатели смертности возрастная структура населения почти не влияет.

Важное значение в борьбе за снижение смертности и улучшение здоровья населения имеют показатели смертности от определенных заболеваний и структура причин смерти.

$$\text{Смертность от данного заболевания} = \frac{\text{Число умерших от данного заболевания за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000.$$

Источником информации о причинах смерти в России являются записи в «Медицинском свидетельстве о смерти», заполняемом врачом или фельдшером.

В соответствии с законодательством смерть подлежит регистрации в государственных органах записи актов гражданского состояния (ЗАГС) по месту жительства умершего или по месту наступления смерти на основании заключения медицинского учреждения не позднее 3 суток с момента наступления смерти или обнаружения трупа.

Для обеспечения регистрации смертности утверждено «Медицинское свидетельство о смерти» – ф. №106/у-98.

«Медицинское свидетельство о смерти» выдается всеми учреждениями здравоохранения, в которых работает не менее 2 врачей. В сельской местности, имеющей в учреждении здравоохранения только одного врача, в случае его отсутствия (отпуск, болезнь и т.д.), а также в учреждениях, где нет врача, «Медицинское свидетельство о смерти» выдается фельдшером. В таблице 5.2 и на рисунке 5.3 представлена динамика показателя смертности населения России во второй половине XX в. и начале XXI в.

Естественный прирост населения

Естественный прирост населения служит наиболее общей характеристикой роста населения. Естественный прирост может выражаться абсолютным числом умерших за определенный период времени (чаще за год). Кроме того, может рассчитываться коэффициент естественного прироста населения как разность коэффициентов рождаемости и смертности.

$$\text{Показатель естественного прироста населения} = \frac{\text{Число родившихся} - \text{Число умерших}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000.$$

Сам естественный прирост населения не всегда отражает демографическую обстановку в обществе, так как одни и те же размеры при-

Рис. 5.3 Динамика показателя смертности населения России с 1990-го по 2005-й годы

роста могут быть получены при различных показателях рождаемости и смертности. Поэтому естественный прирост населения необходимо оценивать только в соотношении с показателями рождаемости и смертности.

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

Низкий прирост при высокой смертности также указывает на неблагоприятную демографическую обстановку.

Отрицательный естественный прирост во всех случаях свидетельствует о явном неблагополучии в обществе. Такая демографическая обстановка обычно характерна для периода войны, экономических

Таблица 5.3 Динамика показателя естественного прироста (убыли) населения России с 1970-го по 2005-й годы

Годы												
1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1999	2000	2005
Показатель, ‰												
+8,6	+4,9	+2,2	+0,7	−1,3	−5,1	−6,1	−5,7	−5,3	−5,2	−6,4	−6,7	−4,8

кризисов, других потрясений. Отрицательный естественный прирост принято называть *противоестественной убылью населения*. В таблице 5.3 представлены показатели естественного прироста (убыли) населения России с 1970-го по 2000-й годы.

Средняя продолжительность предстоящей жизни

Одним из показателей, используемых для оценки общественного здоровья, является показатель средней продолжительности предстоящей жизни, служащий более объективным показателем, чем показатель общей смертности и показатель естественного прироста населения.

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

Показатель средней продолжительности предстоящей жизни рассчитывается на основе повозрастных показателей смертности путем построения таблиц смертности (или дожития), методика построения которых известна еще с XVIII в. Таблицы смертности (дожития) рассчитываются по косвенному методу и показывают как бы порядок последовательного вымирания гипотетической совокупности лиц, одновременно родившихся. Динамика показателя средней продолжительности предстоящей жизни в России в конце XX в. представлена в таблице 5.4.

Материнская смертность

Материнская смертность относится к демографическим показателям, уточняющим общий коэффициент смертности. Из-за невысокого уров-

Таблица 5.4 Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении в России (число лет)

Годы	Всего	Мужчины	Женщины
1980	67,6	61,5	73,1
1990	69,2	63,8	74,3
1995	64,6	57,6	71,2
2000	65,3	59,0	72,2
2006	66,6	60,4	73,2

ния она не оказывает заметного влияния на демографическую ситуацию, однако в полной мере отражает состояние системы охраны материнства и детства в регионе.

Всемирной организацией здравоохранения «материнская смертность определяется как обусловленная беременностью, независимо от продолжительности и локализации, смерть женщины, наступившая в период беременности 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 случайно возникшей причины».

Случаи материнской смертности подразделяют на две группы:

1. Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами, т.е. смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин.

2. Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, т.е. смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, возникшей в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

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

Показатель следует рассчитывать на уровне города, области, края, республики. В учреждении, где произошла смерть, должен проводиться детальный анализ каждого случая смерти с позиции ее предотвратимости.

В соответствии с Международной классификацией болезней показатель материнской смертности должен рассчитываться на 1000 живорожденных. Однако ВОЗ, учитывая небольшое число умерших в развитых странах и соответственно незначительную величину показателя при расчете на 1000 живорожденных, в статистических показателях приводит расчеты на 100 000 живорожденных.

Расчет показателя материнской смертности:

$$\text{Материнская смертность} = \frac{\text{Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}}{\text{Число живорожденных}} \cdot 100\,000.$$

При оценке динамики материнской смертности необходимо учитывать статистические особенности показателя при малом числе родов и умерших. Например, в странах с низкой рождаемостью один случай

смерти может изменить показатель, который не всегда правильно может быть расценен. Для того чтобы в этих случаях избежать ошибки при анализе динамики материнской смертности, следует применять статистические методы (в частности, выравнивание динамического ряда по методу скользящей средней). Этот метод позволяет до некоторой степени устранить влияние случайных колебаний на уровень динамического ряда и способствует выявлению отражаемой им основной тенденции.

Важное значение для анализа материнской смертности имеет анализ ее структуры.

Расчет структуры причин материнской смертности производится следующим образом:

$$\text{Доля (удельный вес) беременных, рожениц и родильниц, умерших от данной причины, в общем числе умерших (в \%)} = \frac{\text{Число женщин, умерших от данной причины}}{\text{Общее число женщин, умерших от всех причин}} \cdot 100.$$

Показатели структуры причин материнской смертности определяют роль и значение каждого заболевания в общей совокупности причин, т.е. позволяют установить место той или иной причины смерти среди всех умерших женщин.

Наряду с определением структуры смертности очень важно рассчитывать интенсивный показатель смертности от отдельных причин.

Расчет частоты наступления смерти от отдельных причин производится следующим образом:

$$\text{Материнская смертность от кровотечения} = \frac{\text{Число женщин, умерших от кровотечения}}{\text{Число живорожденных}} \cdot 100\,000.$$

Для улучшения качества статистических данных материнской смертности и введения альтернативных методов сбора данных, касающихся смертности во время беременности или связанной с нею, а также для усовершенствования учета смертности, непосредственно связанной с акушерскими причинами в случае, если смерть произошла позднее, чем через 42 дня после родоразрешения, Всемирной ассамблеей здравоохранения были введены дополнительные понятия – «поздняя материнская смертность» и «смерть, связанная с беременностью».

Под поздней материнской смертностью подразумевается смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившей в период, превышающий 42 дня после родов, но менее, чем через год после родов. Смерть, связанная с беременностью, определяется как смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от причины смерти.

Регистрация и учет материнской смертности ведется в соответствии с теми же правилами, что и общей смертности. В таблице 5.5 представлены в динамике показатели материнской смертности в России.

Таблица 5.5 Динамика показателя материнской смертности в России на 100 тыс. живорожденных

Годы	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Показатель материнской смертности, ‰	68,0	54,0	47,4	53,3	39,7	25,4

Детская смертность

Правильный и своевременный анализ детской смертности позволяет разработать ряд конкретных мер по снижению заболеваемости и смертности детей, оценить эффективность проведенных ранее мероприятий, в значительной мере охарактеризовать работу местных органов здравоохранения по охране материнства и детства.

В статистике *детской смертности* принято выделять ряд показателей:

1. Младенческую смертность (смертность детей на первом году жизни), которая включает:

а) раннюю неонатальную смертность (смертность в первые 168 часов жизни);

б) позднюю неонатальную смертность (смертность на 2, 3, 4-й неделях жизни);

в) неонатальную смертность (смертность в первые 4 недели жизни);

г) постнеонатальную смертность (смертность с 29-го дня жизни и до 1 года).

2. Смертность детей в возрасте до 5 лет.

3. Смертность детей в возрасте от 1 года до 15 лет. Суммарным, общим показателем младенческой смертности является общий годовой. Для его определения существует целый ряд различных способов. Самым простым из них считается способ расчета по следующей формуле:

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

Однако среди детей, умерших в течение года в возрасте до 1 года, есть родившиеся как в прошлом календарном году, так и в данном, и соотносить умерших только с родившимися в данном календарном году теоретически неверно. Применение данного способа возможно лишь в том случае, когда число родившихся в отчетном и прошлом году одинаково.

Было рассчитано, что среди детей, умерших в возрасте до 1 года в данном календарном году, приблизительно 1/3 родилась в предыдущем году. Поэтому раньше в практическом здравоохранении для расчета показателя младенческой смертности использовалась формула Ратса:

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

Таблица 5.6 Динамика показателя младенческой смертности в России

Годы	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Показатель младенческой смертности, ‰	22,1	20,7	17,4	18,1	15,3	11,0

В настоящее время коэффициент младенческой смертности рассчитывается по следующей формуле:

$$m_0^t = \left(\frac{M_0^t}{N^t} + \frac{M_0^{t-1}}{N^{t-1}} \right) \cdot 1000,$$

где M_0^t и M_0^{t-1} – умершие в возрасте до 1 года из числа родившихся соответственно в году t и t–1; N_0^t и N_0^{t-1} – численность родившихся соответственно в году t и t–1.

Динамика показателя младенческой смертности в России представлена в таблице 5.6.

Показатель младенческой смертности уточняется показателями неонатальной, ранней неонатальной, поздней неонатальной, постнеонатальной смертностей.

Неонатальная смертность рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число детей, умерших в первые четыре недели жизни}}{\text{Число родившихся живыми}} \cdot 1000.$$

Постнеонатальная смертность рассчитывается:

$$\frac{\text{Число детей, умерших в период с 29-го дня до 1 года жизни}}{\text{Число родившихся живыми} - \text{Число умерших в первые четыре недели жизни}} \cdot 1000.$$

Ранняя неонатальная смертность рассчитывается:

$$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 0–6 дней (168 ч)}}{\text{Число родившихся живыми}} \cdot 1000.$$

Поздняя неонатальная смертность рассчитывается:

$$\frac{\text{Число детей, умерших на 2, 3, 4-й неделях жизни}}{\text{Число родившихся живыми}} \cdot 1000.$$

Помимо показателей младенческой смертности в международной практике принято рассчитывать коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет (КСД). Этот показатель рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет} = \frac{\text{Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность детей в возрасте от 0 до 5 лет}} \cdot 1000.$$

Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет выбран ЮНИСЕФом как особый, наиболее важный показатель положения

детей в различных государствах, как своеобразный индикатор благополучия детского населения.

Для оценки состояния здоровья детского населения важное значение имеет показатель смертности детей старше года:

$$\text{Смертность детей в возрасте от 1 до 15 лет} = \frac{\text{Число детей в возрасте от 1 до 15 лет, умерших в течение года}}{\text{Среднегодовая численность детей в возрасте от 1 до 15 лет}} \cdot 1000.$$

Учет смертности детей, начиная со второй недели жизни, ведется на основании анализа «Медицинских свидетельств о смерти».

Перинатальная смертность

С 1963 г. в стране в статистику здоровья населения и практику здравоохранения введен термин «перинатальный период».

Всемирная ассамблея здравоохранения определила перинатальный период как период, который начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела составляет 500 г) и заканчивается спустя 7 полных дней (168 ч) после рождения.

Перинатальный период включает в себя три периода: антенатальный (с 22-й недели беременности до родов), интранатальный (период родов), постнатальный (первые 168 часов жизни). По терминологии постнатальный период соответствует раннему неонатальному. Каждому периоду соответствует свой показатель смертности. Показатель перинатальной смертности рассчитывается по формуле:

$$\text{Перинатальная смертность} = \frac{\text{Число родившихся мертвыми + число умерших в первые 168 часов жизни}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \cdot 1000.$$

Антенатальная смертность и интранатальная смертность в сумме дают мертворожденность. Мертворожденность рассчитывается по формуле:

$$\text{Мертворожденность} = \frac{\text{Родились мертвыми}}{\text{Родились живыми и мертвыми}} \cdot 100\%.$$

Заболеваемость населения

Заболеваемость является одним из важнейших критериев, характеризующих здоровье населения. Под заболеваемостью подразумевается показатель, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных, про-

фессиональных и др.) и служащий одним из критериев оценки работы врача, медицинского учреждения, органа здравоохранения.

Как объект научного исследования и практической деятельности учреждения здравоохранения заболеваемость представляет собой сложную систему взаимосвязанных понятий:

- собственно заболеваемость (первичная заболеваемость, incidence) – частота новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний;
- распространенность (болезненность, накопленная заболеваемость, prevalence) – частота всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном календарном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в данном году;
- частота заболеваний, выявленных при осмотрах (патологическая пораженность, point-prevalence) – частота патологии среди населения, устанавливаемая при проведении единовременных медицинских осмотров (обследований), в результате которых учитываются все заболевания, а также преморбидные формы и состояния.

Основные источники информации о заболеваемости:

- по данным обращаемости в ЛПУ;
- по данным результатов медицинских осмотров;
- по данным анализа причин смерти.

Дополнительный официальный источник – по данным изучения причин инвалидности.

В статистике заболеваемости, выявленной по данным обращаемости, принято выделять: общую заболеваемость, инфекционную заболеваемость, заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями, госпитализированную заболеваемость, заболеваемость с временной утратой трудоспособности. ВОЗ указывает, что какой бы показатель заболеваемости ни рассчитывался, он должен соответствовать ряду требований: быть надежным, объективным, чувствительным, точным.

Общая заболеваемость по данным обращаемости

Учет всех случаев заболеваний, с которыми население обратилось за медицинской помощью, ведется во всех медицинских учреждениях. При изучении общей заболеваемости по обращаемости за единицу учета принимают первое обращение к врачу по данному заболеванию в данном календарном году. Диагнозы острых заболеваний регистрируются при каждом их новом возникновении, хронические заболевания – только 1 раз в году, обострения хронических заболеваний в этом году повторно как заболевания не учитываются.

При анализе заболеваемости принято рассчитывать ряд показателей:

$$\text{Первичная заболеваемость} = \frac{\text{Число вновь возникших заболеваний}}{\text{Средняя численность населения}} \cdot 1000.$$

$$\text{Распространенность (болезненность)} = \frac{\text{Число имевшихся заболеваний у населения за год}}{\text{Средняя численность населения}} \cdot 1000.$$

Кроме того, рассчитывается ряд показателей частоты заболеваний по отдельным возрастным и половым группам.

Помимо этого, необходимо анализировать:

$$\text{1) Заболеваемость данным заболеванием} = \frac{\text{Число вновь возникших данных заболеваний}}{\text{Средняя численность населения}} \cdot 1000.$$

2) Структуру заболеваемости:
Число всех вновь возникших заболеваний – 100%.
Число заболеваний гриппом – 15,0%.
Число заболеваний ангиной – 5,0% и т.д.

Анализируются также и другие показатели заболеваемости по обращаемости.

Учет заболеваемости по данным обращаемости ведется на основании разработки «Статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (ф. 025-2/у). Талон заполняется на все заболевания и травмы, кроме острых инфекционных заболеваний, во всех поликлиниках, амбулаториях в городах и сельской местности. Однако в специализированных учреждениях (психоневрологических, онкологических и противотуберкулезных) талон не заполняется, а в кожно-венерологических заполняется только на больных кожными заболеваниями.

В зависимости от системы организации работы в поликлинике талоны заполняются по окончании приема врачами или медицинскими сестрами по указанию врачей или централизованно статистиком учреждения по данным передаваемых ему с приема «Медицинских карт амбулаторного больного».

С 1997 г. вместо системы учета по «Статистическим талонам...» в соответствии с приказом МЗ РФ стала постоянно внедряться новая методика учета заболеваемости по законченному случаю поликлинического обслуживания с автоматизированной обработкой первичной медицинской документации. Эта система пока вводится только в тех учреждениях, которые в должной мере обеспечены вычислительной техникой. В ее основе лежит «Талон амбулаторного пациента» (ф. 025-10/у-97).

«Талон амбулаторного пациента» заполняется лечебно-профилактическими учреждениями (подразделениями), осуществляющими амбулаторный прием, использующими систему учета по законченному случаю

поликлинического обслуживания. Под законченным случаем в амбулаторно-поликлинических учреждениях понимают объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, ремиссия или больной направляется в больницу либо в специализированное медицинское учреждение (диспансер и др.). Случай смерти пациента также относится к законченному случаю. «Талон амбулаторного пациента» и его автоматизированная обработка позволяют осуществлять:

- учет и формирование регистра населения, обслуживаемого амбулаторно-поликлиническим учреждением;
- сбор и формирование статистической информации по законченному случаю, оказанным медицинским услугам, временной нетрудоспособности, фармакологическим средствам и изделиям медицинского назначения, выписанным льготным категориям граждан;
- учет и ведение страхового полиса медицинского ОМС;
- систему расчетов за оказанную медицинскую помощь.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях, где используются «Талоны амбулаторного пациента» (ф. 025 16/у-97), не заполняются следующие учетные документы: «Статистический талон для регистрации заключительного (уточненного) диагноза» (ф. 025-2/у), «Талон амбулаторного пациента» (фф. 025-б/у-89, 025-7/у-89), «Талон на прием к врачу» (ф. 025-4/у-89), «Единый талон амбулаторного пациента (ф. 025-8/у-25), «Талон на законченный случай временной нетрудоспособности» (ф. 025-9/у-96), «Ведомость учета в поликлинике, диспансере, консультации и на дому» (ф. 039/у-88).

При анализе заболеваемости по данным обращаемости следует помнить, что она не отражает истинную картину состояния здоровья населения, так как полностью зависит от обращаемости населения. На обращаемость, в свою очередь, оказывают влияние доступность медицинской помощи, медицинская активность населения и другие факторы. Кроме того, в настоящее время население имеет возможность получить медицинскую помощь помимо территориальных учреждений в ведомственных учреждениях, негосударственных медицинских центрах. Заболеваемость по данным обращаемости зависит и от квалификации врачей. Поэтому этот вид заболеваемости в территориальных учреждениях имеет ограниченное значение, однако важное для организации и планирования деятельности ЛПУ. Наиболее точные, полные и исчерпывающие данные о заболеваемости дают специальные медицинские осмотры, которые должны дополнять сведения по данным обращаемости.

Заболеваемость по данным медицинских осмотров

Медицинские или профилактические осмотры являются одной из форм лечебно-профилактической помощи, заключающейся в активном обследовании населения с целью выявления заболеваний. Медицин-

ские осмотры дают наиболее полную информацию о всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях с клиническими проявлениями, а также о субклинических формах, протекающих функционально компенсированно.

Медицинские осмотры разделяют на предварительные, периодические и целевые. Все контингенты, подвергаемые предварительным и периодическим медицинским осмотрам, можно разделить на три группы:

1. Работники предприятий, учреждений и организаций, имеющие контакт с профессиональными вредностями.

2. Работники пищевых, детских и некоторых коммунальных учреждений, которые проходят бактериологическое обследование для выявления инфекционных болезней или бациллоносительства при поступлении на работу и впоследствии через определенные сроки, поскольку они могут стать источником массового заражения.

3. Дети всех возрастов, рабочие-подростки, учащиеся средних специальных учебных заведений, студенты.

Предварительные медицинские осмотры проводят при поступлении на работу или учебу с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявления заболеваний, которые могут обостряться и прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учебы. Существует список заболеваний, являющихся противопоказаниями к работе и учебе по ряду профессий. Основная задача периодических медицинских осмотров на производстве – выявление ранних признаков профессиональных заболеваний или отравлений, а также заболеваний, этиологически не связанных с профессией, но при которых продолжение контакта с данными профессиональными вредностями представляет опасность.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ регламентирует порядок проведения предварительных и периодических медицинских осмотров на производстве. Имеется перечень опасных и вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов, при работе с которыми необходимо обязательное прохождение профилактических осмотров, и указана их частота. Периодичность осмотров зависит от агрессивности и потенциальной опасности действующих факторов. МЗиСР определен круг врачей «узких» специальностей, участвующих в проведении осмотров, перечень обязательных лабораторных и функциональных исследований, список медицинских противопоказаний к допуску на работу, связанную с опасными веществами и неблагоприятными факторами, а также в целях безопасности труда.

Целевые медицинские осмотры проводятся для раннего выявления ряда заболеваний (туберкулеза, злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения, органов дыхания, гинекологических заболеваний и т.д.) путем одномоментных осмотров в организованных коллективах либо путем осмотра всех лиц, обращающихся за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения.

Врачи медико-санитарных частей, территориальных поликлиник, диспансеров, поликлиник учебных заведений проводят предварительные и периодические медицинские осмотры. Целевые осмотры осуществляют врачи «узких» специальностей поликлиник, диспансеров, специализированных больниц, научно-исследовательских учреждений и т.д. В сельской местности важную роль при проведении медицинских осмотров играют выездные бригады специалистов.

Результаты медицинских осмотров фиксируются в «Карте подлежащего периодическому осмотру» (ф. 046/у) для лиц, проходящих обязательные периодические осмотры, в «Медицинской карте амбулаторного больного» (ф. 025/у), в «Истории развития ребенка» (ф. 112/у), «Медицинской карте ребенка» (ф. 026/у) (для школ, школ-интернатов, детских домов, детских садов, яслей-сада), в «Медицинской карте студента вуза».

В небольших лечебно-профилактических учреждениях, где нецелесообразно создание специальных картотек осмотренных, вместо ф. 047/у могут заполняться «Списки лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру» (ф. 048/у).

Списки составляются администрацией предприятия, которая должна заполнить первые 5 граф формы, и передаются в лечебно-профилактическое учреждение, проводящее осмотр. Все последующие записи делаются при осмотре. Формы списка могут использоваться также для записи лиц, обратившихся индивидуально для профилактического осмотра. В этом случае все записи производятся в лечебно-профилактическом учреждении.

«Карты диспансеризации» (ф. 131/у) фиксируют факт осмотра врачами «узких» специальностей и проведения лабораторных исследований. Ежегодно определяется группа здоровья для каждого прошедшего диспансеризацию, а если выявлено заболевание, то ставится его диагноз, а также отмечается взятие под специальное наблюдение.

Перечисленные выше документы позволяют не только получить точное представление о распространенности патологии среди населения, но и определить динамику изменения, эффективность проводимого лечения и организационных мероприятий за ряд лет.

Для того чтобы медицинский осмотр был достаточно эффективным, необходимо обеспечить его четкую организацию, привлечение высококвалифицированных специалистов, использование современной техники. Такие медицинские осмотры позволяют в среднем выявить у каждых 1000 обследованных дополнительно до 1200 заболеваний, по поводу которых больной не обращался к врачу. Так, в частности, на каждых 1000 обследованных дополнительно выявляется около 200 случаев сердечно-сосудистых заболеваний, болезни органов пищеварения возрастают в 2 раза.

Как показывают специальные исследования, в условиях современного здравоохранения далеко не везде есть возможность обеспечить

осмотр всех групп населения высококвалифицированными специалистами узкого профиля, кроме того, нет необходимого количества современной техники.

Инфекционная заболеваемость

С целью проведения текущих и перспективных медико-организационных мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями в стране действует строгая система контроля за инфекционной заболеваемостью.

О каждом случае обнаруженного инфекционного заболевания обязательно должны быть оповещены органы госсанэпиднадзора. Список обязательных для извещения об их обнаружении инфекционных заболеваний определен МЗиСР РФ. Все инфекционные заболевания, об обнаружении которых нужно оповещать органы госсанэпиднадзора, можно разделить на следующие группы:

1) карантинные заболевания (чума, холера, натуральная оспа, желтая лихорадка);

2) заболевания, которые регистрируются как важнейшие неэпидемические болезни с одновременной информацией органов госсанэпиднадзора; информация об этих заболеваниях собирается системой специализированных лечебно-профилактических учреждений (туберкулез, сифилис, гонорея, трахома, грибковые заболевания, лепра);

3) заболевания, о которых лечебно-профилактическое учреждение представляет только суммарную (цифровую) информацию в органы санэпиднадзора и которые по классификации не относятся к классу инфекционных заболеваний (грипп, ОРВИ);

4) заболевания, о каждом случае которых делаются сообщения в местные органы санэпиднадзора с приведением детальных сведений о заболевании (брюшной тиф, паратифы и другие сальмонеллезы, дизентерия, энтериты, детские инфекции, менингиты, энцефалиты, инфекционный гепатит, столбняк, полиомиелит, бешенство, риккетсиозы, малярия, лептоспироз, сепсис у детей 1-го месяца жизни, геморрагическая лихорадка, орнитоз и др.).

В отношении каждой из этих групп заболеваний существует своя система сбора и обработки данных.

Карантинные болезни – это условное название группы инфекционных болезней, характеризующихся высокой контагиозностью и высокой летальностью, к которым применяются международные карантинные ограничения в соответствии с международными медико-санитарными правилами. В случае выявления карантинных заболеваний применяются меры экстренного противоэпидемического характера вплоть до создания чрезвычайных противоэпидемических комиссий (ЧПК).

В случае обнаружения заболеваний 2-й и 4-й групп заполняется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, ост-

ром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (ф. 058/у). «Экстренное извещение...» составляется врачами и средним медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений всех ведомств, медицинским персоналом школ, детских домов, детских дошкольных учреждений в случае выявления инфекционного заболевания (подозрения на него), пищевого острого профессионального отравления, необычной реакции на прививку независимо от условия выявления: при обращении за лечением, профилактическом осмотре, обследовании в стационаре, на секции и т.д. Этот документ служит для информации органов санэпиднадзора по месту обнаружения заболевания с целью принятия необходимых мер.

Для учета и контроля движения извещений в лечебно-профилактических учреждениях и органах санэпиднадзора имеются специальные журналы (ф. 060/у), в которых ведется запись отправленных и полученных извещений.

Форма извещения и журнал содержат только основную информацию, необходимую для оперативного сигнала: диагноз, сведения о больном, дату возникновения заболевания, сведения о госпитализации и других проведенных в очаге мероприятиях.

На основании извещений и журналов органами санэпиднадзора ежемесячно составляется отчет «О движении инфекционных заболеваний» (ф. 85-инф.), который является единственным источником информации для вышестоящих организаций об инфекционной заболеваемости.

О заболеваниях 3-й группы органы санэпиднадзора получают информацию из лечебно-профилактических учреждений на основании ф. 95-грипп. Эта форма содержит лишь суммарные сведения о числе зарегистрированных заболеваний ОРВИ и гриппом.

Помимо ф. 058/у для детального анализа инфекционной заболеваемости используется «Карта эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний» (ф. 357/у).

Для анализа инфекционной заболеваемости рассчитывается ряд показателей:

$$\text{Число выявленных инфекционных заболеваний} = \frac{\text{Число выявленных инфекционных заболеваний на данной территории}}{\text{Средняя численность населения данной территории}} \cdot 100\,000.$$

Аналогично рассчитываются показатели частоты заболеваний по отдельным возрастно-половым группам, нозологическим формам. Рассчитываются также:

$$\text{Частота госпитализации инфекционных больных} = \frac{\text{Число госпитализированных инфекционных больных}}{\text{Средняя численность населения}} \cdot 100.$$

$$\text{Охват инфекционных больных госпитализацией} = \frac{\text{Число госпитализированных инфекционных больных}}{\text{Число выявленных инфекционных больных}} \cdot 100.$$

$$\text{Очаговость} = \frac{\text{Число выявленных инфекционных больных данным заболеванием}}{\text{Число очагов данного заболевания}} \cdot 100.$$

Кроме того, для целого ряда инфекционных заболеваний целесообразно рассчитать сезонность. В основу разработки сезонности берутся данные о числе заболеваний по месяцам, рассматриваются динамические кривые по абсолютным данным и месячным показателям. Иногда может быть использовано распределение годового числа заболеваний по месяцам (в процентах). Правильнее для изучения сезонности использовать показатели сезонных колебаний, представляющие отношение среднедневных месячных данных к среднегодовым и изображенные в виде диаграммы полярных координат.

Заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями

Наряду с обязательным учетом инфекционной заболеваемости проводится специальный учет важнейших неэпидемических болезней, к которым относятся: туберкулез, венерические заболевания, микозы, трахома, злокачественные новообразования, психические болезни и др. Некоторые из них учитываются и как инфекционные заболевания (по ф. 058/у), и как важнейшие неэпидемические болезни. Организация специального учета ряда заболеваний связана с тем, что, как правило, эти заболевания требуют раннего выявления, всестороннего обследования больных, взятия их на диспансерный учет, постоянного наблюдения за ними и специального лечения, а в ряде случаев – и выявления контактов.

При обнаружении данных заболеваний заполняется «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания» (ф. 069/у) или «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (ф. 090/у).

Форма 089/у составляется врачами всех лечебно-профилактических учреждений системы МЗиСР и других ведомств независимо от их специальности и места работы (в больницах, поликлиниках, санаториях и др.) и условий выявления заболеваний (при обращении, профилактическом осмотре, обследовании в стационаре и т.д.) на всех больных, у которых впервые в жизни выявлено данное заболевание.

Средний медицинский персонал составляет извещение только на больных чесоткой, при всех других заболеваниях больной направляется

к врачу, который и составляет извещение в случае подтверждения диагноза.

Извещения о больных активным туберкулезом составляются также в случае обнаружения впервые в жизни активного туберкулезного процесса у лиц, состоящих под наблюдением противотуберкулезного учреждения в контрольных и контактных группах диспансерного учета, и в случаях выявления туберкулеза при вскрытии умерших, у которых заболевание активным туберкулезом не было диагностировано при жизни.

Заболевания некоторыми венерическими и грибковыми заболеваниями, чесоткой могут возникать неоднократно в течение жизни больного. В этом случае каждое новое заболевание следует рассматривать как впервые диагностированное и составлять на него извещение.

Составленные извещения в трехдневный срок пересылаются в районный (городской) диспансер (кабинет ЦРБ или при его отсутствии непосредственно в ЦРБ) по месту жительства больного для использования в оперативных целях.

По окончании месяца кожно-венерологические и противотуберкулезные учреждения пересылают полученные извещения, составленные в самих специализированных диспансерах (кабинетах), в областной диспансер, где они используются.

Параллельно с системой оперативного учета этой группы заболеваний имеется взаимосвязанная с ней система учета контингентов, состоящих под наблюдением специализированных служб.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности

Специальному учету и анализу подлежит заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ), или заболеваемость работающих контингентов. Этот учет осуществляется по листкам нетрудоспособности. Однако в амбулаторно-поликлинических учреждениях, использующих систему учета по законченному случаю поликлинического обслуживания, сбор и формирование статистической информации о временной нетрудоспособности осуществляется посредством «Талона амбулаторного пациента».

Работающим может быть выдан больничный лист в ЛПУ как по месту жительства, так и по месту работы, а также в диспансерах, больницах и т.д.

Существует 2 системы учета: сигнальная система и система последующего учета.

При сигнальной системе, где бы ни был выдан больничный лист работающему, лечащий врач обязан сразу сообщить об этом на место работы. Это можно сделать по телефону либо посредством посыльной карты.

После того, как рабочий выздоровел, он по месту работы сдает в бухгалтерию больничный лист, а перед тем регистрирует его в здравпункте предприятия.

Это лучший, наиболее точный и абсолютный учет, особенно во время эпидемий, вспышек гриппа. Он позволяет незамедлительно принять меры по профилактике заболеваний. Однако в крупных городах он непригоден.

Наиболее широко используется система последующего учета, при которой листок нетрудоспособности по окончании заболевания сдается администрации предприятия, а затем этот документ переходит в ведение профсоюзных органов для составления отчета (по ф.16-ВН).

Этот отчет предназначен для оперативных целей учета и анализа временной нетрудоспособности работающих. Для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности в ЛПУ обслуживающих работников предприятий принято рассчитывать следующие показатели:

1. Число случаев временной утраты трудоспособности на 100 работающих в год (показатель частоты, интенсивности заболеваемости):

$$\frac{\text{Число случаев временной утраты трудоспособности по первичным больничным листам}}{\text{Средняя численность работающих}} \cdot 100.$$

2. Число дней временной утраты трудоспособности на 100 работающих в год (показатель тяжести заболеваний):

$$\frac{\text{Число дней временной утраты трудоспособности по первичным больничным листам и их продолжениям}}{\text{Средняя численность работающих}} \cdot 100.$$

3. Средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности:

$$\frac{\text{Число дней временной утраты трудоспособности}}{\text{Число случаев временной утраты трудоспособности}}.$$

Число случаев нетрудоспособности на 100 работающих (показатель частоты) указывает на уровень заболеваемости работающих. Число дней нетрудоспособности на 100 работающих зависит от многих факторов, влияющих на длительность нетрудоспособности, и характеризует в основном тяжесть заболевания. Средняя длительность случая нетрудоспособности также отражает тяжесть заболевания и зависит от уровня экспертной оценки трудоспособности. В амбулаторно-поликлинических территориальных учреждениях данные показатели рассчитываются на 1000 лиц трудоспособного возраста.

Изучать ЗВУТ нужно ежемесячно, только тогда можно выявить причины болезней.

Эти показатели надо сравнивать:

1. Показатели 1 цеха с другими цехами.
2. С показателями всего завода.
3. Со средними цифрами по городу, области, республике.
4. С другими предприятиями такой же отрасли промышленности.
5. С другими предприятиями города.

6. Необходимо сравнивать показатели в динамике: например, апрель этого года с апрелем прошлого года или за прошлый месяц, год.

7. По отдельным декадам месяца.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности отражает заболеваемость работающего населения. Поэтому, кроме социально-гигиенического, она имеет и большое социально-экономическое значение.

В снижении ЗВУТ заинтересованы не только врачи, но и администрация предприятий и учреждений, инженерная служба, профсоюзная организация. Они должны принимать самое активное участие в анализе ЗВУТ, выявлении ее причин и, по возможности, их устранении. В каждой организации составляются ежеквартальные отчеты о нетрудоспособности и годовые отчеты.

В отчет о заболеваемости с ВУТ включены не только заболевания. Отдельно учитываются и другие случаи нетрудоспособности, в том числе учитывается нетрудоспособность в связи с беременностью и родами, карантином. Особое место занимает нетрудоспособность в связи с уходом за больным, в основном это уход за больным ребенком.

Основной задачей анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности является разработка мероприятий по снижению заболеваемости работающих в каждом конкретном цехе, на участке, предприятии в целом.

Госпитализированная заболеваемость

Госпитализированной заболеваемости отводится важное место в статистике здравоохранения. Единицей учета в данном случае является случай госпитализации больного в стационар, а учетным документом — «Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф. 066/у).

«Статистическая карта выбывшего из стационара» составляется на основании «Медицинской карты стационарного больного» (ф. 003/у) и является статистическим документом, содержащим сведения о больном, выбывшем из стационара (выписанном, умершем).

Карта составляется одновременно с записью эпикриза в «Медицинской карте стационарного больного» лечащим врачом на всех выбывших из стационара (выписанных или умерших), в том числе и родильниц, выписанных после нормальных родов. Она заполняется также на выбывших новорожденных, родившихся или заболевших в стационаре.

В карте отражаются основные сведения: о длительности лечения больного в стационаре, диагнозе основного и сопутствующего заболевания, сроке, характере и эффективности хирургической помощи, исходе заболевания и др. Карты обеспечивают наиболее рациональную разработку сведений для составления соответствующих разделов отчета (ф. 30).

При переводе больного из одного отделения в другие той же больницы карта выбывшего больного заполняется в отделении, из которого выбыл больной.

В тех случаях, когда в карте указаны два и более диагноза заболеваний, в отчете больной относится к одному из этих заболеваний, послужившему основной причиной госпитализации.

«Карта выбывшего из стационара» должна быть подписана врачом. Карта не заполняется на больных, переведенных в другие стационары.

На картах больных, госпитализированных по поводу несчастных случаев, отравлений и травм, должна быть сделана пометка о виде травм: производственная, бытовая, уличная, дорожно-транспортная, школьная, спортивная.

Госпитализированная заболеваемость психическими расстройствами изучается на основании разработки «Статистических карт выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара» (ф. 066-1/у). Эти карты имеют свои особенности заполнения.

Форма 066-1/у заполняется на всех выбывших из стационара в течение отчетного года и на всех оставшихся в стационаре по состоянию на 31 декабря отчетного года. Эти карты заполняются во всех психиатрических, психоневрологических, наркологических, психосоматических больницах (отделениях).

Заполнение данной статистической карты (адресная часть, пп. 1–21, пп. Б и Е) должно производиться одновременно с заполнением «Медицинской карты стационарного больного», после чего она вкладывается в медицинскую карту и хранится в отделении до момента выбытия (выписки) больного. При выписке больного в карте выбывшего заполняются все ранее не заполненные пункты.

В течение отчетного года «Карты выбывшего из стационара» собираются и хранятся в отдельном месте, а по окончании календарного года используются для составления отчета (ф. 30).

На основании разработки отчетов рассчитываются следующие показатели госпитализированной заболеваемости:

$$\text{Частота госпитализации} = \frac{\text{Число госпитализированных за год}}{\text{Средняя численность населения}} \cdot 1000.$$

Кроме того, рассчитываются погрупповые показатели госпитализированных по полу, возрасту, месту жительства, профессии.

По показателям госпитализированной заболеваемости нельзя в полной мере оценивать распространенность того или иного вида патологии, однако они позволяют судить о характере наиболее тяжелой патологии, объеме медицинской помощи, продолжительности лечения. Сравнение данных обращаемости и госпитализации дает возможность ориентироваться в отборе на госпитализацию по отдельным заболеваниям. Госпитализированная заболеваемость связана с обеспеченностью больничными койками и отражает организацию и преемственность больничной и внебольничной помощи.

Инвалидность населения

Инвалид (лат. invalidus – слабый, немощный) – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Понятие «инвалидность» имеет медицинский, юридический и социальный аспекты. За установлением инвалидности следуют прекращение работы или изменение условий и характера труда и назначение различных видов государственного социального обеспечения (пенсия, трудоустройство, профессиональное обучение, протезирование и др.), гарантированное законодательством.

Тяжесть инвалидности определяется степенью нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, а также определением степени трудоспособности (ОСТ). Установлены три группы инвалидности: от I группы – наиболее тяжелой до III группы, а также три степени ОСТ. Третья степень – неспособность к трудовой деятельности, вторая степень ОСТ – способность к выполнению работы в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств или на специально образованном месте, первая степень ОСТ – способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема произведенной деятельности.

При освидетельствовании больного необходимо установить не только группу инвалидности, но и указать ее причину, т.е. социально-биологические условия, при которых возникла инвалидность (например, инвалидность по общему заболеванию, инвалидность с детства, связанная с воинской службой и др.).

В прямой зависимости от причин инвалидности законодательство устанавливает размер пенсий, объем и характер других видов социальной помощи.

Подробную статистическую информацию об инвалидности получают путем разработки «Актов освидетельствования» или «Статистических талонов» к акту. Талон содержит 17 пунктов, содержащих сведения о больном: возраст, пол, социальная категория, первичное или повторное освидетельствование, диагноз, группа инвалидности, причина инвалидности, трудоустройство, лечебное учреждение, направившее на место работы, должность и др. На основании статистической разработки рассчитываются следующие показатели инвалидности:

$$\text{Первичная инвалидность (частота первичного выхода на инвалидность)} = \frac{\text{Общее число рабочих и служащих за год, впервые признанных инвалидами}}{\text{Общая численность рабочих и служащих}} \cdot 10\,000.$$

Данный показатель рассчитывается по районам, областям, краям, автономным образованиям, отраслям промышленности и т.д.

$$\text{Структура первичной инвалидности} = \frac{\text{Общее число рабочих и служащих за год, впервые признанных инвалидами от данного заболевания (данного возраста)}}{\text{Общая численность рабочих и служащих за год, признанных инвалидами}} \cdot 100\%.$$

Структура первичной инвалидности рассчитывается по заболеваниям, возрастным группам, полу, социальной принадлежности и т.п.

$$\text{Частота первичной инвалидности по группам инвалидности} = \frac{\text{Число лиц, признанных инвалидами I гр. в течение года}}{\text{Число работающих и служащих по территории проживания или отрасли промышленности}} \cdot 10\,000.$$

$$\text{Распределение первичной инвалидности по группам инвалидности} = \frac{\text{Число лиц, признанных инвалидами I гр. в течение года}}{\text{Число лиц, впервые признанных ВТЭК инвалидами за год}} \cdot 100\%.$$

$$\text{Общая инвалидность (частота, контингенты инвалидов)} = \frac{\text{Число лиц, получающих пенсии и пособия по инвалидности (контингенты инвалидов)}}{\text{Общая численность рабочих и служащих данной территории}} \cdot 10\,000.$$

Этот показатель рассчитывается по возрасту, причинам и группам инвалидности по различным территориям. Кроме того, он может быть рассчитан по формуле:

$$\frac{\text{Число инвалидов на начало года}}{\text{Число работающих на начало года}} \cdot 100.$$

Данный показатель рассчитывается по возрасту, причинам, группам, категориям инвалидности.

$$\text{Динамика инвалидности по группам} = \frac{\text{Показатель частоты инвалидности (первичной или общей) за данный год}}{\text{Показатель частоты инвалидности (первичной или общей) за предыдущий год}} \cdot 10\,000.$$

$$\text{Изменение группы инвалидности при переосвидетельствовании} = \frac{\text{Число лиц, при переосвидетельствовании изменивших группу инвалидности}}{\text{Число инвалидов, прошедших переосвидетельствование}} \cdot 100\%.$$

$$\text{Удельный вес впервые вышедших на инвалидность среди контингентов всех инвалидов} = \frac{\text{Число впервые признанных инвалидами в данном году}}{\text{Общее число лиц, имеющих инвалидность на начало года}} \cdot 100\%.$$

$$\text{Удельный вес инвалидов с детства среди общего числа инвалидов} = \frac{\text{Число лиц, имеющих инвалидность с детства, на начало года}}{\text{Общее число инвалидов на начало года}} \cdot 100\%.$$

Кроме того, рассчитывается показатель движения инвалидов в тече ние года.

Органы здравоохранения в своей работе широко используют пока затели инвалидности, выявляют их тенденции для определения состоя ния здоровья населения и разработки дальнейших мероприятий по реа билитации инвалидов.

Инвалидность – это сложный многофакторный процесс, зависящий от лечебно-диагностической, профилактической деятельности ЛПУ, социальных, гигиенических и экологических факторов, производст венных и бытовых условий и многих других моментов.

Международная статистическая классификация болезней и проблемы, связанные со здоровьем

Международная классификация болезней (МКБ) – это система груп пировки болезней и патологических состояний, отражающая совре менный этап развития медицинской науки. МКБ является основны нормативным документом при изучении состояния здоровья населени в странах-членах Всемирной организации здравоохранения.

Первая МКБ в виде перечня причин смерти была предложена Бер тильоном в 1893 г. и принята Международным статистическим инсти тутом. В 1900 г. в Париже на международной конференции с участием 26 государств эта классификация утверждена в качестве международно и было принято решение о пересмотре ее каждые 10 лет. В соответствии с этим решением пересмотры классификации были в 1909, 1920, 1929 последующих годах.

Всего МКБ пересматривалась 10 раз. Последний пересмотр состо ялся на Международной конференции по десятому пересмотру МКБ проведенной ВОЗ в 1989 г. в Женеве, и принят 43-й сессией Всемирно ассамблеи здравоохранения. По рекомендации ВОЗ Десятая междуна родная статистическая классификация болезней и проблем, связанны со здоровьем, вступила в силу с 1 января 1993 г.

В настоящее время для помощи странам, которые сталкиваю ся с трудностями, касающимися использования классификации, дл дальнейшего развития работ в этом направлении ВОЗ создает 9 сотруд ничающих центров по классификации болезней. В России такой цен создан на базе ЦНИИ организации и информатизации здравоохране ния им. Н.А.Семашко РАМН.

Классификацию болезней можно определить как систему рубри в которой конкретные нозологические единицы включены в соотве

ствии с принятыми критериями. Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах и в разное время. МКБ используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

По сути МКБ стала международной стандартной диагностической классификацией, однако она не предназначена для индексации отдельных клинических случаев. МКБ можно использовать для классификации болезней и других проблем, связанных со здоровьем, зарегистрированных в различных типах документации. МКБ предусматривает возможность обработки данных о широком спектре признаков, симптомов, отклонений, обнаруженных в процессе исследований, жалоб, социальных обстоятельств, которые могут указывать вместо диагноза в медицинской документации. Благодаря этому МКБ может быть использована для классификации данных, внесенных в такие графы, как «диагноз», «причины госпитализации», «состояния, по поводу которых проводилось лечение», «причина обращения за медицинской помощью», которые имеются в разнообразных медицинских документах, откуда извлекаются статистические данные и другие виды информации о здоровье.

МКБ является переменно-осевой классификацией. Ее схема заключается в том, что для всех практических и эпидемиологических целей статистические данные о болезнях должны быть сгруппированы следующим образом:

- эпидемические болезни;
- конституциональные или общие болезни;
- местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации;
- болезни, связанные с развитием;
- травмы.

Эта структура нашла свое отражение в группировке болезней по классам. В МКБ-10 выделен 21 класс:

Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни.

Класс II. Новообразования.

Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма.

Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.

Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения.

Класс VI. Болезни нервной системы.

Класс VII. Болезни глаз и придаточного аппарата.

Класс VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка.

Класс IX. Болезни системы кровообращения.

Класс X. Болезни органов дыхания.

Класс XI. Болезни органов пищеварения.

Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки.

Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Класс XIV. Болезни мочеполовой системы.

Класс XV. Беременность, роды и послеродовый период.

Класс XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде.

Класс XVII. Врожденные аномалии развития, деформации и хромосомные аномалии.

Класс XVIII. Симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках.

Класс XIX. Травма, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

Класс XX. Внешние причины заболеваемости и смертности.

Класс XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращение в учреждения здравоохранения.

Классы подразделяются на однородные «блоки» трехзначных рубрик, каждая из которых может быть далее подразделена на четырехзначные подрубрики числом до десяти. В десятом пересмотре использован буквенно-цифровой код с буквой в качестве первого знака и цифрой во втором, третьем и четвертом знаке кода. Четвертый знак следует за десятичной точкой. Таким образом, возможные номера кодов простираются от A00.0 до 299.99 (буква U не используется).

МКБ-10 состоит из трех томов: том 1 содержит основную классификацию; том 2 – инструкции по применению для пользователей МКБ; том 3 представляет собой алфавитный указатель к классификации.

Физическое развитие

Физическое развитие является одним из важнейших признаков, определяющих уровень здоровья населения. Однако показатели физического развития не являются обязательными для официального статистического анализа и не отражаются в отчетности, что не позволяет повсеместно и постоянно следить за уровнем и динамикой физического развития отдельных групп населения по всей стране.

Под физическим развитием следует понимать комплекс морфологических и функциональных свойств организма, определяющих массу, плотность, форму тела, структурно-механические качества и выражающихся запасом его физических сил.

На уровень физического развития влияет комплекс социально-биологических, медико-социальных, организационных, природно-климатических факторов. Имеют место различия в физическом развитии насе-

ления, проживающего в различных экономико-географических зонах, лиц разных национальностей. Под влиянием длительно действующих неблагоприятных факторов уровень физического развития снижается, и наоборот, улучшение условий, нормализация образа жизни способствуют повышению уровня физического развития.

Основными признаками физического развития являются:

1. Антропометрические, т.е. основанные на изменении размеров тела, скелета человека и включающие:

а) соматометрические – размеры тела и его частей;

б) остеометрические – размера скелета и его частей;

в) краниометрические – размеры черепа.

2. Антропоскопические, основанные на описании тела в целом и отдельных его частей. К антропоскопическим признакам относятся: развитие жирового слоя, мускулатуры, форма грудной клетки, спины, живота, ног, пигментация, волосяной покров, вторичные половые признаки и т.д.

3. Физиометрические признаки, т.е. признаки, которые определяют физиологическое состояние, функциональные возможности организма. Обычно они измеряются с помощью специальных приборов. В частности, к ним относятся: жизненная емкость легких (измеряется с помощью спирометра), мышечная сила кистей рук (измеряется с помощью динамометра) и т.д.

Оценка физического развития имеет важное значение для многих областей медицины.

Клинико-диагностическое значение оценки физического развития нашло свое место в так называемой конституциональной диагностике, т.е. определении конституциональной предрасположенности и конституциональных особенностей течения заболевания. Показатели физического развития используются для выявления антропометрических маркеров (признаков) риска ряда заболеваний и патологических состояний. В акушерстве измерение таза женщины позволяет определить тактику ведения родов.

Антропометрические показатели используются для контроля за физическим развитием детей и оценки эффективности проводимых оздоровительных мероприятий. Они необходимы для определения режима жизни и физической нагрузки ребенка.

Оценка биологического возраста важна для определения школьной зрелости, спортивных возможностей ребенка, используется в судебно-медицинской практике.

В статистике ряд антропометрических показателей являются важнейшими критериями для определения таких понятий, как «живорожденность», «мертворожденность», «недоношенность», «масса тела при рождении» и др.

В гигиене показатели физического развития помогают определить годность к военной службе и роду войск.

Физическое развитие имеет важное медико-социальное значение. Уровень физического развития населения во многом говорит о социальном благополучии в обществе. Нарушения физического развития могут свидетельствовать о неблагоприятных условиях и образе жизни ребенка и должны являться одним из критериев для определения уровня социального риска семьи, выделения социального неблагополучия семей, требующих мер медико-социального воздействия.

Изучение физического развития включает в себя: 1) изучение физического развития и его закономерностей в различных возрастно-половых группах населения и сдвигов за определенные промежутки времени; 2) динамическое наблюдение за физическим развитием и здоровьем в одних и тех же коллективах; 3) разработку мер региональных возрастно-половых стандартов для индивидуальной и групповой оценки физического развития детей; 4) оценку эффективности оздоровительных мероприятий.

В зависимости от цели исследования программы оценки физического развития варьируют в широких пределах – от оценки массы, длины тела и окружности груди до анализа 60 измерительных и описательных признаков. Однако независимо от объема признаков для получения точных результатов необходимо соблюдать ряд стандартных условий, а именно: оценка должна проводиться в утреннее время, при оптимальном освещении, наличии исправного инструментария, использовании унифицированной методики и техники измерения.

Антропометрия проводится с помощью специальных инструментов: антропометра, ростомера, сантиметровой ленты, толстотных и скользящих циркулей, циркулей-калиперов и др. Для антропоскопии используются шкалы, муляжи, схемы. Физиометрию проводят на специальных приборах. Для оценки физического развития может быть использована фотография (так называемый метод стереофотограммометрии).

Наблюдение за физическим развитием детей начинается с момента рождения и регулярно продолжается в детских поликлиниках, детских дошкольных учреждениях, школах в сроки, установленные специальными приказами. Результаты оценки вносятся в «Историю развития новорожденного» (ф. 097/у), «Медицинскую карту ребенка» (ф. 025/у). У взрослого населения регулярная оценка физического развития не производится.

Для изучения, анализа и оценки физического развития применяются генерализирующий и индивидуализирующий методы наблюдения.

Генерализирующий метод – наблюдение за определенной, достаточно большой группой детей, в которой индивидуальные антропометрические данные суммируются и при обработке получают средние данные физического развития на определенный момент, характеризующие данную группу.

Индивидуализирующий метод – тип «продольного» длительного наблюдения за развитием каждого отдельного ребенка.

Для получения средних показателей физического развития проводится обследование больших групп практически здоровых людей различного возраста и пола. Полученные средние показатели являются стандартами физического развития соответствующих групп населения.

Общепринятых стандартов физического развития не существует. Различные условия жизни в различных климатогеографических зонах, в городах и сельской местности, этнографические различия обуславливают различный уровень физического развития населения. В соответствии с этим определяются местные или региональные стандарты физического развития. Местные стандарты должны уточняться примерно через 5 лет в связи с постоянно меняющимися условиями и образом жизни.

Оценка физического развития индивидуума осуществляется путем сравнения его показателей со стандартами и определения степени отклонений от средних величин.

Антропометрические показатели, взятые в отдельности, не могут полно охарактеризовать уровень физического развития организма. Оценка физического развития должна осуществляться по совокупности всех морфологических и функциональных признаков с учетом других показателей здоровья. Обязательному контролю за физическим развитием подлежат дети от момента рождения, допризывники, беременные женщины и другие категории населения.

Некоторые основные тенденции в состоянии здоровья населения России в конце XX века

Особенности демографических процессов в России

В последнее десятилетие XX в. в России стали резко проявляться негативные тенденции в большинстве демографических процессов. С 1992 г. численность населения России постоянно уменьшается (см. табл. 5.7).

Миграционная ситуация в России с распадом СССР стала приобретать достаточно острый характер. Этому способствовали кризис политической и особенно экономической жизни на территории бывшего СССР, обострение межнациональных отношений, либерализация въезда и выезда. Все это привело к росту миграционных процессов. Причем отмечался не только рост эмиграции и иммиграции, но и существенно активизировались миграционные процессы внутри России – отток населения из регионов нового освоения, с Севера, из юго-восточных областей и особенно из приграничных районов. Так, только за период с 1990 г. по 1995 г. включительно из России выехали 3 млн 288 тыс. человек. За этот же период времени в Россию въехали 5 млн 443,5 тыс. иммигрантов. Эмиграция из России высококвалифицированных специалистов в страны Европы, Северной Америки и Израиль и имми-

Таблица 5.7 Численность населения России и состав населения по месту проживания (1960–2000 гг.)

Годы	Численность населения, млн	Проживание, %	
		город	село
1960	138,4	69,9	30,1
1985	143,1	72,6	27,4
1990	148,0	73,8	26,2
1991	148,5	73,9	26,1
1992	148,3	73,6	26,4
1995	148,0	73,0	27,0
1999	146,3	73,0	27,0
2000	145,7	72,9	27,1
2002	145,2	73,1	26,9
2005	142,7	73,0	27,0

грация в страну в основном низкоквалифицированной рабочей силы (из стран Юго-Восточной Азии, Ближнего Востока, Африки) привели к ухудшению трудового потенциала нашей страны, росту социальной напряженности, преступности, безработицы, к увеличению эпидемиологической опасности и фактическому заносу ряда инфекционных болезней (прежде всего, СПИД и др.).

Выезд населения из районов нового освоения (Север, Сибирь и т.д.) привел к деструкции не только трудового, но и демографического потенциалов этих регионов, к возникновению социальной напряженности в местах их переселения.

К концу XX столетия интенсивность миграционных процессов существенно снизилась.

Всего на 1 января 2000 г. в России насчитывалось около 1 млн вынужденных переселенцев и беженцев, причем около 1/3 из них составляли беженцы из Казахстана, Узбекистана и Таджикистана. Все эти процессы в народонаселении страны, их изменения и направления необходимо учитывать при планировании и организации медицинской помощи населению в конкретных регионах с учетом меняющейся медико-демографической ситуации в том или ином регионе (области или федеральном округе России).

Следует отметить, что с 1991 г. практически стабилизировалась структура населения России по полу, а с 1995 г. доля женщин в России сохраняется на уровне 53,0%, а мужчины составляют соответственно 47,0%. Следует напомнить, что, по данным переписи населения 1959 г., соотношение мужчин и женщин составляло соответственно 45 и 55%.

В последние десятилетия XX в. происходило выравнивание этого соотношения за счет людей молодого возраста. XX век называют веком урбанизации. Так, если к 1900 г. в городах мира проживало 13,6% всего населения Земли, то к 1950 г. – уже 29,2%, а к началу XXI в. – боле

половины населения земного шара. В экономически развитых странах Западной и Центральной Европы, Северной Америки, Японии к началу XXI в. в городах проживало более 80% населения. В России к концу XX в. в городах проживало 73,0% жителей, в то же время, по прогнозам демографов, доля городского населения в стране в ближайшие годы будет возрастать.

Среди показателей естественного движения населения России следует отметить резкое снижение в 1990-е годы рождаемости (см. табл. 5.1, рис. 5.2). Причем отмечается не только снижение коэффициента рождаемости, но и абсолютного числа родившихся детей. Так, если в середине 1980-х годов число родившихся в России составляло около 2,5 млн человек в год, то к середине 1990-х годов эта цифра снизилась до 1,4 млн, а в 2000 г. в России родилось всего 1 млн 260 тыс. детей. Такого резкого снижения рождаемости (в 2 раза) за такой относительно короткий промежуток времени – 15 лет – не отмечалось ни в одной развитой стране мира. Сокращение числа родившихся в 2000 г. зарегистрировано в 85 из 89 регионов России. Лишь в нескольких регионах России показатель рождаемости оставался выше 15‰. Это регионы, где традиционно отмечается высокая рождаемость, – Республика Дагестан – 17,9‰, Республика Ингушетия – 16,4‰, Республика Тува – 15,7‰ и др. Однако в ряде регионов показатель рождаемости в 2000 г. был ниже 7‰, в том числе в Санкт-Петербурге – 6,7‰, Псковской, Тульской и многих других областях России.

Сократились и такие важные для характеристики воспроизводства населения показатели, как коэффициент плодовитости (в Санкт-Петербурге этот показатель уже на протяжении ряда лет ниже 1,0), а также суммарный коэффициент рождаемости, который в 1999 г. составил лишь 1,17, т.е. был в 2 раза ниже уровня, необходимого для простого воспроизводства населения.

Важно отметить, что с середины 1990-х годов стало наблюдаться численное пополнение женщин возрастов наиболее интенсивного деторождения (от 18 до 24 лет). Только за 1999 г. их число увеличилось на 1,5%. Это явление связано с имевшим место с начала 1980-х годов ростом рождаемости. Однако даже этот фактор не смог сдержать интенсивного падения рождаемости в стране. Вместе с тем, по прогнозам демографов, через 6–10 лет в возраст наиболее интенсивного деторождения вступят поколения 1993–1997 годов рождения, когда уровень рождаемости в стране резко упал. Это вызовет еще более ощутимое снижение показателя рождаемости в стране к 2010 г.

Таким образом, ухудшение социально-экономического положения большей части населения в стране в результате коренных общественно-политических и экономических реформ 1990-х годов ускорили формирование нового типа демографического поведения населения: в репродуктивных ориентирах населения однодетная модель семьи стала превалировать над двудетной и тем более – многодетной. Жест-

кое внутрисемейное регулирование деторождения в условиях экономической нестабильности становится главным фактором, определяющим уровень детности.

Опыт развитых европейских стран показывает, что только активная демографическая государственная политика, направленная на повышение рождаемости, может замедлить процессы депопуляции, а в ряде случаев – даже существенно повысить уровень рождаемости.

В России с 1984-го до 1990-й гг. наблюдалась стабилизация и даже снижение в отдельные годы (1986 – 10,4‰, 1987 – 10,5‰) уровня смертности населения, однако с 1990 г. наблюдается рост показателя смертности, особенно интенсивный – в 1993 и в 1994 гг. (см. табл. 5.2, рис. 5.3). Наблюдается также и рост абсолютного числа умерших: в 1989 г. – 1,60 млн человек, в 1995 г. – около 2,20 млн человек, а в 2000 г. – около 2,28 млн человек. Рост смертности отмечен в 86 субъектах РФ. В 2000 г. структура смертности населения России представлена на рисунке 5.4.

В 1990-е годы усилилось влияние на смертность таких неблагоприятных факторов, как алкоголизм, курение, насильственные причины, несбалансированное питание, загрязнение окружающей среды. Возросла смертность в результате дорожно-транспортных происшествий.

Возрастные коэффициенты смертности имеют общую закономерность, характерную не только для России, но и для большинства стран мира. Наиболее высок риск смерти детей в первые часы, дни, недели их жизни. Чем старше ребенок, тем меньше вероятность его смерти. Наиболее низкие показатели смертности – в период с 5 лет до 20 лет. После 20 лет отмечается постепенный рост показателя, который достигает своего максимума после 60 лет. Характерная особенность показателя смертности в нашей стране в последние 15–20 лет – это более высокий его уровень почти во всех возрастных группах у мужчин и сельских жителей. В последние годы принято говорить о «сверхсмерт-

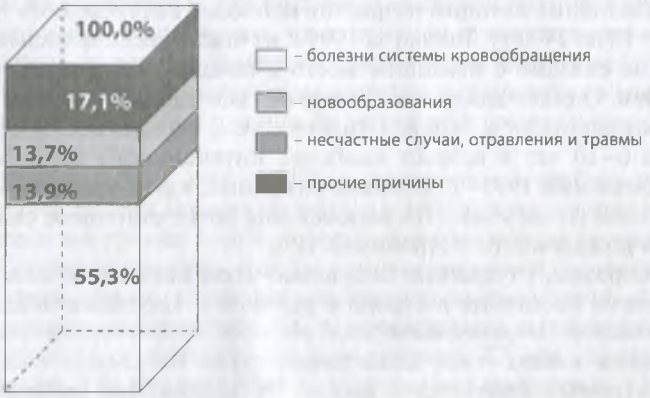

Рис. 5.4 Структура смертности населения России (в % к итогу).

ности» мужчин, так как в наиболее трудоспособных возрастных группах особенно велика преждевременная смертность мужчин, которая превышает смертность женщин того же возраста более, чем в 4 раза. «Сверхсмертность» мужчин объясняется различиями по сравнению с женщинами в образе жизни, трудовой и профессиональной деятельности, а также медико-генетическими (биологическими) особенностями. Мужчины в 4 раза чаще, чем женщины, погибают от отравлений и травм, в 1,4 раза – от злокачественных новообразований, в 2,4 раза чаще– от болезней органов дыхания, в 1,6 раза – от болезней органов пищеварения и почти в 5 раз чаще – от инфекционных и паразитарных заболеваний.

Рост смертности в последние десятилетия характерен для большинства развитых стран мира, что связано в основном со старением населения. В России же рост смертности связан, прежде всего, с социальными факторами, которые указаны выше. Постарение населения, влияя на общий показатель смертности в России, не является основной причиной роста этого показателя.

Следует отметить, что с конца 1960-х годов население России, по международным критериям, является демографически старым. В настоящее время 12,5% жителей страны находятся в возрасте 65 лет и старше. Резкий спад рождаемости в последнее десятилетие XX в. сделал процесс демографического старения населения практически необратимым.

Демографы зафиксировали тот факт, что к началу 1999 г. впервые в России за весь XX в. численность населения пенсионного возраста превысила численность детей и подростков в возрасте до 16 лет на 0,4%, или на 110 тыс. человек.

По прогнозам, к началу 2016 года численность населения пожилого и старческого возраста будет превосходить детей и подростков в 1,6 раза.

Показатель материнской смертности в нашей стране в 2000 г. снизился до 37,9 на 100 тыс. живорожденных (см. табл. 5.5). Вместе с тем следует отметить, что в большинстве экономически развитых стран (США, Великобритания, Франция, Германия, Япония и др.) этот показатель не превышает 10 на 100 тыс. Особенно тревожным остается тот факт, что в структуре материнской смертности преобладают управляемые причины.

Показатель младенческой смертности в 2005 г. снизился в России до 11,0‰ (см. табл. 5.6). В структуре младенческой смертности (см. рис. 5.5) первое место приходится на долю состояний перинатального периода (42,0%), на втором месте – врожденные аномалии (22,9%), на третьем – болезни органов дыхания (12,4%). По данным ряда исследований (Ю.М.Комаров), известно, что до 60% случаев младенческой смертности приходится на управляемые причины.

Естественный прирост (противоестественная убыль) населения отражает наиболее общие тенденции в динамике населения.

Рис. 5.5 Структура младенческой смертности (в % к итогу).

Отрицательный естественный прирост населения, который регистрируется в нашей стране вот уже почти 10 лет (с 1992 г.) (см. табл. 5.3), свидетельствует о явном неблагополучии в динамике народонаселения страны. Отрицательный естественный прирост также свидетельствует о депопуляции в стране.

Показатель средней продолжительности предстоящей жизни населения России значительно ниже, чем в большинстве европейских стран, государств Северной Америки и Японии (на 6–15 лет). Разница в средней ожидаемой продолжительности жизни мужчин по сравнению с женщинами в России с каждым годом становится все более выраженной. Так, в 2000 г. разница между этими показателями у женщин и мужчин составила 13,2 года. Такой разницы нет ни в одной стране Европы.

Современное состояние и особенности заболеваемости и инвалидности

Уровень первичной заболеваемости населения в 1999 г. (по опубликованным данным МЗ РФ) составил у взрослых 534,4‰, у детей – 1362,1‰, у подростков – 882,7‰.

В структуре первичной заболеваемости во всех возрастных группах на I месте находятся болезни органов дыхания. У взрослых на II месте – травмы и отравления; на III месте – болезни мочеполовой системы. У детей на II месте – инфекционные и паразитарные болезни, на III месте – травма и отравления. У подростков на II месте – травмы и отравления, на III месте– болезни кожи и подкожной клетчатки.

Болезненность всегда значительно выше показателей первичной заболеваемости и составляет от 1200‰ (в среднем) у взрослого населения, до 1800–2000‰ у детей.

Таблица 5.8 Структура первично признанных инвалидами по причинам инвалидности

№	Причины	%
1	Общее заболевание	86,0
2	Травмы и заболевания военнослужащих	7,6
3	Инвалиды с детства	4,4
4	Трудовые увечья или профзаболевания	2,0
Всего		100,0

В структуре болезненности у взрослых на I месте – болезни органов дыхания, на II месте – болезни системы кровообращения и на III месте – болезни органов пищеварения.

За период с 1995-го по 2000-й годы уровень первичной заболеваемости вырос на 9%, а болезненности – на 15%.

Необходимо отметить, что реальный уровень заболеваемости значительно выше, чем указанные ранее показатели, ибо обращаются в ЛПУ далеко не все больные, что и подтверждают результаты многочисленных профилактических осмотров.

Показатели инвалидности являются важным медико-социальным критерием общественного здоровья. По данным ВОЗ, в мире инвалиды (в той или иной степени) составляют около 10% населения.

В России в 1999 г. впервые были признаны инвалидами 1 млн 49,7 тыс. человек или 72,1 на 10 тыс. населения, в 2006 г. – 103,4 на 10 тыс. населения.

В таблице 5.8 представлена структура причин первичного выхода на инвалидность.

Распределение впервые признанных инвалидами по группам инвалидности следующее: II группа – 70,6%, III группа – 15,1%, I группа – 14,3%.

В структуре первичной инвалидности I место занимают болезни системы кровообращения (43,3%), далее идут злокачественные новообразования (12,7%), последствия травм и отравлений (6,5%), психические расстройства (6,2%), прочие заболевания и состояния составляют 31,3%.

Мужчины составляют большую часть контингента лиц, впервые признанных инвалидами, – 55%, женщины – 45%. Почти 80% из впервые признанных инвалидами составляют городские жители, 20% – сельские жители.

По мнению экспертов ВОЗ, доля тяжелой детской инвалидности в мире составляет 1–2% детской популяции.

Таким образом, инвалидность в России остается сегодня важной медико-социальной проблемой, характеризующей критический уровень общественного здоровья населения.

Состояние физического развития и его тенденции

Физическое развитие имеет выраженную социальную обусловленность. Считается, что уровень социального благополучия отражается на показателях физического развития населения и, в первую очередь, у детей.

В последние годы показатели физического развития детей значительно ухудшились. За период с 1999-го по 2000-й год, по данным многих исследований, в России возросло число детей и взрослых с отклонениями в сторону дефицита или избытка массы тела. Эти отклонения во многом связаны с изменением в последние годы характера питания – избыточным потреблением углеводистых продуктов (хлебобулочных изделий, картофеля и т.д.), которые являются наиболее дешевыми продуктами питания, а также насыщенных жирных кислот, высококалорийных рафинированных продуктов. В целом отмечаются несбалансированность питания, нарушение его режима, снижение двигательной активности, а также часто повторяющиеся стрессы, состояния депрессий, которые, как известно, провоцируют развитие ожирения. По всей вероятности, недостаток белка в рационе питания у детей привел к снижению массы тела у большинства современных детей (по сравнению с 1970–1980-и годами). Педиатры отмечают, что у детей с дефицитом массы тела, как, впрочем, и у детей с избыточной массой тела, существенно выше уровень заболеваемости.

Выход из сложившейся ситуации может быть только один – организация рационального питания и оптимизация физического воспитания, восстановление престижа физической культуры и спорта среди всех слоев общества, но в первую очередь – среди детей, подростков и молодежи.

Не случайно проблемы восстановления важной роли физкультуры и спорта в жизни российского общества стали предметом пристального обсуждения на заседании Государственного совета при Президенте РФ в январе 2002 г.

В XX столетии для большинства экономически развитых стран был характерен процесс акцелерации.

Акцелерация (от лат. acceleratio – ускорение) – ускорение роста и развития детей и подростков по сравнению с предшествующими поколениями. Это понятие введено в 1935 г. немецким гигиенистом Кохом.

Акцелерация получила наиболее четкое проявление во второй половине XX в. Так, если в 1940–1941 гг. масса тела детей удваивалась в 5–6 мес., то в 1965–1973 гг. стала удваиваться в возрасте 4–6 мес. Если смена молочных зубов на постоянные в 1953 г. начиналась с 6–7-летнего возраста, то в 1984 г. стала происходить с 5–6-летнего возраста.

Существенно изменились (ускорились) сроки полового созревания. Отмечалось ускорение развития вторичных половых признаков. Помимо этого, у детей и подростков наблюдалась более ранняя морфологическая стабилизация. Процесс окостенения в 1980-е годы заканчивал-

ся у мальчиков на 2, а у девочек на 3 года раньше, чем в 1930-е годы. В более короткие сроки происходило завершение роста – у девушек в 16–17 лет и у юношей в 18–19 лет завершалось окостенение длинных трубчатых костей и прекращался рост в длину. Мальчики Москвы в 13-летнем возрасте за 80 лет (с 1890-го по 1970-й годы) стали на 16 см выше, а девочки – на 14,8 см. Следствием ускоренного развития детей и подростков являются достижение более высоких конечных размеров тела у взрослых, увеличение длительности фертильного периода, рост длительности жизни в целом.

Причины акцелерации не совсем ясны. Существуют различные гипотезы причин акцелерационных сдвигов. Обсуждаются следующие причины акцелерации:

- улучшение питания детей (увеличение потребления животных белков и жиров, витаминов, концентратов для вскармливания грудных детей);
- более интенсивная инсоляция;
- урбанизация (ускорение темпов городской жизни возбуждает ЦНС и активизирует ее тропные функции);
- генетический эффект (постоянное смешивание населения, гетеролокальные браки и ускорение развития потомства в связи с гетерозисом, т.е. со свойством гибридов первого поколения превосходить по ряду признаков лучшую из родительских форм).

Однако не вызывает сомнения, что в происхождении акцелерации имеет значение суммарное взаимодействие биологических и социальных факторов.

Акцелерация не может рассматриваться как однозначно положительный или отрицательный процесс. Она ставит много проблем перед современными медиками, а именно:

- более раннее биологическое созревание, которое наступает до социальной зрелости и гражданской дееспособности (более раннее начало половой жизни, рост числа «юных» матерей, числа абортов у несовершеннолетних и др.);
- необходимость в установлении новых норм трудовой, физической нагрузки, питания, нормативов детской одежды, обуви, мебели и предметов обихода;
- нарастающая вариабельность всех признаков возрастного развития и созревания, усложнение дифференцировки между нормой и патологией;
- диссоциация между предельным ростом поперечников тела создает тенденцию к грацилизации тела и росту числа осложнений в родах.

Есть данные о том, что акцелерационные сдвиги носят периодический характер и имеются кратковременные периоды стабилизации. Однако проследить процесс акцелерации в историческом аспекте весьма сложно, так как отсутствуют достоверные данные о показателях

физического развития поколений, живших в прошлые века, и заключение можно делать только на основании косвенных данных.

В 1980-х годах стали появляться сообщения о стабилизации процесса акцелерации. Вначале эту тенденцию отметили ученые Норвегии, Германии, Чехословакии, Италии, Японии, а затем и других экономически развитых стран, к концу XX в. произошло заметное замедление акцелерации (появился даже термин «десельрация» – явление, обратное акцелерации).

По данным Л.В.Эрмана, в Санкт-Петербурге начиная с 1993 г. также наблюдаются замедление и приостановка процесса акцелерации. Однако в развивающихся странах ожидается значительное ускорение индивидуального развития детей.

Глава 6

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ

Существует целый ряд определений статистики. Выделим два из них.

Статистика – наука, изучающая закономерности массовых явлений методом обобщающих показателей.

Статистика – самостоятельная общественная наука, изучающая количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественной стороной, позволяющая методом обобщающих показателей изучить закономерности этих явлений, важнейших процессов в экономической, социальной жизни общества, его здоровье, системе организации медицинской помощи населению.

Являясь основным методом исследования общественного здоровья и здравоохранения, медицинская статистика в то же время представляет одну из отраслей статистики как науки о количественных изменениях в развитии общества, экономики и т.д.

В здравоохранении статистические методы исследования используют для:

1) изучения здоровья населения и факторов, его определяющих;
2) анализа, оценки и планирования медицинской помощи;
3) специальных научных исследований.

Таким образом, можно выделить следующие разделы медицинской статистики:

– общетеоретические и методические основы статистики;
– статистика здоровья населения;
– статистика здравоохранения.

Основными этапами статистического исследования являются следующие:

1) составление плана и программы исследования;
2) сбор материала;
3) обработка и сводка материала;
4) статистический анализ.

1.1. План исследования включает в себя целый ряд элементов.

Во-первых, определяется ***цель*** исследования (или целевая установка), которая может быть структурирована на ряд подцелей (задач), число которых обычно составляет 3–6.

Далее следует ознакомиться с литературными данными, что позволит:
– получить представление об изучаемой проблеме;
– выбрать адекватную методику исследования;
– сформулировать рабочую гипотезу.

Рабочая гипотеза – это обоснованное предположение о результатах исследования. В случае несовпадения полученных результатов с рабочей гипотезой исследователь должен убедиться в: а) отсутствии ошибки в расчетах; б) адекватности выбранной методики исследования поставленным цели и задачам.

Очень важным элементом является выбор единицы наблюдения. Единица наблюдения (счета) – это первичный элемент статистической совокупности, наделенный всеми признаками, подлежащими изучению и регистрации.

В одних случаях определить единицу наблюдения достаточно просто (например, в случаях изучения смертности населения единицей будет один случай смерти). В других же – сложнее, так как единица наблюдения может отличаться при разных целях исследования. Например, при изучении заболеваемости населения единицей наблюдения может быть один житель, один случай заболевания (любого или какого-нибудь конкретного), один случай обращения за медицинской помощью и т.д.

В зависимости от степени охвата единиц наблюдения выделяют *два метода* исследования: сплошное (изучают все единицы наблюдения) и несплошное (выборочное).

Теоретическим обоснованием выборочного метода является закон больших чисел, сформулированный Бернулли: «При неограниченном увеличении числа однородных независимых опытов с практической достоверностью можно утверждать, что наблюдаемая частота случайного события будет сколь угодно мало отличаться от вероятности появления события в отдельном опыте».

Раскрывая смысл данного определения, следует выделить следующие основополагающие понятия:

Случайная величина – это величина, которая при реализации комплекса условий может принимать различные значения.

Статистическая вероятность, выражая численную меру объективной возможности появления того или иного события (при реализации определенного комплекса условий), является отношением числа опытов, в которых появилось событие, к общему числу опытов:

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

где p – статистическая вероятность; m – число опытов, в которых появилось то или иное событие; n – общее число опытов.

Величиной, обратной статистической вероятности, является альтернатива:

$$(q = \frac{m-n}{n} = 1 - \frac{m}{n} = 1 - p).$$

Соответствие, устанавливаемое между всеми возможными численными значениями случайной величины и вероятностями их появления, называется ***законом распределения*** (который описывает случайную величину с вероятностной точки зрения). Основными типами распределения являются: альтернативный, нормальный (симметричный, асимметричный – правосторонний, левосторонний, бимодальный) и др.

Применение вероятностных методов в статистике позволяет выявить закономерность там, где на поверхности выступает кажущийся хаос случайных явлений, а теория вероятностей – это математическая теория, позволяющая изучить закономерности случайных явлений.

Таким образом, возвращаясь к выборочному методу исследования, можно отметить, что выводы, полученные на его основе (при наличии допустимой погрешности), могут быть распространены и на генеральную совокупность.

Однако при этом необходимым условием является репрезентативность выборки, т.е. ее способность отражать свойства генеральной совокупности. Репрезентативность должна быть как количественной, так и качественной. Условием обоснованного расчета необходимого числа наблюдений является допущение возможной ошибки, т.е. предположение максимально допустимого отклонения результатов выборочного исследования от генеральных значений.

Формула для определения предельной ошибки показателя:

$$\Delta = t\sqrt{\frac{pq}{n}},$$

где Δ – предельная ошибка; t – доверительный коэффициент, показывающий, с какой вероятностью (надежностью) можно гарантировать достоверность полученного результата, обычно t берется равным 2; p – величина показателя; q – величина, обратная показателю, т.е. дополняющая его до основания; n – число наблюдений.

Исходя из данной формулы, можно определить необходимое число наблюдений:

$$n = \frac{t^2 pq}{\Delta^2}.$$

Могут быть использованы и другие формулы для расчета необходимого числа наблюдений:

$$n = \frac{Nt^2 pq}{N\Delta^2 + t^2 pq},$$

где N – численность генеральной совокупности.

Или такая:

$$n = \frac{t^2 \delta^2}{\Delta^2}.$$

где δ – среднее квадратическое отклонение (его величина определяется из предыдущих исследований или при собственном пилотажном исследовании).

Для обеспечения качественной репрезентативности выборки необходимо избегать систематических ошибок, т.е. рандомизировать выборку. Процесс рандомизации аналогичен подбрасыванию монеты, обеспечивающему равные шансы каждой единице наблюдения попасть в ту или иную группу. Рандомизация уравнивает вероятность воздействия как учитываемых факторов, так и тех, о существовании которых мы не подозреваем (что является одним из условий доказательной медицины).

Возможны разные варианты формирования выборки:

Случайная выборка формируется путем отбора единиц наблюдения наугад: например, по первой букве фамилии, алфавита, по жребию и т.д. Иногда применяются специально разработанные таблицы случайных чисел.

Механическая выборка формируется с помощью механического (арифметического) подхода к отбору единиц наблюдения. Например, при необходимости отбора 20% от всей генеральной совокупности можно отобрать каждый 5-й случай. Во многих случаях для отбора используются номера медицинских и других документов, день поступления в стационар и т.п.

Типическая (типологическая) выборка – это выборка, при формировании которой генеральная совокупность предварительно разбивается на типы с последующим отбором единиц наблюдения из каждой типической группы, при этом число единиц наблюдения можно отобрать пропорционально численности типической группы (пропорциональный типологический отбор) и непропорционально, т.е. отбирая разное число наблюдений из каждой группы (непропорциональный типологический отбор). Так, например, предварительно можно разделить исследуемую группу по возрасту, полу, профессии, образованию, отобрать из каждой подгруппы необходимое число единиц наблюдения. При изучении заболеваемости можно выделить несколько классов болезней и в каждом классе сформировать выборочную совокупность из лиц, подлежащих изучению.

Серийная выборка (гнездовой отбор) формируется с помощью отбора не отдельных единиц наблюдения, а целых групп, серий или гнезд, в состав которых входят организованные определенным образом единицы наблюдения. Так, могут быть территориальные серии (деревни, районы), отдельные учреждения (больницы, детские сады и т.д.) и т.п. Отбор серий осуществляется с помощью случайной или механической выборки. Внутри каждой серии изучаются все единицы наблюдения.

Метод многоступенчатого отбора. По количеству этапов различают одноступенчатый, двухступенчатый, трехступенчатый отбор и т.д. Так, например, на первом этапе по краткой программе обследуются все

рабочие и служащие завода. Из всей совокупности работающих выбирают отдельную группу (женщины), которых обследуют по более полной программе: часть этой группы (женщин, имеющие детей) исследуются по подробной программе, а отдельные лица (женщины, имеющие ребенка с врожденным пороком развития) – по особенно детальной программе (монографическое исследование).

Способы отбора на отдельных этапах исследования могут быть различными, например, на первом этапе – случайный отбор, на втором – механический и т.п.

Метод направленного отбора. Использование принципов направленного отбора позволяет выявить влияние неизвестных факторов при устранении влияния известных. Например, при изучении влияния стажа работающего на травматизм отбираются рабочие одной профессии, одного возраста, одного образовательного уровня.

Когортный метод. Под когортой в демографии понимают совокупность людей, переживших одно и то же демографическое явление в течение одного и того же года. Иными словами, статистическую совокупность при этом методе составляют относительно однородные группы лиц, объединенные наступлением определенного демографического признака в один и тот же интервал времени. Например, при изучении вопросов, связанных с проблемой рождаемости, формируют совокупность (когорту) по признаку единого срока рождения женщин – исследование рождаемости по поколениям – или по признаку единого срока вступления в брак – исследование рождаемости по продолжительности семейной жизни. Кроме того, в когорту могут быть включены лица, у которых на момент исследования изучаемое явление отсутствует, но оно может появиться в дальнейшем.

Метод «копи-пара», или способ уравновешивания групп (метод парных сочетаний). В основе его лежит подбор для каждой единицы наблюдения исследуемой группы «копи-пары» по одному или нескольким признакам. Например, известно, что на уровень младенческой смертности влияют такие факторы, как масса тела и пол ребенка. При использовании данного метода для каждого случая смерти ребенка из альтернативной совокупности благополучных случаев отбирается «копи-пара» по массе и полу. Этот способ отбора целесообразно применять для изучения редких явлений.

Это далеко не все методы выборочных исследований. Необходимо отметить также, что выборочное исследование является лишь одной из разновидностей несплошного наблюдения. К вариантам несплошного наблюдения относят также монографическое описание и метод основного массива.

Монографическое исследование – тщательное, глубокое изучение одного человека, одного учреждения, одного села и т.д. Монографическое исследование иногда проводят перед основным с целью разработки программы, изучения различных организационных вопросов. Оно

нередко проводится на одной и той же единице наблюдения с определенными временными интервалами. При этом создаются оптимальные условия для изучения динамики факториальных и результативных признаков.

Метод основного массива охватывает большую часть единиц изучаемого объекта наблюдения. Этот метод иногда называют несовершенным сплошным. Например, при изучении здоровья детей, родители которых работают на текстильных предприятиях, для анализа следует отобрать только крупные комбинаты, исключая мелкие объекты. С организационных позиций значительно легче провести исследование на нескольких крупных объектах, чем на сотне мелких.

Следующим вопросом, отражаемым в плане исследования, является *характер* наблюдения, который может быть единовременным и текущим. При единовременном наблюдении исследователь получает информацию об объекте наблюдения на какой-либо момент времени (данные переписи населения, результаты профилактического осмотра); при текущем (применяемом значительно чаще) – в течение определенного времени (месяца, года и т.д.).

Объем исследования – это количество включенных в него единиц наблюдения (как отмечалось выше, определяется по специальным формулам).

Объект исследования – конкретная статистическая совокупность, подлежащая изучению (например, пациенты хирургического профиля, лечившиеся в поликлинике, больнице и т.д.).

План исследования должен включать в себя такие вопросы, как:

– планируемые сроки работы;

– подбор, подготовка, обучение исполнителей;

– необходимые (и имеющиеся в наличии) материальные и финансовые ресурсы;

– источники информации, первичные учебные документы;

– тип работы (отчет, статья, диссертация, дипломная работа и т.д.).

1.2. Программа исследования – это перечень вопросов, подлежащих изучению. Вопросы программы по существу составляют признаки изучаемой совокупности. Выделение признаков единиц наблюдения с последующей их группировкой называется типологизацией. Признаки делятся на количественные (вариационные) и качественные (атрибутивные, типологические). К количественным признакам относятся такие, варианты которых отличаются друг от друга определенной величиной (возраст, рост и т.д.). Качественные признаки позволяют отличать единицу наблюдения по содержанию (социальной принадлежности, характеру труда и пр.). Кроме того, признаки могут делиться на секторные (наличие в анамнезе факторов генетического, социального, профессионального риска) и результативные (наличие или отсутствие заболевания, характер его течения, исход).

Составляя программу исследования, во-первых, руководствуются его целью (при этом важно как включить в программу все необходимые вопросы, так и не перегрузить ее ненужными, излишними вопросами); во-вторых, он должен четко представлять, откуда (из каких источников) будет получена информация и насколько реально при этом получение ответов на те или иные вопросы.

2. **Вторым этапом** исследования является сбор материала, т.е. регистрация всех запланированных признаков для каждой единицы наблюдения. При этом на каждую единицу наблюдения заводится свой регистрационный документ (анкета, первичные учетные медицинские документы, специально разработанная карта исследования и т.д.). Сбор данных может осуществляться разными методами: анкетирование, интервьюирование, выкопировка сведений из первичной медицинской документации и др.

3. **Третий этап** обработки полученной информации начинается с проверки собранного материала, которая бывает количественной (соответствие количества единиц наблюдения и признаков запланированному) и логической (выявление логического несоответствия между признаками).

Далее необходимо провести *группировку*, т.е. разбить каждый признак на качественно однородные группы. При составлении группировки руководствуются:

а) целью исследования;

б) фактически собранным материалом;

в) объемом исследования (при числе наблюдений до 40 количество групп не должно превышать 5–6; при 40–60 наблюдениях – 6–8; при 60–100 – 7–10; при 100–200 – 8–12; более 200 – 10–15 групп).

Когда материал сгруппирован, его шифруют, т.е. придают каждой группе определенный символ (шифр) для облегчения последующей обработки.

Пример группировки:

№ признака	Признак	Группировка	Шифр
1	Пол	Мужчины	1
		Женщины	2
2	Возраст	До 29	1
		30–39	2
		40–49	3
		50–59	4
		60 лет и старше	5
3	Диагноз	Острый инфаркт миокарда	1
		Хроническая ишемическая болезнь сердца	2
		Острое нарушение мозгового кровообращения	3
		Хроническое нарушение мозгового кровообращения	4
		Прочие болезни системы кровообращения	5

Заканчивается третий этап составлением статистических таблиц. При этом необходимо провести сопоставление признаков, т.е. определить взаимосвязь и взаимозависимость между признаками, а затем выбрать те из них, которые представляют интерес для исследования.

Для этого составляется следующая таблица:

№ признака	Наименование признака	№ сопоставляемого признака
1	Пол	2, 3, 4, 5, 6
2	Возраст	3, 4, 5, 6
3	Диагноз	4, 5, 6
4	Срок лечения	5, 6
5	Наличие осложнений	6
6	Исход	

Статистические таблицы в зависимости от количества содержащихся в них признаков разделяют на простые и сложные (а последние, в свою очередь, на групповые и комбинационные).

Простой называется таблица, в которой представлена итоговая сводка данных лишь по одному признаку.

В *групповой* таблице подлежащее характеризуется одним или несколькими сказуемыми (преимущественно двумя), но признаки, характеризующие подлежащее, не связаны между собой.

В *комбинационной* таблице признаки, характеризующие подлежащее, взаимосвязаны (таблица обычно содержит информацию о трех и более признаках).

Табличное подлежащее – это основной признак изучаемого явления, оно обычно располагается слева по горизонтальным строкам таблицы.

Сказуемое – признаки, характеризующие подлежащее, – располагается обычно сверху (столбцы или вертикальные графы таблицы).

При составлении таблиц должны соблюдаться определенные требования:

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

Примеры таблиц.

1) Распределение детей по группам здоровья (макет простой таблицы).

Группа здоровья	Число детей
I II III IV V	
Итого:	

2) Распределение детей по группам здоровья, возрасту (макет групповой таблицы).

Группа здоровья	Возраст (лет)				Всего
	0–3	4–6	7–10	11–14	
I II III IV V					
Итого:					

3) Распределение детей по группам здоровья, возрасту и полу (макет комбинационной таблицы).

Группа здоровья	Возраст (лет)														
	0–3			4–6			7–10			11–14			Всего		
	Пол														
	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего
I II III IV V															
Итого:															

Наряду с табличной формой, статистическая информация может быть представлена графически: в виде диаграмм, картограмм, картодиаграмм.

Диаграмма – это графическое изображение статистических величин с помощью различных геометрических фигур и знаков.

Картограмма – географическая карта или ее схема, на которой различной краской или штриховкой изображена степень распространения какого-либо явления на различных участках территории.

Картодиаграммой называется такое географическое изображение, когда на географическую карту или ее схему статистические данные наносятся в виде столбиковых, секторных, фигурных и других диаграмм.

Диаграммы чаще используются в медико-социальных исследованиях, в то время как картограммы и картодиаграммы – в медико-географических.

Диаграммы можно классифицировать различным образом. По назначению принято различать диаграммы сравнения, структурные и динамические диаграммы. Выделяют также линейные, плоскостные и объемные графические изображения.

Для графического изображения относительных и средних величин используются различные геометрические фигуры: вертикальные прямоугольники (столбиковые и внутристолбиковые диаграммы), горизонтальные прямоугольники (ленточные диаграммы), квадраты (квадратные диаграммы), треугольники (пирамидальные диаграммы), круги (круговые диаграммы), секторы круга (секторные диаграммы), радиусы круга (радиальные диаграммы или диаграммы полярных координат), кривые, прямые или ломаные линии (линейные диаграммы, или графики), изображения объектов окружающего мира – людей, коек, машин и др. (фигурные диаграммы).

Для отображения каждого вида относительных величин рекомендуется использовать тот или иной вид диаграмм. Так, для изображения интенсивных показателей, показателей наглядности и соотношения чаще применяют столбиковые, линейные или фигурные диаграммы. Радиальные диаграммы чаще используются для отражения сезонности интенсивных коэффициентов. Графические изображения экстенсивных величин (показателей структуры) чаще располагают внутри какой-либо геометрической фигуры (внутристолбиковые или секторные диаграммы).

При построении графических изображений следует соблюдать некоторые правила:

- каждая диаграмма должна иметь четкое, ясное, краткое название, отражающее ее содержание и порядковый номер;
- все элементы диаграммы (фигуры, знаки, окраска, штриховка) должны быть пояснены на самой диаграмме или в условных обозначениях (легенде);
- изображаемые графические величины должны иметь цифровые обозначения на самой диаграмме или в прилагаемой таблице;
- данные на диаграмме должны размещаться от большего к меньшему слева направо, снизу вверх и по часовой стрелке (но элемент «прочие» всегда располагается последним).

4. На четвертом этапе проводится анализ полученных данных, невозможный без расчета ряда статистических показателей.

Относительные величины (статистические коэффициенты)

В результате группировки и табличной сводки материалов наблюдения исследователь получает абсолютные величины. В ряде случаев этих абсолютных величин достаточно для характеристики размеров изучаемых явлений и процессов. Так, например, абсолютная численность населения в Китае и Индии показывает, что эти две страны являются лидерами в мире по численности населения. При учете ряда редких инфекционных заболеваний (малярия, дифтерия, трахома, СПИД и др.), важное значение имеет анализ даже единичных случаев заболе-

ния. Большое практическое значение для правильного планирования медицинской помощи населению имеют также абсолютные величины численности населения и его отдельных возрастных групп; численность медицинского персонала и лечебно-профилактических учреждений; количество больничных коек и т.д.

Однако при рассмотрении абсолютных величин чаще всего можно сделать только некоторые предварительные выводы, и для дальнейшего анализа возникает необходимость в преобразовании этих величин в производные величины: относительные и средние. Необходимость перевода абсолютных величин в относительные можно пояснить простым примером.

В районе «А» выявлено в 2001 г. 220 случаев острых желудочно-кишечных заболеваний, а в районе «Б» за этот период обнаружено 240 подобных случаев заболеваний. Можно ли сказать, что в районе «Б» выше уровень заболеваемости этими болезнями? Конечно же, нет. Для того чтобы ответить на этот вопрос, надо знать численность населения в данных районах. Допустим, в районе «А» проживает 200 тыс., а в районе «Б» – 300 тыс. человек.

Относя число случаев желудочно-кишечных заболеваний в каждом районе к числу их жителей, получаем, в расчете на 10 000 человек, следующие величины:

$$\text{Район «А»: } \frac{220 \cdot 10\,000}{200\,000} = 11‰.$$

$$\text{Район «Б»: } \frac{240 \cdot 10\,000}{300\,000} = 8‰.$$

Вот теперь мы можем сделать заключение, что заболеваемость острыми желудочно-кишечными заболеваниями выше в районе «А».

Относительные величины (статистические коэффициенты), получаемые из соотношения двух сравниваемых чисел, для удобства сопоставления обычно умножаются на какое-либо круглое число (100, 1000, 10 000, 100 000 и т.д.), которое называется базой или основанием. В результате полученные коэффициенты приобретают форму «процентов» (%), «промилле» (‰), «продецимилле» (‱), «просантимилле» (‱‱) и т.д. Чем реже встречается изучаемое явление, тем большее числовое основание следует избрать, с тем, чтобы не было коэффициентов меньше единицы, которыми неудобно пользоваться.

По своему содержанию статистические коэффициенты, чаще всего применяемые в медицинской статистике, разделяются на три вида:

1) коэффициенты экстенсивности (показатели распределения, структуры, доли, удельного веса); 2) коэффициенты интенсивности (показатели частоты, распространенности); 3) коэффициенты (показатели) соотношения.

Экстенсивные коэффициенты характеризуют распределение явления или среды на его составные части, его внутреннюю структуру или отношение частей к целому (удельный вес).

При вычислении экстенсивных коэффициентов мы имеем дело только с одной статистической совокупностью и ее составом. Большинство экстенсивных коэффициентов обычно выражается в процентах, значительно реже – в промилле и в долях единицы. Методика вычисления экстенсивных коэффициентов проста:

$$\frac{\text{Часть явления}}{\text{Явление в целом}} \cdot 100\%.$$

Например, в 2001 г. число всех заболеваний детей в детском саду составило 205 случаев, в том числе 72 случая энтерита. Если принять все случаи заболевания детей за 100, а случаи заболеваний их энтеритом за x (икс), то доля энтерита среди всех заболеваний детей в детском саду составит:

$$\frac{72}{205} \cdot 100\% = 35{,}1\%.$$

В качестве примеров экстенсивных коэффициентов, применяемых в медицине и здравоохранении, можно назвать структуру заболеваемости населения, распределение госпитализированных больных по отдельным нозологическим формам, лейкоцитарную формулу и т.д.

Необходимо помнить, что экстенсивными показателями следует пользоваться для характеристики состава совокупности (явление, среда) в данном месте в данное время. Для динамических сравнений эти показатели непригодны. Сравнение удельных весов позволяет судить лишь о их порядковом номере в структуре (заболеваемости, смертности и т.д.), но не дает возможности говорить о частоте, распространенности данного явления. Для этой цели всегда необходимо знать численность среды, в которой проходит явление, и вычислить интенсивные коэффициенты.

Интенсивные коэффициенты характеризуют частоту (интенсивность, уровень, распространенность) явления в среде, в которой оно происходит и с которой непосредственно органически связано, за определенный промежуток времени, чаще всего за год.

При вычислении интенсивных коэффициентов необходимо знание двух статистических совокупностей, одна из которых представляет среду, а вторая – явление. Среда продуцирует это явление.

В демографической и санитарной медицинской статистике в качестве среды часто рассматривается население, и при расчете к нему относят то или иное явление, например, число заболеваний за год, число рождений, за год, число смертей за год и т.д. При вычислении показателя детской (младенческой) смертности средой является количество новорожденных, и к нему относят число умерших детей в возрасте до 1 года.

Если вычисляется коэффициент летальности при туберкулезе, то средой будут все больные туберкулезом, а явлением – умершие от туберкулеза.

Коэффициенты интенсивности рассчитываются на основании 100, 1000, 10 000, 100 000 и т.д. в зависимости от распространенности явления. Однако в практике здравоохранения существуют общепринятые положения. Так, общая заболеваемость, рождаемость, смертность, младенческая смертность всегда выражаются в промилле (‰), а заболеваемость с временной нетрудоспособностью рассчитывается на 100 работающих, летальность, частота осложнений выражаются в %.

Техника вычисления интенсивных коэффициентов выглядит следующим образом:

$$\frac{\text{Явление}}{\text{Среда}} \cdot 1000.$$

Например, в городе «Н» в 2008 г. жителей в возрасте 70–79 лет было 9 845 человек; из этого числа в течение года умерли 784 человека. Для вычисления коэффициента смертности лиц в возрасте 70–79 лет необходимо составить и решить следующую пропорцию:

$$x = \frac{784 \cdot 1000}{9845} = 79{,}6‰.$$

Коэффициент соотношения характеризует численное соотношение двух не связанных между собой совокупностей, сопоставляемых только логически, по их содержанию. К ним относятся такие показатели, как число врачей или число больничных коек на 1000 населения, количество различных лабораторных исследований или число переливаний крови на 100 больных и т.д.

По методике вычисления коэффициенты соотношения сходны с интенсивными коэффициентами, хотя различны с ними по существу.

Стандартизованные коэффициенты

Общие интенсивные коэффициенты (рождаемости, смертности, детской смертности, заболеваемости и т.д.) правильно отражают частоту явлений при их сопоставлении лишь в том случае, если состав сравниваемых совокупностей однороден. Если же они имеют неоднородный возрастно-половой или профессиональный состав, различие по тяжести болезни, по нозологическим формам или по другим признакам, то, ориентируясь на общие показатели, сравнивая их, можно сделать неправильный вывод о тенденциях изучаемых явлений и истинных причинах разницы общих показателей сравниваемых совокупностей.

Например, больничная летальность в терапевтическом отделении №1 в отчетном году составила 3%, а в терапевтическом отделении №2 в том же году – 6%. Если оценивать деятельность этих отделе-

ний по общим показателям, то можно сделать вывод о неблагополучии во 2 терапевтическом отделении. А если предположить, что состав лечившихся на этих отделениях разнится по нозологическим формам или по тяжести заболеваний госпитализированных, то наиболее правильным способом анализа является сопоставление специальных коэффициентов, рассчитанных отдельно для каждой группы больных с одинаковыми нозологическими формами или тяжестью заболеваний, так называемых «повозрастных коэффициентов».

Зачастую, однако, в сравниваемых совокупностях наблюдаются противоречивые данные. Кроме того, даже при наличии одинаковой тенденции во всех сравниваемых группах не всегда удобно пользоваться набором показателей, а предпочтительнее получить единую суммарную оценку. Во всех подобных случаях прибегают к методу стандартизации, т.е. к устранению (элиминации) влияния состава (структуры) совокупностей на общий, итоговый показатель.

Следовательно, метод стандартизации применяется тогда, когда имеющиеся различия в составе сравниваемых совокупностей могут повлиять на размеры общих коэффициентов.

Для того чтобы устранить влияние неоднородности составов сравниваемых совокупностей на величину получаемых коэффициентов, их приводят к единому стандарту, т.е. условно допускается, что состав сравниваемых совокупностей одинаков. В качестве стандарта можно принять состав какой-либо близкой по существу третьей совокупности, средний состав двух сравниваемых групп или, проще всего, состав одной из сравниваемых групп.

Стандартизованные коэффициенты показывают, каковы были бы общие интенсивные показатели (рождаемости, заболеваемости, смертности, летальности и др.), если бы на их величину не оказывала влияние неоднородность в составах сравниваемых групп. Стандартизованные коэффициенты являются условными величинами и применяются исключительно для анализа в целях сравнения.

Существуют три метода стандартизации: прямой, косвенный и обратный (Керриджа).

Рассмотрим применение этих трех методов стандартизации на примерах, взятых из статистики злокачественных новообразований. Как известно, с возрастом значительно повышаются коэффициенты смертности от злокачественных новообразований. Отсюда следует, что если в каком-либо городе будет относительно высока доля людей пожилых возрастов, а в другом — преобладать население среднего возраста, то даже при полном равенстве санитарных условий жизни и медицинской помощи в обоих сравниваемых городах неизбежно общий коэффициент смертности населения от злокачественных новообразований в первом городе будет выше, чем тот же коэффициент во втором городе.

Для того чтобы нивелировать влияние возраста на общий показатель смертности населения от злокачественных новообразований, необходимо применить стандартизацию. Только после этого можно будет сравнивать полученные коэффициенты и делать обоснованный вывод о большем или меньшем уровне смертности от злокачественных новообразований в целом в сравниваемых городах.

Прямой метод стандартизации. В нашем примере его можно применять в том случае, когда известен возрастной состав населения и есть информация для расчета повозрастных коэффициентов смертности населения от злокачественных новообразований (числа умерших от злокачественных новообразований в каждой возрастной группе).

Методика вычисления стандартизованных коэффициентов прямым методом слагается из четырех последовательных этапов (см. табл. 6.1).

Первый этап. Вычисление «повозрастных» коэффициентов смертности от злокачественных новообразований (отдельно для каждой возрастной группы).

Второй этап. Выбор стандарта осуществляется произвольно. В нашем примере за стандарт взят возрастной состав населения в городе «А».

Третий этап. Расчет «ожидаемых» чисел. Мы определяем, сколько бы человек умерло от злокачественных новообразований в каждой возрастной группе населения города «Б» при имеющихся повозрастных показателях смертности от злокачественных новообразований в этом городе, но при возрастном составе города «А» (стандарт).

Например, в возрастной группе «до 30 лет»:

$$x_1 = \frac{6 \cdot 350\,000}{100\,000} = 21{,}0;$$

или в возрастной группе «40–49 лет»:

$$x_1 = \frac{140 \cdot 95\,000}{100\,000} = 133{,}0$$

и т.д.

Четвертый этап. Расчет стандартизованных коэффициентов. Сумму «ожидаемых» чисел (1069,0) мы предлагаем получить из общей численности населения города «А» (700 000). А сколько же умерших от злокачественных новообразований приходится на 100 000 населения?

$$x_{ст} = \frac{1069 \cdot 100\,000}{700\,000} = 152{,}7.$$

Из наших результатов можно сделать следующий вывод: если бы возрастной состав населения «Б» был бы такой же, как в городе «А» (стандарт), то смертность населения от злокачественных новообразований в городе «Б» была бы существенно выше (152,7‰ против 120,2‰).

Косвенный метод стандартизации. Применяется, если специальные коэффициенты в сравниваемых группах неизвестны или известны, но мало достоверны. Это наблюдается, например, когда число заболевших

Таблица 6.1 Стандартизация коэффициентов смертности от злокачественных новообразований в городах «А» и «Б» (прямой метод)

Возрастные группы, лет	Город «А»			Город «Б»			«Ожидаемое» число умерших при фактической повозрастной смертности в городе «Б» и возрастном составе в городе «А» (стандарт) на 100 000 населения
	численность населения (тыс.)	число умерших	смертность от злокач. новообразований	численность населения (тыс.)	число умерших	смертность от злокач. новообразований	
До 30	350	14	4,0	750	45	6,0	$\frac{6 \cdot 350\,000}{100\,000} = 21{,}0$
30–39	100	25	25,0	120	36	30,0	$\frac{30 \cdot 100\,000}{100\,000} = 30{,}0$
40–49	95	114	120,0	125	175	140,0	$\frac{140 \cdot 95\,000}{100\,000} = 133{,}0$
50–59	75	240	320,0	95	361	380,0	$\frac{380 \cdot 75\,000}{100\,000} = 285{,}0$
60 и старше	80	544	680,0	110	825	750,0	$\frac{750 \cdot 80\,000}{100\,000} = 600{,}0$
Всего	700	937	133,9	1200	1442	120,2	1069,0

– стандарт

$$x_0 = \frac{1069 \cdot 100\,000}{700\,000} = 152{,}7\text{‰}$$

очень мало и, следовательно, вычисляемые коэффициенты будут существенно меняться в зависимости от прибавления одного или нескольких случаев заболеваний.

Вычисление стандартизованных коэффициентов косвенным способом можно разбить на три этапа (табл. 6.2).

Первый этап состоит в выборе стандарта. Так как нам обычно неизвестны специальные коэффициенты сравниваемых групп (коллективов), то за стандарт берутся специальные коэффициенты какого-то хорошо изученного коллектива. В рассматриваемом примере таковыми могут служить повозрастные показатели смертности от злокачественных новообразований в городе «С».

Второй этап включает вычисление «ожидаемых» чисел умерших от злокачественных новообразований. Допуская, что повозрастные коэффициенты смертности в обоих сравниваемых городах равны стандартным, определяем, сколько бы умерло людей от злокачественных новообразований в каждой возрастной группе.

На третьем этапе вычисляются стандартизованные коэффициенты смертности населения от злокачественных новообразований. Для этого действительное число умерших относят к суммарному «ожидаемому» числу и результат умножают на общий коэффициент смертности стандарта.

Таблица 6.2 Стандартизация коэффициентов смертности от злокачественных новообразований в городах «Н» и «М». Косвенный метод (числа условные)

Возрастные группы, лет	I этап			II этап	
	смертность населения в городе «С» на 100 000 чел. (стандарт)	численность населения		«ожидаемые» числа умерших от злокачественных новообразований*	
		город «Н»	город «М»	город «Н»	город «М»
До 30	5,0	280 000	275 000	14,0	13,8
30–39	32,0	90 000	78 000	28,8	24,9
40–49	130,0	75 000	56 000	97,5	72,8
50–59	360,0	70 000	51 000	353,0	183,6
60 и старше	730,0	65 000	40 000	474,5	292,0
Всего	125,0	580 000	500 000	–	–
Умерли от злокачественных новообразований		754	590	866,8 III этап	587,1 III этап
Смертность на 100 000 населения		130,0	118,0	474,5	125,6

* $\frac{\text{(Численность населения)} \cdot \text{(Смертность населения)}}{100\,000}$

Вычисление стандартизованных коэффициентов смертности от злокачественных новообразований проводится следующим образом:

$$\text{для города «Н»: } \frac{754 \cdot 125}{866{,}8} = 108{,}7;$$

$$\text{для города «М»: } \frac{590 \cdot 125}{587{,}1} = 125{,}6.$$

Следовательно, более низкий общий коэффициент смертности населения в городе «М» (118,0‰ против 130,0‰ в городе «Н») объясняется более благоприятной возрастной структурой населения в этом городе.

Обратный метод стандартизации (Керридж, 1958 г.) применяется при отсутствии данных о возрастном составе населения, когда имеются лишь сведения о возрастном составе больных или умерших, т.е. данные, обратные тем, что использовались при косвенном методе. Метод дает менее точные результаты. Они тем точнее, чем более дробные возрастные интервалы применяются при стандартизации. Важно также выбрать подходящий, близкий к сравниваемым контингентам стандарт. Стандартом в этом случае служат возрастные коэффициенты смертности или заболеваемости.

Например, в городе «Н» за последние 10 лет несколько увеличились коэффициенты смертности населения от злокачественных новообразований с 115,5‰ в 1986 г. до 119,0‰ в 1996 г. (см. табл. 6.3). За это время численность населения возросла с 800 000 до 900 000 человек, и, по-видимому, возрастной состав был различен в сравниваемые годы.

Таблица 6.3 Стандартизация коэффициентов смертности от злокачественных новообразований в городе «Н». Обратный метод (числа условные)

Возрастные группы, лет	I этап	II этап			
	Повозрастные коэффициенты смертности от злокачественных новообразований на 100 000 населения, принятого за стандарт	1986 г.		1996 г.	
		Число умерших от злокачественных новообразований в данном возрасте	«Ожидаемая» численность населения	Число умерших от злокачественных новообразований в данном возрасте	«Ожидаемая» численность населения
До 30	4,0	21	525 000	18	450 000
30–39	35,0	44	125 714	36	102 857
40–49	132,0	156	110 606	181	136 364
50–59	354,0	221	62 469	278	78 523
60 и старше	722,0	482	66 759	558	72 280
Всего	121,0	924	890 548	1071	840 024

Первый этап состоит из выбора стандарта. Примем за стандарт повозрастные коэффициенты смертности от злокачественных новообразований на 100 000 населения в 1989 г., в год переписи, когда эти коэффициенты были определены с достаточной точностью.

Второй этап включает в себя вычисление «ожидаемой» численности населения города, при этом допускается, что повозрастные коэффициенты смертности от злокачественных новообразований в 1986 и 1996 гг. были такими же, как и в 1989 г.

В соответствующих графах таблицы 6.3 показана «ожидаемая» численность населения по возрастным группам и суммарная в 1986 и 1996 гг. Для вычисления «ожидаемой» численности населения делим число умерших в каждой возрастной группе на соответствующие повозрастные коэффициенты смертности от злокачественных новообразований принятого за стандарт населения и результат умножаем на 100 000.

Например, для того, чтобы в возрасте до 30 лет коэффициент смертности от злокачественных новообразований составлял 4,0 на 100 000 при наличии 21 умершего в этом возрасте в 1986 г., численность населения данного возраста в этом году должна составлять:

$$\frac{21 \cdot 100\,000}{4,0} = 525\,000, \text{ а в 1996 г. } \frac{18 \cdot 100\,000}{4,0} = 450\,000 \text{ человек.}$$

Таким же образом определяем «ожидаемую» численность населения для всех остальных возрастных групп населения. В результате подсчета оказалось, что «ожидаемая» численность населения в 1986 г. составляла 890 548 человек, а в 1996 г. – 840 024 человека.

Расхождение «ожидаемых» и фактических чисел населения вызвано различием действительных и принятых за стандарт повозрастных

коэффициентов смертности населения от злокачественных новообразований.

На третьем этапе стандартизации для устранения указанного различия делим «ожидаемые» числа населения на фактические и умножаем на принятый за стандарт коэффициент смертности.

$$\text{Для 1986 г. это составляет } \frac{890\,548}{800\,000} \cdot 121{,}0 = 134{,}7‰,$$

$$\text{а для 1996 г. } \frac{840\,024}{900\,000} \cdot 121{,}0 = 112{,}9‰.$$

Отсюда можно сделать вывод, что некоторый рост общих коэффициентов смертности населения города «Н» от злокачественных новообразований был вызван только изменением возрастного состава населения. После применения стандартизации и элиминирования влияния изменений возрастного состава оказалось, что за истекшие 10 лет население города стало реже умирать от злокачественных новообразований.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что выбор конкретного метода стандартизации зависит от того, насколько полный статистический материал имеется в наличии. Прямой метод дает более надежные результаты, но в случае невозможности его применения следует использовать косвенный или обратный метод стандартизации: они достаточно точны для практического применения. Стандартизация позволяет нам сделать правильный вывод о том, имеется ли действительно разница общих интенсивных коэффициентов в сравниваемых коллективах или эти различия зависят только от неодинаковой структуры сравниваемых совокупностей.

Динамические ряды

При изучении изменений какого-либо явления во времени составляется динамический ряд.

Динамическим рядом называется совокупность однородных статистических величин, показывающих изменение какого-либо явления на протяжении определенного промежутка времени.

Величины, составляющие динамический ряд, называются *уровнями ряда*.

Уровни динамического ряда могут быть представлены:

- абсолютными величинами;
- относительными величинами (в том числе показателями интенсивными, экстенсивными, соотношения);
- средними величинами.

Динамические ряды бывают двух видов.

- Моментный динамический ряд состоит из величин, характеризующих явление на какой-то определенный момент (дату). Например,

каждый уровень может характеризовать численность населения, численность врачей и т.д. на конец какого-то года.

– Интервальный динамический ряд состоит из величин, характеризующих явление за определенный промежуток времени (интервал). Например, каждый уровень такого ряда может характеризовать смертность, рождаемость, заболеваемость, среднегодовую занятость койки за какой-то год.

Примеры

Интервальный динамический ряд, состоящий из интервальных величин.

1. Динамика рождаемости в Санкт-Петербурге (на 1000 жителей):

1990 – 10,8; 1991 – 9,3; 1992 – 7,6; 1993 – 6,6; 1994 – 7,1;

на 1999 – 6,2; 2000 – 6,8; 2001 – 7,3; 2002 – 8,1; 2003 – 8,7.

2. Динамика среднегодовой численности населения Санкт-Петербурга (в тыс.):

1990 – 5035,0; 1991 – 5019,3; 1992 – 4978,1; 1993 – 4917,5; 1994 – 4860,7;

на 1999 – 4695; 2000 – 4661; 2001 – 4628; 2002 – 4596; 2003 – 4565.

Динамический ряд можно подвергнуть преобразованиям, цель которых – выявление особенностей изучаемого процесса, а также достижение наглядности в характеристике того или иного явления.

Для определения тенденции изучаемого явления рассчитывают показатели динамического ряда:

– абсолютный прирост;
– показатель наглядности;
– показатель роста (снижения);
– темп прироста (снижения).

Абсолютный прирост представляет собой разность между последующим и предыдущим уровнями. Измеряется в тех же единицах, в которых представлены уровни ряда.

Показатель наглядности показывает отношение каждого уровня ряда к одному из них (чаще начальному), принятому за 100%.

Показатель роста (убыли) показывает отношение каждого последующего уровня к предыдущему, принятому за 100%.

Темп прироста (убыли) показывает отношение абсолютного прироста (снижения) каждого последующего уровня к предыдущему уровню, принятому за 100%.

Если показатель роста (убыли) показывает, сколько процентов от предыдущего уровня составляет последующий уровень, то темп прироста показывает, на сколько процентов увеличился (снизился) последующий уровень по сравнению с предыдущим. Поэтому темп прироста можно рассчитать и по следующей формуле:

$$\text{Темп прироста} = \text{Показатель роста} - 100\%.$$

Динамический ряд и его показатели могут быть представлены в виде таблицы (табл. 6.4).

Таблица 6.4 Динамика численности больничных коек в стационарах системы МЗ РФ Санкт-Петербурга

Годы	Число больничных коек (тыс.)	Абсолютный прирост (убыль) (тыс.)	Показатель наглядности, %	Показатель роста (убыли), %	Темп прироста (убыли), %
1999	44,3	–	100,0	–	–
2000	43,9	–0,4	99,1	99,1	–0,1
2001	43,3	–0,6	97,7	98,6	–1,4
2002	43,4	0,1	97,9	100,2	0,2
2003	42,5	–0,8	95,9	97,9	–1,8

Расчет показателей динамического ряда.

1) Абсолютный прирост (снижение):
2000 г. 43,9–44,3=–0,4 тыс.
2001 г. 43,3–43,9=–0,6 тыс.
2002 г. 43,4–43,3=0,1 тыс.
2003 г. 42,5--43,3=–0,8 тыс.

2) Показатель наглядности: 1990 г. – 100%

2000 44,3 – 100
43,9 – x_1
x_1=99,1

2001 44,3 – 100
43,3 – x_2
x_2=97,7

2002 44,3 – 100
43,4 – x_3
x_3=99,1

2003 44,3 – 100
42,5 – x_4
x_4=95,9

3) Показатели роста (убыли):

2000 44,3 – 100
43,9 – x_1
x_1=99,1

2001 43,9 – 100
43,3 – x_2
x_2=98,6

2002 43,3 – 100
43,4 – x_3
x_3=100,2

2003 43,4 – 100
42,5 – x_4
x_4=97,9

4) Темп прироста (убыли):

2000 44,3 – 100
–0,4 – x_1
x_1 = –0,1

2001 43,9 – 100
–0,6 – x_2
x_2 = –1,4

2002 43,3 – 100
0,1 – x_3
x_3=0,2

2003 43,4 – 100
–0,8 – x_4
x_4 = –1,8

Рассчитанные показатели динамического ряда свидетельствуют об убыли числа больничных коек в Санкт-Петербурге, однако темп их убыли снижается.

Выравнивание динамического ряда

Иногда динамика изученного явления представлена не в виде непрерывно меняющегося в одном направлении явления, а скачкообразными изменениями.

В таких случаях используют различные методы выравнивания динамического ряда:

- укрупнение интервалов;
- расчет скользящей средней;
- метод наименьших квадратов.

Укрупнение материала можно производить за определенные промежутки времени (за квартал, за один, два, три года и т.д.).

Пример выравнивания динамического ряда с помощью укрупнения интервалов приведен в таблице 6.5.

Произведено укрупнение интервала за два года и рассчитана средняя длительность пребывания больного на койке для каждого интервала:

(16,6+15,6)/2=16,1;

(15,6+15,1)/2=15,4;

(12,7+12,3)/2=12,5.

Показатели преобразованного динамического ряда рассчитываются по общепринятой методике.

Влияние случайных колебаний на уровни динамического ряда можно устранить и с помощью скользящей средней. При ее расчете лучше использовать интервалы, включающие три хронологических периода.

Пример выравнивания динамического ряда методом скользящей средней представлен в таблице 6.6.

Для выравнивания динамического ряда произведено вычисление скользящей средней с использованием интервала в три года:

1998 г.: (16,6+15,6+15,6)/3=15,9;

1999 г.: (15,6+15,6+15,1)/3=15,4;

2000 г.: (15,6+15,1+12,7)/3=14,5;

2001 г.: (15,1+12,7+12,3)/3=13,4.

Однако этот метод исключает из анализа средние величины первого и последнего уровней.

Поэтому для более точного определения тенденции изучаемого явления можно рассчитать скользящие средние крайних уровней по формуле Урбаха:

1997 г.: $(7y_1+4y_2+2y_3)/9=(7\cdot16,6+4\cdot15,6+2\cdot15,6)/9=23,3$;

2003 г.: $(7y_6+4y_5+2y_4)/9=(7\cdot12,3+4\cdot12,7+2\cdot15,1)/9=18,6$.

Метод наименьших квадратов позволяет наиболее точно выравнивать тенденции изучаемого явления.

Он позволяет рассчитать точки прохождения такой прямой линии, от которой имеющаяся эмпирическая находится на расстоянии наименьших квадратов от других возможных линий.

Таблица 6.5 Динамика средней длительности пребывания больного на терапевтической койке до и при переходе больниц Санкт-Петербурга на новые условия хозяйствования

Годы	Средняя длительность пребывания больного на терапевтической койке (в днях)	Укрупненный интервал (годы)	Средняя длительность пребывания больного на терапевтической койке (в днях)
1998	16,6		
1999	15,6	1998–1999	16,1
2000	15,6	2000–2001	15,4
2001	15,1	2002–2003	12,5
2002	12,7		
2003	12,3		

Таблица 6.6 Динамика средней длительности пребывания больного на терапевтической койке больниц Санкт-Петербурга

Годы	Средняя длительность пребывания больного на терапевтической койке (в днях)	Скользящая средняя	Скользящая средняя по Урбаху
1998	$16,6 - y_1$	–	23,3
1999	$15,6 - y_2$	15,9	15,9
2000	$15,6 - y_3$	15,4	15,4
2001	$15,1 - y_4$	14,5	14,5
2002	$12,7 - y_5$	13,4	13,4
2003	$12,3 - y_6$	–	18,6

Таблица 6.7 Динамика младенческой смертности в России (на 1000 родившихся живыми) за 1985–2005 гг.

Хронологические даты (годы)	Младенческая смертность, y	Порядковый номер хронологической даты от центральной, x	x · y	x^2	Выравненные уровни младенческой смертности
1985	20,7	–2	–41,4	4	19,0
1990	17,4	–1	–17,4	1	18,3
1995	18,1	0	0	0	17,5–0,0
2000	15,3	1	15,3	1	16,8
2005	11,0	2	22,0	4	16,0
	$\Sigma y=82,5$		$\Sigma xy=-21,5$	$\Sigma x^2=10$	

Динамический ряд в случае применения данного метода должен иметь не менее 5 хронологических дат, количество их должно быть нечетным, а интервалы между ними – одинаковыми.

Пример выравнивания динамического ряда методов наименьших квадратов приведен в таблице 6.7.

Дата искомой прямой линии округляется по следующей формуле:

$$y_1 = a_0 + a_1 \cdot x,$$

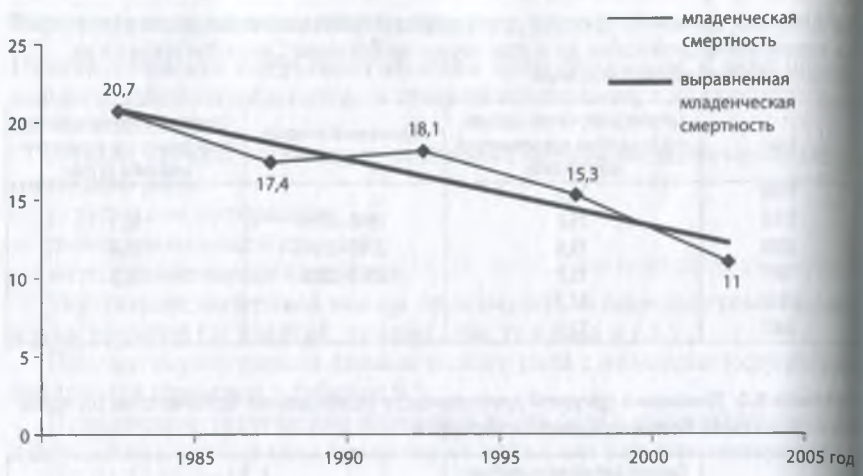

Рис. 6.1 Динамика младенческой смертности и выравненной младенческой смертности в Санкт-Петербу[illegible] за 1999–2003 гг.

где a_0 – это хронологическая средняя (значение центральной хронологической даты), которая вычисляется по формуле:

$$a_0 = \frac{\sum y}{S},$$

где S – сумма хронологических дат (периодов); Σy– сумма всех значений изучаемого явления.

$$a_0 = \frac{82,5}{5} = 16,5.$$

a_1 – это коэффициент поправки искомого расстояния, который определяется по формуле:

$$a_1 = \frac{\sum xy}{\sum x^2},$$

где x – порядковый номер (расстояние) хронологических дат от центральной, принятой за 0.

Сумма произведений x·y определяется с учетом алгебраических знаков.

$$a_1 = \frac{-21,5}{10} = -2,15.$$

Зная величины a_0 и a_1, подставляем их в уравнение:

$$y_1 = a_0 + a_1 \cdot x,$$

и, придавая последовательные значения чисел ряда x, получим выравненный динамический ряд младенческой смертности.

1985 г.: $y_1=16,5+(-2,15)\cdot(-2)=20,8$;
1990 г.: $y_2=16,5+(-2,15)\cdot(-1)=18,65$;
2000 г.: $y_4=16,5+(-2,15)\cdot(1)=14,35$;
2005 г.: $y_5=16,5+(-2,15)\cdot(2)=12,2$.

Средние величины

В медицине, в здравоохранении очень часто используются выражаемые числами признаки, которые могут принимать различные числовые значения у разных единиц совокупности, нередко повторяющиеся у нескольких единиц. В каждой данной совокупности и в данных конкретных условиях этот признак характеризуется определенной величиной (уровнем), которая отличается от величины этого признака в другой совокупности при наличии других условий. Пульс, АД, температура тела, длительность временной нетрудоспособности, длительность пребывания в стационаре отличаются (варьируют) у больных даже с одним диагнозом.

Величину изучаемого признака могут принимать либо дискретные (прерывные), либо непрерывные числовые значения. Примеры дискретных величин, при которых значения выражены целыми числами: число детей в семье, число больных в палате, число койко-дней, число каких-либо медицинских аппаратов в учреждении, пульс. Примеры непрерывно изменяющихся величин, когда значения выражены дробными величинами, могут постепенно переходить одно в другое: рост, масса тела, температура, АД.

Полученные при исследовании величины сначала записывают хаотично, т.е. в том порядке, как их получает исследователь. Ряд, в котором сопоставлены (по степени возрастания или убывания) варианты и соответствующие им частоты, называется *вариационным*. Отдельные количественные выражения признака называются *вариантами* (V), а числа, показывающие, как часто эти варианты повторяются, – *частотами* (P).

Для обобщенной числовой характеристики изучаемого признака у совокупности обследуемых рассчитываются средние величины, достоинство которых заключается в том, что одна величина характеризует большую совокупность однородных явлений.

Различают несколько видов средних величин: средняя арифметическая, средняя геометрическая, средняя гармоническая, средняя прогрессивная, средняя хронологическая. Кроме указанных средних иногда в качестве обобщающих величин вариационного ряда используют особые средние относительного характера – моду и медиану.

Мода (Mo) – наиболее часто повторяющаяся варианта. Медиана (Me) – значение варианты, делящей вариационный ряд пополам; по обе стороны от нее находится равное число вариант.

Наиболее часто используется средняя арифметическая. Средняя арифметическая, которая рассчитана в вариационной ряду, где каждая варианта встречается только один раз (или все варианты встречаются с одинаковой частотой), называется *средней арифметической простой*. Она определяется по формуле:

$$M = \frac{\sum V}{n},$$

где M – средняя арифметическая; V – значение вариационного признака; n – общее число наблюдений.

Если в исследуемом ряду одна или несколько вариант повторяются, то вычисляют среднюю арифметическую взвешенную. При этом учитывается вес каждой варианты, и чем большую частоту имеет данная варианта, тем больше будет ее влияние на среднюю арифметическую. Расчет такой средней производится по формуле:

$$M = \frac{\sum V \cdot P}{n},$$

где P – частота; n – сумма частот.

Пример составления вариационного ряда и расчета основных его характеристик представлен в таблице 6.8.

При большом количестве наблюдений число встречающихся размеров вариант может быть очень большим; тогда рекомендуется размеры вариант объединять в группы, причем каждая группа должна иметь равное число значений вариант (иметь равный интервал). Расчет средней арифметической в таком сгруппированном или интервальном ряду

Таблица 6.8 Определение среднего срока пребывания больных в специализированном отделении больницы

Число дней, V	Число больных, P	Произведения вариант на их частоты V · P	Отклонения вариант от средней, d=V–м	Квадрат отклонений, d^2	Произведения квадратов отклонений на частоты, $d^2 \cdot P$
16	1	16	–4	16	16
17	7	119	–3	9	63
18	8	144	–2	4	32
19	16	304	–1	1	16
20	29	580	0	0	0
21	20	420	1	1	20
22	7	154	2	4	28
23	5	115	3	9	45
24	2	48	4	16	32

n=95 Σ=1900

$$M = \frac{1900}{95} = 20{,}0 \text{ дней}, \qquad \delta = \pm\sqrt{\frac{\sum d^2 \cdot P}{n}} = \pm\sqrt{\frac{252}{95}} = \pm 1{,}63 \text{ дней}.$$

Таблица 6.9 Определение среднего роста 14-летних девочек

Рост девочек, V, см	Центральная варианта группы, V_1	Число девочек, P	$V_1 \cdot P$
133,0–136,9	135	3	405
137,0–140,9	139	15	2085
141,0–144,9	143	17	2431
145,0–148,9	147	41	6027
149,0–152,9	151	52	7852
153,0–156,9	155	42	6510
157,0–160,9	159	18	2862
161,0–164,9	163	5	815
165,0–168,9	167	4	668

n=197, $V_1 \cdot P$=29 655.

требует предварительного определения середины интервала. Середина интервала в непрерывных вариационных рядах определяется как полусумма первых значений соседних групп. Середина интервала в дискретных вариационных рядах определяется как полусумма крайних значений группы (табл. 6.9).

Средняя арифметическая имеет ряд свойств, которые используются в некоторых случаях для упрощения расчета средней.

1. Алгебраическая сумма отклонений всех вариант от средней равна нулю. На этом свойстве основан расчет средней по способу моментов.

2. Если к каждой варианте вариационного ряда прибавить или отнять одно и то же число, то на столько же увеличится или уменьшится средняя арифметическая величина.

$$M = \frac{\sum V_1 \cdot P}{n} = \frac{29\,655}{197} = 150 \text{ см}.$$

3. Если каждую варианту разделить или умножить на одно и то же число, то во столько же раз уменьшится или увеличится средняя арифметическая.

Эти свойства используют в тех случаях, когда варианты представлены очень малыми или, наоборот, большими числами.

В здравоохранении в отдельных случаях может потребоваться расчет средней прогрессивной. Средняя прогрессивная рассчитывается из лучших вариант, т.е. вариант, положительно характеризующих явление. Они могут иметь значение больше полученной средней арифметической (процент совпадения диагнозов, число больных, состоящих под диспансерным наблюдением, охват профилактическими осмотрами и т.д.) и меньше (уровень летальности, младенческой смертности, заболеваемости с временной нетрудоспособностью, частота послеоперационных осложнений и т.д.).

Вычисление средней прогрессивной длительности пребывания больных в терапевтических отделениях стационаров:

Средняя длительность, V, дней	Число стационаров, P	V · P
12	1	12
13	2	26
14	3	42
15	5	75
16	4	64
17	3	51
18	2	36
19	1	19
	n=21	325

M=325/21=15,47 дней, но в 11 стационарах уровень средней длительности пребывания больных в стационаре ниже, т.е. более благоприятный, чем в среднем по всем больницам. Рассчитанная в этих 11 стационарах новая средняя и будет *средней прогрессивной:* $M_{пр}$=155/11=14,09 дней. Такая средняя, определенная среди оптимальных условий, послужит ориентиром для других 10 стационаров.

Средняя среди показателей. При одинаковых числах наблюдений ее можно рассчитать, как среднюю простую: т.е. достаточно суммировать размеры показателей и затем поделить на их число. Но при разных числах наблюдений среднюю величину среди показателей следует определять всегда как среднюю взвешенную. Например, в трех отделениях стационаров летальность составила:

– хирургическое отделение – 1%;
– терапевтическое отделение – 3%;
– неврологическое отделение – 5%.

Если суммировать показатели и разделить сумму на число отделений, то средний уровень летальности составит 3%. Однако в хирургическом отделении пролечились 800 больных (умерли 8 человек), в терапевтическом – 600 больных (умерли 18 больных), а в неврологическом пролечены 200 (умерли 10 больных). Таким образом, средняя летальность по больнице составляет 2,25 (36·100:1600). Разница оказалась заметной, чтобы определить средний показатель, надо узнать абсолютное число умерших в каждом отделении, получить сумму умерших, разделить ее на общую численность пролеченных больных и выразить полученную величину в соответствующих единицах (%, ‰ и т.д.).

Средняя величина абстрактна, она может быть рассчитана в принципе из любой совокупности, например, можно получать среднюю арифметическую в группе больных с повышенным и пониженным АД. Но такая средняя будет огульной, она не будет правильно характеризовать совокупность, из которой рассчитана. Средние необходимо рассчитывать из однородных совокупностей.

Средняя арифметическая величина находится в большой зависимости от колеблемости вариационного ряда: чем меньше колеблемость ряда, т.е.

чем меньше амплитуда колебания ряда (разность между самой большой и самой малой вариантой, что называется степенью рассеяния ряда), тем более точно его будет характеризовать средняя арифметическая.

Если большинство вариант концентрируется около своей средней арифметической величины, то такой вариационный ряд довольно компактный, однородный, можно говорить о малом варьировании. Если же варианта значительно удалена от своей средней арифметической – налицо большое варьирование, а возможно, и неоднородная совокупность.

Степень варьирования вариационного ряда определяется с помощью вычисления среднего квадратического отклонения (δ). Для зачисления сигмы необходимо (см. табл. 6.8) определить отклонения (d) каждой варианты от средней, возвести их в квадрат (d^2), перемножить квадрат отклонения на частоту каждой варианты (d^2p), получить сумму этих произведений (Σd^2p), а затем вычислить сигму по формуле:

$$\delta = \pm\sqrt{\frac{\sum d^2 p}{n}}.$$

При малом числе наблюдений ($n<30$) расчет производят по следующей формуле:

$$\delta = \pm\sqrt{\frac{\sum d^2 p}{n-1}}.$$

Описанный способ расчета среднего квадратического отклонения требует значительной вычислительной работы. Можно использовать приближенный способ вычисления среднего квадратического отклонения по амплитуде (размаху) вариационного ряда. Вычисление δ по амплитуде производится по формуле:

$$\delta = \pm\frac{V_{max} - V_{min}}{A},$$

где A – коэффициент для определения δ, соответствующий числу наблюдений (см. табл. 6.10).

В нашем примере (см. табл. 6.8)

$$\delta = \pm\frac{24-16}{4,94} = \pm 1,61 \text{ дня}.$$

Для оценки варьирования признака наряду со средним квадратическим отклонением может быть использован коэффициент вариации (C). Особенно необходимо использовать коэффициент вариации при сравнении колеблемости двух или более средних величин, выраженных в разных единицах измерения:

$$C = \frac{\delta}{M} \cdot 100\%.$$

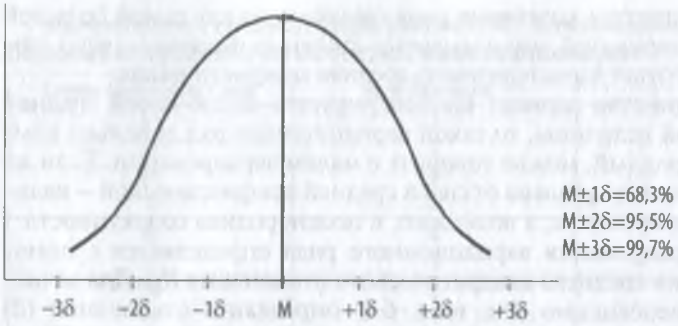

Рис. 6.2 Теоретическая кривая нормального распределения.

В нашем примере $C = \frac{1{,}63 \cdot 100}{20} = 8{,}15\%$. Значение коэффициента вариации менее 10% свидетельствует о малой колеблемости, от 10 до 20% – о средней, от 20% и более – о сильной колеблемости вариант вокруг средней.

Значение среднего квадратического отклонения – δ.

1. δ характеризует однородность вариационного ряда. Если δ мала, значит, ряд однородный и рассчитанная M достаточно верно характеризует данный вариационный ряд. Если δ велика, то ряд неоднородный, наблюдается большая колеблемость вариационного ряда и полученная M характеризует не весь ряд, а только какую-то его часть.

2. В медицине, здравоохранении интервал M±1δ обычно принимают за пределы нормы.

3. С помощью δ оценивается «выскакивающий» результат по формуле:

$$\frac{V_{выск} - M}{\delta}.$$

Если отношение разности между выделяющейся («выскакивающей») вариантой и средней арифметической, рассчитанной без нее, к среднему квадратическому отклонению, рассчитанному также без выделяющейся варианты, будет равно 3 и более, то такую варианту лучше не включать в исследование.

4. Теоретическое распределение вариант в однородном вариационном ряду подчиняется правилу *трех сигм*, которое графически изображается кривой Гаусса* (рис. 6.2).

Если к средней арифметической величине прибавить и отнять от нее одну сигму (M±1δ), то при нормальном распределении в этих пределах

* В природе возможны и другие виды распределения, отличающиеся от нормального: альтернативное, асимметричное (правостороннее, левостороннее), бимодальное.

будет находиться не менее 68,3% всех вариант (наблюдений), что считается нормой для изучаемого явления. Если к $2\pm2\delta$, то в этих пределах окажется 95,5% всех наблюдений, а если к $M\pm3\delta$, то в этих пределах будет находиться 99,7% всех наблюдений. Таким образом, среднее квадратическое отклонение является стандартным отклонением, позволяющим предвидеть вероятность появления такого значения изучаемого признака, которое находится в пределах заданных границ.

Выборочный метод. Оценка достоверности средних арифметических и относительных величин

При изучении сплошной (генеральной) совокупности для ее числовой характеристики достаточно рассчитать M и δ.

На практике, как правило, мы имеем дело не с генеральной, а с выборочной совокупностью.

Для выборочного метода очень важен способ отбора части от целого, так как отобранная часть, как уже упоминалось ранее, должна быть *репрезентативной*.

При выборке возможны ошибки смещения, т.е. такие события, появление которых не может быть точно предсказуемым. Вместе с тем они являются закономерными, объективными и необходимыми. При определении степени точности выборочного исследования оценивается величина ошибки, которая может произойти в процессе выборки. Такие ошибки носят название *случайных ошибок репрезентативности* (m) и являются фактической разностью между средними или относительными величинами, полученными при выборочном исследовании, и аналогичными величинами, которые были бы получены при изучении всей совокупности.

Средняя ошибка среднего арифметического числа определяется по формуле:

$$m = \pm\frac{\delta}{\sqrt{n}}.$$

Среднюю ошибку средней арифметической величины можно вычислить, как и сигму, по амплитуде вариационного ряда:

$$m = \pm\frac{V_{max} - V_{min}}{B},$$

где B — коэффициент для определения ошибки, соответствующий числу наблюдений (см. табл. 6.10). В приведенном примере (см. табл. 6.8) средняя ошибка составила ±0,16 дня.

$$m = \pm\frac{\delta}{\sqrt{n}} = \pm\frac{1{,}63}{\sqrt{95}} = \frac{1{,}63}{9{,}7} = \pm0{,}16.$$

Таблица 5.10 Вычисление сигмы (δ) и средней ошибки (m) по амплитуде

Число наблюдений	Коэффициент для сигмы, A	Коэффициент для ошибки, B	Число наблюдений	Коэффициент для сигмы, A	Коэффициент для ошибки, B
1	–	–	120	5,15	56,3
2	1,13	1,60	140	5,26	62,3
3	1,69	2,93	160	5,35	67,6
4	2,06	4,12	180	5,43	73,0
5	2,33	5,20	200	5,50	77,8
6	2,53	6,21	220	5,57	82,6
7	2,70	7,16	240	5,61	87,0
8	2,85	8,05	260	5,68	91,7
9	2,97	8,90	280	5,72	95,7
10	3,08	9,70	300	5,77	100,0
11	3,17	10,50	320	5,80	103,8
12	3,26	11,20	340	5,84	107,9
13	3,34	12,00	360	5,88	111,5
14	3,41	12,70	380	5,92	115,2
15	3,47	13,40	400	5,94	118,8
16	3,53	14,10	420	5,98	122,6
17	3,59	14,80	440	6,00	125,9
18	3,64	15,40	460	6,02	129,2
19	3,69	16,10	480	6,06	132,8
20	3,74	16,70	500	6,09	136,0
22	3,82	17,90	520	6,12	139,3
24	3,90	19,00	540	6,13	142,5
26	3,96	20,20	560	6,14	145,6
28	4,03	21,20	580	6,17	148,6
30	4,09	22,40	600	6,18	151,5
32	4,14	23,40	620	6,21	154,6
34	4,19	24,60	640	6,23	157,7
36	4,24	25,50	660	6,26	160,8
38	4,28	26,40	680	6,27	163,4
40	4,32	27,30	700	6,29	166,4
50	4,50	31,80	750	6,33	173,3
60	4,64	35,90	800	6,34	177,9
70	4,76	39,80	850	6,37	186,6
80	4,85	43,30	900	6,43	193,0
90	4,94	46,90	950	6,47	199,2
100	5,01	50,10	1000	6,48	204,9

$$\delta = \frac{V_{max} - V_{min}}{A} \qquad \delta = \frac{V_{max} - V_{min}}{B}$$

А при расчете по амплитуде вариационного ряда: $m = \pm\frac{24-16}{46,9} = 0,17$ дней, что достаточно близко к средней ошибке, рассчитанной по обычной формуле.

При оценке полученного результата по размеру средней ошибки пользуются *доверительным коэффициентом* (t), который дает возможность определить вероятность правильного ответа, т.е. он указывает на то, что полученная величина ошибки выборки будет не больше действительной ошибки, допущенной вследствие сплошного наблюдения. Так, если принять t=2,6, то вероятность правильного ответа составит 99,0%, а это означает, что из 100 выборочных наблюдений только один раз выборочная средняя может оказаться вне пределов генеральной средней. При t=1 вероятность правильного ответа составит лишь 68,3%, а 31,7% средних могут оказаться вне вычисленных пределов. Следовательно, с увеличением доверительной вероятности увеличивается ширина доверительного интервала, что, в свою очередь, повышает достоверность суждения, опорность полученного результата (см. табл. 6.11).

В медико-статистических исследованиях обычно используют доверительную вероятность (надежность), равную 95,5–99,9%, а в наиболее ответственных случаях – 99,7%.

Таким образом, если δ является доверительной вероятностью появления необходимых данных в заданных границах, то является доверительным интервалом, с помощью которого определяются границы возможного размера изучаемого явления.

Зная размер ошибки, можно, как отмечалось выше, правильно определить требуемое число наблюдений для выборочного исследования при помощи преобразования формулы предельной ошибки выборки:

$$\Delta = t \cdot m_x = \frac{t \cdot \delta}{\sqrt{n}},$$

в которую входит величина n – число наблюдений.

Решая приведенное равенство относительно n, получим формулу для определения числа наблюдений:

$$n = \frac{t^2 \cdot \delta^2}{\Delta^2}.$$

Таблица 6.11 Оценка полученного результата по средней ошибке

Доверительный коэффициент (критерий точности)	Опорность результата (достоверность), P_t	Риск ошибки, P
t_1=M±1m	68,3% (P_t – 0,683)	0,317
t_2=M±2m	95,5% (P_t – 0,955)	0,05
$t_{2,6}$=M±2,6m	99,0% (P_t – 0,990)	0,010
t_3=M±3m	99,7% (P_t – 0,997)	0,003
$t_{3,3}$=M±3,3m	99,9% (P_t – 0,999)	0,001

Для примера воспользуемся данными изучения средней длительности пребывания больных в специализированном отделении. Здесь M=20 дней, δ=±1,63 дней, m=±0,16 дней. Сколько же нужно дополнительно исследовать больных, заведомо оперируя ошибкой выборки больше полученной (Δ=±0,5 дней), при доверительной вероятности t=3.

Определяем требуемое число наблюдений:

$$n = \frac{3^2 \cdot 1{,}63^2}{0{,}5^2} = \frac{9 \cdot 2{,}66}{0{,}25} = 95{,}7.$$

Вывод: для того, чтобы оперировать в использованном нами примере с указанной точностью (99,7%), следует подвергнуть изучению 95–96 больных. Нами исследовано 95 больных, что соответствует искомой величине.

Достоверность разности средних величин

На практике нередко приходится иметь дело не с одной, а с двумя средними: надо сравнить среднюю длительность пребывания больных в 2 стационарах или за отчетный год и предыдущий, результаты, полученные при исследовании 2 групп больных, лечившихся разными методами, исследуемую группу и контрольную и т.д. Целью сравнения двух средних являются оценка существенности их различий, установление их достоверности.

Достоверность разности между двумя средними величинами определяется по формуле:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}},$$

где M_1 и M_2 – две средние арифметические величины, полученные в двух самостоятельных независимых группах наблюдений; m_1 и m_2 – их средние ошибки (выражение $\sqrt{m_1^2 + m_2^2}$ называют средней ошибкой разности двух средних); t – доверительный коэффициент для разности средних.

При t≥2 разность средних арифметических может быть признана существенной и неслучайной, т.е. достоверной. Это значит, что и в генеральной совокупности средние величины отличаются и что при повторении подобных наблюдений будут получены аналогичные различия. При t=2 надежность такого вывода будет не меньше 95%. С увеличением t степень надежности также увеличивается, а риск ошибки уменьшается. При t<2 достоверность разности средних величин считается недоказанной. Например, в больнице «А» средняя длительность пребывания больного на койке равна 16,2 дня, m=±1,5 дня; в больнице «В» – 14,8 и 1,0 соответственно.

$$t = \frac{16,2 - 14,8}{1,5^2 + 1,0^2} = \frac{1,4}{1,8} = 0,8.$$

Различие средних арифметических недостоверно, статистически незначительно. Но нельзя в таких случаях говорить о том, что «нет разницы»! Различие есть, но оно может быть недостоверным.

В сопряженных совокупностях (зависимых рядах) оценка достоверности разности средних проводится по формуле:

$$t = \frac{M_{разн}}{m_{разн}}.$$

Алгоритм расчета

1. Составляем два вариационных ряда (например, по уровню артериального давления у больных до и после введения гипотензивного препарата.

V_1	V_2	$V_{разн}$	$d_p = V_p - M_p$	d_p^2
190	170	20	2	4
180	150	30	12	144
170	165	15	–3	9
170	160	10	–8	64
165	150	15	–3	9

$\Sigma d_p^2 = 130$

2. Составляется вариационный ряд из разности вариант ($V_{разн} = V_1 - V_2$).
3. Для нового ряда рассчитываются все его характеристики: $M_{разн}$, $\delta_{разн}$, $m_{разн}$.

$$M_p = \frac{\sum V_1^5}{n} = \frac{20 + 30 + 15 + 10 + 15}{5} = 18\ (мм).$$

$$\delta_p = \pm\sqrt{\frac{\sum d_p^2}{n-1}} = \pm\sqrt{\frac{130}{4}} = 5,7\ (мм), \qquad m_p = \frac{\pm\delta}{\sqrt{n}} = \frac{5,7}{5} \approx 2,6\ (мм).$$

4. Определяем $t_p = \frac{18}{2,6} = 6,9$.

5. Так как n<30, полученное значение t сравниваем с табличным (см. табл. 6.12).

Полученное нами $t > t_{табл} = 0,99$, следовательно, полученная средняя разность в уровнях АД (18 мм рт.ст.) существенна и неслучайна, т.е. достоверна.

Достоверность показателей и разности показателей

Достоверность показателя определяется с помощью его средней ошибки по формуле:

$$m = \pm\sqrt{\frac{pq}{n}},$$

где p – размер показателя, выраженный в долях единицы, в процентах, в промилле; q равно $1-p$ или $100-p$ или $1000-p$ (величина, дополняющая показатель до основания); n – число наблюдений.

Например: обследовано 1800 больных, из них выявлено 90 больных гипертонической болезнью I ст. Процент выявленных больных по данным проведенного осмотра равен: $\frac{90 \cdot 100}{1800} = 5$ случаев на 100 осмотренных.

$$m = \pm\sqrt{\frac{5 \cdot 95}{1800}} = 0{,}5.$$

Следовательно, с вероятностью 95,5% показатель выявляемости больных с ГБ-1 в аналогичных условиях будет колебаться в пределах $P \pm 2m = 5 \pm 2 \cdot 0{,}5 = 5 \pm 1{,}0$, т.е. от 4 до 6 случаев на 100 обследованных.

Достоверность различий между сравниваемыми показателями вычисляется по формуле, аналогичной для средних величин:

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}.$$

Оценивается критерий различия показателей так же, как и средних величин.

Для примера сопоставим уровни общей летальности в двух больницах:

Показатель	Больница №1	Больница №2
Число лечившихся	4350	6760
Из них умерло	196	236
Летальность	4,5% (P_1)	3,5% (P_2)

Определим средние ошибки показателей:

$$m_1 = \pm\sqrt{\frac{4{,}5 \cdot 95{,}5}{4350}} = \pm\sqrt{0{,}098} = \pm 0{,}31,$$

$$m_2 = \pm\sqrt{\frac{3{,}5 \cdot 96{,}5}{6760}} = \pm\sqrt{0{,}049} = \pm 0{,}23.$$

Вычисляем критерий различия:

$$t = \frac{4{,}5 - 3{,}5}{\sqrt{0{,}31^2 + 0{,}23^2}} = \frac{1{,}0}{0{,}384} = 2{,}6.$$

Таблица 6.12 Таблица t (критерий Стьюдента)

n – 1	Процент возможной ошибки		
	5%	1%	0,1%
1	12,70	63,66	
2	4,30	9,92	31,60
3	3,18	5,84	12,94
4	2,78	4,60	8,61
5	2,57	4,03	6,86
6	2,42	3,71	5,96
7	2,36	3,50	5,31
8	2,31	3,36	5,04
9	2,26	3,25	4,78
10	2,23	3,17	4,59
11	2,20	3,11	4,44
12	2,18	3,06	4,32
13	2,16	3,01	4,22
14	2,14	2,98	4,14
15	2,13	2,95	4,07
16	2,12	2,92	4,02
17	2,11	2,90	3,96
18	2,10	2,88	3,92
19	2,09	2,86	3,88
20	2,09	2,84	3,85
21	2,08	2,83	3,82
22	2,07	2,82	3,79
23	2,07	2,81	3,77
24	2,06	2,80	3,75
25	2,06	2,79	3,73
26	2,06	2,78	3,71
27	2,05	2,77	3,69
28	2,05	2,76	3,67
29	2,04	2,76	3,66
30	2,04	2,75	3,64
∞	1,96	2,58	3,29

Рассчитанный критерий различия равен 2,6, т.е. больше 2, что указывает на достоверную, неслучайную, статистически значимую разницу уровней летальности в сравниваемых больницах.

Оценка нулевого эффекта. При альтернативном распределении (либо-либо), когда показатель равен нулю (P=0) или близок к нулю, а q=100% или когда показатель равен 100% (P=100%) или близок к 100%, а q=0, следует узнать, каким бы мог быть показатель изучаемого явления при других условиях отбора (другое число наблюдений, другой состав больных по полу, возрасту и т.д.). Для этого пользуются специ-

альной формулой, по которой можно вычислить «ожидаемый» уровень показателя:

$$P_1 = \frac{a+1}{n+2} \cdot 100\%.$$

где a – результативный показатель (P).

Допустим, что в больнице лечилось экспериментальным методом 60 больных (n), среди которых летальных исходов не было (P=0%). Вычисляем «ожидаемый» показатель летальности:

$$P_1 = \frac{0+1}{60+2} \cdot 100\% = 1{,}6\%.$$

Ошибка такого показателя определяется по формуле:

$$m_{ожид} = \pm\sqrt{\frac{pq}{n+3}} = \pm\sqrt{\frac{1{,}6 \cdot 98{,}4}{60+3}} = \pm\sqrt{\frac{158{,}2}{63}} = 1{,}58\%.$$

При t=2 возможны колебания ожидаемого показателя в пределах от 0% до 4,78% (1,6±3,18).

Малая выборка

В клинических и экспериментальных работах довольно часто приходится пользоваться *малой выборкой,* когда число наблюдений меньше 30. При такой выборке средние величины и показатели вычисляются по тем же формулам, что и при большой. При вычислении среднего квадратического отклонения и средней ошибки показателя число наблюдений уменьшается на единицу:

$$\delta = \pm\sqrt{\frac{\sum d^2 p}{n-1}}; \qquad m = \pm\sqrt{\frac{pq}{n-1}}.$$

Достоверность результатов (t) оценивается по таблице 6.12. Обращаться с таблицей Стьюдента следует по графе 1-й, в которой указано число степеней свободы (n^*), равное $n-1$, т.е. числу проведенных наблюдений, уменьшенному на единицу. Данные 2, 3 и 4-й граф исчислены для вероятности правильного заключения, равной: 95% – графа 2, при риске ошибки 5% (P_{05}); 99% – графа 3, при риске ошибки 1% (P_{01}) и 99,9% – графа 4, при риске ошибки 0,1% (P_{001}).

Методы измерения между явлениями

Корреляционный анализ

Одной из важных задач исследовательской работы является выявление и измерение связи между признаками, характеризующими изучаемые явления или процессы. Различают *функциональную* и *корреляционную* связи.

Таблица 6.13 Связь между возрастом детей-дошкольников и их ростом

Возраст	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет
Рост в см	100,3	102,9	108,1	113,7	118,3
	92,6	100,1	106,8	113,8	119,2
	93,8	101,6	107,8	113,3	119,4
	93,7	98,4	104,6	111,8	116,1
	94,2	99,4	107,4	112,1	

При наличии *функциональной* связи изменение величины одного признака неизбежно вызывает совершенно определенные изменения величины другого признака. Примером такой связи может служить зависимость площади круга от его радиуса. Функциональная связь между явлениями присуща неживой природе. В биологических науках чаще приходится иметь дело с иной связью между явлениями, когда одной и той же величине одного признака соответствует ряд варьирующих значений другого признака, что обусловлено чрезвычайным многообразием взаимодействия различных явлений живой природы. Такого рода связь носит название *корреляционной* (correlation – соответствие, соотносительность). В то время как функциональная связь имеет место в каждом отдельном наблюдении, корреляционная связь проявляется только при многочисленном сопоставлении признаков.

Рассмотрим, например, связь между возрастом детей-дошкольников и их ростом (табл. 6.13). Из приведенных данных видно, что с возрастом рост детей увеличивается, и поэтому можно предположить наличие связи между указанными признаками.

Вместе с тем, следует отметить, что одному и тому же возрасту соответствует различный рост детей. Это происходит потому, что рост детей определяется не только возрастом, на него влияют многие другие секторы, в том числе условия жизни, питание, занятия физкультурой и др. Таким образом, можно прийти к выводу, что связь между возрастом и ростом детей является корреляционной.

Исследователю следует помнить, что обнаружение корреляции между сопоставляемыми явлениями не говорит еще о существовании причинной связи между ними. Для установления последней необходим всесторонний логический и специальный анализ существа изучаемых процессов. Статистический же метод позволяет обосновать полученные в результате научного исследования выводы о наличии тех или иных связей между явлениями, выделить самые главные из них.

Сила связи между явлениями, ее теснота и направленность определяются величиной коэффициента корреляции, который колеблется в пределах от 0 до ±1. При r=0 связь отсутствует, при r=±1 – связь полная, функциональная.

$$r_{xy} = \pm \frac{\sum d_x d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \cdot \sum d_y^2}}.$$

Таблица 6.14 Схема оценки тесноты корреляционной связи по коэффициенту корреляции

Теснота связи	Величина коэффициента корреляции при наличии	
	прямой связи (+)	обратной связи (–)
Связь отсутствует	0	0
Связь слабая	от 0 до +0,3	от 0 до –0,3
Связь умеренная	от +0,3 до +0,7	от –0,3 до –0,7
Связь сильная	от +0,7 до +1,0	от –0,7 до –1,0
Связь полная (функциональная)	+1,0	–1,0

По направленности связь между явлениями может быть *прямой* (положительной), когда с увеличением (уменьшением) значений одного признака увеличиваются (уменьшаются) значения другого (т.е. когда признаки меняются в одном направлении), и *обратной* (отрицательной), когда с увеличением значений одного признака значения другого уменьшаются и наоборот (т.е. изменения признаков разнонаправлены).

Приведем пример вычисления коэффициента корреляции по приведенной формуле (табл. 6.15).

Ход вычислений здесь чрезвычайно прост. Суммируя ряды x и y, получаем $\Sigma x=119$ и $\Sigma y=105{,}2$. Деля суммы на число членов ряда (n), получаем средние арифметические этих рядов: $M_x=119:12=9{,}9$ и $M_y=105:12=8{,}8$. Ряды d_x и d_y, т.е. отклонение чисел рядов x и y, пред-

Таблица 6.15 Корреляция между среднемесячной температурой воздуха и числом умерших детей до 1 года от кишечных заболеваний (в одной из стран Центральной Азии)

Месяц года	x	y	d_x	d_y	d_x^2	d_y^2	$d_x \cdot d_y$
	средняя температура воздуха (°C)	среднедневные числа умерших от острых кишечных инфекций					
Январь	5	5,0	–4,9	–3,8	24,01	14,44	18,62
Февраль	2	5,5	–7,9	–3,3	62,41	10,89	26,07
Март	4	6,2	–5,9	–2,6	34,81	6,76	15,34
Апрель	8	5,4	–1,9	–3,4	3,61	11,56	6,46
Май	15	6,5	5,1	–2,3	26,01	5,29	11,73
Июнь	17	9,6	7,1	0,8	50,41	0,64	5,68
Июль	18	11,2	8,1	2,4	65,61	5,76	19,44
Август	17	15,3	7,1	6,5	50,41	42,25	46,15
Сентябрь	15	14,9	5,1	6,1	26,01	37,21	31,11
Октябрь	9	13,0	–0,9	4,2	0,81	17,64	–3,78
Ноябрь	6	7,0	–3,9	–1,8	15,21	3,24	7,02
Декабрь	3	6,2	–6,9	–2,6	47,61	6,76	17,94
n=12	$\sum_x = 119$ $M_x = \frac{119}{12} = 9{,}9$	$\sum_y = 105{,}2$ $M_y = \frac{105{,}2}{12} = 8{,}8$	–	–	$\Sigma d_x^2 =$ 406,92	$\Sigma d_y^2 =$ 162,44	$\Sigma d_x d_y =$ 176,32

ставляют собой разность между соответствующими значениями x и y и средним арифметическим этих рядов. Так, для ряда x, d_x равно для января: x–M=5–9,9=–4,9; для февраля: x–M=2–9,9=–7,9 и т.д. Возводя поочередно числа рядов d_x и d_y в квадрат, получаем ряды d_y^2 и d_x^2, а умножая попарно числа рядов d_x и d_y между собой, получаем ряд $d_x \cdot d_y$.

Подставляем значения сумм этих рядов в формулу:

$$r_{xy} = \pm \frac{\sum d_x d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \cdot \sum d_y^2}},$$

получим:

$$r_{xy} = \pm \frac{178,32}{406,95 \cdot 162,44} = 0,686 \approx 0,7.$$

То есть между среднемесячной температурой воздуха и числом умерших от острых кишечных инфекций существует прямая корреляционная связь.

Это чрезвычайно простое для понимания вычисление требует довольно кропотливой, хотя и несложной математической работы. Вычислительная работа особенно затрудняется тогда, когда члены коррелируемых рядов имеют большие числовые значения, особенно если варианты коррелируемых рядов приведены в виде сгруппированных интервалов и, следовательно, приходится вычислять не простую, а взвешенную среднюю.

Средняя ошибка коэффициента корреляции. Поскольку коэффициент корреляции в клинических исследованиях рассчитывается обычно для ограниченного числа наблюдений, нередко возникает вопрос о надежности полученного коэффициента. С этой целью определяют среднюю ошибку коэффициента корреляции. При достаточно большом числе наблюдений (больше 100) средняя ошибка коэффициента корреляции (m_r) вычисляется по формуле:

$$r = \frac{1 - r_{xy}^2}{\sqrt{n}},$$

где n – число наблюдений.

В том случае, если число наблюдений меньше 100, но больше 30, точнее определять среднюю ошибку коэффициента корреляции, пользуясь формулой:

$$m_r = \frac{1 - r_{xy}^2}{\sqrt{n-1}}.$$

Достаточной для медицинских исследований надежностью о наличии той или иной степени связи можно утверждать только тогда, когда величина коэффициента корреляции превышает или равняется вели-

чине трех своих ошибок ($r_{xy} \geq 3_{mr}$). Обычно это отношение коэффициента корреляции (r_{xy}) к его средней ошибке (m_r) обозначают буквой t и

$$t_r = \frac{r_{xy}}{m_r},$$

Если $t_r \geq 3$, то коэффициент корреляции достоверен.

Дисперсионный анализ

Дисперсионный анализ позволяет дать обобщенную характеристику трем и более средним величинам или показателям и позволяет:

– измерить силу влияния;

– оценить разность частных средних величин или показателей;

– определить достоверность разности частных средних величин или показателей.

Дисперсионный анализ показывает степень рассеивания вариации (дисперсии) измеряемых признаков вокруг среднего типичного уровня, поэтому он дает возможность изучить действие на конечный результат исследования нескольких факторов вместе, роль каждого из них и сравнить действие отдельных факторов между собой.

Изучение действия факторов производится путем сравнения средних значений наблюдаемого признака, полученных в результате воздействия каждого из этих факторов при разном их сочетании.

Различают следующие виды дисперсионного анализа: однофакторный, двухфакторный и многофакторный.

Методика проведения дисперсионного анализа изложена в многочисленных специальных изданиях по медицинской статистике.

Непараметрические критерии

Непараметрические критерии используются преимущественно в тех случаях, когда изучаемое явление отличается от нормального распределения. С одной стороны, они позволяют оценить характер, тенденцию явления (увеличение, уменьшение, без перемен), хотя, с другой, большинство из них обладает достоверно высокой статистической мощностью (чувствительностью). Особенно эффективно применение непараметрических критериев при малых выборках ($n<30$), при изучении качественных признаков. Преимуществом большинства непараметрических критериев является сравнительная простота расчетов.

Основные направления применения непараметрических критериев:

1. Для характеристики одной совокупности:

– критерий итераций (флуктуации);

– медиана, квартели.

2. Для оценки связи между явлениями:

– коэффициент ранговой корреляции (Спирмена);

– коэффициент корреляции рангов (Кендела);
– показатель соответствия χ^2 (хи-квадрат).

3. Для оценки различий двух сравниваемых совокупностей.

При этом следует выделять несколько вариантов:

1. Для сравнения *количественных* признаков:

Две выборки		Несколько выборок	
А	Б	В	Г
независимые	зависимые	независимые	зависимые
Критерий Лорда (И) Критерий Вилкоксона–Манна–Уитни (И) Критерий Мостеллера Критерий Розенбаума (Q) Критерий Уайта (К) Серийный критерий Вальда–Вольфовича (S) Критерий Колмогорова– Смирнова (λ)	Ранговый критерий Вилкоксона (Т) Критерий знаков (Z) Максимум критерий для разности пар	Сравнение выборок по Немени	Критерий Фридмана Критерий Вилкоксона

2. Для сравнения *качественных* признаков:

Две выборки		Несколько выборок	
Д	Е	Ж	З
независимые	зависимые	независимые	зависимые
Критерий Стьюдента с поправками Йетса Критерий согласия (χ^2) Точный метод Фишера (χ^2) Критерий Ван-дер-Вардена (Х)	Критерий Макни–Мара	Критерий (χ^2) по Р.Руниони	Критерий Кокрена (Q)

Конкретные непараметрические критерии подробно изложены в специальных руководствах по медицинской статистике.

Глава 7

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВАЖНЕЙШИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НИХ

Среди различных заболеваний населения ряд болезней имеет особо важное социально-гигиеническое значение. Значимость таких заболеваний связана не только и даже не столько с их широким распространением, сколько с той ролью, которую эти заболевания играют в смертности и инвалидизации населения, в экономическом ущербе для экономики страны из-за временной утраты трудоспособности, инвалидности и преждевременной смерти. К таким заболеваниям относятся болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, травмы.

Кроме того, ряд заболеваний относится к группе так называемых важнейших неэпидемических заболеваний. Это те же злокачественные новообразования, туберкулез, психические расстройства, венерические и некоторые кожные заболевания. Данные заболевания выделяют не только в связи с особой важностью их ранней диагностики, но и потому, что выявить такие заболевания должен врач любой специальности, а лечению такие больные подлежат у врачей соответствующих специальностей в специализированных медицинских учреждениях – диспансерах.

Социально-гигиеническое значение болезней системы кровообращения и организация медицинской помощи при них

Одной из самых актуальных проблем научной медицины и практического здравоохранения 2-й половины XX в. и начала XXI в. являются болезни системы кровообращения. Социально-гигиеническое значение этих заболеваний определяется не только, а вернее, не столько частотой распространения, сколько их тяжестью. Эти болезни занимают ведущее (1-е) место среди всех причин смерти в большинстве экономически развитых стран мира, в том числе и в России. В нашей стране болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин инвалидности.

В структуре заболеваний, которые регистрируются в амбулаторно-поликлинических учреждениях, т.е. в структуре общей заболеваемости, сердечно-сосудистые заболевания занимают видное, но не

Таблица 7.1 Заболеваемость и смертность от заболеваний системы кровообращения (на 100 000 населения России)

Показатель	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2006 г.
Общая заболеваемость	9884,7	10 689,8	13 802,4	19 314,6	20 923,0
Первичная заболеваемость	1122,8	1321,0	1705,8	2290,3	2657,5
Смертность	618,7	790,7	846,1	908,0	864,7

1-е место. Среди всех зарегистрированных заболеваний на их долю приходится 14–16%, а среди впервые выявленных заболеваний – только 2%, в то время как на долю болезней органов дыхания приходится 43%, а травмы составляют 13% от всех впервые зарегистрированных заболеваний.

Уровень распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, по данным разных авторов, имеет заметные колебания в разных регионах. Это связано как с наличием различных факторов риска, так и с рядом социально-демографических показателей, которые отличаются на разных территориях. Кроме того, как показало специальное эпидемиологическое исследование, проведенное среди мужчин 40–59 лет в ряде городов, 29% страдающих артериальной гипертонией (АГ) не знали, что они больны, а среди больных ИБС о своем заболевании не знали от 36 до 61% исследуемых в разных городах.

Возрастно-половые особенности заболеваемости болезнями системы кровообращения заключаются в том, что с увеличением возраста такая заболеваемость интенсивно растет. Уровень заболеваемости, по данным обращаемости, женщин в 1,4 выше, чем мужчин (кроме острого инфаркта миокарда).

Видное место болезни системы кровообращения занимают в госпитализированной заболеваемости.

Из общего числа госпитализированных на долю таких больных приходится 12% и более, причем это больные не с самыми короткими сроками госпитализации, которым нередко требуются наиболее интенсивные методы терапии. Однако наибольшую тревогу вызывают место и тенденции сердечно-сосудистых заболеваний в смертности населения.

Как установлено многочисленными эпидемиологическими исследованиями, сердечно-сосудистые заболевания появляются в результате различных факторов риска, хотя некоторые из основных факторов риска (наследственность, возраст) не поддаются изменению, других факторов можно избежать путем изменения привычек и образа жизни. Среди основных изменяемых, т.е. управляемых факторов риска табакокурение, высокий уровень холестерина в крови и физическая бездеятельность. Сахарный диабет, тучность и стресс являются отягощающими факторами риска, которые в сочетании с другими факторами могут повысить вероятность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Кстати, 10-летнее наблюдение 5000 лиц 30–59-летне-

го возраста показало, что риск заболеть коронарной болезнью сердца увеличивается при наличии большего числа факторов. Например, не составляет большой опасности наличие высокого холестерина в сыворотке крови пожилого человека с небольшим весом или «гипертоника» и некурящего сравнительно с молодым курильщиком с повышенным АД и повышенным весом. Заболеваемость сердечно-сосудистым заболеванием при наличии 1 фактора удваивается, а при 3 факторах риск заболеть возрастает в 10 раз. На фоне таких исследований становятся понятными тенденции динамики смертности от болезней системы кровообращения в разных странах. С 1970-х годов уровень смертности от таких заболеваний в Западной Европе и Северной Америке заметно упал. В США уровень смертности от различных сердечно-сосудистых заболеваний снизился на 46% за последние 20 лет, в то время как уровень смертности от коронарной болезни сердца и инсульта снизился на 51 и 60% соответственно. По мнению специалистов ВОЗ, 1/3 снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в США можно отнести за счет развития лекарственной терапии и клинических вмешательств, в то время как 2/3 снижения смертности относятся за счет изменений привычек в образе жизни, среди которых можно назвать правильное питание, контроль за течением гипертонической болезни, физические упражнения и прекращение курения. И все же сердечно-сосудистые заболевания остаются ведущей причиной смертности в развитых странах Запада: на их счет относятся 42% всех смертей в США и 44% в Европейском Союзе.

В то время как смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Западной Европе и Северной Америке постоянно снижается за последнюю четверть века, в Центральной и Восточной Европе этот уровень возрастает. Если в 1970 г. уровень смертности от болезней системы кровообращения на западе составил 490 на 100 000 населения, а в 1990 г. – 310, то на востоке Европы эти показатели были соответственно 580‰ и 660‰. В 1992 г. сердечно-сосудистые заболевания составили 62% всех смертей в Болгарии, 59% в Румынии, 56% в Чехии и 52% в Венгрии.

В России сложилась неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в отношении смертности от болезней системы кровообращения. Отсутствие в бывшем СССР действенной общегосударственной программы по первичной профилактике болезней системы кровообращения сопровождалось ростом смертности населения, в то время как в экономически развитых странах в результате вовлечения населения в массовые профилактические мероприятия отмечалась противоположная тенденция.

В настоящее время в Российской Федерации по сравнению с другими экономически развитыми странами отмечаются повышенные уровни смертности от болезней системы кровообращения. Так, стандартизованные по возрасту показатели смертности от болезней системы

кровообращения (стандарт европейский) для лиц обоего пола в России составляют 790,1 на 100 000 населения (1995 г.), в то время как в США – 307,2 (1994 г.), в Швеции – 295,9 (1995 г.), в Великобритании – 317,2 на 100 000 населения (1995 г.).

По предварительной оценке ВОЗ, половину всех смертей, вызываемых ежегодно сердечно-сосудистыми заболеваниями, можно предотвратить. Стратегию профилактики сердечно-сосудистых заболеваний можно разделить на программы работы с населением в целом и на клинические вмешательства, которые основное внимание уделяют группам высокого риска. Специалисты ВОЗ подчеркивают, что как для экономически развитых, так и для развивающихся стран самый практичный и наименее дорогостоящий путь профилактики – это не медицина, а здоровый образ жизни. Среди изменений в образе жизни, которые помогают в предотвращении основных болезней системы кровообращения, следующие:

- коронарная болезнь сердца – прекращение курения, низкое содержание солей в питании, обезжиренное питание, физические упражнения, контролирование массы тела;
- инсульт – прекращение курения, низкое содержание солей в питании, контролирование массы тела;
- повышенное кровяное давление – низкое содержание солей в питании, физические упражнения, контролирование массы тела, ограниченный прием спиртного.

Во многих странах к таким рекомендациям относятся очень внимательно. Например, в Финляндии с конца 1994 г. многие пекарни перешли на выпечку хлебобулочных изделий с почти вдвое меньшим содержанием соли – 0,7 г на килограмм хлеба вместо прежних 1,2 г. Эта мера приведет, по предварительным подсчетам, к уменьшению случаев смертности от инсульта на 2000 случаев и от инфаркта миокарда – на 1600 случаев в год. Соответственно снизятся на 100 млн долларов в год расходы на лечение и не менее 40 млн долларов – на приобретение лекарств.

В организации медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимо сочетание лечебных мероприятий и профилактики. Наилучшим образом такому требованию отвечает диспансерный метод. В 1977 г. в нашей стране было принято решение в каждом областном центре открыть кардиологический диспансер, в задачу которого входила бы организация всей диспансерной работы с больными кардиологического профиля в области. Однако к 1991 г. в Российской Федерации было организовано лишь около 30 кардиологических диспансеров. Поэтому, не отрицая важности деятельности кардиологических диспансеров и учитывая большое количество больных такого профиля, надо признать, что основную роль в оказании амбулаторной помощи кардиологическим больным играют врачи поликлиник. В крупных городских поликлиниках работают кардиоло-

гические кабинеты. Основными задачами кардиологического кабинета являются:

1. Оказание квалифицированной лечебно-профилактической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
2. Разработка и в соответствующих случаях проведение организационных и методических мероприятий по раннему выявлению, профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и улучшению качества медицинского обслуживания больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В соответствии с поставленными задачами кабинет осуществляет:

а) проведение консультаций больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

б) диспансерное наблюдение и лечение больных работоспособного возраста:

– ишемической болезнью сердца с частыми приступами;
– стенокардией, а также нарушениями ритма;
– гипертонической болезнью с преимущественным поражением сердца (II-а стадии);
– перенесших инфаркт миокарда.

3. Разработка и проведение в соответствующих случаях мероприятий по раннему выявлению сердечно-сосудистых заболеваний, по улучшению качества диагностики, лечения и диспансеризации больных с указанной патологией, в том числе участковыми (цеховыми) врачами.
4. Проведение анализа работы по диспансеризации больных сердечно-сосудистого профиля.
5. Внедрение в практику новейших методов профилактики, диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
6. Участие в мероприятиях по повышению квалификации врачей и среднего медперсонала учреждений в области кардиологии.

Однако, несмотря на большую роль врачей-кардиологов в лечении и наблюдении кардиологических больных, основной фигурой в поликлинике для таких больных остается участковый врач-терапевт. Так, если в поликлиниках, где имеются кардиологические кабинеты, 44% посещений больные с ИБС выполняют к кардиологам, то 56% приходится на долю посещений к участковым терапевтам. У больных гипертонической болезнью только 5% посещений приходится на долю кардиологических кабинетов, а 91% посещений такие больные выполняют к терапевтам (кроме того, посещают окулистов, невропатологов). С развитием системы врача общей практики его роль в выявлении, наблюдении и лечении больных с заболеваниями системы кровообращения будет еще больше, чем врачей-терапевтов. Естественно, что работа с такими больными требует соответствующего технического оснащения. Поэтому офисы врачей общей практики (семейных врачей) обязательно должны иметь современные электрокардиографы.

Больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями нередко являются тяжелыми больными. Поэтому в организации медицинской помощи таким больным большую роль играют стационары. В стационарах развернута широкая сеть специализированных кардиологических отделений и отделений для больных острым инфарктом миокарда, в которых организованы палаты реанимации и интенсивной терапии. Практика показала, что на госпитальном этапе организация специализированной и узкоспециализированной помощи позволяет получить значительно более высокие результаты лечения кардиологических больных, чем в общетерапевтических отделениях. Учитывая, что среди причин смерти особое место занимает острый инфаркт миокарда, при котором наблюдается высокая летальность, у нас в стране разработана четкая этапная система оказания помощи таким больным. I этап – догоспитальный. На этом этапе помощь может быть оказана врачами скорой медицинской помощи, в состав которой входят специализированные кардиологические бригады, врачами неотложной помощи поликлиник, участковыми терапевтами или врачами общей практики. II этап – стационарный. Как было отмечено выше, оптимальным является госпитализация в специализированные отделения. Специально проведенное исследование показало, что в таких отделениях даже в группах наиболее тяжелых больных летальность заметно ниже (15%), чем в общетерапевтических отделениях (22%). III этап – отделения восстановительного лечения, которые развернуты в ряде больниц. По показаниям такие больные могут быть направлены в кардиологический санаторий.

К концу XX в. больших успехов в мире достигла сердечно-сосудистая хирургия. В нашей стране также практически для всех видов болезней сердца и сосудов разработаны операции, позволяющие спасти или продлить жизнь больному. Развернута сеть соответствующих отделений в стационарах и научно-исследовательских институтах. Однако в силу ряда причин, прежде всего экономического характера, сердечно-сосудистая хирургия в нашей стране достигла незначительных масштабов использования, результативность ее низка, в силу этого незначительно влияние на здоровье населения, которое не соответствует возможностям этой отрасли и не отвечает потребностям страны. Операции на сердце, аорте и ее ветвях выполняют в России в 100 лечебно-профилактических учреждениях, в том числе в 13 научно-исследовательских институтах и 40 вузах. Операции только на сердце выполняют еще в 66 учреждениях. Однако эти учреждения распределены крайне неравномерно по стране и работают не очень интенсивно. Если в европейском регионе на 1 000 000 жителей выполняется в год в среднем около 1000 операций на сердце и сосудах, то в России было выполнено в 1992 г. – 49,9, в 1993 г. – 48,6, в 1994 г. – 53,2. Потребность в операциях на сердце в перерасчете на среднеевропейский стандарт составляет 75 000 в год, на артериях – 140 000. В 1997 г. выполнено 23 899 операций на сердце

и 125 513 – на артериях. Таким образом, влияние сердечно-сосудистой хирургии на здоровье населения в нашей стране пока еще очень мало.

Стройная система кардиологической помощи была создана в Санкт-Петербурге. Кардиологическая служба представлена: 9 бригадами специализированной кардиологической скорой помощи, 2 диспансерными диагностическими центрами, 79 кардиологическими кабинетами в поликлиниках и медико-санитарных частях, 6 кабинетами амбулаторного восстановительного лечения для больных, перенесших острый инфаркт миокарда, 41 кардиологическим отделением стационаров более, чем на 3000 коек (в том числе 27 кардиологическими отделениями, 2 отделениями для лечения больных с нарушениями ритма, 10 отделениями для лечения больных острым инфарктом миокарда, двумя отделениями для восстановительного лечения больных, перенесших острый инфаркт миокарда), городским антиаритмическим центром и 4 такими же стационарными отделениями.

В крупных городах наряду с линейными бригадами скорой медицинской помощи функционируют специализированные бригады, в том числе кардиологические.

Непосредственные показания к вызову кардиологической бригады:

– острый инфаркт миокарда и его осложнения (кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность, нарушения ритма и проводимости сердца и др.);
– впервые возникшие некупирующиеся и гемодинамически осложненные (гипотония, коллапс) случаи нарушения ритма и проводимости сердца: пароксизмальная тахикардия, пароксизмальные формы мерцания или трепетания предсердий, полная атриовентрикулярная блокада, приступы Морганьи–Адамса–Стокса, асистолия и фибрилляция желудочков;
– случаи затянувшегося или некупирующегося приступа стенокардии, особенно впервые возникшего, или часто повторяющегося приступа по типу нестабильной (прогрессирующей) стенокардии, представляющие диагностические затруднения;
– острая сердечная (сердечная астма, отек легких) и сосудистая недостаточность;
– гипертонические кризы, осложненные левожелудочковой и острой коронарной недостаточностью;
– тромбозы и эмболии легочной артерии;
– клиническая смерть при острых сердечно-сосудистых заболеваниях.

Помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на дому, в поликлинике и в стационаре предусмотрена гарантированным перечнем видов медицинской помощи, т.е. программой государственных гарантий. Среди ограниченной группы мероприятий по профилактике заболеваний, определенной этой программой, и диспансеризация больных, перенесших острый инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения.

Стратегия профилактики сердечно-сосудистых заболеваний должна включать в себя организацию поддержки профилактических программ, разработку политики законодательства, координации, усиление профилактической направленности (первичной профилактики) в деятельности служб здравоохранения, обучение населения здоровому образу жизни, активизацию населения, мониторинг эпидемиологической ситуации в отношении болезней системы кровообращения среди населения, научные исследования. В этом направлении принимаются определенные действия, но их недостаточно. В настоящее время разрабатывается федеральная программа «Артериальная гипертония». В ряде административных территорий реализуются местные программы, направленные на снижение заболеваемости артериальной гипертонией и атеросклерозом (Нижегородская, Вологодская области и др.).

Социально-гигиеническое значение злокачественных новообразований и организация медицинской помощи при них

Второй острейшей проблемой современной медицины являются злокачественные новообразования. Специалисты называют их «убийцей №2», отмечая тем самым, что во многих странах мира злокачественные новообразования занимают второе место (после заболеваний системы кровообращения) среди причин смерти. Прежде всего этим, а также высокими экономическими потерями вследствие преждевременной смертности и инвалидизации объясняется социально-гигиеническое значение таких заболеваний. Кроме того, злокачественные новообразования характерны фатальной обреченностью для больных при многих локализациях. Если в начале XX в. среди всех причин смерти в экономически развитых странах злокачественные заболевания составляли 3–7%, то в настоящее время на их долю приходится 14–20%.

И уровень, и структура смертности от злокачественных новообразований находятся в тесной зависимости от пола и возраста. У мужчин в структуре смертности первое место занимает рак органов дыхания, второе – рак желудка и третье – пищевода. У женщин: первое место – рак желудка, второе – молочной железы, третье – рак шейки матки. Смертность от рака у мужчин значительно выше, чем у женщин. По Российской Федерации в 1998 г. обычные показатели смертности у мужчин были 238,0 на 100 000, а у женщин – 168,6. Стандартизованные по возрасту показатели смертности составили у мужчин 290,2, а у женщин – 137,2 на 100 000 населения соответствующего пола. Показатели смертности от злокачественных новообразований интенсивно растут с увеличением возраста, что отражает возрастные особенности заболеваемости.

Более высокий уровень смертности мужчин как в целом, так и в отдельных возрастных группах (за исключением тридцатилетних),

объясняется прежде всего более высоким уровнем заболеваемости раком мужчин, а главное, тем, что у мужчин чаще, чем у женщин, встречается рак внутренних органов: пищевода (в 2 раза чаще), желудка, трахеи, легких (в 7,2 раза чаще), т.е. таких локализаций, где ранняя диагностика до настоящего времени представляет серьезные трудности. У женщин значительную часть составляют опухоли молочной железы, половых органов, т.е. локализаций, при которых имеется большой шанс своевременного выявления.

Большой интерес представляет вопрос о динамике смертности от злокачественных новообразований. Смертность от таких заболеваний, по данным ВОЗ, растет повсеместно (табл. 7.2).

Однако большинство ученых, занимающихся вопросами эпидемиологии злокачественных новообразований, считают, что при анализе динамики смертности от таких заболеваний необходимо учитывать следующие обстоятельства:

1. За 60–70 лет во всем мире сильно продвинулось качество диагностики рака, появилось достаточное количество специалистов-онкологов, качественные изменения произошли в гистологическом, рентгенологическом исследовании опухолей.

2. Усовершенствовался статистический учет таких заболеваний.

3. Произошло изменение возрастной структуры населения в сторону его постарения. Уровень смертности от рака женщин в возрасте 60–70 лет в 50–60 раз выше, а у мужчин такого же возраста – в 100–115 раз выше, чем у лиц в возрасте до 30 лет. Стандартизованные по возрасту показатели смертности от рака за последние годы в мире у мужчин стабилизировались. Из всех показателей рака не попадает в эту закономерность рак органов дыхания. Рак легких имеет выраженную тенденцию к росту и в уровне заболеваемости, и в смертности. Увеличение распространенности рака легких все исследователи и практические врачи связывают с распространением курения.

Изложение социально-гигиенической проблемы злокачественных новообразований мы начали с вопросов смертности по двум причинам: 1-я – чтобы подчеркнуть остроту проблемы; 2-я – несмотря на повышение уровня прижизненной диагностики, сведения о смертности более точны, чем о заболеваемости.

Таблица 7.2 Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения Российской Федерации (на 100 000 населения)

Показатель	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2006 г.
Первичная заболеваемость	264,4	280,3	307,7	330,5	339,2
Распространенность (число больных, состоящих на учете в ЛПУ)	1122,8	1271,5	1443,7	1685,7	1787,2
Смертность	192,2	200,9	202,9	199,4	197,1

В нашей стране регистрация злокачественных новообразований проводится с 1939 г. в городах, где работали врачи-онкологи, а с 1953 г. – повсеместно. Число больных с впервые установленным диагнозом растет: по Российской Федерации динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями выглядит следующим образом (на 100 000 населения): 1980 г. – 231,5, 1990 г. – 264,5, 1995 г. – 280,3, 2000 г. – 307,7, 2005 г. – 330,5, 2006 г. – 328,0.

В течение многих лет показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями у мужчин были существенно выше, чем у женщин. В 1998 г. на 100 000 мужчин было выявлено 329 случаев злокачественных новообразований, а на 100 000 женщин – 267. В 2006 г. первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями у мужчин составила 334,5‰, а у женщин – 332,9‰. Сохраняются различия структуры локализации опухолевого процесса у мужчин и у женщин. В 2006 г. у мужчин первое место заняли злокачественные новообразования органов дыхания (21,5%), второе – желудка (10,7%), третье – предстательной железы (8,2%). Число больных с впервые выявленным раком предстательной железы возросло с 5,6 тыс. чел. в 1990 г. до 18,1 тыс. чел. в 2006 г. (в 3,2 раза!). У женщин в структуре первичной заболеваемости первое место заняли злокачественные новообразования молочной железы – 19,8%, второе место – злокачественные новообразования желудка (7,1%). Такую же долю суммарно составил рак тела и шейки матки.

В отношении увеличения заболеваемости раком многие исследователи выдвигают те же доводы, что и при анализе динамики смертности. Совершенно определенно можно говорить о росте заболеваемости раком органов дыхания и в какой-то степени – молочной железы и гемобластозами. Наблюдается тенденция к снижению заболеваемости раком губы, пищевода и желудка.

Если в отношении заболеваемости (числа вновь выявленных больных) раком следует говорить осторожно, то в отношении распространенности можно уверенно говорить о тенденции к росту этого показателя. Если в России в 1980 г. было зарегистрировано 1318 тыс. больных, то в 1990 г. – 1664,8 тыс., в 1995 г. – 1870,0 тыс., а в 2000 г. – 2097,5 тыс. чел., в 2005 г. – 2386,8 тыс. чел., в 2006 г. – 2466,3 тыс. чел. Практически 50% больных живут более 5 лет.

Огромную роль в положительном решении проблемы злокачественных новообразований играет раннее выявление заболевания. От этого зависит исход всей медицинской помощи.

Важная роль по раннему выявлению злокачественных новообразований отводится смотровым кабинетам амбулаторно-поликлинических учреждений. В смотровых кабинетах работают средние медицинские работники, прошедшие специальную подготовку по онкологии.

В смотровом кабинете осуществляется:

– доверительный опрос пациентов;

– проведение профилактического осмотра пациентов, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение, на предмет раннего выявления предопухолевых и опухолевых заболеваний видимых локализаций;
– обязательное взятие у всех женщин, обратившихся в кабинет, мазков из цервикального канала и с шейки матки и направление исследование в цитологическую лабораторию;
– направление лиц с выявленной патологией к соответствующему специалисту для уточнения диагноза и организации лечения;
– учет и регистрация проводимых профилактических осмотров, результатов цитологических исследований по установленным формам первичной медицинской документации;
– проведение санитарно-просветительной работы среди пациентов поликлиники.

Профилактический осмотр женщин в смотровом кабинете включает осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, осмотр, пальпацию молочных желез, осмотр и пальпацию области щитовидной железы, осмотр и пальпацию живота, периферических лимфоузлов, осмотр в зеркалах шейки матки и влагалища, бимануальное обследование матки и придатков, пальцевое обследование прямой кишки женщинам старше 40 лет и при наличии соответствующих жалоб.

Профилактический осмотр мужчин включает осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, осмотр и пальпацию области наружных половых органов, области грудных желез, щитовидной железы, живота, периферических лимфоузлов, пальцевое обследование прямой кишки и области предстательной железы.

Для приближения специализированной помощи к населению в составе территориальных поликлиник функционируют онкологические кабинеты.

На должность врача онкологического кабинета назначается врач, прошедший подготовку по онкологии и имеющий соответствующий сертификат.

В онкологическом кабинете амбулаторно-поликлинического кабинета осуществляется:
– оказание консультативной и диагностической помощи больным злокачественными новообразованиями и с подозрением на них и, при необходимости, направление больного в онкологический диспансер;
– лечение больных злокачественными новообразованиями по рекомендациям онкологических диспансеров и институтов;
– диспансерное наблюдение больных со злокачественными новообразованиями и некоторыми формами предопухолевых заболеваний;
– консультации и патронаж на дому нуждающихся в этом больных злокачественными новообразованиями;

– контроль за своевременной госпитализацией больных для радикального, паллиативного и симптоматического лечения, анализ причин отказов в госпитализации;
– учет больных злокачественными новообразованиями, проживающих на территории данного амбулаторно-поликлинического учреждения, контроль за своевременным направлением извещений на них в онкологические диспансеры;
– анализ и разбор диагностических ошибок с врачами амбулаторно-поликлинических учреждений;
– методическая помощь врачам по организации профилактических осмотров, диспансеризации больных с предопухолевыми и хроническими заболеваниями, санитарно-просветительной работы среди населения.

В борьбе со злокачественными новообразованиями огромное значение имеет правильная организация медицинской помощи. Возглавляет эту работу Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина (Москва), в состав которого входят три института: Институт канцерогенеза, Институт экспериментальной диагностики и терапии и Институт клинической онкологии. В ряде регионов, в том числе и в Санкт-Петербурге, имеются научно-исследовательские онкологические институты.

Главным звеном в осуществлении специализированной помощи являются онкологические диспансеры. Такие диспансеры, которые оказывают все виды специализированной помощи, в том числе и стационарной, организованы в областных центрах и крупных городах. В 2006 г. в РФ функционировали 111 онкологических диспансеров. При центральных районных больницах в других городах и в городских районных поликлиниках организованы онкологические диспансерные отделения или кабинеты. На любой территории работа с онкологическими больными ведется диспансерным методом.

Основными задачами онкологического диспансера являются:

1. Организационно-методическое руководство и координация противораковых мероприятий, осуществляемых учреждениями здравоохранения:
– анализ состояния онкологической помощи населению прикрепленной территории, эффективности и качества профилактических мероприятий, диагностики, лечения и диспансерного наблюдения онкологических больных;
– методическое руководство и оказание практической помощи лечебно-профилактическим учреждениям по вопросам организации профилактики, раннего выявления, лечения, в том числе паллиативного и симптоматического;
– сбор и обработка статистической информации по онкологии, составление статистических отчетов по утвержденным формам и представление их в органы управления здравоохранением в соответствующие сроки;

– ведение территориального ракового регистра;
– планирование и проведение противораковых мероприятий;
– организация семинаров, конференций.

2. Оказание квалифицированной консультативно-лечебной помощи онкологическим больным:
– дообследование больных, направленных с подозрением на злокачественное новообразование учреждениями общелечебной сети;
– оказание в полном объеме квалифицированной лечебной помощи больным злокачественными новообразованиями с использованием современных медицинских технологий;
– проведение диспансерного наблюдения за больными со злокачественными новообразованиями;
– оказание консультативной помощи и проведение восстановительного лечения больным злокачественными новообразованиями после радикального лечения и с местными постлучевыми повреждениями;
– осуществление консультирования врачей и оказание высококвалифицированной лечебной помощи больным злокачественными новообразованиями в других ЛПУ.

3. Внедрение в практику онкологических и других лечебно-профилактических учреждений новых медицинских технологий оказания медицинской помощи онкологическим больным и больным с предопухолевыми заболеваниями.

4. Осуществление экспертных функций:
– анализ эффективности и качества лечебно-диагностической помощи онкологическим больным в специализированных и неспециализированных медицинских учреждениях;
– изучение и анализ причин случаев позднего выявления злокачественных новообразований;
– анализ обоснованности диагноза злокачественными новообразованиями, указываемого в свидетельствах о смерти, выдаваемых медицинскими работниками.

5. Подготовка и повышение квалификации врачей-онкологов, а также врачей других специальностей и средних медработников по вопросам профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний с использованием различных форм подготовки.

6. Организация и проведение санитарно-просветительной работы среди населения с целью профилактики злокачественных новообразований.

Все контингенты онкологических больных, подлежащих диспансеризации, делят на следующие группы учета:

1а – больные с подозрением на рак;
1б – предрак;
2 – больные, подлежащие специализированному лечению;
2а – больные, подлежащие радикальному лечению;

3 – практически здоровые;
4 – больные в запущенной стадии, требующие паллиативного лечения.

Онкологические диспансеры являются ведущими, но не единственными учреждениями в лечении онкологических больных.

Для оказания паллиативной помощи больным со злокачественными новообразованиями в составе онкологических диспансеров и многопрофильных больниц создаются отделения паллиативной помощи, выполняющие следующие функции:
– оказание квалифицированной паллиативной и симптоматической помощи инкурабельным онкологическим больным;
– оказание амбулаторной помощи инкурабельным больным в дневном стационаре и на дому;
– оказание консультативной помощи медицинским учреждениям по организации паллиативной и симптоматической помощи онкологическим больным;
– проведение паллиативных хирургических вмешательств (лапароцентеза, торакоцентеза, эпицистостомии), инвазивных методов обезболивания, фармакотерапии болевого синдрома и детоксикации;
– проведение комплекса мероприятий по социальной реабилитации онкологических больных;
– оказание психологической поддержки и моральной помощи больным и их родственникам;
– специализация и стажировка врачей и среднего медперсонала по оказанию медицинской помощи и уходу за инкурабельными больными;
– консультации и семинары для родственников, осуществляющих уход за инкурабельными больными.

В системе оказания медицинской помощи инкурабельным больным особое место занимают хосписы. В структуру хосписа входят: приемное отделение, стационар, дневной стационар, выездная служба, административно-хозяйственная служба, вспомогательные службы (стерилизационная, аптека, дезкамерный блок, прачечная, пищеблок).

Хоспис обеспечивает:
– неотложную медицинскую помощь инкурабельным больным;
– специализированную медицинскую помощь;
– подбор и проведение необходимой обезболивающей и симптоматической терапии;
– квалифицированную медико-социальную помощь больным, оказание психотерапевтической помощи больному и его родственникам;
– диетическое питание в соответствии с врачебными рекомендациями и пожеланиями больного;
– организацию и проведение поддерживающего паллиативного лечения инкурабельных больных;

– организацию необходимой консультативной помощи;
– транспортировку больного;
– освоение и внедрение в практику новых методов паллиативного лечения и ухода за больными;
– анализ эффективности медико-социальной деятельности хосписа;
– социально-психологическую помощь больным и их родственникам.

Несмотря на известные достижения в области лечения онкологических больных, больший успех достигается там, где имеет место раннее выявление таких больных, а это возможно лишь при активном участии всех лечебно-профилактических учреждений и прежде всего поликлиник. Для раннего выявления злокачественных новообразований имеются две возможности:

1) особая онкологическая настороженность не только всех врачей любой специальности, но и населения;

2) профилактические осмотры, в первую очередь целевые осмотры широких контингентов населения. Правда, следует признать, что до настоящего времени эффективность таких осмотров оставляет желать много лучшего.

Обязательным разделом работы с онкологическими больными любого лечебного учреждения является анализ запущенных случаев выявления рака. Изучение причин позднего выявления таких больных свидетельствует, что в 40–45% такими причинами является позднее обращение больного за медицинской помощью, 35–40% – это скрытое, асимптоматическое течение заболевания, а до 20% всех поздних случаев выявления болезни лежит на совести врачей – это неправильная диагностика. Важным показателем работы с онкологическими больными является показатель одногодичной летальности, т.е. смерти больных раком в первый же год выявления заболевания (на 100 больных). В России в среднем в 1985 г. этот показатель составлял 38,7%, в 1986 г. – 37,7%. При разных локализациях рака, естественно, этот показатель имеет широкие колебания: в 1-й год после взятия на учет умирает до 59% больных раком пищевода, 55% – раком легких, 11,5% – молочной железы.

Существуют два основных принципа профилактики рака: первый – изучение канцерогенных веществ и устранение контакта человека с ними. Здесь имеет значение ликвидация профессиональных вредностей на производстве – мероприятия против загрязнения окружающей среды, строгий санитарно-гигиенический контроль воды и продуктов питания. Второй способ – раннее выявление и радикальное лечение предопухолевых заболеваний, поскольку, как говорят онкологи, «без предрака нет рака». Реализации этого принципа должны соответствовать массовые медицинские профилактические осмотры и возрастание онкологической бдительности. Необходимо поставить на новый качественный уровень санитарно-просветительную работу среди населения.

Туберкулез как социально-гигиеническая проблема и организация медицинской помощи больным туберкулезом

Среди заболеваний, относящихся к социальным болезням, особое место занимает туберкулез. Социальная природа туберкулеза известна давно. Еще в самом начале XX в. эту болезнь называли «сестрой бедности», «пролетарской болезнью». В старом Петербурге на Выборгской стороне смертность от туберкулеза была в 5,5 раза выше, чем в центральных районах, и в современных условиях материальное благополучие людей играет важную роль в возникновении туберкулеза. Как показало исследование, проведенное на кафедре общественного здоровья и здравоохранения СПбМУ им. акад. И.П.Павлова, и в конце XX в. у 60,7% больных туберкулезом финансово-материальное положение определялось как неудовлетворительное.

В настоящее время уровень заболеваемости туберкулезом в развивающихся странах намного выше, чем в экономически развитых странах. Несмотря на огромные достижения медицины в лечении больных туберкулезом, эта проблема продолжает оставаться во многих странах весьма актуальной. Следует отметить, что наша страна в определенный период добилась существенных успехов в деле снижения заболеваемости туберкулезом. Однако в последнее десятилетие XX в. наши позиции в этом вопросе заметно ослабли. С 1991 г. после многолетнего снижения заболеваемость туберкулезом в нашей стране начала расти. Причем наблюдается стремительный темп ухудшения ситуации. В 1998 г. численность впервые выявленных больных туберкулезом в РФ по сравнению с 1991 г. увеличилась более чем в 2 раза (см. табл. 7.3). В Санкт-Петербурге заболеваемость активным туберкулезом (на 100 000 населения) выросла с 18,9 в 1990 г. до 42,5 в 1996 г. В течение последующих лет (2000–2005 гг.) эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в РФ остается напряженной. В 2005 г. отмечается рост общей заболеваемости туберкулезом на 0,6%, среди детей общая заболеваемость остается на уровне 2004 г. Наблюдается рост бациллярных форм туберкулеза у детей до 14 лет на 9,2%, что свидетельствует о низкой эффективности противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции. Сохраняются основные причины, способствующие этому: низкий социально-экономический уровень жизни большинства населения, значительные миграционные процессы, рост числа социально дезадаптированных групп, резервуар инфекции в учреждениях пенитарной системы.

Для характеристики эффективности борьбы с туберкулезом используют ряд эпидемиологических показателей.

1. Заболеваемость. Как уже отмечалось выше, число впервые выявленных активным туберкулезом больных в последние годы имеет тенденцию к росту.

Таблица 7.3 Некоторые показатели заболеваемости туберкулезом (на 100 000 человек) в России

Показатели заболеваемости	1980 г.	1985 г.	1990 г.	1995 г.	1998 г.	1999 г.
Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза – всего	47,4	45,2	34,2	57,8	76,1	85,2
Из них число больных с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза органов дыхания	42,2	41,1	31,0	54,3	72,6	81,8
Число больных активным туберкулезом, состоящих под диспансерным наблюдением в противотуберкулезных учреждениях на конец соответствующего года	256,8	220,9	188,3	191,4	234,8	245,3

В 2005 г. в РФ зарегистрировано 119 226 больных с активной формой туберкулеза, т.е. 83,8 случая на 100 000 населения.

Из общего числа больных с впервые установленным диагнозом 2/3 составили мужчины, причем почти половина из них приходится на лиц 20–40 лет. Более 40% выявленных выделяли ВК, более чем у 1/3 впервые были выявлены уже запущенные формы туберкулеза. Во-первых, все это свидетельствует о неблагоприятной по туберкулезу эпидемиологической обстановке, а во-вторых, о том, что асоциальная часть общества (бомжи, алкоголики, лица, лишенные свободы) составляет значительную часть контингента вновь заболевших туберкулезом. При учете впервые заболевших в их состав не включаются:

а) больные, прописанные в другом районе;

б) случаи рецидива заболевания.

2. Болезненность. Показатели болезненности, в связи с успехами лечения заболевших туберкулезом, и в тот период, когда наблюдалось снижение заболеваемости в 5 раз, снижались только в 2 раза. То есть этот показатель при успешной работе по снижению туберкулеза изменяется более медленными темпами, чем заболеваемость.

3. Смертность. Благодаря успехам в лечении туберкулеза за 20-летний период (начиная с 1950 г.) показатель смертности от туберкулеза снизился в 7 раз. К сожалению, в последние годы позитивные сдвиги по снижению распространенности туберкулеза как социального явления приостановились, и даже, наоборот, имеют место негативные тенденции. Показатель смертности от туберкулеза в РФ увеличился более, чем в 2 раза, составив в 1998 г. 16,7 на 100 тыс. населения.

Мировой опыт, как и опыт нашей страны, показал, что наиболее эффективным лечебно-профилактическим учреждением по работе с туберкулезными больными является противотуберкулезный диспансер. В зависимости от территории обслуживания диспансер бывает районным, городским, областным. Противотуберкулезный диспансер работает по территориально-участковому принципу. Вся территория

обслуживания разделена на участки, а к каждому участку прикреплен врач-фтизиатр. В зависимости от местных условий (число состоящих на учете лиц и очагов туберкулезной инфекции, наличие крупных промышленных предприятий и т.д.) население на одном фтизиатрическом участке может составлять от 20–30 тыс. до 60 тыс. Важно, чтобы границы нескольких терапевтических участков поликлиники и одного фтизиатрического участка совпадали, чтобы участковый врач-фтизиатр работал в тесном контакте с определенными врачами-терапевтами, педиатрами, врачами общей практики.

В структуре противотуберкулезного диспансера основной частью является амбулаторное звено. Кроме обычных кабинетов (кабинетов врачей, процедурного, кабинета функциональной диагностики) очень желательно наличие стоматологического кабинета. Естественно, неотъемлемыми частями являются бактериологическая лаборатория и рентгеновский кабинет. При некоторых диспансерах действуют флюорографические станции. Кроме того, могут быть стационары.

Всю работу по борьбе с туберкулезом в районе деятельности диспансер проводит по комплексному плану. Очень важно участие в реализации такого плана не только медицинских учреждений, но и других ведомств. Реальные успехи по снижению заболеваемости туберкулезом могут быть достигнуты только при реализации межведомственной программы «Туберкулез», которая разработана и в Санкт-Петербурге. Основную часть комплексного плана составляют санитарно-профилактические мероприятия:

- организация своевременного выявления больных и ревакцинация неинфицированных;
- организация своевременного выявления больных и массовые целевые профилактические осмотры;
- оздоровление очагов туберкулезной инфекции, жилищное устройство бациллоносителей;
- трудовое устройство больных;
- санитарно-просветительная работа.

Значительное место в комплексном плане занимают новые методы диагностики и лечения больных, стационарное и санаторное лечение, подготовка врачей по фтизиатрии.

Существует несколько путей выявления больных туберкулезом. Основное место (80% всех выявленных больных) занимает выявление при обращении больных за медицинской помощью. Здесь очень велика роль врачей поликлиники – туда, как правило, обращается прежде всего заболевший. Определенную роль играют целевые профилактические медицинские осмотры. Незначительное место занимают наблюдение контактов и данные патологоанатомических исследований. Последний метод свидетельствует о недостатках в работе лечебно-профилактических учреждений по туберкулезу.

Противотуберкулезный диспансер – это учреждение закрытого типа, т.е. больного туда направляет врач, который выявляет такое заболевание. При выявлении туберкулеза в любом медицинском учреждении в противотуберкулезный диспансер по месту жительства больного направляют «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза» (ф. 089/у).

Врач противотуберкулезного диспансера организует тщательное обследование и при уточнении диагноза ставит больного на диспансерный учет. Все лица, взятые на учет в противотуберкулезном диспансере, делятся на группы учета:

Активный туберкулез (IA – впервые выявленный,

IБ – рецидив туберкулеза).

IIA – может быть клинически излечен,

IIБ – далеко зашедший процесс.

Контроль излеченных от туберкулеза.

IVA – бытовой и производственный контакт,

IVБ – профессиональный контакт.

В рамках I, II и III группы диспансерного наблюдения и учета выделяют больных с туберкулезом органов дыхания (ТОД) и туберкулезом внелегочных локализаций (ТВЛ).

Каждая учетная группа имеет свою длительность наблюдения и периодичность диспансерных явок.

В нашей стране проводится профилактика туберкулеза в двух направлениях:

1. Санитарная профилактика.

2. Специфическая профилактика.

К средствам санитарной профилактики относятся меры, направленные на предупреждение заражения туберкулезом здоровых, на улучшение эпидемиологической обстановки (в том числе текущая и заключительная дезинфекция, воспитание гигиенических навыков туберкулезных больных).

Специфическая профилактика – это вакцинация и ревакцинация, химиопрофилактика.

Для успешной работы по снижению заболеваемости туберкулезом необходимы значительные ассигнования государства на предоставление жилья для бациллоносителей, для санаторного лечения больных, обеспечения бесплатными медикаментами амбулаторных больных и т.д.

Ведущей стратегией ВОЗ по борьбе с туберкулезом является в настоящее время программа DOTS (аббревиатура английских слов «Directly observed treatment, short-course», что можно перевести как «контролируемая химиотерапия укороченной длительности»). Она включает такие разделы, как выявление заразных больных туберкулезом, обращающихся за медицинской помощью, при посредстве анализа клинических проявлений легочных заболеваний и микроскопического анали

за мокроты на наличие кислотоустойчивых микробактерий; назначение выявленным больным двухэтапной химиотерапии.

В качестве главной конкретной задачи борьбы с туберкулезом ВОЗ выдвигает требование добиться выздоровления не менее чем у 85% новых больных с заразными формами туберкулеза легких. Национальные программы, которым удается добиться этого, оказывают следующее воздействие на эпидемию: немедленно снижаются болезненность туберкулезом и интенсивность распространения возбудителя инфекции, постепенно уменьшается заболеваемость туберкулезом, реже развивается лекарственная устойчивость, что облегчает в дальнейшем лечение больных и делает его более доступным.

Уже к началу 1995 г. примерно 80 стран взяли на вооружение стратегию DOTS или приступили к ее адаптации к своим условиям; около 22% населения Земли живут в регионах, где применяется программа DOTS, многим странам удалось добиться высоких показателей излечения туберкулеза.

Принятие Закона РФ «О защите населения от туберкулеза» (1998 г.) предлагает развитие новых концептуальных, методических и организационных подходов к формированию системы амбулаторной и стационарной противотуберкулезной помощи. Остановить обострение проблемы туберкулеза в изменившихся социально-экономических условиях в России можно лишь при усилении роли государства в профилактике этой инфекции, создания новой концепции проведения и управления противотуберкулезными мероприятиями.

Травматизм

Одной из важнейших социально-гигиенических проблем в настоящее время является травматизм. На протяжении всего XX в. актуальность проблемы травматизма росла, причем особое беспокойство вызывает не просто рост травматизма в России (особенно в последние годы), а то обстоятельство, что отмечается рост травматизма со смертельным исходом, с переходом на инвалидность, с временной утратой трудоспособности. Сегодня в экономически развитых странах мира травмы занимают 3-е место среди причин смерти населения, причем травмы уносят жизни людей наиболее молодого трудоспособного возраста. Среди мужчин в возрастных группах до 44 лет смертность от травм занимает 1-е место.

В России на протяжении последнего десятилетия XX в. и в начале XXI в. смертность от внешних причин имеет синусоидальную форму с пиковыми значениями в 1994 г. и в 2002 г. Однако в среднем по России в этом периоде внешние причины занимали второе место среди всех причин смерти населения. Всего в 2005 г. от травм и отравлений в России погибли 315 915 человек (220,7 на 100 000 населения), а зарегистрировано 13 млн травм, отравлений и других причин внешних воздействий

(91,5 на 1000 населения). Из общего числа зарегистрированных травм 76,5% приходится на взрослое население, а 23,5% на детей. Из общего числа пострадавших 58,7% составляют мужчины, а 41,3% – женщины.

В структуре травм среди взрослых 7,3% составляют производственные травмы, 66,0% – бытовые, 18,6% – уличные, 3,3% – транспортные, 0,7% – спортивные и 4,1% – прочие.

Есть два обстоятельства, которые выделяют травмы среди других патологических состояний человека. Первое связано с внезапностью травм. Еще минуту, секунду назад человек был здоров, и вот в результате воздействия какого-то фактора здоровье, а нередко и сама жизнь потеряны. Следовательно, организация медицинской помощи при травматизме требует какой-то специфики и должна отличаться от организации помощи при большинстве заболеваний. Второе обстоятельство связано с тем, что этот фактор неблагоприятного воздействия на организм человека, как правило, становится ясным сразу же, как только произошла травма.

Борьба с травматизмом складывается из двух частей: профилактики травматизма и организации травматологической помощи.

Существует целый ряд классификаций травм. Различают травматизм производственный (промышленный, сельскохозяйственный) и непроизводственный (бытовой, транспортный, уличный). Выделяют спортивный травматизм. Непроизводственные травмы делят на травмы, полученные взрослыми и детьми. У детей выделяют школьный травматизм.

В структуре общей заболеваемости на долю травм и отравлений приходится 10–15% (в Санкт-Петербурге – 12%), и среди вновь выявленных заболеваний они занимают 2-е место, уступая только заболеваниям органов дыхания. Средний уровень травматизма составляет 120–130 случаев на 1000 населения. Травматизм у мужчин в 1,5–2 раза выше, чем у женщин. Это объясняется не только профессионально-производственными особенностями мужчин, так как непроизводственный травматизм также у мужчин в 2 раза выше, чем у женщин. Травмы и отравления встречаются в любом возрасте, но наиболее характерна такая патология для лиц молодого и среднего, наиболее трудоспособного возраста.

Видное место травмы занимают в заболеваемости с временной утратой трудоспособности: на их долю приходится в среднем около 15% всех листков нетрудоспособности. Разумеется, у рабочих разных отраслей промышленности удельный вес травм в заболеваемости с временной нетрудоспособностью резко колеблется. Большое место занимают травмы в госпитализированной заболеваемости, занимая 1-е место среди всех госпитализированных в стационары, работающие в режиме больниц скорой помощи. При этом в последнее время отмечается тенденция к увеличению доли лиц, госпитализированных с тяжелыми комбинированными и множественными травмами, что в значительной мере связано с ростом количества автотранспорта.

В структуре первичной инвалидности, т.е. среди причин выхода на инвалидность, травмы занимают 2-е место после сердечно-сосудистых заболеваний, составляя до 20% всех причин выхода на инвалидность. В структуре общей инвалидности, т.е. среди лиц, получивших инвалидность как в этом году, так и в предыдущие годы, на долю травм приходится 8–15%. Среди инвалидов от последствий травм 60–70% составляют мужчины, причем преобладают лишь лица в возрасте 30–45 лет.

Еще более высокую социально-экономическую значимость приобретает травматизм при изучении причин смертности населения. Частота и удельный вес смертности от травм имеют во всем мире тенденцию к увеличению и занимают 3-е место в структуре всех причин смерти. В последние годы смертность от травм в России претендует даже на 2-е место, опережая злокачественные новообразования. Естественно, уровень смертности от травматизма отличается у лиц разного возраста. Травмы являются основной причиной смерти у лиц до 30 лет. На долю травм и отравлений у молодых мужчин приходится до 60% причин смерти. Высокие показатели нетрудоспособности, как временной, так и стойкой (вследствие инвалидизации), а также в результате смертности от внешних причин представляют важнейшую медико-социальную проблему. Травмы не только негативно влияют на здоровье людей, но и являются тяжелым бременем для службы здравоохранения, осложняя социально-экономическую ситуацию в отрасли. Поэтому профилактика травматизма должна быть предметом пристального внимания, причем не только медицинских работников, но и многих других ведомств: от службы техники безопасности и ГИБДД до работников школ и детских садов.

Кроме профилактики травматизма органы здравоохранения, врачи призваны решать и вторую сторону проблемы борьбы с травматизмом – рациональную организацию травматологической помощи. Первые самостоятельные травматологические отделения были организованы в нашей стране в 1919 г. по инициативе А.Л.Поленова. Как впоследствии показали специальные исследования, в условиях оказания специализированной травматологической помощи неудовлетворительные результаты лечения повреждений составляли 3–4%, а при лечении в общехирургических отделениях этот показатель доходил до 35%. Организаторы травматологической помощи вполне обоснованно считают одним из основных принципов правильной организации помощи при травмах приближение первой помощи к месту происшествия. Вторым принципом можно считать этапность оказания помощи при многих травмах. Можно выделить 4 этапа: 1-й – это первая помощь; 2-й – врачебная добольничная помощь; 3-й – стационарная и 4-й этап – восстановительное лечение.

Из общего числа пострадавших 90–95% нуждаются только в амбулаторной помощи, а из числа лиц с травмами, получивших стационарную помощь, практически все после выписки из больницы направляются на амбулаторное лечение. В зависимости от численности населения тер-

риториальная амбулаторная травматологическая помощь может быть организована по-разному. В городах с небольшой численностью населения пострадавшие для получения амбулаторной помощи обращаются в хирургические кабинеты поликлиники, а в часы, когда поликлиника не работает, – в приемное отделение стационара. Такая организация по целому ряду причин не является оптимальной. Поэтому при наличии возможности в поликлинике выделяют отдельные травматологические приемы – травматологические кабинеты. Правда, и специализированные кабинеты работают только во время работы поликлиники, т.е. с 9.00 до 21.00. Наиболее оптимальной формой организации амбулаторной травматологической помощи является организация травматологических пунктов, которые открывают обычно при поликлинике, но могут быть изредка открыты и вне поликлиники, в приспособленном помещении. Важно, чтобы такой пункт работал круглосуточно и круглосуточно при нем действовал рентгеновский кабинет. Часто больные получают там первую помощь и направляются в стационар, а подавляющее число пострадавших получают в травматологическом пункте не только первую квалифицированную помощь, но и полное лечение – до выздоровления, причем основная масса лечится от первой помощи до выздоровления у одного и того же врача. Организация травматологических пунктов является наиболее оптимальной формой амбулаторной помощи пострадавшим с травмами. Однако открывать травматологические пункты можно лишь в достаточно крупных городах или административных районах городов с населением 150–200 тыс.

Около 5–10% пострадавших с травмами нуждаются в госпитализации. Причем в последние годы отмечается четкая тенденция к заметному увеличению этого показателя. Это, как правило, наиболее тяжелые травмы. Наиболее оптимальной организацией стационарной помощи травматологическим больным является госпитализация их в специализированные травматологические отделения, в которых, во-первых, работают специалисты-травматологи, во-вторых, такие отделения лучше, чем общехирургические, оснащены необходимой аппаратурой, медицинской техникой.

Вообще весь поток первично травмированных больных можно разделить на 3 группы:

– больные, получившие первую помощь в приемном отделении стационара и госпитализированные для дальнейшего лечения;
– больные, получившие первую помощь в приемном отделении стационара и отправленные для дальнейшего лечения в травматологический пункт;
– больные, получившие первую помощь и дальнейшее лечение в травматологических пунктах.

Важными медико-социальными задачами является организация восстановительного лечения и реабилитация больных и инвалидов вследствие несчастных случаев.

Психические расстройства как социально-гигиеническая проблема

Среди актуальных проблем медицинской науки и здравоохранения особое место занимают проблемы психического здоровья. Тяжесть поражения, высокая инвалидизация заболевших (нередко с детского возраста), большие перерывы в трудоспособности больных и их асоциальное поведение выдвинули борьбу с психическими расстройствами в один ряд с такими проблемами, как лечение и профилактика заболеваний системы кровообращения, онкологических заболеваний и травм. Кризис в стране значительно ухудшил психическое здоровье населения.

Наиболее характерной особенностью распространения психических заболеваний является их ежегодное увеличение, накопление. Это связано прежде всего с ростом первичной заболеваемости; изменением возрастной структуры населения (со старением населения растет число больных с сосудистыми поражениями головного мозга), военными конфликтами, экономическим кризисом, ростом безработицы; отсутствием социальной защищенности, распространением алкоголизма и т.д.

В 2005 г. в государственные учреждения страны обратились за психиатрической и наркологической помощью 7757 тыс. человек – 5,4% населения. Из них 785,3 тыс. человек (3,7%) – дети от 0 до 14 лет и 8,6 (5,9%) – подростки 15–17 лет включительно. 6553,1 тыс. человек (5,8%) – 18 лет и старше.

Впервые в 2005 г. выявлено 928,4 тыс. человек (0,7% всего населения). В структуре контингента больных преобладают пациенты с непсихотическими психическими расстройствами (50,6%), 26,1% – психозы, 23,3% – слабоумие и умственная отсталость.

В 2005 г. сохранилась тенденция, возникшая в середине 1980-х годов, уменьшения числа и доли больных, находящихся под диспансерным наблюдением, роста числа больных, получающих консультативно-лечебную помощь.

В 2005 г. госпитализировано в стационары 664,4 тыс. человек (66,8‰). Средняя длительность пребывания 76,9 дня (22,3% больных больше года, из общего числа 8,7% госпитализировано в недобровольном порядке). Сохраняется тенденция роста общественной деятельности, роста контингента больных с инвалидизацией, снижения первичной заболеваемости психическими расстройствами в целом. Распространение алкоголизма в 2005 году – 1538,1‰.

Статистический анализ показывает, что психические болезни среди всех причин смерти составляют от 0,03 до 0,05%, а в структуре общей заболеваемости эта патология составляет уже 2,5–5%.

Обращает на себя внимание рост психозов преимущественно социальной природы – реактивные психозы, старческие психозы, слабоумие.

В нашей стране была создана стройная система оказания лечебно-профилактической помощи психоневрологическим больным. Веду-

щим звеном в этой системе является психоневрологический диспансер. Кроме того, в системе действуют психоневрологические больницы, дневные стационары, дома инвалидов, специализированные ясли-детские сады и школы.

В последнее время разворачиваются соматопсихиатрические отделения в крупных многопрофильных стационарах, геронтопсихиатрические отделения и т.д.

В наиболее полном виде в состав психоневрологического диспансера входит:

1. Лечебно-диагностическое отделение, которое включает в себя кабинеты участковых психиатров, кабинет психотерапевта, процедурный кабинет, физиотерапевтический и рентгенологический кабинеты.
2. Стационарное отделение.
3. Отделение трудотерапии.
4. Дневной стационар.

Основными задачами диспансера являются:

– лечебно-диагностическая, консультативная и психопрофилактическая помощь обслуживаемому населению;
– социально-бытовая и патронажная помощь больным, находящимся на диспансерном наблюдении;
– своевременная госпитализация в стационар нуждающихся и поддержание постоянной связи со стационарами по вопросам рациональной выписки больных, рекомендуемой поддерживающей терапии, тактики дальнейшего динамического наблюдения, преемственности в лечении;
– психогигиеническая и психопрофилактическая работа как в самом диспансере, так и вне его;
– судебно-психиатрическая, трудовая и военная экспертиза;
– восстановление трудоспособности больных, обучение новым профессиям, обеспечение их трудовой занятостью;
– оказание юридической помощи больным, а также участие по поручению органов здравоохранения в решении вопросов опеки над недееспособными душевнобольными;
– консультативная помощь в соматических больницах и поликлиниках в зоне обслуживания;
– учет ведения динамического и консультативного наблюдения за больными;
– анализ заболеваемости психическими расстройствами и сбор статистической информации для последующего расчета показателей деятельности диспансера.

Больные, состоящие под диспансерным наблюдением, делятся на 5 групп учета:

1 группа – больные, непосредственно выписанные из стационара в течение 2–4 недель;

2 группа – острые и подострые больные;

3 группа – больные с длительно текущими формами заболеваний при неполной социальной компенсации;

4 группа – пассивный учет – больные, не требующие систематического лечения и активных социально-профилактических мер.

5 группа – больные, продолжающие находиться на стационарном лечении.

Внебольничная психиатрическая помощь в настоящее время развивается в трех направлениях:

1. Совершенствуется традиционная психиатрическая помощь (в ПНД).
2. Дальнейшее развитие получает новый вид так называемой консультативной психиатрической помощи (без постановки больного на учет в ПНД. Так, из общего числа пациентов районных и межрайонных ПНД Санкт-Петербурга в 1999 г. 28,3% находились под консультативным наблюдением диспансеров.
3. Развивается психиатрическая служба в системе общемедицинской помощи (психотерапевтические кабинеты, в том числе, в некоммерческих учреждениях).

Важным и перспективным направлением является создание в рамках общегосударственной системы психиатрической помощи не только региональных и ведомственных служб, но и государственных (или общественных) программ защиты психического здоровья учащихся, инвалидов, работников промышленных предприятий, детей и стариков. В настоящее время очень актуальным является создание и реализация таких программ в отношении безработных лиц, принимавших участие в военных конфликтах.

Организация психиатрической помощи в настоящее время определяется Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (2.07.1992 г.)

В системе психиатрической службы скорой помощи принадлежит важная роль. Частота обращений за данным видом помощи – до 19 на 10 000 населения в год.

Приказ МЗ РФ №108 от 08.04.1998 г. «О скорой психиатрической помощи» регламентирует основные задачи этого вида специализированной помощи:

- оказание скорой психиатрической помощи;
- осуществление врачом-психиатром освидетельствования лица без его согласия или без согласия его представителя и госпитализация в недобровольном порядке в соответствии с действующим законодательством;
- транспортировка лиц, страдающих психическими расстройствами, по направлению врача-психиатра в сопровождении среднего медицинского персонала.

Должность врача-психиатра скорой помощи устанавливается из расчета: 1 круглосуточный пост на 300 000 населения в городах с численностью населения свыше 100 000 жителей, но не менее 1 круглосуточного поста на город. 1 круглосуточный пост на 50 000 населения для жителей городов с численностью населения до 100 000 жителей и поселков городского типа вместе с сельским населением, принятым на обслуживание согласно договору с муниципальными органами исполнительной власти. Оптимальной является нагрузка с осуществлением бригадой 4–6 вызовов в суточную смену.

Особое значение работа психиатрических бригад приобретает в современных условиях в связи с введением правовых норм, относящихся к психиатрическому освидетельствованию и госпитализации в психиатрические стационары в недобровольном порядке. В связи с этим значительно повышается ответственность врача психиатрической бригады за принятие решения о госпитализации, а работа психиатрических бригад значительно усложнилась. Скорая психиатрическая помощь оказалась на переднем крае реализации законодательства в области психиатрии.

С другой стороны, строгие критерии недобровольной госпитализации, связанные с констатацией опасности больного, требуют тесного взаимодействия психиатрической службы с сотрудниками милиции. Приказом МЗ РФ и МВД РФ №133/269 от 30.04.1997 г. «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» утверждена «Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами», которая регламентирует порядок этого взаимодействия.

К проблемам нервно-психических заболеваний вплотную примыкает и в значительной мере ее усугубляет проблема алкоголизма и наркомании. По данным ряда авторов, среди основных психических заболеваний алкоголизм и алкогольные психозы занимают 1-е место, составляя до 35% больных этого класса болезней. Кроме того, следует отметить, что пьянство наряду с курением является фактором риска для многих заболеваний вообще; заболеваний системы кровообращения, органов пищеварения, дыхательной системы, онкологических заболеваний. По подсчетам наркологов в разных странах больных хроническим алкоголизмом и тяжелых пьяниц насчитывается от 1 до 10% населения. Однако это далеко не полные сведения, так как значительная часть злоупотребляющих алкоголем не регистрируется. Если изучать тенденцию динамики потребления алкоголя, то есть страны, в которых уровень потребления алкоголя снижается, по сравнению с 1975 г. Франция, Португалия, Италия, Австрия, Дания, Великобритания, Япония, Норвегия. В других странах отмечается тенденция к росту: Венгрия, Бельгия, Австралия, Чехия, Канада, США, Ирландия.

В России в динамике можно отметить наличие разных тенденций: так, в 1940 г. душевое потребление абсолютного алкоголя составляло 2,5 л в год, в 1960 г. – 3,9 л, в 1980 г. – 8,7 л, в 1987 г. – 3,3 л (правда, здесь не учтены данные самогоноварения). В настоящее время (2000–2006 гг.) вряд ли кто может точно назвать уровень потребления алкоголя в год на душу населения. Однако можно отметить, что число больных алкоголизмом, взятых под наблюдение, выросло в 1993 г. по сравнению с 1991 г. на 40,3%, а заболеваемость алкогольными психозами в 2005 г. в 2,5 раза превысила такой показатель 2000 г.

Если в годы не очень удачной борьбы с пьянством в середине 1990-х годов некоторые считали, что такая борьба (резкое снижение выпуска и потребления алкоголя) в какой-то мере послужила причиной роста заболеваемости наркоманией, то в 2005 г. отмечен рост регистрируемых больных наркоманией почти в 2 раза; 6,4 на 100 000 населения (1992 г. – 3,4 на 100 000).

В настоящее время можно отметить следующие тенденции:

- рост распространения алкоголизма (некоторые исследователи считают, что 10–15% трудоспособного населения больны алкоголизмом – зарегистрировано 2,7% в 1990 г.);
- большинство исследователей отмечает рост алкоголизма среди женщин;
- все большее распространение алкоголизма отмечается среди молодежи (в 1990 г. только 15% подростков от 14 до 18 лет не пробовали алкогольных напитков, 46% употребляли их 1–3 раза в месяц, а еще 15% – 1 раз в неделю.

В целом проблемы, связанные с употреблением алкоголя, затрагивают не только самих пьющих, но и их семьи, окружающих, общество. Можно выделить 3 группы проблем:

1. Проблемы для пьющего, к которым относятся последствия острого алкогольного опьянения (ухудшение дееспособности и самоконтроля, агрессивность, несчастные случаи и отравления, нарушения правопорядка), значительного злоупотребления (риск заболеваний, снижение умственных способностей, преждевременная смертность).
2. Проблемы для семьи пьющего (ухудшение взаимоотношений в семье, педагогическая запущенность детей и т.д.).
3. Проблемы для общества (нарушение общественного порядка, преступность, повышенная заболеваемость с временной утратой трудоспособности, инвалидность, экономический ущерб).

Болезни органов дыхания

Заболевания органов дыхания занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и определяют в значительной мере уровень временной утраты трудоспособности, инвалидности и смертности насе-

Таблица 7.4 Общая заболеваемость населения России болезнями органов дыхания в 1990-е годы (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

	1993	1996	1998
Дети	770,3	725,6	811,8
Подростки	413,0	374,4	443,7
Взрослые	223,9	196,3	197,7

Таблица 7.5 Временная нетрудоспособность в связи с заболеваниями органов дыхания в 1997–1998 гг.

	1997		1998	
	число случаев временной нетрудоспособности	число дней временной нетрудоспособности	число случаев временной нетрудоспособности	число дней временной нетрудоспособности
Всего: болезни органов дыхания, в том числе:	25,4	241,0	19,9	187,0
острые респираторные инфекции	14,4	121,3	13,1	108,0
пневмония	0,5	10,7	0,5	11,1
грипп	5,8	50,4	2,2	18,6

ления России (табл. 7.4). В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности эта группа болезней занимает первое место (табл. 7.5), в структуре причин инвалидности – 4-е место, в структуре причин смерти некоторых возрастных групп населения – также 4-е место.

Рост неблагоприятных показателей временной утраты трудоспособности при заболеваниях дыхательной системы связан главным образом с их острыми формами – острыми респираторными инфекциями и гриппом; неблагоприятные же показатели инвалидности и смертности, как правило, имеют отношение к хроническим обструктивным болезням легких.

Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) – собирательное понятие, которое объединяет группу хронических болезней дыхательной системы, например, таких как хронический обструктивный бронхит, тяжелые формы бронхиальной астмы. На долю бронхиальной астмы приходится около 10% ХОБЛ, ведущее же место занимает хронический обструктивный бронхит.

ХОБЛ характеризуются медленно прогрессирующей необратимой бронхиальной обструкцией с нарастающими явлениями хронической дыхательной недостаточности.

К настоящему времени ХОБЛ превратились во всем мире в крупную медико-социальную проблему, в первую очередь из-за высокого уровня заболеваемости и смертности. ХОБЛ – единственная из лидирующих причин смерти, распространенность которой увеличивается.

В России, по данным подсчетов с использованием эпидемиологических маркеров, гипотетически около 11 млн больных ХОБЛ. Однако

официальной медицинской статистике число таких больных составляет около 1 млн человек. Это происходит потому, что заболевание диагностируется в поздней стадии, когда прогрессирование процесса остановить уже нельзя.

Главным фактором риска ХОБЛ (80–90%) является курение. Среди факторов риска профессиональной природы, значение которых установлено, наиболее вредоносными являются пыли, содержащие кадмий и кремний; среди профессий с повышенным риском развития ХОБЛ на первом месте стоят профессии, связанные с горнодобывающей промышленностью. Существенную роль в возникновении ХОБЛ играет генетическая предрасположенность (дефицит α_1-антитрипсина). Следует подчеркнуть, что курение усиливает неблагоприятное воздействие профессиональных и генетических факторов риска.

Неблагоприятные эпидемиологические показатели при заболеваниях органов дыхания обусловливают необходимость совершенствования организации медицинской помощи при них.

Теоретической основой организации медицинской помощи больным пульмонологического профиля в нашей стране служат представления об этапности, преемственности и специализации.

Этапность означает структурное деление медицинских учреждений на амбулаторные, стационарные и реабилитационные. Исходя из функциональных задач и характера медицинской помощи, в каждом структурном подразделении создаются соответствующие диагностические и лечебные возможности.

Преемственность предполагает, во-первых, обязательный обмен медицинской информацией о пациентах при оказании им помощи на любом из этапов и, во-вторых, иерархическое соблюдение методов лечения, наблюдения и методических рекомендаций, выработанных специалистами консультативно-диагностических и лечебных учреждений.

Специализация медицинской помощи больным с заболеваниями органов дыхания подразделяет ее на две категории: при острых заболеваниях лечение проводят врачи общей практики, участковые терапевты и педиатры, а при хронических, требующих длительного наблюдения и лечения, – специалисты узкого профиля: пульмонологи и аллергологи.

Для претворения в жизнь такой организации медицинской помощи пульмонологическим больным в России пока еще не созданы необходимые условия, главным образом вследствие слабости амбулаторно-поликлинического звена специализированной пульмонологической службы.

К 1995 г. в каждом субъекте Федерации имелся пульмонологический центр (республиканский, краевой, областной), преимущественно на базе многопрофильных больниц, а в ряде случаев – на базе научно-исследовательских учреждений или соответствующих кафедр медицинских институтов и институтов усовершенствования врачей. Функционировало 650 больничных пульмонологических отделений

с общим числом коек 32,5 тыс., в которых работало около 1,5 тыс. врачей-пульмонологов. В амбулаторном же звене, на которое приходится свыше 80% всего объема диагностической и лечебной работы с пульмонологическими больными, имелось только 665 пульмонологических и 847 аллергологических кабинетов. При таком уровне развития амбулаторного звена специализированной пульмонологической помощи на каждого врача-пульмонолога, ведущего амбулаторный прием, приходится в среднем более 5000 учтенных пациентов с хроническими формами неспецифических заболеваний легких. В результате специализация медицинской помощи не соблюдается: 80% хронических больных наблюдаются и лечатся участковыми терапевтами и педиатрами.

Современные, международно согласованные методы и тактика лечения и длительного ведения больных основными формами ХОЗЛ могут широко и эффективно применяться только при наличии специалистов-пульмонологов в амбулаторно-поликлинических учреждениях. В связи с этим важнейшей задачей очередного этапа развития пульмонологической помощи следует считать создание пульмонологических кабинетов в территориальных городских поликлиниках и в поликлиниках центральных (районных) больниц. На это нацеливает приказ Минздрава РФ №307 от 20.10.1997 «О мерах по совершенствованию организации пульмонологической помощи населению Российской Федерации».

Инфекционная заболеваемость

Несмотря на значительные успехи в борьбе со многими инфекционными заболеваниями, достигнутыми в XX в., во многих странах мира, в том числе и в нашей стране, проблема инфекционных заболеваний не только не потеряла актуальности, но, можно сказать, стала еще острее. Проблема борьбы с инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики, является одной из наиболее важных проблем как в Российской Федерации, так и во всем мире. Всемирная организация здравоохранения с 1974 г. осуществляет реализацию расширенной программы иммунизации, направленной на снижение заболеваемости дифтерией, коклюшем, корью, туберкулезом, эпидемическим паротитом, врожденной краснухой, вирусным гепатитом В, а с 1991 г. — на ликвидацию полиомиелита.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.10.1998 г. №1260 утверждена федеральная целевая программа «Вакцинопрофилактика на 1999–2000 гг. и на период до 2005 г.».

Главным направлением в снижении общей заболеваемости населения Российской Федерации является использование средств специфической профилактики. Рост инфекционных заболеваний приводит к значительным экономическим потерям и ухудшению эпидемической обстановки в стране.

В 1996–1997 гг. число больных инфекционными заболеваниями колеблется от 32 до 44 млн в год, прямые и косвенные экономические потери при этом составляют до 15 млрд рублей в год. В 1997 г. зарегистрировано 32,6 млн больных инфекционными заболеваниями, что на 20% выше уровня 1996 г.

В 1997 году зарегистрировано 178,2 тыс. случаев заболеваний краснухой, 101,8 тыс. – эпидемическим паротитом, 53,6 тыс. – вирусным гепатитом В, 27,2 тыс. – коклюшем, 4 тыс. – дифтерией. Несмотря на снижение заболеваемости корью, продолжаются вспышки этой инфекции среди детей школьного возраста, подростков и взрослых. Участились случаи групповых заболеваний эпидемическим паротитом с тяжелым клиническим течением среди подростков и взрослых, число больных эпидемическим паротитом увеличилось в 1997 г. по сравнению с 1996 г. на 32%.

На некоторых территориях сохраняется циркуляция «дикого» вируса полиомиелита в окружающей среде, остается угроза возникновения и распространения этой инфекции среди людей.

В настоящее время в мировой практике широко применяются комплексные вакцины, содержащие до семи компонентов. Создание таких вакцин может дать большую экономию средств в сфере их применения. Использование только комплексной вакцины АКДС-гепатит В позволит сократить количество инъекций. В стране отсутствуют вакцины с щадящими способами аппликации, не разработаны современные средства диагностики, в том числе и экспресс-диагностики таких детских инфекций, как коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит.

Из-за отсутствия вакцины против краснухи ежегодно этой инфекцией заболевает от 170 до 360 тыс. человек, причем заболевание краснухой в первые три месяца беременности в 80–90% случаев приводит к тяжелым поражениям плода. Врожденной краснухой поражается до 0,2% родившихся детей.

Производство медицинских иммунобиологических препаратов, в том числе вакцин для детей, является наукоемким. Продолжительность разработки вакцин составляет 8–10 лет, а стоимость затрат на разработку и освоение промышленного выпуска – более 10 млн рублей.

Весьма актуальным остается создание системы целенаправленного информирования населения о мерах профилактики инфекций, управляемых средствами специфической профилактики; единой компьютерной сети, обеспечивающей передачу и сбор информации о заболеваемости и состоянии коллективного иммунитета населения к этим инфекциям и поствакцинальных осложнениях; системы «холодовой цепи», т.е. необходимых условий транспортировки и хранения вакцин. Требуется продолжить работу по подготовке медицинских кадров по вопросам вакцинопрофилактики.

Проблема борьбы с инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики, требует участия в ее решении не только

центров санэпиднадзора и районных поликлиник, но и федеральных органов исполнительной власти и должна решаться в рамках федеральной целевой программы и соответствующих региональных программ, обеспеченных финансовыми и материальными ресурсами.

Необходимость государственной поддержки мер борьбы с инфекционными заболеваниями возрастает в связи со сложным социально-экономическим положением, падением жизненного уровня и ухудшением состояния здоровья населения и, в первую очередь, подрастающего поколения.

С этой целью для обеспечения ожидаемых результатов реализации Программы необходимо привлечение финансовых средств федерального бюджета и внебюджетных источников.

Основными целями Программы являются:

– расширение, реконструкция и техническое перевооружение предприятий, выпускающих вакцины, для создания условий производства, соответствующих санитарным правилам, и достижения самообеспечения страны высококачественными и конкурентоспособными медицинскими иммунобиологическими препаратами;
– проведение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ, обеспечивающих создание новых современных вакцин и средств диагностики детских инфекционных заболеваний.

С учетом экономической ситуации в стране и наличия финансовых средств Программа устанавливает тактические и стратегические цели и задачи, которые реализуются поэтапно.

Основными задачами Программы являются:

– достижение и поддержание высокого уровня (не менее 90–95%) охвата профилактическими прививками детей в рамках календаря профилактических прививок;
– повышение качества и стандартности медицинских иммунобиологических препаратов, используемых для специфической профилактики и диагностики детских инфекций за счет создания условий производства, соответствующих требованиям санитарных правил;
– обеспечение современного уровня контроля качества вакцин и диагностикумов;
– обеспечение учреждений здравоохранения вакцинами, включенными в календарь профилактических прививок, и диагностикумами нового поколения, ассоциированными вакцинами, что позволит в значительной степени сократить число инъекций и даст значительную экономию средств в сфере применения;
– совершенствование современной системы организационно-методического и информационно-аналитического обеспечения в области эпидемиологического надзора при производстве и транспортировке медицинских иммунобиологических препаратов.

проведении научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ.

Реализация Программы позволит добиться стабильного охвата профилактическими прививками детского населения в пределах 90–95%, расширить иммунизацию контингентов против вирусного гепатита В, в результате проведенных научных разработок внедрить в практику здравоохранения новые вакцины против краснухи, менингококка А, В, С, гемофильной палочки, значительно сократить число аппликаций препаратов за счет разработки и применения в практике комплексных вакцин (корь-паротит-краснуха, АКДС-гепатит В, менингококковая А, В, С и др.).

Разработка и внедрение современных методов, в том числе экспресс-методов диагностики кори, краснухи, коклюша, эпидемического паротита, позволят обеспечить более раннюю и качественную диагностику этих заболеваний и современное проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Создание современного производства детских вакцин в соответствии с отечественными и международными требованиями, внедрение эффективной системы транспортировки и контроля позволят обеспечить учреждения здравоохранения препаратами более высокого и стабильного качества.

В результате будут решены многие проблемы здоровья детского населения, а именно: ликвидация паралитического полиомиелита и врожденной краснухи, снижение заболеваемости корью, дифтерией, краснухой до единичных случаев, коклюшем – до уровня 1–3 на 100 тыс. населения, эпидемическим паротитом – до уровня 5 на 100 тыс. населения, вирусным гепатитом В – до 10 на 100 тыс. населения.

Реализация Программы позволит также снизить смертность от инфекционных заболеваний, предупредить возникновение инвалидности у детей, расширить возможности эпидемиологического надзора за детскими инфекциями, сократить количество инъекций на 9 млн за счет внедрения в практику здравоохранения комплексных препаратов.

Инфекции, передающиеся половым путем

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), включают большую группу болезней: сифилис, гонорею, трихомониаз, хламидиоз и др. Опасность многих ИППП заключается в их скрытом течении, особенно в начальном периоде, а в результате возможно широкое распространение таких заболеваний.

Наиболее «старыми» и более известными для населения, а также опасными для здоровья заболеваниями являются сифилис и гонорея. Данные заболевания относятся к наиболее ярко выраженным «социальным болезням» и обычно имеют максимально широкое распространение в периоды экономической нестабильности, роста безработицы.

Последнее десятилетие XX в., сопровождавшееся серьезными кризисными явлениями в экономике и обществе нашей страны, отмечено бурным ростом венерических заболеваний и прежде всего – сифилиса. Так, первичная заболеваемость сифилисом в России увеличилась с 5,3 заболевания на 100 тыс. населения в 1990 г. до 277,6 в 1997 г. В разных регионах страны уровень заболеваемости сифилисом вырос в десятки раз. Заболеваемость гонореей в начале 1990-х годов также заметно выросла (с 99,4 заболеваний на 100 тыс. населения в 1990 г. до 192,4 – в 1993 г.), а начиная с 1994 г. начала снижаться (85,0 на 100 тыс. населения в 1998 г.). Правда, вряд ли снижение регистрируемой заболеваемости является истинным и объясняется конкуренцией других венерических заболеваний. Скорее всего, причиной является неполная регистрация такой заболеваемости в результате самолечения больных, имевших острую гонорею, может быть, даже не один раз, и обращения за медицинской помощью части таких больных в негосударственные лечебные учреждения, где не всегда ведутся учет и регистрация заболеваний.

Среди причин роста заболеваемости сифилисом ученые видят целый ряд факторов, в том числе естественный всплеск ритмов заболеваемости инфекционными заболеваниями на фоне существенного ухудшения социального положения наименее адаптированной к имеющим место потрясениям части общества.

Следует заметить, что к моменту перестройки здравоохранения в стране сложилась целостная, эффективно работающая и авторитарная по сути система мероприятий по профилактике сифилиса, включающая в себя такие компоненты, как проведение реакции Вассермана 100% беременных, пациентам соматических стационаров, активное и полное выявление источников заражения, половых и бытовых контактов, качественное проведение профилактических медицинских осмотров представителей декретированных групп населения.

К сожалению, объективные процессы трансформации нашего общества не сделали работу кожно-венерологических диспансеров, которые являются основными учреждениями оказания помощи больным с венерическими заболеваниями, легче. Существенно изменился контингент заболевших, среди которых стали преобладать безработные, материально необеспеченные, лица с более низким культурным уровнем, что наряду с либерализацией юридической базы многократно осложнило работу с источниками инфекции (половые контакты). Нередкими стали случаи полного игнорирования беременными женских консультаций, что затрудняет диагностику и предупреждение врожденного сифилиса. Среди нерешенных проблем – проституция как фактор, стимулирующий распространение сифилиса. Самолечение и неполноценное лечение, отказ пролеченного больного от клинико-серологического контроля при большом числе переболевших – это наиболее частые причины появления больных нейросифилисом и проблема, значимость которой в ближайшее время существенно вырастет.

Общественная профилактика сифилиса и других ИППП у нас, к сожалению, в настоящее время практически отсутствует. Необходимо возродить и усилить вопросы предупреждения ИППП в гигиеническом воспитании и обучении населения, причем проводить такую работу надо уже среди школьников.

Ведущим учреждением в организации лечебно-профилактической помощи больным с ИППП является кожно-венерологический диспансер. Этот диспансер организует выявление и диспансерное наблюдение за больными с венерическими и отдельными формами кожных заболеваний.

ВИЧ-инфекция и СПИД

ВИЧ-инфекция под названием СПИД/AIDS была обозначена в 1981 г. Центром по контролю за заболеваниями США. ВИЧ-инфекция в мире ежегодно дает существенную прибавку, ибо каждый день, согласно данным программы UNAIDS, появляется 6000–8000 новых случаев. В настоящее время расчетное число ВИЧ-инфицированных в мире достигает 40 млн, в то время как в 1996 г. оно составляло 21,8 млн.

По кумулятивным данным (по ряду направлений статистика СПИДа ведется методом кумуляции – увеличение, скопление), к настоящему времени, т.е. к 20-летию открытия вируса, в мире умерли от СПИДа более 8 млн человек, из них более 2 млн – дети.

В России первые случаи ВИЧ-инфекции были выявлены в начале 1980-х годов. Однако первый случай ВИЧ-инфекции у гражданина СССР был зарегистрирован в 1987 г.

ВИЧ-инфекция начала регистрироваться в России с 1986 г., первоначально среди иностранцев. Особенностью подхода к этой проблеме в нашей стране является регистрация всех ВИЧ-инфицированных лиц и их диспансеризация с момента регистрации.

Академик РАМН В.В.Покровский выделяет несколько этапов развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России.

1. До 1988 г. заболевание регистрировалось преимущественно среди иностранцев или лиц, имевших половые контакты с иностранцами. В 1988–1989 гг. в ряде городов России (Элиста, Волгоград, Ростов) имели место внутрибольничные вспышки ВИЧ-инфекции.
2. С 1990-го по 1995-й годы отмечался медленный рост числа ВИЧ-инфицированных, зараженных половым путем, преимущественно в крупных городах.
3. С 1996 г. начался эпидемический подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди инъекционных наркоманов. Проверка остатков крови из шприцев, сданных в автобусе («Возвращение» – российско-шведский проект в Санкт-Петербурге по снижению вреда от введения наркотиков) наркопотребителями в обмен на чистые

Таблица 7.6 Динамика роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией в СССР – России с 1987-го по 2001-й год

Год	Кумулятивное число заболевших ВИЧ-инфекцией	Число новых случаев ВИЧ-инфекции по годам
1987	23	нет сведений
1988	70	нет сведений
1989	338	нет сведений
1990	441	нет сведений
1991	523	нет сведений
1992	609	нет сведений
1993	717	108
1994	875	158
1995	1071	196
1996	2612	1546
1997	7016	4397
1998	10 592	3947
1999	26 054	14 950
2000	86 249	51 952
2001 (июль)	138 748	50 000

Таблица 7.7 Показатель выявляемости ВИЧ в различных группах обследованных (на 100 тыс. обследованных)

Группы	1998	1999
Употребляющие наркотики	169,0	1032,2
Больные ИППП	15,4	27,7
Беременные	2,0	5,5
Доноры	2,0	1,9
Заключенные	105,0	509,6
Обследованные по клиническим показаниям	11,9	51,5

в мае 2000 г., показала, что 12,5% шприцев содержали ВИЧ. В мае 2001 г. такой вирус содержали уже 30% сданных шприцев.

Специалисты считают, что реальное число ВИЧ-инфицированных в России в 5–10 раз больше официально зарегистрированного числа (табл. 7.6).

Можно сказать, по законам эпидемии ВИЧ-инфекция распространяется в Санкт-Петербурге, где в 1987 г. (Ленинград) был выявлен первый отечественный больной СПИДом и где зарегистрирована первая в России смерть от этого заболевания, с 1987 г. по 1.01.2000 г. было зарегистрировано 6209 случаев ВИЧ-инфекции, а только за первые 6 месяцев следующего года – еще 6967. Из них каждый четвертый – подросток до 18 лет.

Об основных путях инфицирования в России свидетельствует показатель выявляемости ВИЧ в различных группах обследованных (на 100 000 обследованных) – табл. 7.7.

Таблица 7.8 Структура сети учреждений по профилактике и борьбе со СПИДом

Федеральный уровень	МЗиСР РФ: Отдел по профилактике и борьбе со СПИДом: Национальный координатор по профилактике и борьбе со СПИДом	в РФ: Российский Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом (Москва, ЦНИИ эпидемиологии)	Российский клинический центр (Санкт-Петербург, пос. Усть-Ижора)
	1. Северо-Западный окружной центр МЗиСР России по профилактике и борьбе со СПИДом (Санкт-Петербург) 2. Приволжский окружной центр (Н.Новгород) 3. Уральский окружной центр (Екатеринбург) 4. Сибирский окружной центр (Омск) 5. Южный окружной центр (Ростов-на-Дону) 6. Дальневосточный окружной центр (Хабаровск)		
Местный уровень	Территориальные центры по профилактике и борьбе со СПИДом (соответственно числу субъектов РФ). Территориальные центры сами оказывают медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным или больным СПИДом или организуют ее оказание совместно со стационарами и поликлиниками территории (в поликлиниках – через сеть кабинетов инфекционных заболеваний, а при их отсутствии – через участкового врача-терапевта)		

В настоящее время структура сети по профилактике и борьбе со СПИДом в РФ состоит из 2 уровней: федерального и местного (в соответствии с Приказами МЗ РФ №170 от 16.08.1994 г. и №312 от 07.08.2000 г.) – табл. 7.8.

Радикального лечения СПИДа до настоящего времени нет, но разработанные сейчас методики (ВААРТ, HAART) решили ряд проблем ВИЧ-инфицированных, снизили частоту развития СПИДа и показатель летальности. Однако стоимость такого лечения очень высока, что при эпидемическом характере ВИЧ-инфекции и относительно скромных финансовых возможностях здравоохранения делает такое лечение проблематичным.

Глава 8

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ, БИОЭТИКИ

Моральные качества людей, связанных с правом распоряжаться человеческими жизнями, всегда были в сфере повышенного внимания общества, которое рассматривало и рассматривает нравственные качества медика как один из ведущих элементов его профессиональной пригодности. Строгое следование этическим принципам медицинской профессии – долг врача любой специальности, приверженца любого направления.

Этика (от греч. ethos – нрав, характер, обычай) – одна из древнейших теоретических дисциплин, объектом изучения которой является мораль, нравственность. Знание теории морали необходимо каждому человеку для определения своих нравственных позиций и нравственного самовоспитания.

Разновидностью профессиональной этики является **медицинская этика** – совокупность норм поведения и морали медицинских работников.

Медицинская этика возникла тысячелетия назад, одновременно с началом врачевания. С самой глубокой древности к людям, занимающимся медициной, к их нравственным качествам, добродетелям предъявлялись повышенные требования. Во многих древнейших письменных источниках по медицине наряду с советами по сохранению здоровья и лечению болезней излагались требования этического характера, которым должен следовать врач, подчеркивалось нравственное значение помощи больному, с этих же позиций оценивались и решения, которые должно принимать государство в отношении своих граждан, исходя из заботы об общественном здравоохранении.

При реконструкции западной этической мысли в области медицины особое значение имеет деятельность Гиппократа (460 – ок. 377 гг. до н.э.) и клятва древнегреческих врачей – документ, известный под названием «Клятва Гиппократа», оказавший огромное влияние на все последующее развитие медицинской этики. В Клятве сформулированы довольно жесткие требования к практике здравоохранения, в ней же мы находим основания для современной медицинской этики. Долг защиты человеческой жизни становится основным и первостепенным по отношению к другим ценностям.

Постепенно определились основные вопросы медицинской этики: врач и общество, отношение медицинских работников к здоровому и больному человеку; взаимоотношения с людьми, окружающими больного; врачебная тайна; взаимоотношения медицинских работников; этические проблемы при обучении медицине и усовершенствовании знаний; внешний вид медицинских работников. Некоторые положения медицинской этики остались незыблемыми, многие на протяжении веков менялись, дополнялись и из категории нравственных становились правовыми нормами. На этот процесс влияли политические, экономические, социальные, историко-культурные и религиозно-нравственные детерминанты, прогресс медицины.

В последние десятилетия наряду с термином «медицинская этика» часто применяется термин **деонтология** (от греч. deon – должное, долг и logos – учение), т.е. учение о должном. Впервые это понятие было введено в обиход в начале XIX в. в Англии юристом и философом И.Бентамом (1748–1832) после выхода его книги «Деонтология, или Наука о морали» (1834) и не было связано с медициной.

В медицинской литературе термин «деонтология» начал применяться во 2-ой половине XIX в. как учение о должном поведении врача.

В России до середины XX в. словосочетание «медицинская деонтология» употреблялось редко. В более широкий обиход оно было введено хирургом-онкологом Н.Н.Петровым. Его замечательная книга называлась «Вопросы хирургической деонтологии» (1945) и переиздавалась несколько раз.

Медицинская деонтология может быть определена как выполнение этических норм медработниками при исполнении своих профессиональных обязанностей, иначе говоря, это конкретизация медицинской этики в соответствии со специальностью и разделами работы.

Понятие «медицинская деонтология» и «медицинская этика» неравнозначны. Медицинская этика охватывает более широкий круг вопросов и не несет специфики определенной врачебной деятельности. Так, например, нет этики терапевта, хирурга или другого медицинского специалиста.

Медицинская деонтология является составной частью медицинской этики, носит более конкретный характер и включает определенные нормы, предписания, запреты, которым должен следовать медицинский работник или врач, поэтому и оперирует такими выражениями, как «врач должен», «обязан», «не может», «ему запрещено». В отличие от медицинской этики она имеет специфику определенных врачебных специальностей (деонтология хирурга, педиатра, невропатолога и др.).

Известный социал-гигиенист Ю.П.Лисицын (1998) предлагает в интересах самих этики, деонтологии и здравоохранения рассматривать их в едином комплексе как один социальный организм и дает общее определение: «медицинская этика и деонтология как органически связанные понятия имеют дело с моральными и нравственными

нормами и основанными на них принципами и правилами поведения медицинских работников, выполняющих свой гражданский и профессиональный долг».

Начиная приблизительно с 1960-х годов, теоретическая этика стала существенно видоизменяться – приобретать конкретный, практически ориентированный характер, внутри нее выявилась особая линия развития, получившая название прикладной этики, одной из ветвей которой является **биоэтика**. Этому способствовал ряд предпосылок.

Термин «биоэтика» был предложен американским гуманистом, биологом, онкологом Ван Ренселлером Поттером (1911–2001) в книге «Биоэтика: мост в будущее» (1971). По его определению биоэтика – это соединение биологических знаний и человеческих ценностей. Основная идея В.Р.Поттера сводилась к тому, что биоэтика призвана предотвратить угрожающую человечеству опасность прекращения существования жизни на земле в результате образовавшегося разрыва между двумя областями знания – естественно-научной и гуманитарной. Идеология экологического движения стала наиболее существенной предпосылкой формирования биоэтики. Оно возникло как естественное следствие научно-технического и социального прогресса, когда стала очевидной потребность защитить уникальную природу человека от агрессивного вторжения науки, с одной стороны, а с другой – более глубоким и определенным стало понимание того, что человек – это часть живой природы и все происходящее в ней, так или иначе, сказывается на его здоровье и здоровье его потомства.

Центральным в биоэтике является отношение к жизни и смерти. Осознание единства жизни человека и человечества со всем живым на планете, с ее биосферой соприкасается с идеей святости жизни. Жизнь понимается как высшая ценность, а право на жизнь любого живого существа уже в силу самого факта рождения принадлежит к числу вечных идеалов человечества. Это хорошо показал А.Швейцер принципом «благоговения перед жизнью», который он выразил формулой «Я – жизнь, которая хочет жить среди жизни».

Последние десятилетия XX века отмечены принципиально новым характером изменений в медицинской теории и практике, быстрым развитием фундаментальных медико-биологических наук и активным внедрением новых медицинских технологий (успехи в изучении структуры генома человека, клеточной биологии, в области фармакологии, компьютерного синтеза лекарственных препаратов, в развитии новых репродуктивных технологий, реаниматологии, трансплантологии, геронтологии и др.) в клиническую медицину. Знаменуя прогресс биологии и медицины, последствия применения новых биотехнологий еще достаточно не определены. Многие из них вызывают опасения морального характера, так как позволяют вмешиваться в святая святых человеческой жизни и связаны с обесцениванием традиционных человеческих ценностей, затрагивают сложившиеся веками принципы медицинской

этики. И, как следствие, эти технологии при их бездумном (механическом) применении могут изменить саму сущность врачебной профессии.

Третья важнейшая предпосылка формирования биоэтики – правозащитное движение. Происходит изменение реального статуса индивида в обществе, где государство гарантированно обеспечивает его основные человеческие права, где отдельная личность становится средоточием, фокусом общественной жизни. Признается, что каждый имеет право быть личностью, а не пассивным средством для реализации чужих целей, но каждый обязывается уважать личность другого.

К числу таких прав относятся и **права пациента** – одно из самых значимых понятий как в области биомедицинской этики, так и в процессе профессиональной деятельности врача любой специальности. До 1960-х годов медицинское сообщество в целом придерживалось той точки зрения, что во имя блага «человечества» можно почти всегда пожертвовать благом отдельного человека. Национальные интересы или интересы человечества в получении научных знаний, а также корпоративные медицинские интересы нередко превалировали над интересом в сохранении здоровья отдельного человека. Реакцией на такую ситуацию явилось развитие особого направления в правозащитном движении, которое ставит своей задачей отстаивание прав пациентов. Это привело к новому пониманию сути взаимоотношений между врачом и пациентом, к разработке новых моделей этих взаимоотношений в противовес традиционной патерналистской. В настоящее время существует множество международных, национальных и региональных организаций по защите прав пациентов, страдающих различными заболеваниями: онкологическими, СПИДом, диабетом, астмой, психическими расстройствами и т.д. Функционируют и организации, защищающие права пациентов в целом как особой социальной группы.

Серьезное влияние на медицинскую этику оказало изменение характера здравоохранения: превращение его в массовую сферу деятельности, насыщение новыми видами товаров и услуг, коммерциализация медицины, бурная дифференциация и интеграция медицинских специальностей, нарастание технической оснащенности врачебного процесса, несоответствие возможностей организации здравоохранения потребностям общества и др. Переход к страховой и частной медицине обострил этические и правовые проблемы в медицинской науке и практике, ценностные конфликты как в организации охраны здоровья, так и в поведении и сознании личности.

Цель биоэтики: рациональный анализ нравственных проблем биомедицины и их связи со сферами права и гуманитарных наук; выработка этических ориентиров, основанных на ценности человеческой личности и прав человека при уважении всех религиозных исповеданий, опирающихся на рациональную основу и научно-адекватную методологию.

Биоэтика – междисциплинарная область знаний, она изучает моральные, философские, теологические, правовые и социальные проблемы, рождающиеся по мере развития биологии и медицины. В большинстве работ по биоэтике указывается, что она охватывает медицинскую этику и простирается за ее пределы.

Представители различных религий проявляют вполне справедливый и самый живой интерес к проблемам биоэтики. Причем формирование этих взглядов в различных религиозных системах, включая основные мировые религии, началось с появления этих религий. Исследования современных авторов свидетельствуют, что у всех культурных сообществ существуют единые фундаментальные моральные универсалии. К непреходящим этическим ценностям относятся милосердие, забота, сочувствие, спасение жизни. Именно эти ценности являются центральными и определяющими для профессиональной врачебной или медицинской морали.

Термин «биоэтика» в научной и учебной литературе стал чаще использоваться специалистами в области общественных отношений и медицинской этики. В оборот входит понятие «биомедицинская этика» или «медицинская биоэтика», представляющее в настоящее время наиболее развитое в теоретическом отношении направление биоэтики. В сферу ее обсуждений входят проблемы, которые традиционные медицинская этика и деонтология не в состоянии решить, так как не соответствуют потребностям установления новой системы взаимоотношений медика и пациента, специалиста и общества, медицинского сообщества и системы здравоохранения в условиях интенсивного использования новейших биомедицинских технологий. Биоэтика начала рассматриваться большинством ученых как особая дисциплина, способная синтезировать медицинские и этические познания.

В настоящее время биоэтика включает широкий круг проблем, среди них основные:

1. Взаимоотношения врача и пациента. Права пациента. Модели врачевания.
2. Проблемы ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.
3. Этика биомедицинских экспериментов на человеке и животных.
4. Смерть и умирание. Эвтаназия.
5. Морально-этические проблемы аборта.
6. Новые репродуктивные технологии: этико-правовые проблемы.
7. Генетика, генная технология и этика.
8. Моральные проблемы трансплантации систем и органов.
9. Этические проблемы оказания психиатрической помощи.
10. СПИД: морально-этические проблемы.
11. Проблемы социальной справедливости в современном здравоохранении.

Современный период характеризуется процессом институализации биоэтики: ведется преподавание курсов биоэтики в университетах и медицинских учебных заведениях, создаются научно-исследовательские центры биоэтики, появились серии книг и журналов, издаются многотомные энциклопедии по биоэтике. Проблемы биоэтики обсуждаются средствами массовой информации, влияют на установки медицинских работников и на общественное мнение. Примечательным моментом сегодняшней ситуации является возникновение и укрепление того, что можно назвать биоэтической инфраструктурой, обеспечивающей взаимодействие медиков и научных работников, пациентов и их близких, юристов, философов, теологов, политических и общественных деятелей. Центральным звеном являются этические комитеты, советы или комиссии по биоэтике – независимые органы, состоящие из медиков и лиц без медицинского образования, в чьи обязанности входит гарантировать соблюдение прав субъектов исследования, их безопасность и благополучие. Введение этических комитетов в качестве самостоятельной структуры в систему российского здравоохранения предусмотрено в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993 г.).

В нашей стране в 1990-х годах были созданы центральные комитеты по биоэтике: Национальный комитет по биоэтике РАН, комитет при Российской медицинской ассоциации, при Ассоциации врачей, при Минздраве РФ. После принятия закона РФ «О лекарственных средствах» в соответствии с его 37-й статьей в 2000 г. был создан Комитет по этике при федеральном органе контроля лекарственных средств (до этого этическая экспертиза протоколов клинических испытаний проводилась в специальной комиссии Национального комитета при РМА). В том же 2000 г. инициативной группой медицинских работников был создан Независимый междисциплинарный комитет по этической экспертизе клинических исследований, который предполагал отвечать на различные запросы и обращения на добровольной основе. Локальные этические комитеты создаются в НИИ, вузах, крупных лечебно-профилактических учреждениях.

К настоящему времени разработан целый ряд документов по вопросам этики и соблюдению прав человека – международных рекомендаций, деклараций, кодексов, резолюций и др. Одни из них носят общий характер, другие посвящены отдельным проблемам, регламентируют, например, проведение экспериментов на человеке, генетические исследования, отношение к абортам, права доноров и реципиентов при трансплантации органов и др.

К общим документам относятся «Всеобщая декларация прав человека» (1948), «Женевская декларация», принятая в 1949 г. Всемирной медицинской ассоциацией и представляющая собой текст присяги, которую приносят врачи стран-членов Всемирной медицинской ассоциации; «Международный кодекс медицинской этики» (1949), кото-

рый более подробно излагает нормы профессиональной медицинской морали; Хельсинкская декларация 1962, 1964, 1975 гг., последний пересмотр в 2000 г., «Декларация прав ребенка» (1959) и основанная на ней «Конвенция ООН о правах ребенка» (1989).

Документом международного права является конвенция «О правах человека и биомедицине», принятая в ноябре 1996 г. Парламентской Ассамблеей Совета Европы. В статьях 1 и 2 Конвенции подчеркивается обязанность «защищать достоинство и индивидуальную целостность каждого человека, гарантировать всем без исключения уважение целостности личности, основных прав и свобод»... «Интересы и благо отдельного человека должны превалировать над интересами общества и науки».

Для биоэтики как социального института характерно правовое и законодательное регулирование многих этических проблем. В нашей стране в последнее десятилетие XX века стала формироваться новая **нормативно-правовая база в сфере здравоохранения и медицины,** принят целый ряд законов РФ, направленных на защиту основных прав граждан. Важнейшими являются «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (в дальнейшем «Основы законодательства РФ») (1993), которые прошли экспертизу авторитетных международных здравоохранительных и правозащитных организаций, впервые включили в себя немало прогрессивных и гуманных норм. В ряде статей затрагиваются особенно значимые для охраны жизни, здоровья и достоинства граждан аспекты медицинской деятельности. Среди них следует назвать статьи об определении момента смерти человека, о проведении патологоанатомических вскрытий, экспериментов, об аборте и др.

В эти же годы в нашей стране приняты законы РФ:

- «О трансплантации органов и (или) тканей человека», 1992, с дополнениями, внесенными в 1999 г.;
- «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», 1992;
- «О донорстве крови и ее компонентов» (1993);
- «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекций)», 1995;
- «О лекарственных средствах», 1998;
- «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», 1998;
- «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». 1999.

Права пациентов регулируются и другими законодательными актами: «О защите прав потребителей», «О медицинском страховании граждан».

Взаимоотношения врача и пациента – центральная проблема медицинской этики (биоэтики). Основой этих взаимоотношений является преданность врача интересам больного, профессиональная честность,

абсолютная вежливость, доброжелательность, внимательность, индивидуальный подход, включая и психологические особенности больного, клиническое и деонтологическое обоснование методов диагностики и лечения, борьба с болью, конфиденциальность (медицинская тайна), профилактика ятрогений.

Тактика общения с пациентом зависит от того, какой этико-правовой модели взаимоотношений придерживается врач.

Исторически сложилась так называемая патерналистская (от лат. pater – отец, «родительская» или отцовская) или авторитарная модель взаимоотношений врача с больным. В данной модели врач принимает на себя обязанность действовать на благо пациента и сам же определяет, в чем это благо заключается. Врач решает, в какой мере и в каком аспекте информировать больного о его состоянии и перспективах лечения, причем так, чтобы получить согласие на запланированную им тактику лечения. За врачом остается последнее слово в выборе методов лечения. Таким образом, врач берет на себя всю ответственность за лечение и исход болезни.

Отрицательным моментом данной модели является ограничение прав больного и в какой-то мере игнорирование его предпочтений метода лечения.

Многие врачи считают допустимой патерналистскую модель только по отношению к детям, к лицам с резко сниженным интеллектуальным уровнем, к больным, находящимся в бессознательном состоянии. Однако крайний патернализм недопустим и к указанным пациентам.

Патерналистская модель предполагает возможность принудительной госпитализации больных с инфекционными заболеваниями и др. В этом случае приводятся объяснения, что интересы общества выше интересов отдельного человека.

В связи с большим вниманием к правам человека в течение двух последних десятилетий встал вопрос об участии пациента в принятии врачебного решения и отхода от патерналистской модели.

В ряде стран наряду с патерналистской моделью формируются и другие модели взаимоотношения врача и пациента. Изучением проблем, возникающих при использовании различных моделей, и занимается биоэтика. Эти антипатерналистские модели вызваны к жизни системой здравоохранения (страховая медицина, частнопредпринимательская), новыми медицинскими технологиями, растущим образовательным уровнем населения, требованием автономии больного, большим вниманием к юридическим нормам, регламентирующим лечение, установлением правового статуса пациента. Декларация Всемирной медицинской ассоциации (Венеция, 1983) провозгласила: «Врач должен уважать права пациента».

В основу новых моделей (коллегиальная,контрактная, совещательная или интерпретационная) положен ряд принципов и правил биоэтики. В число **принципов** входят: принцип уважения автономии пациента,

которым обосновывается, в частности, концепция информированного согласия; восходящий к Гиппократу принцип «не навреди», который требует минимизации ущерба, наносимого пациенту при медицинском вмешательстве; принцип «делай благо» (beneficence), подчеркивающий обязанность врача предпринимать позитивные шаги для улучшения состояния пациента и исторически ассоциирующийся с такими явлениями, как милосердие, благотворительность; принцип справедливости, указывающий на необходимость как справедливого и равного отношения к пациентам, так и справедливого распределения ресурсов (которые всегда ограничены) в системе здравоохранения. Поливариантность медицинских услуг в современной России ставит очень остро вопрос о требовании Конвенции: «равной доступной медицинской помощи надлежащего качества».

Кроме того, руководствуются четырьмя **правилами:** правдивость, конфиденциальность, неприкосновенность частной жизни и добровольное информированное согласие. В совокупности они образуют этические «координаты» отношения к пациенту как к личности.

Главным отличием моделей друг от друга является понимание автономии пациента или самоопределение человека. Под автономией пациента понимается его право выбора метода лечения и полного контроля за любым медицинским вмешательством. Учитывая этот принцип, врач должен опираться на представления самого пациента о том, что является благом для него, а не рассматривать собственное мнение в качестве единственно правильного.

Если в патерналистской модели информирование пациента ставится в зависимость от желания врача, то в новых моделях, исходя из правила правдивости, получение информации становится правом больного. Пациент вправе знать правду о своем состоянии, о всех существующих способах лечения его заболевания и о риске, связанном с каждым из них. Право на полную и правдивую информацию входит в противоречие с принципами классической медицинской этики, идущими от Гиппократа: «Окружи больного любовью и разумным утешением, но главное, оставь его в неведении о том, что ему предстоит, и особенно, что угрожает». Эта же мысль высказана крупнейшим клиницистом конца XIX в. Г.А.Захарьиным: «Открыть же больному все опасения, которые возникают во враче, – всегда ошибка со стороны последнего, а иногда и прямо преступление...». В ряде случаев откровенное объяснение врача ведет к так называемой информационной, или психогенной, ятрогении. Сообщение человеку, особенно больному тяжелым, неизлечимым заболеванием, правды о его состоянии может резко ухудшить его психическое и даже физическое состояние.

При общении с пациентами необходимо правдиво, в доступной форме и тактично информировать их о диагнозе и прогнозе болезни, доступных методах лечения, их возможном влиянии на образ и качество жизни пациента, о его правах. Выполнение этого правила необходи-

мо для обеспечения автономии пациентов, возможности их выбора и осознанного распоряжения собственной жизнью.

Право граждан на информацию о состоянии здоровья закреплено в «Основах законодательства», в статье 31. Здесь же указано, что в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии их здоровья предоставляется их законным представителям. В то же время в статье 24, пункт 5 говорится, что несовершеннолетние имеют право на получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной для них форме. Продолжением статьи 31 является утверждение о том, что «информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лица, которому должна быть передана такая информация».

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и 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».

В соответствии с признанием автономии пациента особую значимость приобретает понятие и «информированное согласие», то есть осознанное добровольное согласие больного на определенное лечение. Это означает, что каждый человек считается хозяином своего тела и может, если он в здравом уме, разрешить или запретить любое медицинское вмешательство и даже спасающую жизнь хирургическую операцию. В традиционной медицинской этике считалось, что врач обязан сохранить жизнь и обеспечить блага пациента. Сегодня в результате отхода от модели патернализма, с одной стороны, и создания эффективных жизнеподдерживающих методов и аппаратов – с другой, положение изменилось: сохранение жизни и обеспечение блага пациента могут вступать в противоречие друг с другом. Возникла проблема, одна из самых острых в биоэтике, имеющая не только медицинское, не только этическое, но и общефилософское содержание.

Статья 32 «Основ законодательства» утверждает, что «необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Согласие на медицинское вмешательство в отношении детей и недееспособных лиц дают их законные представители, а при отсутствии последних вопрос о вмешательстве принимает консилиум или лечащий (дежурный) врач». В статье 33 «Основ законодательства» предусматривается право гражданина или его законного представителя отказаться от медицинского вмешательства или требовать его прекращения.

При обсуждении вопроса об информированном согласии большое внимание обращается на компетентность больного, дающего согласие, и на способы оценки его компетентности. Некоторые ученые считают компетентность важнейшим понятием биоэтики. Компетентным признается лицо, способное понимать существо и последствия избранного им способа поведения; относительно больных – это способность сознательно выбрать способ лечения. Явно некомпетентны очень маленькие дети, лица, находящиеся в коматозном состоянии; частично некомпетентны некоторые пациенты в результате болезни, действия лекарств и др. Окончательно теоретические дефиниции компетентности пока не разработаны.

Законодательство об охране здоровья граждан предусматривает возможность отказа пациента от медицинского вмешательства (ст. 33), при этом больному или его представителю в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия. Законодательное закрепление права больного на отказ от лечения не снимает ответственности с врача. В большинстве случаев отказ больных от лечения следует рассматривать как деонтологическое бессилие врача.

Идеальная модель взаимоотношений врача и пациента в настоящее время еще не предложена. Все существующие модели имеют как положительные, так и отрицательные черты. Вероятно, выбор той или иной модели во многом зависит от конкретной ситуации. Патерналистская модель в практической медицине превалирует, поэтому принцип информированного согласия если и соблюдается, то зачастую неформально. Об устойчивости патерналистской модели можно судить по многочисленным опросам врачей и пациентов, проведенным в последние годы. Результаты медико-социологического исследования, проведенного в Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии в 2002–2004 гг., показали, что в настоящее время немногие врачи, как и их пациенты, готовы применять на практике антипатерналистские модели взаимоотношений. Такое положение устраивает психологически и многих больных, у которых отсутствует или слабо выражено желание принимать решения в отношении собственного здоровья, они с готовностью перекладывают это на врача.

Контрактная модель существует только в частных клиниках, поскольку подавляющее большинство людей пока не привыкли к мысли о покупке здоровья по сходной цене или у них нет на это средств.

Выработаны определенные принципы сбора анамнеза, осмотра пациента, сообщения диагноза и прогноза заболевания, назначения лечения и профилактических мероприятий. Основой этих принципов должно быть триединство: абсолютная вежливость, доброжелательность и индивидуальный подход.

Основные этические правила беседы: обращение к пациенту по имени и отчеству, к ребенку – по имени, к матери ребенка – по имени и отчеству; внимательное выслушивание рассказа пациента, родствен-

ников и деликатная постановка вопросов. Именно в процессе беседы врач устанавливает с пациентом отношения, основанные на взаимном доверии, таким образом, чтобы пациент мог откровенно рассказать о любой своей проблеме или высказать неудовлетворенность. Доверительные отношения способствуют психологическому комфорту больного и его физическому излечению.

При осмотре пациента врач должен быть деликатен, учитывать стыдливость (это особенно актуально в отношении детей и подростков), постараться не причинить боль. Руки врача должны быть обязательно мягкими, теплыми, с коротко остриженными ногтями, с абсолютно чистым и здоровым кожным покровом. Желательно, чтобы врач, назначая тот или иной метод исследования, обосновывал их не только медицинскими, но этическими показаниями; прежде всего это касается сложных инструментальных исследований.

Сообщение диагноза и прогноза зависит от заболевания, его тяжести, психологической настроенности пациента и его родственников, а также от избранной врачом модели взаимоотношений с пациентом. Существует правило, что детям не сообщают диагноза тяжелого заболевания и неблагоприятного прогноза. Родители же должны получить полную информацию, но многие опытные врачи советуют «дозированные» сообщения прогноза при неизлечимых болезнях, делать их в корректной форме, не обещать чуда, но и не отнимать надежду.

Среди многих этических требований к назначению лечения, также имеющих различия в зависимости от модели, которую избирает врач, важным считается умение врача успокоить и ободрить больного и его родственников, мобилизовать их на активную помощь. В педиатрии, независимо ни от каких обстоятельств, необходимо ясно и четко рассказать родителям о правилах приема лекарств, процедур, режиме. Рассматривая вопрос о лечении детей (новорожденных) с тяжелыми врожденными пороками, ряд представителей биоэтики основываются на концепции о равных правах любого человеческого существа на жизнь, на святость жизни, а следовательно, рекомендуют прилагать все усилия для спасения жизни детей.

Законом определены случаи, когда можно совершать медицинское вмешательство без согласия граждан.

Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан: «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, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представите-

лей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей – судом.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия и в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Врачебные ошибки. О возможном нанесении врачом вольного или невольного вреда больному говорилось с древнейших времен. Отношение к врачебным ошибкам исторически менялось от сокрытия до полной огласки. Многие выдающиеся врачи придавали большое значение откровенному признанию своих ошибок. В России пристальное внимание к ошибкам врача, их публичному признанию и анализу связано с именем Н.И.Пирогова.

По статистике первенствующее место в совершении врачебных ошибок принадлежит хирургам, акушерам-гинекологам, стоматологам и косметологам.

Многообразие врачебных ошибок, их причин и условий возникновения привело к тому, что до настоящего времени нет единого понятия врачебной ошибки, что естественно затрудняет медицинскую и юридическую оценку действий медицинских работников. Этому способствует и то обстоятельство, что в законодательстве термин «врачебная ошибка» отсутствует, в связи с чем юристы его обычно не применяют. Этот термин получил распространение преимущественно в медицинской литературе, хотя и здесь нет по этому вопросу единой точки зрения.

В нашей стране многие придерживаются мнения известного патолога И.В.Давыдовского, что главным критерием врачебной ошибки является вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и ее методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности и профессиональной неграмотности.

Существует ряд классификаций ошибок. В практической работе наиболее удобна классификация Н.И.Краковского и Ю.Я.Грицмана, позволяющая разграничивать ошибки по этапам врачебного процесса:

1) диагностические;
2) тактические;
3) технические;
4) организационные;
5) ошибки в ведении документации;

б) ошибки в поведении медицинского персонала (т.е. деонтологические).

Профилактика риска и врачебных ошибок требует соблюдения нескольких этических правил, среди которых:

– стремление к высокой компетентности как высшей форме профессиональной честности;
– систематическое неформальное повышение своих знаний;
– постоянная добросовестность в отношении к профессиональным обязанностям;
– всегда помнить о возможности совершения ошибки;
– соблюдать принцип «Не вреди!»;
– идти на риск только в интересах больного;
– не стесняться прибегать к помощи опытных коллег, консультантов;
– уметь критически относиться к своим действиям.

Особой проблемой являются **ятрогении** (от греч. iatros – врач и gennao – порождаю), которые в настоящее время приобретают большое значение в клинической деятельности врачей. Классическое понятие ятрогении, возникшее в 1920-х годах, следующее: ухудшение болезни или психогенные реакции, вызванные неправильным поведением медицинского персонала. В практике врача причинами таких информационных или психогенных ятрогений могут быть откровенная подробная беседа с пациентом или с родителями в присутствии ребенка, особенно содержащая описание возможных осложнений, неблагоприятного прогноза; неумелая информация о диагнозе и состоянии здоровья; неверно проведенная санитарно-просветительная беседа. Кроме того, причиной ятрогении может быть выдача на руки пациентам истории болезни и других медицинских документов.

Введение в медицинскую практику средств интенсивной лекарственной терапии, появление инвазивных методов диагностики, сложнейших методик хирургического вмешательства привело не только к успехам медицины, но и ко многим осложнениям.

Понятие ятрогении расширилось и включило в себя все заболевания и патологические процессы, которые возникают под влиянием любых медицинских воздействий, будь то профилактические, диагностические или лечебные мероприятия.

Существует немало значительно отличающихся друг от друга определений, наиболее соответствует медицинской практике следующее: ятрогении – это заболевания, патологические процессы, состояния, необычные реакции, возникновение которых однозначно обусловлено медицинским воздействием в ходе обследования, лечения, выполнения диагностических или профилактических процедур.

В современных классификационных схемах различают ятрогении, связанные с лечением: а) лекарствами, б) при хирургических вмешательствах; в) при физических методах лечения (лучевая терапия и др.);

ятрогении, связанные с диагностическими исследованиями (погре-
ности при исследовании, избыточные исследования и др.); ятрогении,
связанные с профилактическими мероприятиями (прививки); ятро-
генные псевдоболезни (при постановке неверного диагноза, когда не
лечится истинное заболевание, кроме того, у больного могут появить-
ся симптомы внушенного заболевания); прочие ятрогении (например,
от бездействия врача); информационные ятрогении, обусловленные
неблагоприятными воздействиями медицинского работника на пси-
хическое состояние больного, широкой медицинской информацией и
самолечением.

Статистика ятрогении очень неполная. Более точному учету, и то
в последние годы, подлежат ятрогенные процессы, сыгравшие важ-
ную роль в танатогенезе. Субъективность оценки ятрогении приводит
к большому расхождению данных. Частота же психогенных ятрогений
практически неизвестна.

Не все врачи согласны с расширением понятия ятрогении (Н.В.Эй-
штейн, С.Д.Носов, В.В.Михеев, Д.С.Саркисов, М.С.Игнатов и др.).
Сформулированы отрицательные положения расширительного поня-
тия ятрогении:

– продуманное понятие врачебной ошибки заменяется недиффе-
ренцированным, негативным термином ятрогении;
– происходит усиление напряженных отношений между клиници-
стами и патанатомами;
– новое понятие ятрогении позволяет затушевать социальные про-
блемы (плохая организация труда, скудный бюджет медицинских
учреждений и др.);
– неэтично по отношению к врачам сводить неблагоприятное тече-
ние болезни и осложнения к ятрогении. Ятрогения в современ-
ном понятии поглощает почти все, что называлось осложнения-
ми. И действительно, методологические вопросы разграничения
и соотношения между понятиями «врачебные ошибки» и «ятроге-
ния» окончательно не установлены. Большинство авторов, иссле-
дующих проблемы ятрогении, считают, что подавляющее число
врачебных ошибок является ятрогениями.

Всеми изучающими ятрогенную патологию признается, что ятроге-
ния не только медико-биологическое явление, но и медико-социаль-
ное, отражающее организацию и уровень лечебно-профилактической
помощи.

Дифференциальная диагностика ятрогенных заболеваний и органи-
ческих поражений нелегка и требует от врача глубокого клинического
мышления и сугубо индивидуального подхода к больному.

В пользу психогенного происхождения болезни говорят:

– обилие жалоб;
– несоответствие субъективных ощущений больного с объективны-
ми признаками болезни;

– отсутствие эффекта от приема специфических средств и
– наоборот, выраженный эффект от психотропных препаратов.

Лечение ятрогений трудно и требует от врача выдержки, терпения, деликатности и психотерапевтических знаний.

Не всякая ятрогения должна ставиться в вину врачу. Безусловно, врач или медсестра виноваты в возникновении психогенной ятрогении. А ятрогении действия в ряде случаев не зависят от врача – нет лекарств или процедур, абсолютно безопасных для больного. Многое зависит от индивидуальных особенностей организма пациента, о которых врач не всегда имеет возможность знать.

Актуальным и в наши дни является один из древнейших вопросов профессиональной этики – **врачебная тайна.** В Клятве Гиппократа говорится: «Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной».

Отечественные врачи, как и все врачи прошлого, очень строго соблюдали медицинскую тайну больного, иногда даже в ущерб другим лицам. После революции, в связи с лозунгом, что «любая болезнь не позор, а несчастье», снизились требования к соблюдению врачебной тайны, иногда вплоть до ее отрицания. Впоследствии была выработана установка, что сохранение медицинской тайны должно быть до тех пор, пока это не угрожает здоровью общества. В «Основах законодательства» (1993) ряд статей (30, 31, 49, 61) обязывает врачей строго соблюдать врачебную тайну. В статье 61 дается такое определение этого понятия: «Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений», а также перечисляются условия хранения тайны и разглашения сведений, составляющих врачебную тайну.

К объектам врачебной тайны относятся следующие сведения:
– о факте обращения за медицинской помощью;
– о состоянии здоровья пациента;
– о диагнозе заболевания пациента;
– сведения, полученные при обследовании и лечении пациента;
– о результатах обследования лица, вступающего в брак;
– о факте проведения искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона;
– о личности донора и реципиента при трансплантации органов и тканей и других вмешательствах.

Исходя из традиционного понимания медицинской тайны, сохранять ее надо: от посторонних лиц, знакомых, от сверстников ребенка, соседей по палате, а иногда и родственников больного. Необходимо больше согласовывать с больным полноту и характер информации, предоставляемую врачом родственникам и знакомым. Врач также не должен вести

разговоры о болезни пациентов, называя их фамилии, с членами своей семьи, с коллегами, если они не лечат данного пациента.

В настоящее время очевидно, что к кругу лиц, обязанных хранить тайну больного, относятся не только врачи-фармацевты и другие медицинские работники, но и все, кому в силу своих профессиональных обязанностей становятся известными сведения о больном (работники регистратуры, медстатистика, вспомогательный и обслуживающий персонал – бухгалтера, работники пищеблока, секретари и т.д.). В лечебно-профилактических и детских учреждениях необходимо распространять обязанность сохранения тайны на вспомогательный и педагогический персонал. Поэтому целесообразно оперировать понятием «медицинская тайна».

Важным организационным моментом работы лечебных учреждений является соблюдение мер по предупреждению раскрытия тайны больного: хранение истории болезни в недоступном для посторонних лиц месте; соблюдение принципа конфиденциальности на обходе и при осмотре больных в палате, если в ней присутствуют другие больные или посетители; недопущение разговоров о больных в коридорах, на лестницах и в других местах, где они могут быть услышаны другими больными, родственниками и знакомыми больных, ограничение сообщения сведений о больном по телефону и др. Все обсуждения, касающиеся пациентов, целесообразно проводить только в ординаторских или в других специальных помещениях.

Соблюдение конфиденциальности является условием защиты социального статуса пациента. В обществе существует сугубо отрицательное отношение к некоторым заболеваниям, лица, имеющие их, могут подвергнуться своеобразному остракизму и даже вынуждены покидать свое место работы (психические, злокачественные, венерические заболевания, СПИД и др.). Во всех странах мира есть документально зарегистрированные случаи, когда люди с ВИЧ/СПИДом подвергались стигматизации, дискриминации и получали отказ в предоставлении услуг на основании того, что они ВИЧ-позитивны. Не исключается возможность использования данных генетического анализа в дискриминационных целях (при найме на работу, страховании и т.п.).

Кроме того, нарушая конфиденциальность, врачи подрывают свой престиж и имидж в обществе. Разглашение сведений, полученных при опросе и осмотре больного, нарушает неприкосновенность частной жизни, подрывает основу взаимоотношений врача и пациента – доверие. Пациент, узнав о таком поведении врача, может в дальнейшем больше не быть с ним откровенен или даже отказаться от лечения у этого врача.

В вопросе о конфиденциальности существуют противоречивые нормы, поскольку существующие у нас правовые акты по поводу особо опасных заболеваний, а также административные правила внутрибольничного распорядка делают такой подход в ряде случаев невозможным.

Эвтаназия (эйтаназия, эутаназия) (от греч. eu – хорошо, eus – благой, хороший, добрый и thanatos – смерть) – исторически в это понятие вкладывается смысл «легкая, безболезненная смерть». В современной науке термин подразумевает намеренное ускорение смерти или умерщвление неизлечимого больного, находящегося в терминальном состоянии, с целью прекращения его страданий. Как врачебная тактика он означает сокращение руками медиков (через прямое действие с помощью анестетиков или наркотиков в смертельных дозах или в силу профессионального бездействия) жизни инкурабельных больных.

Проблема эвтаназии, возникая и актуализируясь в сфере профессиональной медицины, в то же время является общекультурно значимым феноменом и требует осмысления в плане рефлексии на всеобщее, т.е. истолкования на предмет своих философских оснований.

Согласно пониманию роли и назначения медицины, сложившемуся в древнегреческой, и ее наследнице – новоевропейской традиции, врач не должен ускорять или каким-либо образом способствовать наступлению смерти больного, а степень медицинского воздействия на протекание жизненных процессов ограничена категорическим запретом на эвтаназию, выраженным в одном из положений Клятвы Гиппократа: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для реализации подобного замысла». Провозглашаемые в Клятве чувство моральной ответственности за свои действия и безоговорочное уважение человеческой жизни от момента зачатия были определенным гарантом безопасности пациента. Пионерами эвтаназии были нацистские медики. Международный военный трибунал квалифицировал эти действия как преступление против человечества.

В последние десятилетия повышенный интерес к эвтаназии связан с прогрессом медицины, в частности, с успехами реаниматологии и трансплантологии, освоением новых методик жизнеобеспечения, дающих возможность продолжительное время бороться за жизнь пациента, изменением ценностей и моральных приоритетов в современной цивилизации, в центре которых стоит идея «прав человека», в том числе права на здоровье, достойную жизнь и достойную смерть. Одновременно в клинической медицине до сих пор не существует критериев, позволяющих достоверно определять степень безнадежности больного и время наступления его смерти.

Актуальность этой проблемы определяется также существенным постарением населения, увеличением числа родившихся с тяжелыми врожденными аномалиями психического и физического развития, что порождает много экономических, социальных, морально-этических и правовых вопросов, касающихся содержания, ухода, лечения таких больных.

С другой стороны, ставится вопрос, в какой мере морально оправдана практика продления жизни пациента «любой ценой» в случае, когда сознание необратимо утрачено или когда больной, умирая, испытывает

столь тяжкие физические страдания, что врачи вынуждены постоянно поддерживать его полусознательное состояние. У больного, находящегося в сознании, именно сильные боли являются обычно причиной его просьб ускорить наступление смерти. Верховный суд штата Калифорния (США, 1977), впоследствии поддержанный Верховными судами еще 9 штатов, юридически обосновал право не только больного, но даже еще здорового человека дать распоряжение врачам на случай развития у него терминального состояния. Составление так называемых «прижизненных завещаний», в которых может предусматриваться и воля пациентов на случай их необратимого вегетативного состояния, как раз и позволяет в какой-то степени уменьшить бремя ответственности, ложащееся на врача, но не решает всех вопросов.

В литературе, касающейся эвтаназии, проводится моральное разграничение ряда понятий. В зависимости от поведения медицинского работника эвтаназия делится на активную и пассивную. Активная эвтаназия – преднамеренное применение медицинскими работниками каких-либо средств с целью прерывания жизни пациента (например, инъекция больших доз сильнодействующих препаратов, ускоряющих наступление летального исхода). К активной эвтаназии также относят самоубийство при помощи врача, когда врач предоставляет больному средство для прекращения жизни.

Пассивная эвтаназия – отказ от применения средств и невыполнение медицинских манипуляций, которые поддерживали бы определенное время жизнеспособность тяжелобольного пациента, причем их или вообще не начинают, либо прекращают на определенном этапе. В соответствии с этим определением, к пассивной эвтаназии можно отнести выписку неизлечимо больного пациента из больницы по желанию пациента, его родственников или решению врачей.

Относительно эвтаназии, прежде всего в форме прекращения жизнеподдерживающих мероприятий и опосредованного содействия врача добровольному уходу больных из жизни, включая помощь при самоубийстве пациента, можно констатировать, что повсеместно складывается все более лояльное отношение к ним, причем категория больных, которым может угрожать эвтаназия, постоянно расширяется.

В зависимости от возможности пациента высказать свое согласие на проведение эвтаназии выделяют добровольную эвтаназию – осуществляемую по свободному согласию пациента, недобровольную – осуществляемую без согласия пациента, принудительную – осуществляемую в отношении лиц, которые не способны высказать свое отношение к данной манипуляции.

Мнение исследователей на допустимость той или иной формы эвтаназии различно: от полного неприятия до поддержки даже активной эвтаназии. На 39-й Всемирной Медицинской Ассамблее (Мадрид, Испания, октябрь 1987 г.) была принята «Декларация об эвтаназии». «Эвтаназия как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже

по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, неэтична. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания».

В то же время идут процессы по легализации эвтаназии: в 1994 г. она была легализована в штате Орегон (США), а в 1995 г. в Северной провинции Австралии, правда, спустя 9 месяцев закон был отозван. Активная эвтаназия разрешена законом в Голландии с 2001 г., в Бельгии с 2002 г., в Швейцарии с 2007 г. Во Франции и Британии смертельно больным людям позволяют отказываться от лечения, т.е. разрешена пассивная эвтаназия.

В нашей стране эвтаназия запрещена: в статье 45 «Основ законодательства», которая называется «Запрещение эвтаназии», 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.

Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Сторонники эвтаназии приводят следующие аргументы «за»:

- Невыносимые страдания больных при неизлечимых болезнях. Устраняя эти муки, врач как бы выполняет свои профессиональные обязанности, действует гуманно и милосердно, сострадая больному.
- Признавая основной принцип биомедицинской этики – автономию личности или право больного распоряжаться жизнью и смертью – врач обязан выполнить просьбу больного о прекращении жизни.
- Продление врачами жизни страдающего человека расценивается как жестокость со стороны врачей, так как качество жизни резко снижается и превращается в продление смерти.
- Уход за инкурабельными больными – это тяжелая моральная и физическая нагрузка для родственников и больничного персонала, причем все их усилия не ведут к выздоровлению.
- Экономическим и социальным основанием эвтаназии является трата больших средств на медицинскую помощь безнадежным больным, новорожденным с дефектами развития и тем самым сокращение лечения «перспективных» пациентов.
- Сам тяжелобольной человек, движимый альтруистическими чувствами, стремится не обременять своих близких необходимостью затрачивать моральные, физические и финансовые усилия, а также не растрачивать ресурсы, требующиеся для его лечения.

– Эвтаназия все равно существует вне правового поля, а специальный закон разрешит проконтролировать этот процесс.
– Эвтаназия расширит возможности юридически закрепить завещательные и прочие волеизъявления пациента.

Аргументы против эвтаназии:

– Все основные религиозные конфессии отрицают эвтаназию, признавая высшей ценностью «святость человеческой жизни». Признание ценности жизни любого человека свойственно и атеистам. Поэтому легализация практики активной эвтаназии явится потрясением моральных устоев общества.
– Эвтаназия безнравственна, потому что противоречит самой сущности медицинской профессии: медики призваны исцелять, а не убивать. Превращение врачей в носителей смерти является отрицанием благородной медицинской традиции.
– Диагноз и прогноз неизлечимого заболевания, даже при возможности современных методов, может быть ошибочен.
– Возможны злоупотребления, когда недобросовестные медики, вместо того, чтобы оказать трудную как морально, так и физически помощь тяжелобольному, могут пойти на эвтаназию.
– Просьба больного об эвтаназии обычно обусловлена сильными болями, плохим физическим уходом и равнодушием, пренебрежительным отношением медицинского персонала, иногда желанием избавить родственников от обременительных забот. Все эти причины могут быть полностью или хотя бы частично устранены. Выход здесь не в исполнении просьбы больного, а в улучшении медицинского обслуживания.
– Просьба больного об эвтаназии может быть сиюминутной, на следующий день он может сожалеть о сказанном.
– Опыт врачей свидетельствует, что больные, даже самые тяжелые, пока они в сознании, в большинстве случаев не стремятся умереть, а, наоборот, просят врачей спасти им жизнь.
– Введение эвтаназии в практику медицинских учреждений еще больше подорвет доверие к врачам, к медицине и здравоохранению в целом.
– Эвтаназия является нарушением Клятвы Гиппократа, до сих пор являющейся основным этическим документом для медиков.
– Эвтаназия окажет деморализующее действие на медицинский персонал.
– Разрешение эвтаназии может стать психологическим тормозом в разработке более эффективных средств лечения больных.
– С юридической точки зрения, если врач делает больному смертельную инъекцию, то причиной смерти и будет являться эта инъекция, а не основное заболевание.
– Какие бы причины и условия не вызвали эвтаназию, она все равно будет убийством.

Все вышеизложенное дает основание заключить, что на сегодня эвтаназия ни в одном из своих проявлений и форм не может считаться достаточным правовым основанием для лишения человека жизни и соответствующего прекращения его права на жизнь. Это обусловлено, прежде всего, доминирующими философскими, этическими, религиозными, медицинскими, правовыми и иными мировоззренческими позициями по этой проблеме.

Альтернативой негативному и социально опасному представлению об эвтаназии должны стать современные методы борьбы с болью и другими страданиями, прогресс в лечении тяжелых больных, новые социальные программы по реабилитации инвалидов, создание специальных учреждений – хосписов, обеспечивающих уход за умирающими больными.

В настоящее время быстро развивается новое направление – паллиативная медицина (лечение) – всеобщая активная забота о пациентах и их семьях, обеспеченная группой профессионалов в то время, когда болезнь пациента не поддается более лечению. В рекомендациях №14/8 (1999) о защите прав человека и достоинства терминальных больных и умирающих, одобренных Парламентской ассамблеей Совета Европы 25 июня 1999 г., отмечается, что приоритетным направлением развития должна быть не легализация эвтаназии, а развитие паллиативной помощи, устранение боли и всесторонняя поддержка пациентов, членов их семей и других лиц, которые осуществляют уход за терминальными больными и умирающими.

Цель паллиативной помощи – поддержать максимум физического, психологического, социального и духовного потенциала пациента, несмотря на тяжелое состояние больного, а также реализация права человека на достойную смерть. Также целью паллиативного лечения является обеспечение как можно более высокого качества жизни как для пациента, так и для его семьи.

Организационная структура паллиативной помощи включает патронажную службу помощи умирающим больным на дому; выездную службу (скорая помощь) для купирования острых состояний; специализированный стационар – хоспис, специализированные отделения больниц общего профиля; дневные и ночные стационары, как правило, создаваемые при хосписе.

Этические проблемы проведения экспериментальных исследований на человеке. Необходимость биомедицинских исследований с вовлечением человека как субъекта исследования очевидна, так как это единственно объективное и самое плодотворное условие познания закономерностей физиологии и патологии человека, а следовательно, важнейший путь достижения результатов в сохранении здоровья каждого отдельного человека и человечества в целом.

Многие исследователи пытались определить совокупность условий, выполнение которых оправдало бы в нравственном отношении прове-

дение исследований на человеке. Эти попытки нашли свое отражение в большом числе международных кодексов этики. Одно из первых обсуждений этих проблем состоялось в Нюрнберге, где с 20 ноября 1945 г. по 1 октября 1946 г. заседал Международный военный трибунал и состоялся судебный процесс над главными нацистскими военными преступниками. Его продолжением явился проводившийся там же с 21 ноября 1946 г. и весь 1947 г. судебный процесс над врачами, участвовавшими в преступных экспериментах над заключенными концлагерей в годы Второй мировой войны. К суду было привлечено 23 врача, в том числе и проводившие исследования научные сотрудники вне самих лагерей. Именно тогда в Нюрнберге был создан I Международный документ по биоэтике, так называемый «Нюрнбергский кодекс», который предлагал при проведении научных исследований и экспериментов на людях основываться на этических критериях, таких как добровольное согласие испытуемого, его дееспособность, информирование испытуемого о целях, методах и возможных последствиях предполагаемого эксперимента и др. И хотя принципы, изложенные в Кодексе, являлись не требованиями закона, а нормами морали и не носили обязательного характера, он содержал перечень основных, базовых этических принципов проведения медицинских исследований на людях.

Безусловно, центральное место среди международных документов принадлежит «Хельсинской декларации» Всемирной медицинской ассоциации (ВМА), принятой Всемирной медицинской ассамблеей в Хельсинки в 1964 г., с последующими пересмотрами и дополнениями в 1975, 1983, 1989, 1996 и 2000 годах. Она также не является юридически обязывающим документом, но обладает высочайшим моральным авторитетом. Основные ее положения стали правовыми нормами многих национальных законодательств. В ее преамбуле говорится: «Миссия врача – охрана здоровья людей. Знания врача и его совесть должны служить выполнению этой миссии. «Женевская декларация» Всемирной медицинской ассоциации обязывает каждого врача поклясться, что «здоровье моего пациента будет моим первейшим вознаграждением». а «Международный кодекс медицинской этики» утверждает, что «врач должен лишь в интересах пациента в процессе оказания медицинской помощи осуществлять вмешательства, способные ухудшить физическое или психическое состояние человека». Целями медико-биологического исследования (МБИ) на людях должны быть совершенствование диагностических, лечебных или профилактических мероприятий и углубление знаний об этиологии и патогенезе заболеваний».

Хельсинкская декларация дала первый международный этический стандарт проведения научных исследований на человеке, в основе которого лежал принцип автономии личности пациентов и испытуемых, стимулировала интенсивное теоретическое исследование этических проблем экспериментирования на человеке, которое представляет собой одно из важнейших направлений современной биоэтики. Суще-

ственное значение в этом стандарте занимает требование независимой этической экспертизы научных проектов специально создаваемыми исследовательскими этическими комитетами, которые работают на основе междисциплинарного подхода.

Кроме того, в ноябре 1996 г. Парламентской ассамблеей Совета Европы была принята Конвенция «О правах человека и биомедицине», имеющая юридически обязывающий характер для стран-членов Совета Европы и регламентирующая проведение клинических испытаний на людях.

В Конвенции определены достаточно строгие этико-правовые нормы, которые необходимо соблюдать при всяком медицинском вмешательстве. Специальный раздел ее посвящен нормам проведения исследований на человеке. Принципиальным является положение Конвенции, согласно которому любое исследование на человеке может быть проведено только при условии, что его проект «был утвержден созданным на междисциплинарной основе компетентным органом, осуществляющим независимую экспертизу научной обоснованности, а также оценку его приемлемости с этической точки зрения».

Специальный раздел Конвенции посвящен биомедицинским исследованиям (БМИ), основной мотив которого – необходимость принятия всех мер, требующихся для защиты людей-участников исследований (включая и тех, кто не способен самостоятельно дать согласие на участие в исследовании), а также эмбрионов *in vitro*, коль скоро национальное законодательство разрешает проводить эксперименты над ними. Нормы, изложенные в этом разделе, развиваются и детализируются в дополнительном протоколе к Конвенции, всецело посвященном проблематике биомедицинских исследований.

Опыты на людях разделяют на клинические исследования и нетерапевтические медико-биологические исследования.

Нетерапевтические медико-биологические исследования (не клинические испытания) включают опыты на людях, преследуют, главным образом, чисто научные цели и не имеют прямого диагностического или терапевтического значения для лиц, участвующих в таких исследованиях.

Клинические исследования (испытания, эксперименты) сочетаются с профессиональным обслуживанием больных и проводятся с целью диагностирования и лечения заболевания и если, по мнению врача, они способствуют спасению жизни или облегчению состояния больного. К ним относятся апробация новых методов диагностики, проверка действия новых лекарственных препаратов и отработка методики проведения операций. Иногда бывает трудно провести ощутимую грань между экспериментом как таковым и просто терапевтической процедурой в силу уникальности каждого человека, индивидуальности его реакций на одно и то же терапевтическое средство. Любая операция или ее модификация когда-то производится впервые, т.е. является кли-

ническим экспериментом. Чаще этому предшествует тщательное теоретическое обоснование и отработка методики в опытах на животных.

Клинические исследования лекарственных средств являются обязательным этапом в процессе разработки и внедрения новых препаратов в медицинскую практику. Именно они дают основные сведения об эффективности, безопасности и фармакологических взаимодействиях, на их результатах основываются принципы применения препаратов в медицинской практике. Поэтому к клиническим исследованиям (КИ) лекарственных средств предъявляются особенно строгие требования, сформулированные в положениях «Надлежащей (качественной) клинической практики» – Good Clinical Practice (GCP). Под этим термином понимают стандарт клинических исследований, охватывающий планирование, проведение, завершение, проверку, анализ результатов, составление отчетов и ведение документации. Стандарт обеспечивает научную значимость исследований, их этическую приемлемость и полную документированность клинических характеристик изучаемого лекарственного препарата.

Следование стандарту GCP при проведении ключевых или определяющих (pivotal) клинических испытаний является одним из важнейших условий регистрации новых лекарственных препаратов в индустриальных странах. Соответствие требованиям обеспечивает «доказательную базу» результатам КИ и позволяет с обоснованной уверенностью полагаться на полученные результаты.

Этические принципы при проведении клинических испытаний в целом сводятся к приоритету прав больного человека перед интересами науки и общества. Прежде всего, должно быть получено добровольное информированное согласие больного, основанное на полной информации его о целях и сути нового метода диагностики или лечения, о риске, связанном с ним.

Также обязательна научная обоснованность любого испытания.

Выбор людей, участвующих в эксперименте, должен быть очень серьезным и высоконравственным, решаться, исходя из автономии личности, из компетентности человека, его правдивого информирования о целях и сути нового метода диагностики и лечения, о риске, связанном с ним; получения осознанного добровольного информированного согласия, соблюдения принципа социальной справедливости, конфиденциальности, милосердия.

Проведение экспериментов допустимо только на добровольцах. Однако добровольность не всегда абсолютна. Необходимо учитывать мотивы решения участия в исследовании.

Если согласие компетентного лица на проведение эксперимента вынужденное из-за тяжелых жизненных обстоятельств (бедность, мигранты) или обусловлено зависимостью испытуемого от экспериментатора (заключенные, обитатели домов для лиц с задержками умственного развития и т.д.), его нельзя считать добровольным, а проводимый эксперимент – правомерным.

В «Основах законодательства» (статья 43) подчеркивается, что «проведение биомедицинского исследования допускается в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения и должно основываться на предварительно проведенном лабораторном эксперименте.

Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина. Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании.

При получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии.

Пропаганда, в том числе средствами массовой информации, методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных средств, не прошедших проверочных испытаний в установленном законом порядке, запрещается. Нарушение указанной нормы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации».

При проведении клинических экспериментальных исследований («Основы законодательства», статья 43) необходимым условием является использование методов профилактики, диагностики, лечения, медицинских технологий, дезинфекционных средств, иммунобиологических препаратов, разрешенных к применению в установленном законом порядке. Если подобные средства не разрешены к применению, но находятся на рассмотрении, они «могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного согласия». В отношении лиц, не достигших 15 лет, находящиеся на рассмотрении средства могут быть использованы для лечения только при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей.

Также регулируют проведение клинических испытаний Закон РФ «О лекарственных средствах» (1998 г.) и «Правила проведения качественных клинических испытаний в РФ» (МЗ РФ 1997 г.) с последующими дополнениями.

Одним из механизмов защиты прав и достоинства человека-испытуемого или пациента служат этические комитеты. Правовая база для их создания в нашей стране появилась в 1993 г. с принятием Закона Российской Федерации «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» и именно статьи 16 «Комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан». В ней говорится: «При органах государственной власти и управления, на предприятиях, в учреждениях, организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения могут создаваться комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан в целях защиты прав человека

и отдельных групп населения в этой области, для участия в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с их нарушением, в подготовке рекомендаций по приоритетным направлениям практической и научно-исследовательской деятельности, для решения иных вопросов в области охраны здоровья граждан.

В состав комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан входят лица, представляющие интересы общественности, включая специалистов по медицинской этике, юристов, деятелей науки и искусства, представителей духовенства, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов и других общественных объединений».

Основная обязанность комитетов по этике (КЭ) – защищать права пациентов, принимающих участие в биомедицинских исследованиях, следить за тем, чтобы исследовательские манипуляции не подвергали опасности здоровье и благополучие испытуемых.

В этой связи особую озабоченность представляют уязвимые группы населения, привлекаемые в качестве субъектов исследований. «Уязвимость» означает значительную неспособность защитить собственные интересы из-за таких причин, как неспособность дать согласие, основанное на полученной информации или из-за отсутствия альтернативных средств получения медицинской помощи или других дорогих необходимых вещей, а также из-за того, что он является младшим или подчиненным членом в какой-то иерархии. Соответственно, должны быть предприняты особые меры для защиты прав и благополучия уязвимых лиц, к которым относятся:

- дети;
- пожилые;
- особо уязвимые по медицинским показаниям (больные с нарушениями психики и когнитивных функций, онкологические больные, так называемые «неперспективные больные»);
- пациенты в бессознательном состоянии;
- женщины репродуктивного возраста;
- заключенные;
- наемные работники и студенты;
- эмбрионы и неродившиеся младенцы;
- группы, особо уязвимые в культурном отношении, а также меньшинства и экономически обездоленные граждане.

Профессиональная подготовка и практическая деятельность медицинских работников требуют знания ими этических и соответствующих правовых норм. Это тем более актуально в связи с процессом формирования новых отношений в различных по формам собственности системах здравоохранения, появлением практики судебных исков, затрагивающих моральные и экономические интересы медицинских работников. Расширение прав пациентов также отражается на взаимоотношениях в системе здравоохранения. Традиционные классические

отношения врача и пациента в отечественной системе здравоохранения в последнее десятилетие стали наполняться экономическими сущностями, что в свою очередь позволяет рассматривать эти отношения с позиции производства и потребления медицинских услуг, т.е. с позиций своеобразного обмена, присущего рыночным отношениям.

Как уже указывалось, врач при выполнении своей профессиональной деятельности берет на себя определенную ответственность за последствия своих действий и по ряду причин может совершить врачебную ошибку, ему не всегда удается прогнозировать или осознать последствия применения новых биомедицинских технологий. Положения гражданского и уголовного кодексов предусматривают те или иные виды ответственности за нанесение вреда здоровью пациента или морального вреда.

Все это обусловливает необходимость разработки адекватных мер по защите медицинских работников. Одной из действенных мер является страхование на случай врачебной ошибки. За рубежом уже много десятилетий существует такая практика.

В нашей стране права медицинских работников, как и социальная защита их, в полной мере пока еще далеки от правовой и практической реализации. Хотя нельзя не назвать ряд статей «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», которые закрепляют право медицинских работников на частную медицинскую практику, создание профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций. Статья 63 наделила медицинских работников правом на «страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или другой ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей». Страхование врачебной ответственности как услуга на российском рынке существует уже несколько лет, но она практически не востребована. Однако развитие механизмов в страховании профессиональной ответственности медицинских работников нуждается в дальнейшем правовом регулировании. Законы прямого действия по правовому регулированию профессиональной врачебной деятельности отсутствуют. Это снижает профессиональную ответственность врачей, порождает возникновение конфликтных ситуаций, судебные ошибки в определении вины врачей, снижает качество медицинской помощи, приводит к неудовлетворенности и пациентов, и врачей. Введение обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников актуально и значимо не только для пациентов, которым будет гарантировано страховое возмещение убытков, понесенных из-за профессиональных ошибок, но и для врачей и их работодателей. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников покрывает имущественные интересы медицинского учреждения, связанные с его обязанностью, согласно законодательству РФ, компенсировать вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу третьих лиц в результа-

те непреднамеренных профессиональных ошибок (упущений, небре... ности), допущенных сотрудниками Страхователя.

Но полноценное медицинское законодательство – это важ... и главная, но далеко не единственная обязанность государства и об... ства. Не меньшее значение имеет создание специальных условий д... осуществления врачами профессиональной деятельности, для наибо... полного и эффективного применения ими своих специальных знаний ... медицинских технологий.

Все сказанное подтверждает, что в настоящее время строгое выпо... нение норм медицинской этики (биоэтики) является, по сути, еди... ственной защитой врача, важнейшим условием, способствующ... минимизации риска причинения вреда здоровью пациента при ока... нии медицинской помощи. Высокий профессионализм, включающ... профессиональную компетентность и профессиональное поведение (соблюдение этических норм, исполнение профессиональных обя... занностей в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, научно обоснованными подходами и сложившейся практикой), а так... способность (готовность) лечебного учреждения оказывать медицинскую помощь надлежащего качества тех видов, которые предусмотрены лицензией, – залог нравственного удовлетворения преданного своей профессии врача.

Глава 9

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Система управления здравоохранением в Российской Федерации

Охрана здоровья граждан является одной из важнейших функций государства. Управление здравоохранением осуществляется как на общегосударственном уровне, так и на уровне субъектов РФ. В соответствии с «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», к ведению высших органов государственной власти и управления в области охраны здоровья граждан относятся:

- установление основ федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, разработка и реализация федеральных программ по развитию здравоохранения;
- принятие и изменение федеральных законов в области здравоохранения и контроль за их исполнением;
- разработка и утверждение Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью и установление размера взносов на обязательное медицинское страхование;
- защита прав и свобод человека в области охраны здоровья;
- охрана семьи, отцовства, материнства и детства;
- определение доли расходов на здравоохранение при формировании государственного бюджета;
- управление федеральной государственной собственностью, используемой в области охраны здоровья граждан;
- установление структуры и порядка деятельности федеральных органов управления государственной системой здравоохранения;
- координация деятельности органов государственной власти и управления, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;
- охрана окружающей среды и обеспечение экологической безопасности;
- организация и обеспечение государственного санитарно-эпидемиологического надзора на территории страны и утверждение нормативных правовых актов в этой сфере;

– разработка и реализация мер, направленных на спасение жизни людей при чрезвычайных ситуациях;
– обеспечение единой технической политики в области фармацевтической и медицинской промышленности с проведением сертификации лекарственных и дезинфекционных средств, иммунобиологических препаратов, сильнодействующих и ядовитых средств, изделий медицинского назначения;
– разработка федеральных программ подготовки медицинских и фармацевтических работников;
– координация и финансирование научных исследований в области охраны здоровья граждан;
– установление стандартов качества медицинской помощи и контроль за их соблюдением;
– установление порядка лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности;
– установление порядка производства медицинской экспертизы;
– установление единой федеральной системы статистического учета и отчетности в области охраны здоровья граждан;
– установление порядка создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан;
– международное сотрудничество в области здравоохранения и др.

Отдельные вышеуказанные полномочия в вопросах охраны здоровья граждан, отнесенные к ведению Российской Федерации, могут быть переданы республикам в составе Российской Федерации, автономным областям, автономным округам, краям, областям, городам федерального значения – Москве и Санкт-Петербургу – в порядке, установленном Федеральным договором о разграничении предметов ведения и полномочий.

Необходимо отметить, что полномочия в области охраны здоровья граждан четко распределены между высшими органами государственной власти и управления в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993).

Высшие органы законодательной власти определяют основные направления государственной политики, принимают законы и утверждают федеральные программы по вопросам охраны здоровья населения, а также утверждают государственный бюджет с определением доли расходов на здравоохранение.

Президент Российской Федерации руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан.

Правительство Российской Федерации осуществляет федеральную государственную политику в области здравоохранения и финансирует федеральные программы.

Центральным отраслевым органом руководства здравоохранением в составе правительства является Министерство здравоохранения и

социального развития Российской Федерации, возглавляемое министром. Организационная структура и штатное расписание Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации утверждаются соответствующим постановлением правительства.

Существенную роль в управлении здравоохранением страны выполняет Коллегия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в состав которой входят министр, его заместители и другие руководящие работники здравоохранения.

Среди основных функций Министерства здравоохранения необходимо указать следующие:

- разработка и реализация программ по развитию здравоохранения;
- разработка программ подготовки медицинских и фармацевтических работников;
- разработка и реализация мер по спасению жизни людей в чрезвычайных ситуациях;
- развитие материально-технической базы здравоохранения;
- координация и финансирование научных исследований;
- разработка порядка лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности;
- разработка и утверждение стандартов медицинской помощи и контроль за их соблюдением;
- сертификация лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения;
- разработка единой системы статистического учета и отчетности в органах и учреждениях здравоохранения;
- международное сотрудничество в области здравоохранения.

В подчинении у Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации находятся Министерства здравоохранения республик, входящих в состав Российской Федерации, комитеты по здравоохранению автономных округов, автономной области, краев и областей, а также Москвы и Санкт-Петербурга.

В городах управление здравоохранением осуществляется городскими и районными комитетами по здравоохранению. В сельской местности функции районных отделов здравоохранения, ликвидированных в 1950-е годы, выполняют центральные районные больницы.

Системе органов управления здравоохранением свойственно двойное подчинение: так, Министерство здравоохранения республики, входящей в состав Российской Федерации, с одной стороны, по общим вопросам подчинено соответствующему правительству, а по вопросам здравоохранения – Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Территориальные органы управления здравоохранением также, с одной стороны, подчинены соответствующим административным органам управления, а по отраслевым вопросам – вышестоящим органам управления здравоохранением.

В связи с переориентацией управления здравоохранения с преимущественно отраслевого на преимущественно территориальное происходит перераспределение управленческих полномочий между различными уровнями управления здравоохранением, которым свойственны следующие функции:

– обеспечение доступности населению гарантированного Программой госгарантий объема медико-социальной помощи;
– развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории;
– контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной практикой;
– гигиеническое обучение и воспитание населения.

Если на уровне высших органов государственной власти и управления осуществляется стратегическое управление, то на уровне муниципальных органов управления здравоохранением субъектов РФ – тактическое руководство здравоохранением.

Оперативное управление осуществляется на уровне медицинских учреждений и объединений. Эффективность деятельности здравоохранения в значительной мере зависит от оптимального соотношения централизованного руководства и самостоятельности медицинских учреждений и объединений.

Для повышения управляемости системой здравоохранения в 2000–2001 гг. в федеральных округах Российской Федерации созданы координационные советы по здравоохранению (рис. 9.1).

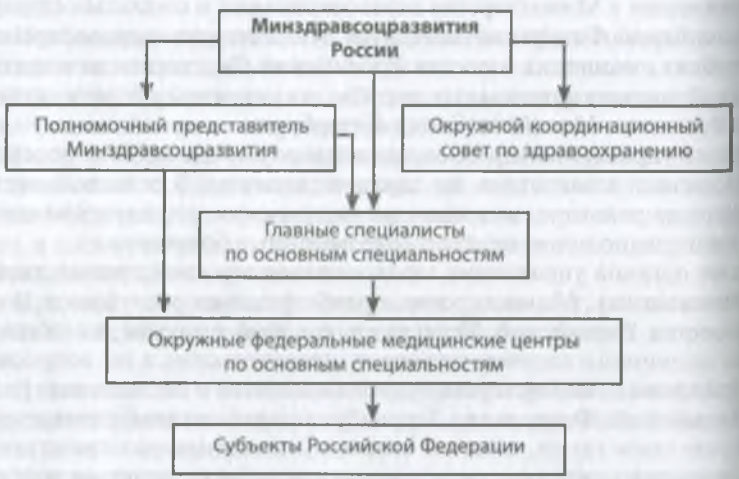

Рис. 9.1 Органы и структуры управления здравоохранением на уровне федеральных округов РФ.

Основные задачи и функции представителя Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в федеральных округах определены приказом МЗ РФ от 30.06.2000 г. №239.

Обязанности представителя Минздравсоцразвития РФ возлагаются на одного из руководителей федеральных учреждений здравоохранения, подведомственных Минздравсоцразвития России и находящихся в соответствующем федеральном округе, по согласованию с полномочным представителем Президента Российской Федерации соответствующего округа.

Основными задачами представителя Минздравсоцразвития РФ являются:

- содействие координации деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, органов управления здравоохранением, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, органов государственного санитарно-противоэпидемического надзора, федеральных учреждений здравоохранения, медицинских ассоциаций по реализации мероприятий в области здравоохранения;
- участие в осуществлении контроля за реализацией федеральных законов, указов, распоряжений Президента Российской Федерации, приказов и указаний министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации в соответствующем федеральном округе по вопросам развития здравоохранения;
- обеспечение методической помощью руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и федеральных учреждений здравоохранения, находящихся в соответствующем федеральном округе.

Для реализации единой государственной политики на территории РФ в области охраны здоровья населения, совершенствования координации деятельности органов и учреждений здравоохранения по обеспечению граждан медицинской и лекарственной помощью Приказом Минздрава РФ от 02.11.2000 г. №388 закреплена курация заместителей министра здравоохранения по каждому округу.

Менеджмент как отрасль науки и практической деятельности руководителей органов и учреждений здравоохранения

Успех управленческой деятельности в здравоохранении во многом зависит от уровня подготовки руководителей всех уровней по основным разделам менеджмента, грамотного использования опыта управления, накопленного человечеством, научно обоснованного подхода к решению проблем учреждения.

В современных условиях менеджмент необходимо рассматривать с двух основных позиций:

1) как совокупность принципов, методов, средств и форм управления производством с целью повышения эффективности производства и его прибыльности;
2) как процесс управления отдельным работником, рабочей группой и организацией в целом.

В соответствии с общими функциями управления в настоящее время менеджмент делится на три составные части: производственный менеджмент, маркетинг и финансовый менеджмент.

Развитие менеджмента как отрасли науки и практической деятельности является эволюционным процессом. Изучение основных этапов его развития, анализ особенностей различных школ управления представляют не только исторический интерес. Принципы управления, основные положения теории управления, разработанные представителями разных школ и направлений много лет назад, и в настоящее время находят широкое применение в практике и позволяют повысить эффективность управленческой деятельности.

Несмотря на определенное разнообразие в выделении школ и направлений менеджмента, принято выделять четыре основные сложившиеся школы (Кузнецов Ю.В., Подлесных В.И., 1997):

1. Школа научного управления (1885–1920 гг.).
2. Административная, или классическая, школа (1920–1950 гг.).
3. Школа человеческих отношений (1930–1950 гг.).
4. Математическая школа управления (с 1950-х годов).

Школа научного управления. Возникновение научного управления связано прежде всего с теориями управления Ф.Тейлора (1856–1915) – президента Американского общества инженеров-механиков.

Основные положения теории Тейлора изложены в работе «Принципы и методы научного управления» (1911). Суть своей теории Ф.Тейлор объяснял так: «Наука вместо традиционных навыков; гармония вместо противоречий; сотрудничество вместо индивидуальной работы; максимальная производительность вместо ее ограничения; развитие каждого отдельного рабочего до максимально доступной ему производительности и максимального благосостояния».

Формирование школы научного управления базировалось на трех основных моментах, которые, по сути, послужили исходными принципами для последующего развития менеджмента:

– разработка формальной структуры организации;
– рациональная организация труда;
– определение мер по сотрудничеству управляющего и рабочего и разграничение исполнительных и управленческих функций.

Ф.Тейлор впервые поставил под сомнение существующую в то время «линейную» структуру управления, при которой рабочий получал указания от одного непосредственного начальника, и заменил ее функ-

нальной, при которой рабочий стал получать указания от нескольких узкоспециализированных руководителей.

Идеи функционального управления были прогрессивными для своего времени. И хотя впоследствии выявились недостатки функциональной структуры, связанные с отсутствием единоначалия, возврата к системе линейной структуры не произошло, а подчинение функциональных руководителей одному начальнику способствовало формированию новой линейно-функциональной структуры организации.

Административная, или классическая, школа управления. Развитие административной школы происходило по двум основным направлениям – рационализация производства и исследование проблем управления. Основной задачей этой школы было создание универсальных принципов управления, реализация которых в любой организации должна привести к успеху. Практически все представители этой школы (Г.Эмерсон, А.Файоль, М.Вебер, Г.Форд) пытались по своему сформулировать основные принципы успешного управления.

Внимательное рассмотрение принципов управления, разработанных еще в начале века, убеждает в том, что и в современной организации независимо от ее размеров и численности работающих эти принципы являются основой управленческой деятельности, создают устойчивость организации во времени и пространстве.

Так, Г.Эмерсон в своем труде «Двенадцать принципов производительности» впервые вводит понятие эффективности как максимально выгодного соотношения между совокупными затратами и экономическими результатами.

Основные принципы управления, сформулированные Г.Эмерсоном, и в настоящее время не утратили своей актуальности:

1. Точно поставленные идеалы и цели.
2. Здравый смысл.
3. Компетентная консультация (компетентный совет может быть только коллегиальным).
4. Дисциплина в коллективе.
5. Справедливое отношение к персоналу.
6. Быстрый, надежный, полный, точный и постоянный учет.
7. Диспетчирование, обеспечивающее четкое оперативное управление.
8. Нормы и расписания, позволяющие измерять все недостатки в организации и уменьшать вызванные ими потери.
9. Нормализация условий, обеспечивающая такое сочетание времени, условий и себестоимости, при котором достигаются наилучшие результаты.
10. Нормирование операций, предлагающее установление времени и последовательности, при которых достигаются наилучшие результаты.
11. Письменные стандартные инструкции.
12. Вознаграждение за производительность.

Большое внимание разработке управленческих принципов уделял и генеральный директор предприятий горнодобывающей и металлургической промышленности Анри Файоль (1847–1925), которым были выделены 6 основных управленческих функций: техническая, коммерческая, финансовая, защитная, бухгалтерская, административная.

Внедрение научных принципов управления позволило на практике реализовать власть менеджера над исполнителями. Однако уже в 1920–1930-е годы жесткая централизация управления и регламентирование управленческой деятельности стали определенным тормозом в развитии организаций, и следствием этого стало развитие школы человеческих отношений.

Школа человеческих отношений. Основоположником школы человеческих отношений является Элтон Мейо (1880–1949). Представители этой школы впервые стали рассматривать каждую организацию как социальную систему и исходили из того, что эффективно управлять можно только при умелом воздействии на систему социально-психологических факторов. Основным выводом исследований Мейо является следующий: если руководство проявляет большую заботу о своих работниках, то и уровень удовлетворенности работников должен возрастать, что должно приводить к увеличению производительности.

Определенный вклад в развитие школы человеческих отношений внес и Дуглас Мак-Грегор, выдвинувший тезис о том, что каждый руководитель в отношениях с подчиненными опирается на теоретические предпосылки, порождающие убежденность в том, что его поведение вызывает со стороны подчиненных определенную реакцию, которую можно предвидеть. По мнению Д.Мак-Грегора, группировка этих предпосылок может послужить основой теорий, условно названных X, Y.

Согласно теории X, рядовой индивид имеет врожденную неприязнь к труду и старается от него уклониться. С этим связана убежденность многих руководителей в том, что их основная задача состоит в преодолении естественной склонности подчиненных уклоняться от работы. Рядовой индивид любит, чтобы им управляли, он нечестолюбив и прежде всего стремится к спокойствию. Таким образом, для управления подчиненными большое значение имеет угроза наказания. Из теории X вытекает признание необходимости очень жесткой формализации организационной структуры, централизации принятия решений.

Согласно теории Y, труд является естественной потребностью человека. Поэтому теория Y предполагает меньшую степень формализации, децентрализацию управления, значительную самостоятельность исполнителей, поощрение инициативы. В теории Y основной упор делается на поощрения.

Математическая школа управления возникла в 1940-е годы, и ее принципы широко использовались в управлении войсками в период Второй мировой войны. В последующие годы благодаря ведущим представителям этой школы (Р.Акоффу, С.Биру, Д.Форрестеру и др.) зарубежные

фирмы все чаще стали прибегать и применять количественные методы для решения управленческих проблем.

Основой математической школы является теория исследования операций и моделирование, а также использование системного и ситуационного подхода в управлении.

В соответствии с системным подходом весь окружающий мир представлен бесчисленным множеством динамических систем разной сложности, пребывающих в постоянном взаимодействии. В свою очередь, ситуационный подход к управлению предполагает, что внутреннее построение систем есть ответ на воздействия внешней среды.

Остановимся на основных понятиях, раскрывающих суть системного и ситуационного подходов.

Система – это совокупность связанных и взаимодействующих друг с другом элементов, составляющих некоторое целостное образование, имеющее новые свойства, отсутствующие у ее элементов.

Существует множество классификаций систем. Все системы можно разделить: по происхождению, по специфике содержания, по объективности существования, по степени связи с окружающей средой, по зависимости от времени, по обусловленности действия, по месту в иерархии систем.

И здравоохранение в целом, и медицинское страхование, и любое лечебно-профилактическое учреждение представляют собой большие социально-экономические системы (БС), которые характеризуются определенными классификационными признаками. Это материальные, искусственные, открытые, динамические, вероятностные системы.

Исходя из позиций системного анализа, в процессе управления можно выделить две системы: управляющую (субъект управления) и управляемую (объект управления). Субъект управления для вышестоящего уровня иерархической (имеющей разные уровни) системы становится объектом управления. В свою очередь, объект управления для нижестоящего уровня становится субъектом управления. Например, Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга по отношению к районному отделу здравоохранения является субъектом, а по отношению к Министерству здравоохранения и социального развития РФ объектом управления. Большие системы, таким образом, могут быть представлены совокупностью подсистем постоянно уменьшающегося уровня сложности вплоть до элементарных подсистем, выполняющих в рамках БС базовые элементарные функции. При определении целей организации, построении ее структуры и анализа деятельности менеджер должен владеть методами системного анализа, которые условно можно разделить на две большие группы.

1. По содержанию: вербальные, графические, экспертные, математические.

2. По цели: декомпозиции, композиции, упрощения систем, оценки структурной адекватности, оценки взаимодействия элементов, оценки устойчивости системы во времени и пространстве.

Вербальные методы – методы качественного анализа проблемы, процесса, организации, в основе которого лежат методы анализа и синтеза, дедукции и индукции. Вербальные методы являются составной частью любого исследования.

Графические методы – методы наглядного изображения вербального описания системы, с помощью которого можно лучше представить ее структуру, функции и цели. Одним из них является метод построения «дерева», когда необходимо какую-то категорию разделить на составные части с последующим делением на более мелкие элементы. Наиболее часто строят «дерево целей». При этом происходит декомпозиция главной цели на подцели 1-го яруса, которые делятся на подцели 2-го яруса и т.д.

Так, основным направлением реформирования стационарной помощи является реструктуризация коечного фонда и сокращение числа коек (подцели 2-го яруса). Сокращение коечного фонда, в свою очередь, осуществляется в условиях развития стационарозамещающих технологий в поликлиниках (дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии, стационаров на дому), увеличения объема и качества амбулаторно-поликлинической помощи, развертывания консультативно-диагностических центров (подцели 3-го яруса). Реструктуризация коечного фонда требует постановки подцелей 3-го яруса, в том числе дифференциации коечного фонда по степени интенсивности лечения и ухода и приведения структуры коечного фонда в полное соответствие с потребностями населения в различных видах стационарной помощи (рис. 9.2).

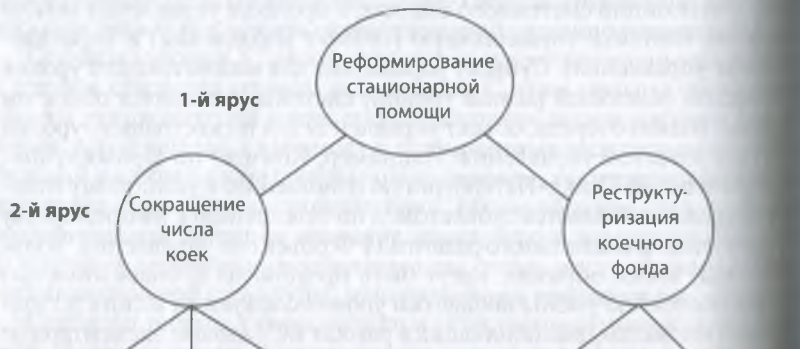

Рис. 9.2 Реструктуризация коечного фонда.

Математические методы используются для математического описания (моделирования) изучаемой проблемы или объекта.

Экспертные методы дают возможность обобщать и использовать полученные оценки для решения различных проблем. Причем экспертные оценки могут быть стандартизованными, т.е. производиться на основании установленных стандартов, и нестандартизованными, основанными на опыте и знаниях эксперта. Естественно, что нестандартизованные отличаются большей степенью субъективности. В условиях обязательного медицинского страхования экспертные методы получают широкое применение при проведении ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи.

Методы декомпозиции представляют собой разложение целого на части. При этом можно уточнить взаимодействие частных проблем, их зависимость друг от друга. Декомпозиция системы, ее целей и функций может быть выполнена и по вертикали, и по горизонтали. Большое значение метод декомпозиции имеет при решении следующих проблем здравоохранения:

– проведение медико-санитарного зонирования города;
– разукрупнение медицинских учреждений;
– разграничение функций и полномочий между различными иерархическими уровнями управления.

Метод композиции направлен на составление (интеграцию) целого из отдельных частей. Важное значение этот метод имеет при реорганизации различных служб, укрупнении учреждений. При этом необходимо определить параметры создаваемых систем, дать научно обоснованный прогноз последствий такого укрупнения.

Метод упрощения систем используется для уменьшения степени сложности системы. Упрощением называют эквивалентные преобразования сложной системы в более простую. Основными методами упрощения систем являются:

– метод редукции (элиминирования), который предполагает исключение подсистем, элементов и их связей;
– метод свертывания, связанный с реорганизацией структуры, пересмотром взаимоотношений между подсистемами и элементами систем.

Метод оценки структурной адекватности позволяет оценить, насколько соответствуют друг другу отдельные параметры, подсистемы и элементы, их цели. Для оценки структурной адекватности используются различные по содержанию методы (графические, экспертные, математические). Так, среди графических методов чаще всего используют сравнение деревьев кронами для выяснения степени адекватности целей и ресурсов, целей и методов решения и т.д. Использование данного метода позволяет избежать серьезных ошибок как при формировании новых систем (например, при формировании системы обязательного медицинского страхования), так и при реформировании функциони-

рующих систем (при реорганизации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи; скорой и неотложной медицинской помощи). Например, переход к общеврачебной практике затруднен в связи с отсутствием необходимых кадровых, финансовых и материально-технических ресурсов.

Методы оценки взаимодействия структурных частей позволяют анализировать связи между подсистемами, помогают выяснить степень дублирования полномочий, решать вопросы перераспределения функций и ресурсов. Так, изучение деятельности отделений общеврачебной практики и подразделений, оказывающих амбулаторную специализированную помощь, свидетельствует не только о том, что механизм взаимодействия между ними недостаточно отработан, но и о том, что целый ряд функций врачей общей практики и врачей-специалистов нередко дублируется в связи с отсутствием четкого разделения полномочий между ними.

Методы оценки устойчивости системы во времени и пространстве с учетом внутренней структуры и влияния факторов внешней среды. Устойчивость системы во времени изучается в трех аспектах:

1) в историческом;
2) на данный момент времени;
3) на перспективу.

В первом случае используется историко-генетический анализ, во втором – диагностический и, наконец, в третьем случае – концептуальный анализ (концептуальное моделирование). Наряду с системным подходом современные модели управления используют и ситуационный подход, основанный на том, что главные предпосылки успеха организации лежат не внутри, а вне ее. Эффективность деятельности организации зависит от того, насколько удачно она вписывается во внешнюю среду. Так, финансовое положение стационаров в настоящее время определяется прежде всего тем, насколько их коечный фонд соответствует потребностям населения в разных видах стационарной помощи, которые претерпели существенное изменение и в связи с изменением демографической ситуации, и в связи с развитием стационарзамещающих технологий. Таким образом, ситуационный подход к управлению означает, что все внутреннее построение системы есть ответ на воздействия внешней среды.

Внешняя среда организации

Практически до 1950-х годов представителями различных школ менеджмента анализировались в основном внутренние факторы организации. И лишь во второй половине XX в. стало уделяться внимание факторам внешней среды, которые условно можно разделить на факторы прямого и косвенного воздействия (табл. 9.1).

Таблица 9.1 Факторы внешней среды

Факторы прямого воздействия	Факторы косвенного воздействия
1. Поставщики: а) материалов, энергии, оборудования, медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания и т.д.; б) капитала, финансовых услуг (страховые медицинские организации, банки, органы управления здравоохранением, частные лица); в) трудовые ресурсы. 2. Законы и государственные органы. 3. Потребители (пациенты). 4. Конкуренты (другие ЛПУ). 5. Собственники (особенно при акционировании ЛПУ).	1. Экономическое окружение (уровень развития и состояния экономики страны и данного региона). 2. Политическое окружение (политическая стабильность). 3. Технологическое окружение. 4. Социально-культурное окружение. 5. Международное окружение.

Одним из наиболее распространенных методов анализа внешней среды в зарубежных странах является СВОТ (CWOT) – анализ, предполагающий анализировать следующие факторы:

– мощь (capacity) организации по отношению к внешней среде;
– слабость (weakness) по отношению к внешней среде;
– возможности (opportunity), проистекающие из внешней среды;
– угрозы (threat), проистекающие из внешней среды.

При этом ставятся задачи по развитию ЛПУ, по использованию его мощи и уменьшению его слабости с тем, чтобы воспользоваться возможностями и предотвратить угрозы внешней среды.

Внутренняя среда организации

Несмотря на все возрастающее значение внешних факторов, внутренние являются все же определяющими в функционировании и развитии организации. Основными составляющими внутренней среды являются ее цели, структура, трудовые ресурсы, оборудование, материальные запасы, технология, культура организации.

Под целью в управлении обычно понимают некоторый идеальный, заранее заданный результат, которого следует достичь. Успешная деятельность организации в значительной мере обусловлена ее материально-технической базой и применяемыми технологиями, причем для медицинских учреждений эти составляющие внутренней среды имеют особое значение. При отсутствии современного оборудования невозможно использовать новые эффективные медицинские технологии, а значит, и оказывать помощь высокого качества.

К оборудованию предъявляют, как правило, три основных требования: мощность, универсальность и надежность.

Среди составляющих внутренней среды организации необходимо отметить и культуру организации.

Под культурой организации понимаются позиции, точки зрения, манера поведения, в которых воплощаются основные ценности. Культура организации находит свое отражение в структуре организации и ее кадровой политике.

Структура организации

Реализация стремлений организации, продуктивное взаимодействие с внешней средой в значительной мере определяются рациональностью построения структуры организации, которая представляет собой совокупность всех элементов и звеньев системы управления и установленных между ними постоянных связей.

Исторически сложились четыре основных типа организационных структур:

– линейная;
– линейно-функциональная;
– линейно-штабная;
– матричная.

Линейная структура управления характеризуется четким единоначалием – каждый руководитель, каждый работник подчинен только одному вышестоящему лицу. Линейная структура управления может быть эффективной в небольших организациях с высоким уровнем технологической специализации. В практическом здравоохранении данная структура получила распространение в женских консультациях, небольших по мощности специализированных диспансерах. В ***линейно-функциональных структурах*** управления помимо линейного управления добавляется функциональное, связанное с дальнейшей специализацией управленческого труда.

Каждое структурное подразделение получает указания и распоряжения не только от руководителя учреждения, подразделения (главного врача, заведующего отделением), но и от руководителей функциональных служб (заместителя главного врача по медицинской части, по клинико-экспертной работе и т.д.). Данная структура наиболее целесообразна для средних и крупных учреждений и объединений.

Линейно-функциональная структура в настоящее время функционирует в большинстве крупных стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений. Однако и линейная, и линейно-функциональная структуры недостаточно адаптированы к меняющимся условиям внешней среды.

В подобном случае линейно-функциональную структуру управления целесообразно дополнить штабом, наделенным определенными полномочиями и правами, которые обычно ниже полномочий руководителя организации.

В здравоохранении ***штабные структуры*** необходимо создавать в следующих случаях:

- во время стихийных бедствий, эпидемий, крупных катастроф и аварий;
- для внедрения новых организационных и медицинских технологий в практику;
- при реорганизации различных медицинских служб.

Матричная структура управления основана на принципе одновременного управления по вертикали и по горизонтали. Ее основу образует линейно-функциональная структура управления, которая дополняется структурными элементами программного управления. Помимо руководителя организации, линейных и функциональных руководителей назначается руководитель программы, причем его ранг выше ранга руководителя организации. Как правило, подобные структуры создаются для реализации целевых, прежде всего межотраслевых программ.

Принципы, функции, методы и стиль управления

Современный руководитель в своей повседневной деятельности, выполняя управленческие функции, использует различные принципы и методы, придерживаясь определенного стиля управления. Принципы управления по сути представляют собой определенные правила, основные положения и нормы поведения, которыми руководствуются менеджеры и органы управления.

На разных этапах развития управления принципы управления менялись. В условиях административно-командной системы управления ведущими принципами управления являлись дисциплина, единство распорядительства, подчинение частных интересов общественным, централизация управления и др. В настоящее время, по мнению ведущих специалистов в области управления, ведущими принципами являются:

- лояльность к работающим;
- ответственность как обязательное условие успешного менеджмента;
- коммуникации, пронизывающие организацию снизу вверх, сверху вниз и по горизонтали;
- атмосфера, способствующая раскрытию способностей работников организации;
- установление долевого участия каждого работника в общих результатах деятельности;
- методы работы с людьми, обеспечивающие их удовлетворенность работой;
- умение слушать окружающих: потребителей, поставщиков, подчиненных, руководителей;
- непосредственное участие в работе подчиненных групп на всех этапах как условие согласованной работы;

– честность и доверие к людям;
– этика бизнеса;
– опора на фундаментальные основы менеджмента;
– своевременная реакция на изменения в окружающей среде;
– четкое представление о перспективах развития организации.

Методы управления

Большое значение для эффективного управления имеет оптимальное сочетание различных методов управления.

Методы управления представляют собой способы и совокупности приемов воздействия на коллективы людей или отдельных работников в процессе их трудовой деятельности.

Методы управления делятся на три основные группы:

1. Административные.
2. Экономические.
3. Социально-психологические.

Административные методы управления представляют собой совокупность способов по осуществлению властного (принудительно-распорядительного) воздействия. Они основаны на праве управляющей подсистемы (органа управления или руководителя) принимать управленческие решения в виде приказов, распоряжений, инструкций и обязательном их выполнении управляемой подсистемой.

В управлении здравоохранением используется достаточно большое число способов административного воздействия, в том числе:

1. Стабилизирующие, или регламентирующие, методы устанавливают определенные правила, точные предписания к действию, рамки деятельности. К стабилизирующим методам относятся положения (об учреждении здравоохранения, о подразделении ЛПУ, о комиссиях ЛПУ и т.д.), нормы нагрузки, нормативы, штатное расписание ЛПУ и др.
2. Распорядительные методы направлены на решение конкретных задач в ситуациях, которые не предусмотрены установленными и действующими положениями и правилами. Следует отметить, что в управлении могут использоваться две формы реализации распорядительного метода: документальная и устная. Так, директивы и постановления оформляются только документально, а приказы, распоряжения и указания могут быть даны и устно, и письменно.
3. Дисциплинарные методы воздействия включают не только строгое соблюдение плановой, производственной и финансовой дисциплины, но и установление ответственности: личной и коллективной, моральной и материальной, служебной и гражданской. Административные методы обычно быстро дают результаты, в отличие от экономических и социально-психологических способов воздейст-

вия, результаты которых, как правило, проявляются с определенным «шагом времени» (т.е. с определенной задержкой). Однако в современных условиях жесткое администрирование, игнорирование мотиваций коллектива и отдельных работников нередко приводят к ухудшению социально-психологического климата в медицинском учреждении (подразделении), снижению качества медицинской помощи, созданию отрицательного имиджа ЛПУ.

Экономические методы управления можно представить как совокупность способов по осуществлению воздействия на работников с помощью экономических категорий.

Они основаны на применении экономического стимулирования производственных коллективов, создании материальной заинтересованности отдельных членов коллектива в достижении поставленной цели. Эти методы позволяют путем активизации экономических интересов объекта управления ориентировать его деятельность в направлении эффективного использования имеющихся ресурсов без непосредственного постоянного вмешательства субъекта управления (т.е. руководителя).

Широкое применение экономические методы управления получили в период внедрения в практику здравоохранения принципов нового хозяйственного механизма. В новых условиях хозяйствования развивались прогрессивные формы организации и оплаты труда: бригадный, коллективный и арендный подряд. Оплата труда каждого работника была увязана не только с объемом, но и со сложностью и качеством выполненной работы.

Социально-психологические методы управления представляют собой совокупность способов по осуществлению воздействия на духовные интересы работников, формирование их мировоззрения. Они основаны на межличностных отношениях и использовании социально-психологических закономерностей развития личности и трудовых коллективов.

Социально-психологические методы управления можно разделить на две группы:

- прямые методы;
- косвенные методы.

Прямые методы социально-психологического воздействия включают:

- внушение (целенаправленное воздействие путем влияния на психику человека);
- убеждение (аргументирование с помощью логических средств);
- подражание (воздействие на основе личного примера);
- вовлечение (воздействие путем использования гражданских чувств, социально-психологических мотивов);
- принуждение (применение авторитета и власти руководителя);
- побуждение (повышение морально-общественной значимости предстоящей работы).

Косвенные методы различаются формами опосредованного воздействия, они создают заранее заданную ситуацию, в рамках которой выполняется работа.

Это опосредование может осуществляться:

– условиями труда, т.е. созданием определенной ритмичности, привлекательности, степени нагрузки. Так, в поликлинике определенная ритмичность и оптимальная степень нагрузки обеспечиваются распределением потока больных работниками регистратуры, использованием формы «самозаписи» к врачам, организацией доврачебного кабинета, наличием полной и доступной для пациентов информации о режиме деятельности подразделений, времени приема врачей-специалистов и т.д.;
– элементами системы управления: положениями, должностными инструкциями, организационной структурой, формами контроля и стимулирования;
– путем создания соответствующего социально-психологического климата в коллективе.

Стиль управления

Под стилем управления понимается система сложившихся отношений между руководителями и коллективом по поводу принятия и реализации управленческих решений.

Стиль управления формируется и под влиянием преимущественно используемых руководителями методов управления. Принято выделять 3 основных стиля:

1. Авторитарный (автократический) стиль управления характеризуется минимальной контактностью руководителя с коллективом, жесткостью в выработке и реализации решений. Решение подчиненным навязывается, мотивация осуществляется посредством угроз. Менеджеры, придерживающиеся этого стиля, исходят из теории X Мак-Грегора. Преобладают административные методы управления. Деятельность подчиненных строго регламентируется.

2. Либеральный стиль управления представляет собой полную противоположность авторитарному. Руководитель каждое решение согласовывает с коллективом, идет на бесконечные уступки формальным и неформальным лидерам и группам. По существу коллектив управляет руководителем.

3. Демократический тип управления основан как на активном привлечении подчиненных к определению целей организации и разработке управленческих решений, так и к контролю за их выполнением. Менеджеры полностью доверяют своим подчиненным. Основной мотивацией является возможность вознаграждения, поощрения. Персонал во всех подразделениях чувствует реальную ответственность за цели организации. Существует множество коммуникативных связей

и большие возможности для коллективной деятельности. Менеджеры этого стиля исходят из теории Y Мак-Грегора, в управлении преобладают социально-психологические и экономические методы. Организации, где такой стиль доминирует, характеризуются высокой степенью децентрализации, активным участием сотрудников в принятии решений.

Важно также подчеркнуть, что в медицинских учреждениях авторитарный стиль управления с преобладанием административно-командных методов управления в современных условиях, характеризующихся отсутствием необходимых средств для обеспечения лечебно-диагностического процесса и низким уровнем заработной платы, наименее эффективен. К тому же в лечебно-профилактических учреждениях нередко возникают ситуации, когда требуется выполнить какие-то дополнительные виды работ, больший их объем (например, выполнение квартирных вызовов с другого участка, прием больных с участка врача, работающего в другую смену), и вряд ли использование принудительных методов воздействия в этих случаях уместно.

Функции управления

Основными функциями управления являются:

1. Планирование.
2. Организация.
3. Координация и регулирование.
4. Стимулирование и мотивация.
5. Контроль.

Планирование как функция управления представляет собой процесс определения целей и путей их достижения.

Функция планирования имеет сложную структуру и реализуется через свои подфункции: прогнозирование, моделирование, программирование.

Первым этапом планирования является прогнозирование, т.е. метод научно обоснованного предвидения возможных направлений будущего развития организации, рассматриваемой в тесном взаимодействии с окружающей средой. Так, при планировании открытия офиса общеврачебной практики в составе территориальной поликлиники заранее нужно предусмотреть изменение распределения потоков больных между ВОП и врачами-специалистами, изменение потребностей в различных видах исследований и т.д.

Важной подфункцией планирования является и моделирование различных ситуаций и состояний системы в течение планируемого периода. Например, для успешной реализации программы реструктуризации коечного фонда и его дифференциации по степени интенсивности лечения и ухода необходимо прежде всего создать модели новых типов стационарных учреждений: больницы интенсивного лечения, больни-

цы для долечивания и восстановительного лечения, больницы длите-
ного пребывания больных, больницы сестринского ухода, хосписы.

Задачей третьей подфункции планирования является программи-
рование перевода системы в новое заданное состояние. Данный эт
включает разработку алгоритма функционирования системы, опреде-
ление требующихся ресурсов, выбор научных средств и методов упра-
ления.

Планирование может быть долгосрочным (15–20 лет), среднесроч-
ным (обычно на 5 лет) и краткосрочным, или текущим (обычно на год
Текущее планирование является необходимым элементом управлени-
ской деятельности в любой организации. В последние годы некоторы
медицинские учреждения (в первую очередь с негосударственной фор-
мой собственности) составляют **бизнес-планы**, позволяющие реша
следующие задачи:

– определить долговременные и краткосрочные цели учреждени
(фирмы), стратегию и тактику их достижения;
– определить конкретные направления деятельности учреждени
его место на рынке медицинских услуг;
– выявить соответствие ресурсов поставленным целям и направле-
ниям развития ЛПУ;
– сформулировать перечень маркетинговых мероприятий учрежде-
ния по изучению рынка медицинских услуг и т.д.

Важной функцией управления является ***организация*** работ, вклю-
чающая следующие элементы:

– разработку структуры управления;
– определение рациональных форм разделения труда;
– распределение работ среди подразделений и отдельных работни-
ков;
– регламентацию функций, подфункций, работ, операций, выпол-
няемых работниками;
– установление прав и обязанностей органов управления и должно-
стных лиц;
– подбор и расстановку кадров.

Чрезвычайно значима эта функция при проведении реорганиза-
ции учреждений здравоохранения, подразделений и отдельных служб
Эффективность управленческой деятельности тесно связана с функци-
ей регулирования и координации.

Регулирование – это деятельность по поддержанию в динамической
системе заданных параметров. Целью данной функции является сохра-
нение состояния упорядоченности как в подсистеме производства, так
и в подсистеме управления.

Координация – это обеспечение согласованности действий во времени
и в пространстве всех звеньев организации путем установления рацио-
нальных связей (коммуникаций) и обмена информацией между ними.
В свою очередь, **коммуникация** – это процесс межличностного и орга-

низационного общения при передаче информации внутри организации и при обмене ею с внешней средой. Посредством коммуникаций информация передается лицам, принимающим решения, а решения – их исполнителям. Для успешного достижения целей организации необходимы активизация и стимулирование работников.

Стимулирование – это побуждение работников к активной деятельности с помощью внешних факторов. Стимулирование может быть материальным и моральным. ***Мотивация*** – это создание у работников внутреннего побуждения к труду.

Место и значение ***контроля*** определяются тем, что он является способом организации обратных связей, благодаря которым орган управления получает информацию о ходе выполнения его решения.

Контроль как функция включает выявление соответствия процесса плановым показателям или естественному ходу процессов.

В функцию контроля входят сбор, обработка и анализ информации о фактических результатах деятельности организации, сравнение их с плановыми показателями, выявление отклонений и анализ их причин, разработка мероприятий для достижения поставленных целей.

Существует множество классификаций видов контроля. Прежде всего, выделяют стратегический, связанный со стратегическим планированием, и тактический, или административный, контроль за обеспечением выполнения текущих задач, программ и планов.

На разных этапах выполнения управленческих решений осуществляется предварительный, текущий и заключительный контроль.

В соответствии с функциональным подходом выделяют: финансовый, производственный, маркетинговый контроль и контроль качества.

Независимо от вида контроля он должен включать три основных этапа:

1) установление норм (стандартов);
2) измерение соответствия выполнения работ этим нормам;
3) коррекция отклонения от норм и планов.

В настоящее время контроль деятельности ЛПУ включает в обязательном порядке контроль качества медицинской помощи, который осуществляется субъектами ведомственного и вневедомственного контроля.

Управленческий цикл и его элементы

Управленческий цикл включает следующие элементы:

- сбор, обработку и анализ информации;
- разработку и принятие решения;
- реализацию принятого решения;
- контроль выполнения решения.

Огромное значение в управленческом цикле имеет первый этап, т.е. сбор, обработка и анализ информации, представляющей собой совокупность сведений о состоянии управляющей и управляемой подсистем, а также о состоянии окружающей среды.

Информация, используемая для управления, требует тщательной подготовки. Прежде всего, из нее должен быть устранен так называемый информационный шум – та информация, которая не имеет прямого отношения к процессу управления.

Информация должна удовлетворять определенным требованиям:

1) необходимое и достаточное количество и качество;

2) достоверность и точность информации;

3) своевременность получения информации;

4) полезность информации;

5) оптимальные технологические характеристики (плотность размещения, возможность сохранения, скорость обработки, возможность размножения и т.д.).

Управленческие решения

Управленческие решения принимаются на всех уровнях управления в соответствии с функциями, обязанностями и правами руководителей. Характерной чертой любой ситуации, связанной с принятием решения, является наличие большого числа возможных вариантов действий, из которых нужно выбрать наилучший.

В идеале решение – это выбор определенного оптимального курса действий из возможных вариантов.

По характеру организации разработки и принятия решения выделяют: единоначальные, коллегиальные, коллективные; по характеру целей: текущие, тактические и стратегические решения.

Процесс принятия решений включает ряд обязательных, последовательных этапов, которые могут быть соединены друг с другом как прямыми, так и обратными связями, образуя интегративные циклы. В конкретных случаях, особенно при разработке массовых «стандартных» решений, отдельные этапы выпадают или интегрируются. Таким образом, фактическое число этапов определяется самой проблемой.

Процесс разработки и принятия решения осуществляется в такой последовательности этапов:

1. Диагностика проблемы – формулировка и обоснование проблемы, отражающей либо потенциальную возможность повышения эффективности деятельности, либо разницу между существующим и желаемым состоянием системы, либо разницу между полученными и запланированными результатами деятельности. Собственно процесс диагностики проблемы начинается с получения информации о состоянии внешней и внутренней среды учреждения. После выявления проблемы главная задача менеджера – ее четкое формулирование, от которого зависит

дальнейшее определение целей и задач, позволяющих решить данную проблему.

2. Формулировка ограничений и критериев для принятия решения. К числу ограничений для принятия конкретного управленческого решения можно отнести:

– недостаточное число работников, имеющих требуемую квалификацию и опыт;
– потребность в слишком дорогой технологии;
– невозможность закупить все необходимые ресурсы по приемлемым ценам и т.д.

Важным моментом является и формулировка критериев для принятия управленческого решения. Реализация решений, как правило, всегда связана с потреблением трудовых, материальных, энергетических и финансовых ресурсов. И в качестве критериев выбора варианта решения могут приниматься следующие критерии: наименьшие затраты, максимизация объема производства медицинских услуг, максимальное использование оборудования (например, при развертывании КДЦ в крупных многопрофильных стационарах); ценность решений с социальной точки зрения (например, создание хосписов и отделений сестринского ухода).

3. Формулировка и отбор возможных вариантов решения с помощью прогнозирования и «отсечения» нежелательных вариантов решений, для принятия или реализации которых имеются ограничения. При отборе возможных вариантов используются в основном эвристические методы, основанные на логике.

4. Выбор лучшего, оптимального варианта решения.

По результатам сравнения вариантов решения выбирается наиболее целесообразный для конкретных условий вариант, который обеспечивает наиболее эффективное достижение поставленной цели.

К оптимальному варианту решения применимы следующие требования: всесторонняя обоснованность, своевременность, полнота содержания, полномочность, согласованность с ранее принятыми решениями.

Каждое принятое из решений должно включать: цель; средства и ресурсы, необходимые для его реализации; основные пути и сроки достижения цели; порядок взаимодействия между подразделениями и исполнителями; организацию выполнения работ на всех этапах реализации решения.

5. После того, как управленческое решение принято, обрело соответствующую форму и юридическую силу, наступает этап его реализации.

Значение этого этапа определяется тем, что в конечном итоге именно степень полноты реализации принятых решений обеспечивает реальные результаты и смысл функционирующей системы. «Реализуемость» решений – важный показатель эффективности работы системы

управления, которая должна действовать по принципу «одна проблема – одно решение».

Принятое управленческое решение может быть выражено в устной или оформлено в письменной форме (приказами, распоряжениями, инструкциями).

6. Важным элементом управленческого цикла является осуществление контроля за реализацией принятого решения (см. функции управления).

Глава 10

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Основным элементом системы здравоохранения является учреждение здравоохранения. В соответствии с «Единой номенклатурой государственных и муниципальных учреждений здравоохранения», утвержденной Приказом МЗиСР РФ №627 от 7 октября 2005 г., выделяют следующие типы учреждений:

1. ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ.

1.1. Больничные учреждения.

1.1.1. Больницы:

– участковая;
– районная;
– городская, в том числе детская;
– городская скорой медицинской помощи;
– центральная (городская, районная);
– областная, в том числе детская (краевая, республиканская, окружная).

1.1.2. Специализированные больницы:

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

1.1.3. Госпиталь.

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

1.1.5. Дом (больница) сестринского ухода.

1.1.6. Хоспис.

1.1.7. Лепрозорий.

1.2. Диспансеры:
– врачебно-физкультурный;
– кардиологический;
– кожно-венерологический;
– маммологический;
– наркологический;
– онкологический;
– офтальмологический;
– противотуберкулезный;
– психоневрологический;
– эндокринологический.
1.3. Амбулаторно-поликлинические учреждения.
1.3.1. Амбулатория.
1.3.2. Поликлиники:
– городская, в том числе детская;
– центральная районная;
– стоматологическая, в том числе детская;
– консультативно-диагностическая, в том числе для детей;
– психотерапевтическая;
– физиотерапевтическая.
1.4. Центры, в том числе научно-практические:
– восстановительной терапии для воинов-интернационалистов;
– восстановительной медицины и реабилитации;
– гериатрический;
– диабетологический;
– наркологический реабилитационный;
– медицинский, в том числе окружной;
– профессиональной патологии;
– по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями;
– клинико-диагностический;
– патологии речи и нейрореабилитации;
– реабилитации;
– медицинской и социальной реабилитации;
– общей врачебной (семейной) практики;
– консультативно-диагностический, в том числе для детей;
– реабилитации слуха;
– лечебной физкультуры и спортивной медицины;
– мануальной терапии;
– лечебного и профилактического питания;
– специализированных видов медицинской помощи;
– психофизиологической диагностики.
1.5. Учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови.
1.5.1. Станция скорой медицинской помощи.

1.5.2. Станция переливания крови.
1.5.3. Центр крови.
1.6. Учреждения охраны материнства и детства.
1.6.1. Перинатальный центр.
1.6.2. Родильный дом.
1.6.3. Женская консультация.
1.6.4. Центр планирования семьи и репродукции.
1.6.5. Центр охраны репродуктивного здоровья подростков.
1.6.6. Дом ребенка, в том числе специализированный.
1.6.7. Молочная кухня.
1.7. Санаторно-курортные учреждения.
1.7.1. Бальнеологическая лечебница.
1.7.2. Грязелечебница.
1.7.3. Курортная поликлиника.
1.7.4. Санаторий, в том числе детский, а также для детей с родителями.
1.7.5. Санаторий-профилакторий.
1.7.6. Санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия.
2. УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОСОБОГО ТИПА.
2.1. Центры:
– медицинской профилактики;
– медицины катастроф (федеральный, региональный, территориальный);
– медицинский мобилизационных резервов «Резерв» (республиканский, краевой, областной, городской);
– лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности (республиканский, краевой, областной);
– контроля качества и сертификации лекарственных средств;
– медицинский информационно-аналитический;
– информационно-методический по экспертизе, учету и анализу обращения; средств медицинского применения.
2.2. Бюро:
– медицинской статистики;
– патологоанатомическое;
– судебно-медицинской экспертизы.
2.3. Контрольно-аналитическая лаборатория.
2.4. Военно-врачебная комиссия, в том числе центральная.
2.5. Бактериологическая лаборатория по диагностике туберкулеза.
3. УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА.
3.1. Центры гигиены и эпидемиологии.
3.2. Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора.
3.3. Противочумный центр (станция).

3.4. Дезинфекционный центр (станция).
3.5. Центр гигиенического образования населения.
4. АПТЕЧНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ.
– аптека;
– аптечный пункт;
– аптечный киоск;
– аптечный магазин*.

Амбулаторно-поликлиническая помощь – самый массовый и доступный широким слоям населения вид медицинской помощи, который оказывается в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Согласно действующей номенклатуре, к ним относятся: 1) поликлиники; 2) амбулатории; 3) фельдшерско-акушерские пункты (ФАП); 4) косметологические лечебницы; 5) центры (консультативно-диагностические, диагностические, восстановительного лечения для детей и другие).

Амбулаторная помощь оказывается и в других лечебно-профилактических учреждениях: женских консультациях, диспансерах, медико-санитарных частях.

В этих учреждениях оказывается медицинская помощь «приходящим» больным (лат. «ambulare» – ходить, гулять). В сельской местности такой вид помощи оказывается в сельских врачебных амбулаториях, амбулаторных отделениях сельских участковых больниц, а в городах главным амбулаторно-поликлиническим учреждением является территориальная многопрофильная поликлиника (греч. «polis» – город, «klinike»–лечение).

Деятельность амбулаторий и поликлиник во многом определяет успехи и недостатки в работе других лечебно-профилактических учреждений, по ним население судит о деятельности здравоохранения в целом. Ежегодно в них лечатся 80% всех больных. Именно в этих учреждениях возможна реализация профилактического направления отечественного здравоохранения, так как именно сюда обращается человек с первыми признаками заболевания, функциональными изменениями, именно здесь можно увидеть причины, истоки патологических процессов в организме человека (образ жизни, условия быта и т.д.)

Структура и организация работы поликлиники

Современная территориальная поликлиника является крупным многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь населению в амбулаторных условиях и на дому, а также осуществлять профилактические мероприятия по оздоровлению населения и предупреждению заболеваний.

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

В основу деятельности поликлиники положен территориально-участковый принцип организации медицинской помощи населению. По этому принципу всю территорию, обслуживаемую поликлиникой, делят на врачебные участки, за каждым из которых закреплены отдельный врач-терапевт (участковый) и участковая медицинская сестра.

Преимущество участкового принципа состоит прежде всего в том, что он позволяет участковому (или семейному) врачу глубоко ознакомиться с условиями жизни каждой семьи, с историей развития и состоянием здоровья всех ее членов, с наследственностью и перенесенными заболеваниями, с материальными возможностями, культурным уровнем, психологией, семейно-бытовыми и другими условиями и традициями. Все это вместе взятое весьма важно для своевременного выявления заболеваний, правильной диагностики и выбора системы лечения, установления наиболее благоприятного санитарно-гигиенического режима в данных конкретных условиях. Соблюдение участкового принципа повышает ответственность врача за судьбу больных и в конечном счете определяет эффективность работы поликлиники.

Основные задачи поликлиники, функционирующей самостоятельно или в составе объединенной больницы:

– оказание высококвалифицированной специализированной медицинской помощи населению в поликлинике и на дому;
– организация и проведение профилактических мероприятий среди населения обслуживаемого района, направленных на снижение заболеваемости и смертности.

Для осуществления этих задач поликлиника организует и проводит:

– оказание первой и неотложной помощи больным при острых и внезапных заболеваниях, травмах, отравлениях;
– своевременное оказание лечебной помощи населению на амбулаторном приеме и на дому;
– профилактические медицинские осмотры с целью раннего выявления заболеваний;
– диспансерное наблюдение за определенными контингентами здоровых и больных;
– своевременную госпитализацию лиц, нуждающихся в стационарном лечении;
– противоэпидемические мероприятия (прививки, выявление инфекционных больных;
– наблюдение за контактными и реконвалесцентами; взаимосвязь с центрами гигиены и эпидемиологии и т.д.);
– экспертизу временной нетрудоспособности и направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ) лиц с признаками инвалидности;
– направление больных на санаторно-курортное лечение;
– санитарно-просветительскую деятельность.

Основными структурными **подразделениями** поликлиники являются:

1. Руководство поликлиники.
2. Регистратура.
3. Отделение профилактики.
4. Лечебно-профилактические отделения:
– терапевтическое;
– хирургическое с централизованной стерилизационной;
– офтальмологическое отделение (кабинет);
– оториноларингологическое отделение (кабинет);
– неврологическое отделение (кабинет);
– кабинет врача-уролога;
– кабинет врача-ревматолога;
– кабинет врача-эндокринолога;
– кабинет врача-инфекциониста и др.
5. Вспомогательные диагностические и лечебные отделения:
– отделение лучевой диагностики;
– лабораторное отделение;
– отделение функциональной диагностики;
– эндоскопический кабинет;
– физиотерапевтическое отделение;
– кабинет лечебной физической культуры (ЛФК);
– процедурный кабинет.
6. Кабинет учета и медицинской статистики.
7. Административно-хозяйственная часть.

В крупных поликлиниках наряду с вышеперечисленными подразделениями могут быть организованы дополнительно отделения: стоматологическое, скорой и неотложной помощи, травматологическое, реабилитационное (восстановительного лечения). В структуру поликлиники могут входить дневной стационар, центр амбулаторной хирургии и другие службы.

Успех любого медицинского учреждения во многом зависит от уровня управления. Особое значение имеет четкое определение функциональных обязанностей всех должностных лиц, работающих в поликлинике, от санитарки до главного врача.

Поликлиникой на правах единоначалия руководит ***главный врач.*** На должность главного врача назначаются наиболее квалифицированные врачи, имеющие организаторские способности и навыки. Главный врач назначается органом здравоохранения, в ведении которого находится поликлиника. Главный врач несет полную ответственность за всю лечебно-профилактическую, организационную, административно-хозяйственную и финансовую деятельность в поликлинике; проводит подбор и укомплектование поликлиники кадрами врачей, медицинских сестер, санитарок, административным и хозяйственным персоналом; планирует работу поликлиники и готовит резерв руководителей подразделений поликлиники.

Главный врач организует и контролирует:
- лечебно-диагностическую и профилактическую деятельность поликлиники;
- диспансеризацию населения;
- своевременное проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в прикрепленном районе;
- соблюдение врачебным персоналом установленного порядка выдачи листков нетрудоспособности;
- повышение квалификации медицинского персонала;
- вовлечение врачей в научно-исследовательскую работу;
- правильность ведения документации;
- учет и хранение сильнодействующих средств и ядовитых веществ, рецептурных бланков на них в соответствии с действующими инструкциями;
- обеспечение поликлиники медицинским оборудованием, инструментами, хозяйственным и мягким инвентарем;
- регулярный анализ деятельности всех подразделений поликлиники, состояния инфекционной и общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
- финансово-хозяйственную деятельность поликлиники.

Главный врач утверждает планы повышения квалификации врачебного и среднего медицинского персонала, врачебных конференций, семинарских занятий; устанавливает распорядок работы поликлиники, утверждает графики работы персонала.

В обязанности главного врача входят прием на работу и увольнение медицинского и административно-хозяйственного персонала поликлиники, а также поощрение хорошо работающих, инициативных сотрудников и привлечение к дисциплинарной ответственности работников, нарушающих трудовую дисциплину, не выполняющих свои обязанности.

Главный врач совместно с главным бухгалтером составляет смету поликлиники, являясь распорядителем кредитов, контролирует правильность исполнения бюджета и обеспечивает экономное и рациональное расходование средств, сохранность материальных ценностей; обеспечивает правильное составление и своевременное представление в соответствующие инстанции статистических, медицинских и финансовых отчетов, своевременное рассмотрение жалоб и заявлений населения и принимает по ним необходимые меры.

Главный врач отвечает за санитарное состояние, противопожарную безопасность здания и территории поликлиники, за технику безопасности и охрану труда. Главный врач инициирует деятельность наиболее активных членов трудового коллектива на разработку и реализацию перспективных планов развития учреждения в целом и его подразделений. В ряде случаев уже сегодня главные врачи руководят работой по разработке бизнес-планов поликлиник.

Вторым лицом в поликлинике является ***заместитель главного врача*** по лечебной работе, который назначается главным врачом из наиболее квалифицированных, обладающих организаторскими способностями врачей. В отсутствие главного врача он исполняет его обязанности.

Заместитель главного врача по медицинской части отвечает за всю медицинскую деятельность поликлиники. Он организует и контролирует правильность и своевременность обследования и лечения больных в поликлинике и на дому; следит за постоянным внедрением в практику работы врачей современных, наиболее эффективных методов профилактики, диагностики и лечения больных, новых организационных форм и методов работы передовых медицинских учреждений. Он обеспечивает преемственность в обследовании и лечении больных между поликлиникой и стационарами; организацию госпитализации больных, нуждающихся в стационарном лечении.

Под руководством заместителя главного врача проводится вся профилактическая работа поликлиники – плановые и целевые профилактические осмотры прикрепленных контингентов; своевременное проведение профилактических прививок населению; санитарно-просветительная работа, проведение диспансеризации населения.

Заместитель главного врача обеспечивает выполнение плана повышения квалификации медицинского персонала; направляет на стажировку в стационары, на курсы усовершенствования и специализации, организует различные семинары, научно-практические конференции и реферативные обзоры, лечебно-контрольные комиссии с обсуждением состояния лечебно-диагностической работы, расхождений диагнозов и врачебных ошибок, работу кабинета медицинской статистики. На должность заместителя главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности назначается специалист с высшим медицинским образованием и прошедший специализацию по экспертизе временной нетрудоспособности.

Прямым помощником заместителя главного врача по медицинской части является ***главная (старшая) медицинская сестра***, которая организует и контролирует работу среднего медицинского персонала поликлиники, выполнение им своих функциональных обязанностей. Главная (старшая) медицинская сестра поликлиники:

- осуществляет рациональную расстановку и использование среднего и младшего медицинского персонала, а также составление графиков работы и отпусков;
- обеспечивает четкую работу регистратуры, справочно-информационной службы, процедурного и других лечебных кабинетов, работающих без врачей;
- осуществляет контроль за соблюдением дисциплины и направляет работу младшего и среднего медицинского персонала на поддержание надлежащего уровня культуры в обслуживании больных и выполнение врачебных назначений;

– контролирует учет, распределение, расходование и использование медицинского инструментария, медикаментов, бактериальных препаратов, перевязочного материала, а также хранение и учет сильнодействующих ядовитых медикаментов, ведение медицинской документации;
– всемерно содействует внедрению мероприятий по научной организации труда;
– составляет планы повышения квалификации средних и младших медицинских работников, организует и контролирует их выполнение.

Заместитель главного врача по административно-хозяйственной части, который назначается и увольняется главным врачом поликлиники.

В его обязанности входит:
– руководство всей административно-хозяйственной деятельностью поликлиники;
– проведение текущего и капитального ремонта поликлиники;
– организация и руководство снабжением, контроль за бесперебойным обеспечением электроэнергией, горячей водой, отоплением.

Организация работы регистратуры поликлиники

Первое знакомство посетителей с поликлиникой начинается в регистратуре. Она является основным ее структурным подразделением по организации приема больных в поликлинике и на дому.

В **задачи регистратуры** входят:
– обеспечение хранения, подбор и доставка в кабинеты врачей медицинских карт амбулаторного больного (ф. №025/у);
– организация направления пациентов на амбулаторный прием к врачу по талонам (ф. №025-4/у-88) или предварительной записи при непосредственном обращении пациента в поликлинику, по телефону или через Internet;
– прием вызовов врачей на дом (лично или по телефону);
– учет, хранение и оформление выданных врачом документов о временной нетрудоспособности пациентов;
– организация информационного обеспечения населения: о режиме работы учреждения, его подразделений и отдельных врачей; расположении отделений, служб и кабинетов.

Структурными подразделениями регистратуры наряду с картотекой являются: справочная, архив, страховой стол, кабинет приема вызовов врача на дом.

Рациональная организация приема призвана сократить время ожидания больных на прием к врачам. Управление сложным потоком больных в поликлинике обеспечивается внедрением прогрессивных форм организации труда врачебного и среднего медицинского персонала, а

также путем совершенствования существующих форм работы регистратуры с учетом установленных норм нагрузок.

Работа регистратуры должна строиться по централизованной системе и исходить из участково-территориального принципа обслуживания населения и бригадного метода работы врачей поликлиники. Работой регистратуры руководит заведующий, назначаемый на эту должность приказом главного врача поликлиники.

Важнейшими элементами работы регистратуры являются запись посетителей на прием к врачу, регистрация вызовов на дом, направление обратившихся в поликлинику на флюорографическое обследование и профилактические осмотры. От организации работы регистратуры зависят в значительной степени ритмичность работы всех подразделений поликлиники, обеспечение наиболее оптимального распределения потоков посетителей, уменьшение затрат времени больных на посещение поликлиники.

В настоящее время предусмотрено три метода организации записи посетителей на прием к врачу: талонная система, самозапись, комбинированный метод. При ***талонной системе записи*** поток первично обратившихся больных проходит через участковых регистраторов. Посетители предварительно получают талоны с указанием порядкового номера очереди, фамилии врача, номера кабинета и времени явки на прием. При самозаписи на прием к врачу посетители сами в специальные листы вписывают свои данные с указанием удобного для них времени приема. Для этого в холле поликлиники оборудуются столики с папками листов самозаписи на 5 дней вперед. Заполненные листы самозаписи в конце дня должны быть переданы работникам картотеки, которые по ним подбирают медицинские карты амбулаторных больных. Перед приемом медицинская сестра кабинета берет из картохранилища подобранные медицинские карты и лист самозаписи. По окончании приема медицинская сестра кабинета возвращает карты в регистратуру, а лист самозаписи – в кабинет медицинской статистики. При необходимости срочного приема больного регистратор направляет его к соответствующему специалисту или в кабинет доврачебного приема. Одновременно он заказывает в картохранилище нужную карту, которая сразу же доставляется в кабинет врача.

Как показал опыт работы ряда поликлиник, система самозаписи позволила значительно сократить затраты времени посетителей на запись к врачу, которая составляет в среднем 1 мин, а на получение справок пациенты затрачивают в основном не более 2,5 мин.

При ***комбинированном методе*** в лист самозаписи записываются только первичные больные. За 15–20 мин до начала приема врача больной получает в регистратуре заранее заготовленный талон и идет к кабинету врача, где будет принят в соответствии с указанным в талоне временем. При такой системе регистратор всегда знает, сколько человек не явились на прием к врачу, и имеет право по истечении определенного времени

выдать талоны другим больным, желающим попасть на прием к врачу в это время. Повторным больным врач выдает специальную «фишку» с указанием даты и времени приема, которая подлежит обмену в регистратуре на талон формы №025-4/у. При посещении больных на дому, если врач определил необходимость повторного осмотра в поликлинике, он сразу же выдает больному талон формы №025-4/у с указанием даты, времени приема и номера очереди.

Внедрение комбинированного метода записи позволяет решить следующие задачи:

– разделить поток первичных и повторных больных;
– точно учитывать и контролировать нагрузку врача;
– использовать талоны неявившихся больных для выдачи больным, нуждающимся в приеме врача в день обращения;
– уменьшить время ожидания больными приема врача.

Очень важно наладить прием ***вызовов врачей на дом***. Вызов врача для оказания медицинской помощи на дому производится очно и по телефону. Принимаемые от населения вызовы регистратор заносит в книгу записей вызовов врача на дом, в которой помимо паспортных данных указывают основные жалобы больного или просьбу о вызове того или иного специалиста. Эти книги ведутся по каждому терапевтическому участку, а также для врачей узких специальностей отдельно. В ряде поликлиник функционируют автоматизированные информационные системы типа «Регистратура», где все вызовы врачей на дом оператор-регистратор заносит в персональный компьютер, а затем на принтере делается распечатка всех вызовов на дом по каждому врачу. При этом практикуется система присвоения каждому жителю, прикрепленному к поликлинике, персонального индивидуального номера-кода (ПИН-код), которой вносится в память компьютера.

За каждым регистратором закрепляется 9–10 определенных врачебных участков, что составляет, как правило, одно терапевтическое отделение. Это позволяет регистратору лучше знать соответствующий раздел картотеки, что повышает не только эффективность его труда, но также и ответственность за свой участок работы.

Быстрое обслуживание больных, обратившихся в регистратуру, зависит от рационального размещения в ней амбулаторных карт. Более всего отвечает этим требованиям система расстановки амбулаторных карт в стеллажах по участкам, а внутри них – по улицам, домам и квартирам. Во многом облегчает работу медицинского регистратора система маркировки амбулаторных карт, когда каждый терапевтический участок имеет свою цветовую маркировку. Хорошо зарекомендовала себя номерная система хранения медицинских карт, при которой поиск одной карты сокращается до нескольких секунд. Для этого каждому участку определяется количество номеров соответственно числу лиц, проживающих на данной территории (как резерв следует добавить приблизительно 100 номеров из расчета возможного роста населения).

В поликлинике целесообразно организовать более подробную «немую справку»: расписание работы врачей всех специальностей с указанием часов приема на все дни недели, номеров кабинетов врачебных участков с входящими в них улицами и домами и распределение их между бригадами. Четкая информация должна быть и о правилах вызова врачей на дом, о порядке предварительной записи на прием к врачам с учетом системы самозаписи.

В регистратуре должны быть табло, позволяющие пациентам получить исчерпывающие сведения о режиме работы всех подразделений поликлиники: время и место приема населения главным врачом и его заместителями; адреса дежурных поликлиник и стационаров района (города), оказывающих экстренную специализированную помощь населению в воскресные дни, поэтажный указатель врачебных кабинетов; номера телефонов вызова врачей на дом и вызова дежурных врачей в дневное и вечернее время, часы и объем работы кабинетов доврачебного приема, правила подготовки к исследованиям (рентгеноскопии, рентгенографии, анализов крови и др.).

Для использования медицинской и общей документации в практической и научной работе в поликлинике должен быть создан медицинский архив. В медицинском архиве производятся прием, учет, классификация, хранение и выдача документальных материалов как персоналу поликлиники, так и больным в случае изменения их места жительства или запросов различных организаций. В архиве хранится вся документация о работе поликлиники, в том числе приказы по поликлинике, годовые отчеты, личные дела уволенных, а также вся медицинская документация (в основном медицинские карты амбулаторных больных). Медицинские карты амбулаторных больных поступают в архив из регистратуры в том случае, если больной в течение 3 лет не обращался в поликлинику. Кроме того, в действующий архив можно передавать «утолщенные» и принявшие небрежный вид медицинские карты, после того как взамен их будут заведены новые с выкопировкой из старых карт уточненных диагнозов и краткого эпикриза.

Значительное место в работе регистратуры занимает оформление медицинских документов: справок, направлений и др. Регистраторам предоставлено право задерживать неправильно выданные и неверно оформленные документы и передавать их для выяснения администрации. Вместе с тем, они несут ответственность за документы наряду с лицами, выдавшими их.

Особого внимания требует оформление листков нетрудоспособности. Бланки листков нетрудоспособности, выданные врачам с указанием номеров, регистрируются в «Книге регистрации листков нетрудоспособности».

Организация работы отделения профилактики

В поликлиниках, обслуживающих более 30 тысяч населения, функционируют отделения профилактики (приказ МЗ СССР от 23.09.1981 г. №1000).

Основными задачами **отделения профилактики** являются:
- организационное обеспечение диспансеризации здоровых и больных;
- организация и проведение предварительных и периодических осмотров населения с целью раннего выявления заболеваний и лиц с факторами риска их возникновения;
- подготовка и передача врачам медицинской документации на выявленных больных и лиц с повышенным риском заболеваний для дообследования, диспансерного наблюдения и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий;
- санитарно-гигиеническое воспитание и пропаганда здорового образа жизни среди населения.

В состав отделения профилактики входят:
- кабинет доврачебного приема (КДП);
- анамнестический кабинет;
- кабинет централизованного учета диспансеризации;
- кабинет функциональных исследований;
- кабинет взятия материала для экспресс-диагностики;
- смотровой кабинет;
- кабинет пропаганды здорового образа жизни.

Анамнестический кабинет. Кабинет обеспечивает сбор анамнеза и анкетирование проходящих профилактический осмотр с выявлением имеющихся факторов риска и ранней симптоматики заболеваний по анамнестической карте.

Кабинет централизованного учета диспансеризации организуется в составе отделения профилактики и обеспечивает: полицевой учет населения, обслуживаемого территориальным поликлиническим учреждением (поликлиническим отделением, амбулаторией); определение лиц, подлежащих первичной диспансеризации в конкретных лечебно-профилактических учреждениях; учет контингентов, прикрепленных к данному территориальному лечебно-профилактическому учреждению для проведения профилактических осмотров.

Кабинет функциональных (инструментальных) исследований входит в состав отделения профилактики. Основной задачей кабинета является проведение на доврачебном этапе диспансеризации: антропометрии, динамометрии, измерения артериального кровяного давления, тонометрии, исследования остроты зрения, определения остроты слуха (речь на расстоянии, шепотная речь), ЭКГ.

Кабинет функциональных (инструментальных) исследований обеспечивается набором необходимого медицинского оборудования и инструментария.

Кабинет взятия материала для экспресс-диагностики осуществляет взятие крови и мочи у проходящих осмотр, направление полученного материала в лабораторию для анализа крови (определение СОЭ, гемоглобина, лейкоцитов) и исследования мочи на сахар и белок. Кабинет работает в тесном контакте с клинико-диагностической лабораторией амбулаторно-поликлинического учреждения и обеспечивается необходимыми реактивами, инструментарием и оборудованием. Для взятия материала кабинет должен иметь туалет.

Смотровой кабинет входит в состав отделения профилактики, а там, где оно отсутствует, действует как структурное подразделение поликлиники. Работу в смотровом кабинете осуществляет фельдшер-акушерка. Задачами кабинета являются осуществление профилактического осмотра женщин с 18 лет с целью раннего выявления гинекологических заболеваний, предопухолевых и раковых заболеваний женских половых органов и других видимых локализаций (кожи, губ, молочных желез), доврачебный опрос и др.

Кабинет пропаганды здорового образа жизни. Основной деятельностью кабинета являются организация и проведение комплекса мероприятий, направленных на санитарно-гигиеническое воспитание и формирование здорового образа жизни населения: групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни среди проходящих профилактические осмотры; разъяснение цели и задач диспансеризации населения; пропаганда борьбы с возникновением и развитием факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.); пропаганда активного отдыха, туризма, занятий физкультурой и спортом; разъяснение принципов рационального питания; рекомендации по созданию, укреплению и сохранению психологического климата на работе, в учебе и быту; расширение и углубление санитарно-гигиенических знаний среди проходящих профилактические осмотры. Кабинет организует и контролирует данную работу в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

Содержание и организация работы терапевтического отделения поликлиники

Важные функции в поликлинике выполняет терапевтическое отделение, работающее по участковому принципу (нормативная численность территориального терапевтического участка составляет 1700 жителей), где ведущей фигурой является участковый врач-терапевт.

Постарение населения, рост хронических заболеваний, дифференциация и специализация медицинской помощи вызвали необходимость распространять участковый принцип на работу врачей и других специалистов. К каждому терапевтическому отделению прикрепляются врачи: хирург, невролог, оториноларинголог и офтальмолог.

Этот метод получил название бригадного, когда указанные специалисты стали обслуживать больных в поликлинике и на дому с определенных терапевтических участков. Все члены бригады оперативно подчинены заведующему терапевтическим отделением, а заведующие специализированными отделениями осуществляют в отношении своих подчиненных лечебно-консультативные функции и общее организационно-методическое руководство.

Работа каждого отделения-бригады организуется таким образом, что все ее члены работают в одни и те же часы. Врачи более «узких» специальностей, равно как и участковые терапевты отделения, оказывают медицинскую помощь населению прикрепленных участков как в поликлинике, так и на дому.

Опыт показал, что при организации работы поликлиники по бригадно-территориальному принципу возрастает роль терапевта в процессе медицинского обслуживания, усиливаются контакты между врачами разных специальностей по вопросам диагностики, лечения, экспертизы трудоспособности и диспансеризации.

Работа участкового врача-терапевта осуществляется по графику, утвержденному заведующим отделением или руководителем учреждения. Составление графика работы участковых терапевтов является важным организационным мероприятием. Рационально составленный график работы позволяет повысить доступность участкового врача-терапевта для населения своего участка, в частности обеспечить высокую степень соблюдения участковости в обслуживании населения. В графике работы должны быть предусмотрены фиксированные часы амбулаторного приема больных, помощь на дому, профилактическая и другая работа.

Как показала практика работы поликлиник, наиболее удобным для населения является такой график, при котором врач поочередно работает в разные часы дня и в разные дни недели.

Важный разделом работы участкового терапевта является ***прием пациентов*** в поликлинике. Каждое посещение больным врача необходимо в пределах существующих возможностей сделать исчерпывающим и законченным. Повторные назначения на прием должны исходить исключительно из медицинских показаний. Серьезного внимания заслуживают лица, многократно болеющие в течение года. Необходимо также внимательно проводить обследование, тщательно и своевременно лечить больных с острыми заболеваниями, так как это является залогом предупреждения целого ряда хронических заболеваний.

Большое место в деятельности врача-участкового терапевта занимает ***медицинское обслуживание больных на дому***. В среднем затраты времени участкового врача при оказании помощи на дому должны составлять 30–40 мин на одно посещение.

Участковый врач обязан обеспечить раннее выявление заболеваний и своевременное оказание квалифицированной лечебной помощи

населению участка как в поликлинике, так и на дому; посещать больных на дому в день поступления вызова, обеспечить систематическое динамическое наблюдение, активное лечение больных до их выздоровления или госпитализации. В домашних условиях труднее, чем в поликлинике или стационаре, провести диагностическое исследование, тем более почти 2/3 вызовов осуществляется к больным пожилого возраста. Осмотрев на дому больного по вызову, участковый врач в последующем (по мере необходимости) должен посещать больного по своей инициативе. Организация повторных посещений больного при одном и том же заболевании является важным моментом, в известной мере характеризующим качество медицинской помощи на дому. Повторный визит должен осуществляться без повторного вызова. Повторные (активные) посещения, выполняемые по инициативе лечащего врача, – признак правильно организованной медицинской помощи на дому.

Важным помощником участкового врача-терапевта является ***участковая медицинская сестра***. На каждую должность участкового терапевта устанавливается 1,5 должности участковой медицинской сестры. Целесообразно, чтобы с терапевтом работала постоянно одна и та же медицинская сестра. Прежде всего она помогает врачу при амбулаторном приеме, ей отводится большая роль в организации наблюдения за больными на дому и выполнения назначений врача.

Больший акцент делается на ***профилактической работе*** участкового врача-терапевта. Приоритет широких социально-профилактических мероприятий для увеличения средней продолжительности жизни населения, усиление внимания к здоровому человеку с тем, чтобы предотвратить возникновение у него заболеваний, особо поднимет роль участкового врача в общей системе мер профилактики. Участковый врач первым сталкивается с заболевшим человеком, он должен знать не только настоящее, но и прошлое больного, объектом его заботы и деятельности должен являться не только больной, но и здоровый человек, условия его жизни и труда. Он должен выступать проводником профилактики в широком смысле слова, нести гигиенические знания в конкретную семью, рекомендовать их применительно к конкретному человеку, его работе, характеру питания и отдыха. Участковый врач-терапевт во многом должен предопределить и характер гигиенического поведения человека. Ему следует обратить внимание на так называемые контингенты повышенного риска в возрасте 30–50 лет, так как именно в этом возрасте, особенно мужчины, не всегда обращаются за медицинской помощью при отсутствии острых симптомов хронического заболевания. Участковый врач должен заниматься активным выявлением таких больных.

Для успешного предупреждения заболеваний участковый врач в современных условиях должен осуществлять медицинское наблюдение за всей семьей, бороться с наиболее распространенными хроническими болезнями, первичное предупреждение которых должно начинаться с детских лет, воздействовать на факторы риска, корректировать

отдельные элементы образа жизни всех членов семьи. Поэтому особое внимание в санитарно-просветительной работе следует уделить борьбе с гипокинезией, перееданием, курением, избыточной лекарственной терапией, устранению вредного влияния стрессов и т.д. Участковый врач должен уметь влиять на формирование семейных отношений.

Ответственным разделом работы врача поликлиники любой специальности, особенно участкового врача-терапевта, являются направление и подготовка больного к *госпитализации*. В этом случае участковый врач обязан назначить больному лабораторные, рентгенологические и другие исследования, а также провести соответствующее подготовительное лечение, проконсультировать больного у заведующего терапевтическим отделением, а если необходимо, то и у врачей других специальностей. Результаты анализов должны быть переданы в стационар вместе с «Медицинской картой амбулаторного больного» или выпиской из нее.

Важным вопросом в деятельности участкового терапевта, как и других врачей поликлиники, являются *отбор* и направление больных *на санаторно-курортное лечение.*

Кабинет врача-инфекциониста является лечебно-диагностическим и консультативно-методическим центром поликлиники по вопросам борьбы с инфекционной заболеваемостью. Он является первым специализированным звеном инфекционной службы в нашей стране. В задачи кабинета инфекционных заболеваний входят: обеспечение своевременного и раннего выявления инфекционных больных; проведение организационно-методической работы и обеспечение квалифицированной консультативной помощи по диагностике и лечению больных инфекционными и паразитарными заболеваниями в амбулаторно-поликлинических учреждениях: изучение и анализ динамики инфекционной заболеваемости и смертности, разработка и осуществление мероприятий по повышению качества и эффективности диагностики, лечения и профилактики инфекционных заболеваний. В соответствии с этими задачами врач-инфекционист осуществляет:

- систематическую работу по повышению знаний участковых врачей и других специалистов, ведущих амбулаторный прием, по вопросам клиники, ранней диагностики, лечения и диспансеризации инфекционных больных, организуя конференции по разбору всех случаев несвоевременно выявленных больных инфекционными заболеваниями или необоснованно направленных в кабинет;
- консультацию участкового врача-терапевта по обследованию больных, подозреваемых на инфекционное заболевание, и о порядке направления их в кабинет для установления окончательного диагноза;
- консультативную помощь больным в поликлинике и на дому с целью уточнения диагноза, назначения лечебно-профилактических мероприятий и решения вопроса о госпитализации;

– дополнительные (лабораторные и др.) исследования инфекционных больных;
– лечение инфекционных больных в поликлинических условиях и долечивание реконвалесцентов после выписки из стационара;
– контроль за полным клиническим и бактериологическим выздоровлением с использованием методов инструментального и лабораторного исследования (ректороманоскопия, дуоденальное зондирование и др.);
– анализ работы по проведению профилактических прививок у взрослых;
– диспансерное наблюдение и санацию реконвалесцентов, больных с хроническими инфекционными заболеваниями, бактерио- и паразитоносителей;
– учет больных инфекционными заболеваниями, бактерионосителей, паразитоносителей на основании экстренных извещений об инфекционных заболеваниях, направленных в Центр гигиены и эпидемиологии;
– анализ динамики инфекционной заболеваемости и смертности, качества и эффективности диагностических и лечебных мероприятий, диспансеризации, противорецидивного лечения в районе деятельности городской поликлиники;
– пропаганду медицинских знаний по профилактике инфекционных заболеваний.

Организация диспансеризации населения

Профилактическое направление отечественного здравоохранения наиболее полно выражено в диспансерном методе работы амбулаторно-поликлинических учреждений. Под диспансерным методом понимается активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья определенных контингентов населения (здоровых и больных). Под активностью понимается позиция медицинских работников, которые не ждут на амбулаторном приеме больных с запущенными формами заболеваний, а посредством медицинских осмотров выявляют заболевания на более ранних стадиях развития.

Но выявленные и оставленные без внимания врачей заболевания продолжают интенсивно развиваться, осложняются тяжкими последствиями, приводят к неблагоприятному исходу. Динамическое наблюдение за течением заболевания со стороны медицинских работников позволяет избежать его отягощения и улучшить качество жизни больных. По этому методу в стране работают специальные диспансерные медицинские учреждения: противотуберкулезные, кожно-венерологические, психоневрологические, онкологические, кардиологические, врачебно-физкультурные; он широко используется в работе женских консультаций, МСЧ, детских поликлиник и поликлиник для взрослых.

Цель диспансеризации: сохранение и укрепление здоровья человека, повышение его работоспособности и увеличения активного долголетия.

Задачи диспансеризации:

– выявление, изучение и устранение причин, способствующих возникновению и распространению заболеваний;
– формирование у человека стремления к здоровому образу жизни;
– активное выявление преморбидных состояний, начальных форм заболеваний и адекватное лечение больных;
– предупреждение рецидивов и осложнений уже имеющихся заболеваний.

В стране неоднократно ставилась задача всеобщей диспансеризации населения, но реализована она не была из-за отсутствия необходимой материальной базы и финансовых средств.

С 2006 г. в нашей стране проводится дополнительная диспансеризация работающего населения в рамках национального проекта «Здоровье».

Следует заметить, что всеобщая диспансеризация населения – это высший уровень заботы государства о здоровье народа. Реализация ее возможна только в том случае, если на это будут предусмотрены специальные кадровые силы и средства. Это должно учитываться и при организации диспансерного наблюдения в отдельных медицинских учреждениях, в частности, в поликлиниках врачу для выполнения диспансеризации должно выделяться специальное время в счет его основной рабочей нагрузки. Эта работа ни в коем случае не должна являться дополнительной нагрузкой.

Главным лицом в организации диспансерного обслуживания в поликлинике является участковый врач-терапевт. Этим вопросом в определенной степени занимаются врачи всех специальностей. Участковый терапевт отвечает за организацию диспансеризации населения своего участка.

Последовательность проведения диспансерного наблюдения:

Первый этап – изучение социально-демографического состава контингентов, подлежащих диспансерному наблюдению, путем переписи населения обслуживаемой территории для определения объема работы по диспансеризации и планирования дальнейшей деятельности.

Второй этап – проведение профилактических осмотров с целью раннего выявления заболеваний и распределение осмотренных по группам диспансерного наблюдения:

I группа – здоровые.

II группа – практически здоровые, т.е. имеющие:

– факторы риска (производственного, наследственного, социально-бытового характера);
– хронические заболевания в анамнезе (с длительной ремиссией);
– результаты лабораторных, функциональных и инструментальных исследований на грани нормы и патологии;

– преморбидные состояния, а также
– часто и длительно болеющие острыми заболеваниями;
– реконвалесценты после острых заболеваний (острая пневмония).
III группа – хронические больные:
– в стадии компенсации;
– в стадии субкомпенсации;
– в стадии декомпенсации.

Третий этап – взятие на диспансерный учет отдельных категорий больных с целью последующего динамического наблюдения (в соответствии с действующим перечнем заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению). Включает в себя заполнение специальной документации (эпикриз взятия на диспансерный учет, план лечебно-оздоровительных мероприятий, контрольная карта диспансерного наблюдения – ф. №030/у, талон амбулаторного пациента – ф. №025-10/у-97), а также внесение соответствующих записей в медицинскую карту амбулаторного больного (ф. №025/у), которая является основным медицинским документом в поликлинике. Тщательное ведение амбулаторной карты, ее сохранность являются одним из обязательных условий правильной системы лечения и наблюдения больного.

Динамическое наблюдение I группы (здоровые) осуществляется в форме ежегодных профилактических медицинских осмотров. Для этой группы диспансерного наблюдения составляется общий план лечебно-оздоровительных профилактических и социальных мероприятий, который включает мероприятия по улучшению условий труда и быта, по борьбе за здоровый образ жизни, пропаганду санитарно-гигиенических знаний.

Динамическое наблюдение II группы имеет своей целью устранение или уменьшение влияния факторов риска, повышение резистентности и компенсаторных возможностей организма. Эта группа осматривается с использованием общепринятого минимума исследований, а также дополнительных исследований, связанных с характером риска. Второй раз в году эта группа обследуется только с использованием методик, позволяющих выявить ранние формы заболеваний, «грозящих» диспансеризируемому. Для каждого из этой группы в дополнение к общему плану мероприятий предусматриваются индивидуальные лечебно-оздоровительные мероприятия. Так, например, если диспансеризуемый является часто болеющим острыми заболеваниями, в плане должны быть предусмотрены мероприятия, направленные на повышение устойчивости организма к влиянию внешней среды (закаливающие процедуры, физическая культура, физиотерапия, фармакотерапия общеукрепляющего действия и направленная на этиологический фактор, устранение вредных привычек и др.). Индивидуальные мероприятия рекомендуются пациенту и проводятся врачом в период профилактических медицинских осмотров.

Таким образом, динамическое диспансерное наблюдение I–II групп лиц предусматривает проведение первичной профилактики – предупреждение возникновения заболеваний и укрепление здоровья диспансеризуемых.

Динамическое наблюдение лиц III группы диспансерного учета (хронические больные) имеет своей целью предупреждение рецидивов, обострений и осложнений уже имеющихся заболеваний, т.е. является важным звеном вторичной профилактики.

Существует несколько методик проведения диспансеризации: 1) проведение единых для всей поликлиники диспансерных дней; 2) введение единых диспансерных дней для отделений поочередно; 3) ежедневный вызов диспансерных больных по 2–3 человека на прием. Со временем стало очевидным, что наиболее организованно диспансеризация проходит в специально выделенные для этого дни. В диспансерные дни участковые врачи-терапевты не проводят обычного приема в поликлинике, и неотложные больные направляются к дежурному врачу. Повторные больные на эти дни не назначаются. Все вспомогательные лечебно-диагностические службы работают только для диспансерного обслуживания.

При диспансеризации каждый врач должен максимально использовать любую явку пациента в медицинское учреждение по всякому поводу (заболевание, профилактический осмотр, получение справки, оформление санаторно-курортной карты, посещение врачом больного на дому, стационарное лечение и т.д.) для прохождения им минимума обследований, необходимых для диспансеризации данной группы населения, и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий.

Диспансерную группу больных, подлежащих динамическому наблюдению врачами-терапевтами, в том числе участковыми, по мнению ученых-клиницистов и организаторов здравоохранения, должны составлять больные со следующими заболеваниями: гипертоническая болезнь I стадии, инфаркт миокарда, хроническая ишемическая болезнь сердца с гипертонической болезнью и без нее; реконвалесценты после острой пневмонии, хроническая пневмония, хронический бронхит, бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь и кистозная гипоплазия легких, абсцесс легкого; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, атрофический хронический гастрит, хронический гепатит, хронический панкреатит, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь, хронический колит и энтероколит, цирроз печени, пострезекционные синдромы (через 2 года после операции на брюшной полости), состояние после перенесенного острого гломерулонефрита, хронический пиелонефрит, хронический диффузный гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность в стадии компенсации.

Врачи специализированных кабинетов осуществляют консультативные функции. Наиболее тяжелые больные, требующие специализированного наблюдения и лечения, какой-то период могут и должны нахо-

диться под наблюдением соответствующих специалистов и затем снова направляться к участковому врачу.

С 2006 г. в рамках приоритетного Национального проекта «Здоровье» в стране проводится дополнительная диспансеризация работающего населения. Анализ полученных результатов позволит оценить ее достоинства и недостатки. Однако уже сейчас можно говорить о расширении профилактической работы в лечебно-профилактических учреждениях и положительной динамике некоторых показателей здоровья населения.

Важнейшее условие правильной организации диспансеризации – ежегодное подведение итогов и объективная оценка ее эффективности.

Анализ деятельности поликлиники

Решение задач по улучшению медицинского обслуживания населения невозможно без анализа статистических данных о работе лечебно-профилактических учреждений, содержащихся в годовом статистическом отчете, периодической отчетности, первичной учетной документации. Деятельность каждого лечебно-профилактического учреждения оценивается с помощью статистических показателей, средних величин, экспертных и экономических оценок. Важно не только владеть методикой расчета этих показателей, но и оценивать их в динамике, сравнивать с нормативами, средними показателями по городу, показателями других однотипных или однопрофильных учреждений. Показатели работы учреждения, наряду с экспертной оценкой и стандартами, являются важнейшими средствами контроля качества медицинской помощи.

Анализ деятельности учреждений здравоохранения осуществляется для:

- совершенствования организации работы учреждения, текущего и перспективного планирования, экономической деятельности учреждения;
- определения эффективности различных методов лечения и диагностики, новых медицинских технологий и форм организации труда;
- оценки всех составляющих (структуры, технологии и результата) качества оказания медицинской помощи населению.

Основные задачи по организации статистического учета и отчетности медицинских учреждений возложены на кабинет учета и медицинской статистики этих учреждений.

Функции кабинета учета и медицинской статистики:

- организация статистического учета в подразделениях учреждения;
- инструктаж сотрудников по заполнению учетной документации, контроль за качеством ее ведения и содержащейся в ней информации;

- составление сводных (ежедневных, ежемесячных, ежеквартальных и т.д.) учетных документов и расчет показателей, необходимых для оперативного управления учреждением;
- составление периодических отчетов (ежемесячных, квартальных, полугодовых и годовых) и представление их по формам в адреса и сроки, предусмотренные табелем государственной статистической отчетности;
- проведение специальных статистических разработок по заданию руководителей учреждения;
- участие в работе по составлению бизнес-планов учреждения;
- подготовка статистических материалов для лицензирования и аккредитации учреждения;
- рациональная организация хранения документов и обеспечение бесперебойного снабжения всех подразделений необходимыми бланками учетных статистических форм, утвержденных Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

На основании сведений, полученных из учетных статистических документов, которые заполняются работниками различных подразделений (врачами, средними медицинскими работниками) в кабинете медицинской статистики составляются отчетные документы.

Показатели работы поликлиники

1. Показатели обеспеченности населения амбулаторно-поликлинической помощью:

а) обеспеченность поликлинической помощью – число посещений в год в расчете на 1 жителя:

$$\frac{\text{число посещений врачей за год}}{\text{численность обслуживаемого населения}}.$$

На уровень показателя существенное влияние оказывают состав населения (прежде всего, взрослого), структура заболеваемости, доступность медицинской помощи, уровень специализации поликлиники, организация приема пациентов, объем профилактической деятельности и другие факторы;

б) обеспеченность населения врачебными кадрами (по каждой врачебной специальности на 10 000 населения)

Например:

обеспеченность населения участковыми терапевтами:

$$\frac{\text{число участковых врачей-терапевтов}}{\text{численность обслуживаемого населения}} \cdot 10\,000.$$

Рассчитанный таким образом показатель сравнивается с действующими штатными нормативами и позволяет судить об обеспеченности населения соответствующими врачебными кадрами.

Главный врач поликлиники имеет право вносить изменения в штатное расписание с учетом структуры заболеваемости и состава населения, фактической нагрузки врачей и т.д. (нормативы носят рекомендательный характер).

2. Показатели, характеризующие нагрузку врачей:

а) средняя численность терапевтического участка:

$$\frac{\text{численность населения, обслуживаемого поликлиникой}}{\text{число терапевтических участков}}$$

Нормативная численность населения на одном терапевтическом участке врача-терапевта составляет 1700 человек, врача общей практики – 1500, а семейного врача – 1200 жителей (приказ МЗ РФ №237 от 26.08.1992 г.);

б) нагрузка врача на 1 час амбулаторного приема:

$$\frac{\text{число амбулаторных посещений к врачу}}{\text{число часов работы врача на амбулаторном приеме}}$$

в) нагрузка врача на 1 час работы по обслуживанию вызовов:

$$\frac{\text{число посещений на дому}}{\text{число часов работы врача по обслуживанию вызовов}}$$

Нагрузка врача как на амбулаторном приеме, так и на дому зависит от многих факторов: состава населения, структуры и уровня заболеваемости, медицинской активности населения, авторитета и квалификации врача, организации работы, объема профилактических мероприятий и прочих. Высокий уровень нагрузки нередко ведет к снижению качества медицинской помощи.

Таблица 10.1 Рекомендуемые нормы нагрузки врачей на 1 час работы

Специальность	Нагрузка (число больных) на 1 час работы	
	на амбулаторном приеме	на дому
Терапия (включая инфекционные заболевания, эндокринологию)	5	2
Хирургия	9	1,25
Травматология и ортопедия	7	1,25
Урология	5	1,25
Онкология	5	1,25
Педиатрия	5	1,5
Акушерство и гинекология	5	1,25
Офтальмология	8	1,25
Оториноларингология	8	1,25
Дерматовенерология	8	1,25
Фтизиатрия	5	1,25
Неврология	5	1,25
Психиатрия	4	1,25

3. Показатели, характеризующие организацию работы участковых врачей-терапевтов:

а) соблюдение участковости на амбулаторном приеме:

$$\frac{\text{число посещений у врачей-терапевтов, сделанных жителями своего участка}}{\text{общее число посещений у врачей-терапевтов}} \cdot 100\%.$$

б) активность посещений на дому:

$$\frac{\text{число активных посещений на дому}}{\text{число всех посещений на дому}} \cdot 100\%.$$

Активное посещение – это посещение пациента врачом на дому, выполненное по инициативе врача. Активно наблюдаются больные с высокой температурой, гипертоническим кризом, с острыми инфекционными заболеваниями, злокачественными новообразованиями и др. Обычно показатель составляет около 30%.

в) повторность амбулаторных посещений:

$$\frac{\text{число повторных посещений к врачу}}{\text{число первичных посещений к этому же врачу}}.$$

Величина этого показателя свидетельствует, в первую очередь, о тяжести заболеваний, по поводу которых больные обращаются к врачу. Если в структуре обращений значительную долю составляют обращения по поводу обострений тяжелых хронических болезней, то и повторность посещений будет выше. Немалое значение для этого показателя имеют и правила врачебно-трудовой экспертизы, которые диктуют определенную кратность посещений пациентами своего врача и средние сроки лечения при различных заболеваниях.

4. Показатели заболеваемости, болезненности и инвалидности населения:

а) заболеваемость населения:

$$\frac{\text{число впервые выявленных (в отчетном году) заболеваний}}{\text{среднегодовая численность населения}} \cdot 1000.$$

б) болезненность населения:

$$\frac{\text{число всех (впервые и ранее) зарегистрированных заболеваний}}{\text{среднегодовая численность населения}} \cdot 1000.$$

Уровень показателей зависит от состава населения, полноты учета заболеваний, квалификации врачей и т.д.;

в) показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ):

– число случаев ВУТ на 100 работающих:

$$\frac{\text{число случаев ВУТ}}{\text{число работающих}} \cdot 100.$$

– число дней ВУТ на 100 работающих:

$$\frac{\text{число дней ВУТ}}{\text{число работающих}} \cdot 100.$$

– средняя продолжительность одного случая ВУТ:

$$\frac{\text{число дней ВУТ}}{\text{число случаев ВУТ}} \cdot 100.$$

– структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности: показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности рассчитываются в целом и по каждой нозологической форме, как в случаях, так и в днях.

г) частота первичного выхода на инвалидность:

$$\frac{\text{число впервые признанных инвалидами}}{\text{среднегодовая численность работающего населения}} \cdot 1000.$$

5. Профилактическую деятельность поликлиники характеризуют:

а) % профилактических посещений:

$$\frac{\text{число профилактических посещений}}{\text{число всех амбулаторных посещений}} \cdot 100\%.$$

б) полнота охвата профилактическими осмотрами (в %):

$$\frac{\text{число осмотренных на профосмотрах}}{\text{число лиц, подлежащих осмотрам}} \cdot 100\%.$$

в) показатели, характеризующие работу по диспансеризации населения, которые делятся на 3 группы:

– объем диспансеризации (состав диспансеризуемых больных и здоровых, в том числе по группам здоровья; полнота охвата диспансерным наблюдением больных по отдельным нозологическим формам);

– активность реализации планов лечебно-оздоровительных мероприятий среди диспансеризуемых (доля выполненных лечебно-оздоровительных и диагностических мероприятий из числа назначенных);

– эффективность диспансеризации – оценивается структурой исходов диспансеризации (% выздоровлений, % улучшений, % без перемен, % ухудшений, летальность) и показателями временной нетрудоспособности и первичного выхода на инвалидность среди работающих диспансеризуемых.

6. Качество диагностической работы в поликлинике характеризуют:

а) % позднего выявления злокачественных новообразований:

$$\frac{\text{число больных со злокачественными новообразованиями, выявленными в IV стадии}}{\text{число больных с впервые выявленными злокачественными новообразованиями}} \cdot 100\%.$$

б) % позднего выявления туберкулеза:

$$\frac{\text{число больных с запущенными формами туберкулез легких}}{\text{общее число больных с туберкулезом легких}} \cdot 1000.$$

в) % расхождений диагнозов поликлиники и стационара:

$$\frac{\text{число случаев расхождений диагнозов поликлиники и приемного отделения стационара}}{\text{число госпитализированных больных}} \cdot 100\%.$$

Основные проблемы перехода к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) в качестве одного из ведущих инструментов достижения стратегии здоровья для всех, так как она, осуществляя главную функцию системы здравоохранения и являясь ее центральным звеном, составляет неотъемлемую часть всего процесса социально-экономического развития общества. От состояния амбулаторно-поликлинической помощи зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, сохранение трудового потенциала страны, а также решение большинства медико-социальных проблем, возникающих на уровне семьи и у социально незащищенных групп населения: детей, инвалидов, престарелых и лиц пожилого возраста.

В результате происходящих в России экономических и социальных процессов в конце XX в. существующая амбулаторно-поликлиническая служба системы здравоохранения оказалась не в состоянии обеспечить население доступной и квалифицированной медицинской помощью на уровне первичного звена, на этапе которого, как известно, начинают и заканчивают обследование и лечение до 80% населения, обращающегося за медицинской помощью. Стали очевидными недостатки ее организации. Существенные диспропорции в объемах финансирования амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (соответственно 20–30 и 70–80% всех расходов на здравоохранение) ограничивают возможность развития материально-технической базы и внедрения современных ресурсосберегающих технологий оказания медицинской помощи на до- и послегоспитальном этапах и приводят к расширению показаний к стационарному лечению, удорожанию медицинской помощи. Не создается экономической мотивации развития стационарозамещающих видов помощи, утрачиваются комплексный подход к здоровью пациента и преемственность между врачами в обследовании, лечении, что отрицательно влияет на экономичность медицинского обслуживания и сохранность здоровья.

Совершенно очевидно, что назрела острая необходимость существенно реформировать ПМСП. Основные направления реформ должны предусматривать переход к организации первичной медико-санитарной помощи на новые формы работы с лидирующей ролью врача общей (семейной) практики, изменение организации работы поликлиники и специалистов, создание на базе ряда поликлиник консультативно-диагностических центров и центров здоровья, предоставляющих доступную и качественную высокоспециализированную помощь, включая профилактику заболеваний, при достижении высокой эффективности используемых ресурсов. При этом необходимо обратить внимание на зарубежный опыт, доказавший, что наиболее перспективным направлением в реорганизации ПМСП является внедрение института врача общей практики – семейного врача.

С давних пор основой первичной медико-социальной помощи в европейских странах является общая врачебная практика (семейная медицина). По определению Левенсхортской группы экспертов, созданной по решению 2-й Европейской конференции по изучению общей практики, «врач общей практики (семейный врач) – это лицензированный выпускник высшего медицинского учебного заведения, который обеспечивает индивидуальную первичную и непрерывную медицинскую помощь для отдельных лиц, семей и населения независимо от возраста, пола или вида заболевания». Именно синтез всех этих функций характеризует врача общей практики (семейного врача). Эксперты разных стран договорились об идентичности понятий «врач общей практики – семейный врач», так как их функции, согласно определению, разделить невозможно и они являются как бы единым целым.

К основным требованиям, которым должен соответствовать врач общей (семейной) практики, согласно определению Всемирной организации здравоохранения, относятся: обеспечение высокого профессионализма, активное сотрудничество с различными группами населения, использование научного прогресса и передовых достижений во всех областях деятельности по охране здоровья. В конечном итоге врач общей (семейной) практики должен содействовать достижению четырех классических целей медицины, а именно: ***укреплению здоровья, профилактике болезней, лечению и реабилитации.***

Чтобы решить эти главные задачи в процессе реформирования первичной медико-санитарной помощи, врачу общей (семейной) практики предстоит выступать в качестве:

1. ***Лица, оказывающего медицинскую помощь.*** Помимо назначения курса лечения врачи общей (семейной) практики должны учитывать и другие потребности пациента (улучшение социальных условий, охрана психического здоровья, решение семейных проблем). Они должны обеспечивать всестороннюю помощь: лечебную, профилактическую и реабилитационную, причем таким образом, чтобы медицинская

помощь носила взаимодополняющий, интегрированный и непрерывный характер.

2. ***Лица, принимающего решения.*** Врачи общей (семейной) практики должны принимать решения по оказанию всех видов медицинской помощи, исходя из принципа эффективности мероприятий и их финансовой оптимальности. Из всех возможных способов лечения конкретной болезни врачам общей (семейной) практики необходимо уметь выбрать наиболее приемлемый в данной ситуации, в том числе и при госпитализации больного или направлении его на консультацию к врачу – узкому специалисту.

3. ***Просветителя-пропагандиста.*** Решающее влияние на сохранение здоровья оказывают такие важные факторы, как сбалансированное питание, соблюдение мер безопасности на рабочем месте, способ проведения досуга, бережное отношение к природе и т.д. Врачи общей (семейной) практики должны уметь убедить людей в том, чтобы каждый человек чувствовал ответственность за укрепление и сохранение собственного здоровья.

4. ***Общественного лидера и организатора.*** Врачи общей (семейной) практики должны знать потребности и проблемы общества. Зная о зависимости здоровья от состояния окружающей среды и социального окружения, оценивая последствия каждой проблемы и риска для здоровья, врачи должны не только лечить обращающихся к ним за помощью пациентов, но и организовывать мероприятия по охране здоровья населения в обществе, которые принесут огромную пользу большому числу людей.

5. ***Руководителя.*** Чтобы успешно выполнять перечисленные функции, врачам общей (семейной) практики системы здравоохранения необходимо обрести управленческие навыки. Они помогут им наладить обмен информацией для принятия правильных решений во всей системе здравоохранения.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ №237 от 22.08.92 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи населению по принципу врача общей практики (семейного врача)», *врач общей практики (ВОП)* – это специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению. Врач общей практики, оказывающий первичную многопрофильную медико-социальную помощь семье, независимо от возраста и пола пациента, является *семейным врачом (СВ).*

Врач общей практики обязан владеть в первую очередь врачебными манипуляциями терапевтического профиля, т.е. уметь оказывать *квалифицированную, терапевтическую помощь* при распространенных заболеваниях внутренних органов и систем, а также проводить врачебные лечебно-диагностические мероприятия, т.е. оказывать *первую врачебную помощь* при смежных заболеваниях и неотложных состояниях (Дени-

сов И.Н., 2000). Кроме того, современный врач общей практики должен владеть методами формирования здорового образа жизни семьи, неукоснительно соблюдать требования врачебной этики и деонтологии при проведении среди населения оздоровительных, профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому у пациентов, работать в сотрудничестве со службами социальной защиты.

Как показывает практический опыт внедрения общей врачебной практики в России, сейчас на этом сложном и неоднозначном этапе реформирования здравоохранения нет никакой необходимости искусственно менять и ломать десятилетиями складывающуюся систему организации первичной медицинской помощи, объединяя в лице одного врача и терапевта, и узкого специалиста, и акушера-гинеколога, и педиатра. Со временем это объединение произойдет, но процесс этот должен быть длительным, постепенным, эволюционным, взвешенным, продуманным и тщательно просчитанным.

Необходимо отметить, что на развитие общей врачебной практики во многих западных странах оказали влияние как исторические аспекты, традиционные подходы к организации медицинской помощи, так и сформировавшиеся системы финансирования здравоохранения. Независимо от сложившихся различий всеобщность как основной принцип оказания первичной медико-санитарной помощи, провозглашенный ВОЗ, обеспечивается, к примеру, в Нидерландах за счет развитой системы обязательного медицинского страхования, а в Великобритании – в силу сложившейся государственной системы здравоохранения.

Как правило, в западных странах врачи общей практики не являются работниками, нанятыми по договору трудового найма. Врачи общей практики заключают с местными органами управления здравоохранением договор на оказание медицинской помощи населению, таким образом, они в значительной степени независимы в принятии решений, касающихся ведения больных. Кроме того, в этих же странах имеют значительный вес ассоциации врачей общей практики, которые занимаются вопросами, касающимися разработки стандартов диагностики и лечения, лицензирования медицинской деятельности, правовой защиты врачей и некоторыми другими.

Последипломная подготовка врачей общей практики длится 3–5 лет, причем обязательным также является периодическое повышение квалификации для врачей общей практики в этих странах.

От врачей общей практики требуется обеспечение круглосуточной доступности первичной медицинской помощи. Однако в полной мере это осуществимо лишь в случае групповой практики, когда возможна организация графика дежурств каждого из врачей.

Возможность выбора лечащего врача как одно из основных прав пациента представлена достаточно широко в западных странах, однако, в отличие от российской модели, существует ряд ограничений. Так,

врач вправе отказать в регистрации пациенту, если тот проживает слишком далеко от места работы врача. Также активно дискутируется вопрос о существующих противоречиях между правом выбора врача и обеспечением непрерывности медицинской помощи. Основными мотивами, которыми руководствуются пациенты при выборе своего врача общей практики, являются следующие: место жительства, рекомендации родственников или друзей, хорошая репутация врача, доброе отношение к детям, неудовлетворенность предыдущим врачом и т.д.

Врач общей практики может работать один (соло-практика, или одиночная), в партнерстве с другим врачом (партнерство) или с несколькими врачами (групповая практика). До настоящего времени остается высокой доля одиночных практик, которые в основном функционируют в сельской местности с относительно низкой плотностью населения. Однако более рациональной признана организация первичной медицинской помощи по принципу групповых практик или центров здоровья. Такие центры объединяют 5–9 врачей, медицинских сестер, иногда социальных работников. В последнее время наблюдается тенденция распространения именно групповой практики. Главными причинами этого являются меньшее количество дежурств, приходящихся на каждого врача, большая возможность отдыха (отпуска), более широкие финансовые возможности для диагностики и лечения пациентов, возможности приобретения лучшего оборудования и аппаратуры, расширение для профессионального общения, взаимопомощи, учебы и т.д.

Госпитализация, а также консультации специалистов возможны только по направлению врача общей практики*. Эта важная функция врача общей практики как «привратника» госпитальной системы позволяет сохранять значительный объем медицинской помощи на первичном этапе, сдерживая рост затрат на дорогостоящую специализированную и больничную медицинскую помощь. Таким образом, происходит реальное перераспределение ресурсов в сторону экономически более эффективного первичного звена системы здравоохранения. В среднем, только в 10% случаев врач общей практики пользуется помощью специалистов и (или) услугами стационаров. Стационарная медицинская помощь пациентам, обслуживаемым врачом общей практики, оказывается вне зависимости от их места жительства, но право выбора стационара часто принадлежит врачу.

Информационная поддержка деятельности западных врачей общей практики развита достаточно хорошо. Практически у каждого врача общей практики есть персональный компьютер, имеющий свободный и практически неограниченный выход в Интернет, а также возможность в on-line-режиме в национальной медицинской сети врачей

* Это условие обязательно в тех странах, где доминирующими являются системы государственного здравоохранения (например, Великобритания) или обязательного медицинского страхования (Нидерланды, Германия).

общей практики общаться с коллегами и консультировать сложные случаи лечения своих пациентов, получать различного рода информацию о новых методах лечения, фармацевтических препаратах и т.д.

Финансирование деятельности врача общей практики в западных странах осуществляется по различным схемам. К примеру, в Нидерландах превалирует гонорарная система оплаты, которая предполагает оплату каждой детальной медицинской услуги, процедуры, консультации, диагностических исследований и т.д. Кроме того, гонорарной системе оплаты обычно сопутствуют соплатежи населения за медицинскую помощь. Как правило, эти соплатежи небольшие, носят символический характер, но эта мера существенно ограничивает как необоснованные обращения пациентов за медицинской помощью, так и стремление врачей к завышению числа рекомендуемых посещений и конкретных услуг. Несомненным достоинством гонорарного метода является также то, что он позволяет связать оплату с реально предоставляемым объемом медицинских услуг. С точки зрения пациентов гонорарный метод дает определенную гарантию получения достаточного объема медицинской помощи, при этом вероятность занижения объема медицинской помощи весьма невелика. Однако этот метод таит в себе угрозу раскручивания затратного механизма, так как у врачей появляется непреодолимый соблазн навязать пациентам не очень нужные процедуры, медицинские услуги, лекарства и т.д. Кроме того, как это ни парадоксально звучит, но врачи общей практики при таком методе оплаты «не заинтересованы в здоровом пациенте», поскольку каждое его посещение или оказанная медицинская услуга дают врачу дополнительный доход. Органы государственного управления здравоохранения Нидерландов пытаются нейтрализовать недостатки гонорарного метода оплаты. Для этого используются различные способы – от жесткого контроля за объемами медицинских услуг и стоимостью услуг до установления лимитов расходов на определенные виды медицинской помощи.

В Великобритании, где, как известно, с 1948 г. существует государственная система здравоохранения, основным методом оплаты за медицинские услуги врачей общей практики служит смешанный метод оплаты (метод глобального бюджета) с преобладанием подушевого финансирования. Этот метод предполагает финансирование врачей общей практики в расчете на прикрепившийся к офису контингент с учетом половозрастной структуры населения с включением в норматив финансирования части затрат на другие виды медицинской помощи. Офисы врачей общей практики являются фондодержателями и вступают в договорные отношения со стационарами и специалистами амбулаторного звена, рассчитываясь с ними за оказанные медицинские услуги. В реализации «нового хозяйственного механизма» российского здравоохранения (1988–1990) также присутствовали основные черты подобной схемы, однако ее практическая реализация в Великобритании имеет свои особенности. Прежде всего, британские общевра-

ные практики – «фондодержатели», и эта система органично накладывается на действующую систему оплаты общеврачебных практик, основой которых всегда был метод подушевого финансирования. Доход практики складывается из подушевой оплаты (60%), гонорарной (25%) и прямых государственных субсидий (15%). Интересно заметить, что субсидии покрывают около 70% расходов общеврачебных практик на хозяйственные расходы (аренда, коммунальные платежи и т.д.), оплату вспомогательного персонала, приобретение компьютеров, программного обеспечения, доступ в Интернет и т.д., а также повышение квалификации врачей и персонала.

Все эти три элемента оплаты регулируются соглашением между врачебной ассоциацией и Министерством здравоохранения. Устанавливаются базовые ставки зарплаты и подушевого норматива, размер субсидий и тарифы на отдельные услуги. Британский врач общей практики получает оплату по гонорарной схеме за услуги по планированию семьи, родовспоможению, освидетельствованию состояния здоровья отдельных категорий населения (водители транспорта, полицейские и т.д.). Кроме того, по гонорарному принципу оплачивается целый комплекс профилактических услуг: профосмотры вновь прикрепившихся пациентов, посещение стариков на дому, консультации по вопросам профилактики заболеваний и др. Отдельно оплачиваются проверка состояния здоровья детей до 5 лет, вакцинация до 2 лет. Интересно отметить, что предусматривается резкое снижение ставки оплаты за каждые 5% снижения охвата профосмотрами детей. Почти 90% врачей общей практики получают гонорары за просветительскую работу.

Средняя численность населения участка, обслуживаемого одним врачом общей практики, колеблется от 2300 (в Нидерландах) до 1900 (в Великобритании) и близка к рекомендуемой ВОЗ (2000 человек).

Количество пациентов, принимаемых врачом общей практики, колеблется от 25 до 220 в неделю, но наиболее распространены приемы в 120–160 человек в неделю.

Частота визитов на дом также имеет большой разброс – от 3 до 40 визитов в неделю. Например, в Нидерландах примерно 15% врачей общей практики выполняют не более одного визита за день, а около 17% врачей посещают по 5 и более пациентов за день. При этом весьма важное значение имеют возможность предварительной записи пациентов по телефону и возможность пользоваться личным транспортом для доставки пациента к врачу общей практики.

В таблице 10.2 представлены некоторые сравнительные данные о средней нагрузке на одного врача общей практики в Нидерландах, Великобритании и России.

В России общая врачебная (семейная) практика начала формироваться с конца 1980-х годов вначале в экспериментальном порядке, а затем на планомерной основе после издания Приказа Минздрава России от 26.08.92 г. №237 «О поэтапном переходе к организации первичной

Таблица 10.2 Некоторые сравнительные данные о работе врачей общей практики в Нидерландах, Великобритании и России

Параметры	Нидерланды	Великобритания	Россия
Среднее число пациентов, посетивших офис врача общей практики, в неделю	160	150	60–70
Посещение пациентов врачом общей практики на дому, в среднем, в неделю	5–8	15–20	30–40
Средняя длительность приема одного пациента, минуты	8	9	20

медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». Данным приказом были введены специальность и должность врача общей практики (семейного врача), положение и квалификационная характеристика врача и медицинской сестры общей практики, типовые учебные планы и программы профессиональной подготовки специалистов.

Как показывают мировая практика и накапливаемый опыт в регионах страны, особенно на таких территориях, как Санкт-Петербург, Ленинградская, Самарская, Тульская, Кемеровская области и др., врач общей практики (семейный врач) становится своего рода пусковым механизмом структурных преобразований в системе медицинской помощи и здравоохранения в целом. Переход к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики ведет к значительному улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов и к изменению ориентации на профилактику заболеваний и укрепление здоровья.

Подавляющее большинство опрошенного населения и медицинских работников ряда территорий (Тульской, Самарской, Кемеровской и других областей) высказались за целесообразность широкого практического внедрения института общей врачебной (семейной) практики. Пациенты отметили существенные преимущества в работе врача общей практики (семейного врача) по сравнению с участковым терапевтом, в том числе его ответственность за состояние их здоровья и участие в решении проблем, не связанных с медицинской помощью (организация социальной помощи, решение психологических проблем в семье, решение проблем других членов семьи). Улучшается социальный контакт, характер взаимоотношений между врачами и пациентами, и возрастает удовлетворенность населения медицинской помощью.

Опыт Тульской области по внедрению общей врачебной (семейной) практики показывает, что после соответствующей подготовки врач общей практики (семейный врач) смог бы взять на себя 22,7% посещений хирурга, 36,4% – офтальмолога, 41,0% – оториноларинголога и 46,6% – невропатолога.

По данным департамента охраны здоровья населения администрации Кемеровской области, эффективность деятельности общей врачебной (семейной) практики проявилась такими результатами, как снижение уровня госпитализации на 30%, снижение обращаемости населения на станции скорой помощи на 40%, а обращаемость к узким специалистам амбулаторно-поликлинического звена уменьшилась в 2 раза. Получили заметное развитие патронаж, организация стационаров на дому, дневных стационаров; снизилось число дефектов медицинского обслуживания. Кроме того, на 50% увеличился объем реабилитационных мероприятий для инвалидов и на 80% – объем диспансеризации, стал почти 100% охват населения прививками и флюорографическими осмотрами неорганизованного населения. Отмеченные положительные сдвиги, а также экономический эффект за счет уменьшения расходов на оказание медицинской помощи и, кроме того, имевшее место повышение заработной платы врачам общей практики (семейным врачам) подтверждают перспективность развития общей врачебной (семейной) практики, в том числе на базе участковых больниц и врачебных амбулаторий на селе.

В настоящее время (2001 г.) в амбулаторно-поликлинических учреждениях России работают более 1100 врачей общей врачебной (семейной) практики, получили распространение индивидуальная практика, партнерство (2 врача общей практики), реже – групповая практика. В районах с неразвитой социальной инфраструктурой и в сельской местности наиболее распространены амбулатории общей врачебной (семейной) практики, где ведется работа одним, реже двумя врачами совместно с сестринским персоналом (фельдшерами, медицинскими сестрами, в том числе акушерками и иногда – социальными работниками). На отдельных территориях (Самарская область, Санкт-Петербург и др.) для плавного перехода к общей врачебной (семейной) практике созданы акушерско-педиатрическо-терапевтические комплексы, интегрирующие все участковые службы (педиатрическую, терапевтическую и акушерско-гинекологическую), где помимо врача общей практики обычно работают педиатры, акушеры-гинекологи, реже – стоматолог, хирург, геронтолог и другие специалисты. Подготовка врачебных и сестринских кадров для общей врачебной (семейной) практики и переподготовка участковых врачей осуществляются в основном на базе местных учебных медицинских заведений.

Следует отметить, что реальной реформы первичного звена здравоохранения в стране не произошло в связи со сложностью проблемы, автоматическим вовлечением в реформирование не только первичного звена, а практически всех служб здравоохранения. Подавляющее большинство территориальных поликлиник продолжают оказывать помощь силами участкового врача, а новая формация так называемых «врачей общей практики (семейных врачей)» еще далеко не соответствует параметрам, свойственным данному понятию. Врач общей практики (семей-

ный врач) не в полной мере действует как координатор направления своих пациентов к врачам-специалистам или как лицо, регулирующее доступ к стационарному лечению. Медленно развиваются амбулаторные консультативные услуги при стационарном звене, поэтому врачи общей практики вынуждены обращаться к услугам менее квалифицированных специалистов амбулаторно-поликлинического звена. Распространение общей врачебной (семейной) практики сдерживается также отсутствием полностью отработанных технологических моделей ее организации.

Несмотря на множество рекомендаций зарубежных специалистов, очевидна бесперспективность проработки и использования международного опыта без глубокого анализа особенностей и необходимой коррекции той социально-экономической среды здравоохранения в нашей стране и того режима использования медицинской помощи населением, которые сложились традиционно и будут оказывать существенное, часто сдерживающее влияние на успешность развития общей врачебной (семейной) практики.

Внедрение общей врачебной (семейной) практики сдерживается также недостаточностью ресурсов и несовершенством системы профессиональной подготовки кадров, неполной разработанностью правовой и финансовой базы и информационной поддержки, а также механизмов взаимодействия общей врачебной (семейной) практики со службами здравоохранения, страхования и социальной защиты населения.

Для ускорения реформы первичного звена здравоохранения на основе внедрения общей врачебной (семейной) практики требуется решение прежде всего следующих проблем:

- создание нормативно-правовой, материально-технической и организационно-методической базы для внедрения общей врачебной (семейной) практики;
- создание комплексной системы профессиональной подготовки и переподготовки кадров для общей врачебной (семейной) практики;
- информационное обеспечение внедрения общей врачебной (семейной) практики;
- рассмотрение семьи как объекта врачебной (семейной) практики, единицы здоровья с введением использования характеристик семьи (социально-демографических, медико-биологических, психологических, правовых и др.) и на этой основе – отработка принципов, форм и методов профессиональной деятельности врачей общей практики (семейных врачей) и медицинских сестер общей практики в обслуживаемых семьях в зависимости от типа, фаз развития и особенностей данных семей;
- разработка и апробация системы оценок (по комплексу показателей) медицинской и социально-экономической эффективности перехода первичного звена здравоохранения территории на систему общей врачебной (семейной) практики.

При своевременном и адекватном решении этих задач будет заложена основа дальнейшего развития общей врачебной (семейной) практики в Российской Федерации, совместного перехода территорий страны на прогрессивные ресурсосберегающие модели развития системы первичной медико-санитарной помощи населению, построенной на принципах общей врачебной (семейной) практики, и, в конечном счете, увеличения потенциала здоровья населения.

Альтернативные формы амбулаторной помощи

Одним из положительных аспектов реформирования поликлиники является внедрение новых малозатратных технологий и развитие стационарозамещающей помощи населению, которая представлена в основном тремя основными формами: ***дневные стационары, стационары на дому и центры амбулаторной хирургии****.

Дневные стационары в амбулаторно-поликлинических учреждениях являются структурными подразделениями амбулаторий, поликлиник, диспансеров, МСЧ, женских консультаций.

Они предназначены для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных малозатратных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

Решение об открытии дневного стационара и определении его мощности принимает главный врач внебольничного лечебно-профилактического учреждения по согласованию с местным органом управления здравоохранением.

Основными *целями* работы дневных стационаров являются:

- совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- повышение экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений на основе внедрения и широкого использования современных медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

* В некоторых ЛПУ страны применяются и другие организационные формы, альтернативные стационарному лечению больных. Так, в Московском городском артрологическом центре, в Московском гематологическом центре применяются такие новые организационные формы стационарозамещающего лечения, как центры СКАЛ – специализированное ресурсовое амбулаторное лечение. В Санкт-Петербурге при глазной больнице работает ночной глазной диспансер, в котором (в основном в позднее вечернее время) без отрыва от производства обследуются больные с подозрением на глаукому, катаракту и другие заболевания глаз. В психиатрических учреждениях страны с давних пор функционируют так называемые «ночные стационары». В Московской клинике неврозов открыт «вечерний стационар» для работающих пациентов из группы часто и длительно болеющих в связи с нервно-психической патологией. Существуют и другие организационные формы подобного типа: стационары выходного дня, комплексы: дневной стационар-пансионат и др.

В соответствии с этими целями дневной стационар осуществляет следующие *функции*:

– проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, а также длительно и часто болеющим;
– проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных, и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;
– подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении тяжести заболевания;
– проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;
– осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин;
– проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу.

В дневных стационарах отбор и ведение больных осуществляются, как правило, врачами общей практики, участковыми терапевтами, врачами-специалистами и семейными врачами.

Создание дневных стационаров при поликлиниках позволяет проводить в амбулаторных условиях лечебные и диагностические процедуры, ранее осуществляемые только в больничных учреждениях, оказывать помощь пациентам, нуждающимся в активном обследовании и лечении, которые по ряду причин не могут быть госпитализированы в больницу, а также тем, у кого во время посещения поликлиники возникло неотложное состояние.

В дневных стационарах специализированных профилей при поликлиниках показания к пребыванию в них и объем проводимых лечебно-диагностических мероприятий определяют врачи-специалисты и доводят эту информацию до врачей общей практики, участковых терапевтов. Наиболее глубоко эти вопросы разработаны в системе психиатрической помощи населению, где опыт таких отделений насчитывает уже более пяти десятилетий.

Кроме того, дневные стационары на базе поликлиник должны ориентироваться не только на активные методы лечения и обследования, но и в значительной степени на работу с пациентами старших возрастов с хроническими заболеваниями, что, с одной стороны, имеет больш

социальное значение, а с другой – освобождает койки в больницах для больных, действительно нуждающихся в стационарном лечении.

К 2001 г. в лечебно-профилактических учреждениях страны организованы и функционируют 3168 дневных стационаров на 48 тысяч коек. Ежегодно в них получают медицинскую помощь около 1,5 млн человек. Дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях являются самой массовой формой организации из числа всех стационарозамещающих технологий. По данным на 1998 г. число пролеченных в них больных в 1,8 раза больше, чем в дневных стационарах на базе больничных учреждений. В Санкт-Петербурге действуют более 60 дневных стационаров на базе амбулаторно-поликлинических учреждений.

Стационар на дому

В условиях реструктуризации лечебно-профилактической помощи получает свое дальнейшее развитие такая организационная форма оказания медицинской помощи, как стационары на дому при амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Стационар на дому, как правило, является структурным подразделением отделения неотложной помощи поликлиники. Стационары на дому могут создаваться также на базе МСЧ, поликлинических отделений больниц, диспансеров, женских консультаций и даже больниц.

Организация стационара на дому обеспечивает оказание квалифицированной медицинской помощи больным, нуждающимся в лечении в стационаре, если состояние больного и домашние условия (социальные, материальные, моральные) позволяют организовать необходимый уход за ним на дому.

Направляют больных на данное лечение участковые терапевты, врачи-специалисты и врачи неотложной помощи, а также врачи общей практики и семейные врачи.

На практике существуют 2 метода организации работы врачей и медсестер в стационарах на дому:

– централизованный, когда для работы в стационаре на дому специально выделяют врача-терапевта и 1–2 медсестер. При такой форме в стационаре на дому обслуживается в день 12–14 больных;

– децентрализованный, наиболее целесообразный метод организации работы стационара осуществляется на дому врачом общей практики или участковым терапевтом и медсестрой.

В большинстве случаев в стационарах на дому наблюдаются лица старшего возраста с хронической патологией. Вместе с тем имеется опыт организации стационара на дому для лиц трудоспособного возраста. Практика организации стационаров на дому оправдала себя также в педиатрии, акушерстве и гинекологии.

Говоря о перспективах развития стационаров на дому, можно предвидеть их трансформацию с передачей функций врачу общей практики. Такая организационная форма уже сейчас может реализовываться в сельской местности и в городах, где внедрена общеврачебная (семейная) практика.

В другом варианте стационары на дому могут перерасти в центры амбулаторной помощи, которые будут оказывать не только специализированную, но и социальную помощь.

Центр амбулаторной хирургии (ЦАХ) – штатное лечебно-профилактическое подразделение в составе лечебного учреждения или существующее самостоятельно, предназначенное для оказания амбулаторно квалифицированной и специализированной помощи в расширенном объеме больным хирургического профиля.

Существуют следующие формы профилизации ЦАХ:

1. Центры амбулаторной плановой хирургии с дневными хирургическими стационарами.

2. Центры амбулаторной специализированной хирургии с дневными хирургическими стационарами.

3. Многопрофильные центры амбулаторной специализированной хирургии с дневными хирургическими стационарами и стационарами кратковременного пребывания.

Основной *целью* создания ЦАХ являются расширение объема и совершенствование хирургической помощи населению в лечебных учреждениях догоспитального звена. В результате этого происходит:

- сокращение сроков проведения больным плановых операций;
- высвобождение значительного числа коек в хирургических стационарах для проведения сложных оперативных вмешательств;
- значительное снижение материальных и финансовых затрат на лечение больных;
- эффективная реализация результатов диспансеризации населения.

Основные функции деятельности ЦАХ:

1. Выявление, отбор больных, определение показаний к операции, оперативное и консервативное лечение и реабилитация пациентов с хирургическими заболеваниями.

2. Разработка и внедрение в повседневную практическую деятельность хирургических отделений поликлиник прогрессивных, экономически обоснованных и патогенетически оправданных методов диагностики и специализированного лечения больных с хирургическими заболеваниями.

3. Оказание экспертной и консультативной помощи амбулаторно-поликлиническим учреждениям.

4. Участие в подготовке кадров, повышении квалификации медицинских работников.

5. Осуществление научных разработок и программ совместно с научно-исследовательскими учреждениями города, медицинскими вузами и соответствующими структурами здравоохранения. В Санкт-Петербурге в 2001 г. функционировало 12 ЦАХ, где выполнялись преимущественно плановые оперативные вмешательства, и два центра амбулаторной гнойной хирургии.

Создание в Санкт-Петербурге сети ЦАХ позволило осуществить структурную перестройку хирургической службы города, целью которой являлось формирование и совершенствование системы квалифицированной и специализированной хирургической помощи населению на догоспитальном этапе.

Глава 11

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Среди лечебно-профилактических учреждений больница всегда занимала и продолжает занимать особое место. Это связано с рядом обстоятельств, среди которых можно выделить главные. В больницах население получает высококвалифицированную специализированную стационарную помощь, которая оказывается в основном при наиболее тяжелых заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения наиболее сложных методов обследования и лечения с использованием новейших медицинских технологий, порой очень дорогостоящих, в ряде случаев – оперативного вмешательства, постоянного врачебного наблюдения и интенсивного ухода.

Важно также подчеркнуть, что больницы издавна являлись и остаются сегодня основной клинической базой, где готовят будущих врачей, средний медицинский персонал. В крупных клинических больницах, в клиниках медицинских вузов и НИИ повышают свою квалификацию или получают узкую специализацию уже дипломированные врачи.

И, наконец, больницы – это основной материальный фонд здравоохранения, т.е. там сосредоточены основные материальные ценности отрасли: оборудование, аппаратура, мебель и т.д.

В целом на содержание и развитие стационарных учреждений как в России, так и в большинстве развитых стран тратится от 60 до 80% и более всех ассигнований, которые выделяются системе здравоохранения из разных источников ее финансирования. Больничная помощь и сегодня остается наиболее капиталоемким сектором системы здравоохранения.

Все это и множество других факторов подчеркивают особую значимость стационарной помощи в системе здравоохранения как у нас в стране, так и за рубежом.

История возникновения и развития больниц тесно связана с общей историей развития медицины и здравоохранения и изложена в соответствующей главе учебника. Вместе с тем хотелось бы отметить некоторые исторические особенности, «штрихи» в развитии больничного дела в России как в XVIII–XIX вв., так и в XX в. Одна из особенностей заключается в том, что к проектированию и строительству больниц в крупных городах России, прежде всего в столицах – Москве и Санкт-Петербурге – привлекались выдающиеся архитекторы стра-

ны: В.И.Баженов, О.И.Бове, Д.Кваренги, М.Ф.Казаков, Л.Руска и др. Больницы тех времен в России отвечали самым прогрессивным мировым архитектурно-планировочным требованиям, предъявляемым к больничному строительству. Вторая особенность больничного дела в России состоит в том, что издавна в нашей стране во главе больниц стояли врачи-клиницисты, в том числе такие известные врачи, как Н.А.Вельяминов, Г.Ф.Ланг, Н.В.Склифосовский и даже великий русский хирург Н.И.Пирогов, что, естественно, во многом определяло роль больницы в общественной жизни конкретного региона, города, страны в целом. Больничная помощь в России в XIX в., да и в первой четверти XX в. развивалась медленно, Россия явно отставала от большинства стран Европы по таким показателям, как обеспеченность населения койками в стационарах, доступность стационарной помощи, уровень материально-технической оснащенности больниц, и по ряду других показателей. Так, в 1913 г. уровень обеспеченности городского населения России койками в стационарах составил лишь 13 коек на 10 000 жителей, при этом 35% российских городов в то время вообще не имели больниц.

В XX в. больничное дело в России получило широкое развитие. В 1989 г. на территории бывшего Советского Союза функционировало 23 711 больниц с общей коечной мощностью 3822,3 тыс. коек. Особенно быстрыми темпами за период с 1930 по 1990 гг. стационарная помощь развивалась в бывших советских республиках Средней Азии, в Казахстане, Молдавии, что позволило приблизить показатель обеспеченности стационарной помощью населения этих республик к среднесоюзному показателю. Вместе с тем к 1990-м годам в организации больничного дела в бывшем СССР, как и в целом в системе здравоохранения Союза, стали резко проявляться негативные тенденции, которые выражались в снижении качества медицинской помощи, в неудовлетворенности населения стационарной помощью, в неудовлетворенности медицинского персонала своим материальным положением и отсутствием стимулов, прежде всего материальных, работать эффективно, повышать свой профессиональный уровень и т.д. Основной причиной кризиса в системе здравоохранения и в частности в организации больничного дела послужил снижающийся уровень финансирования государственной системы здравоохранения, что явилось проявлением общего социально-экономического кризиса в стране.

Больничные учреждения в России дифференцируются по различным признакам – типам, категорийности, профильности и т.д.

В зависимости от административно-территориального положения больницы делятся на областные (краевые, республиканские), городские, районные, участковые.

По профилю выделяют многопрофильные стационары и специализированные больницы и диспансеры (туберкулезные, онкологические, психоневрологические и др.).

По порядку госпитализации выделяют больницы скорой помощи, больницы для плановой госпитализации и больницы для общей (смешанной) госпитализации.

По системе организации больницы классифицируются на объединенные и не объединенные с поликлиниками, при этом для областной (краевой, республиканской) больниц, а также для ЦРБ наличие поликлиники как структурной части является практически всегда обязательным.

Существуют и другие дополнительные признаки для классификации больниц, например, по режиму работы, по степени интенсивности лечения и ухода и др.

В настоящее время стационарная медицинская помощь может оказываться в различных ЛПУ. Специальным Приказом МЗиСР РФ №627 от 07.10.05 г. утверждена номенклатура больничных учреждений (табл. 11.1).

По-прежнему актуальными остаются вопросы планирования, а точнее прогнозирования потребности населения в тех или иных видах стационарной помощи, что позволяет выйти на такой важный показатель стационарной службы, как число коек в расчете на 1000 населения. Традиционно для определения потребности в стационарной помощи, например, в расчете на 1000 или 10 000 жителей, учитывают, сколько из этого числа жителей в течение года может быть госпитализировано (расчетное число госпитализаций за год). Этот показатель складывается из двух составляющих: во-первых, из числа фактически госпитализированных, и во-вторых, из числа нуждающихся в госпитализации, но по тем или иным причинам не госпитализированных. Вместе с тем следует учитывать и тот факт, что показатель фактически госпитализированных больных за год должен быть подвергнут тщательной экспертной оценке с учетом сложившейся в тот или иной период развития здравоохранения системы показаний к госпитализации, уровня развития амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе консультативно-диагностической; степени развития стационарозамещающих форм медицинского обслуживания населения (стационары кратковременного пребывания, дневные стационары, стационары на дому, центры амбулаторной хирургии и т.д.). Второй компонент показателя потребности в стационарной помощи – число нуждающихся в госпитализации, но не получивших стационарного лечения, – также определяется исключительно с помощью экспертного квалифицированного заключения.

Проведенные в 1970–1980-е годы специальные научные исследования позволили установить, что в среднем уровень госпитализации населения в бывшем СССР составлял 200–220 случаев на 1000 жителей в год. Используя известные формулы расчета необходимого (планируемого) числа коек в целом и по отдельным специальностям, был определен на 1990 г. норматив потребности в стационарной помощи, который составил 13,2 койки на 1000 жителей.

Таблица 11.1 Номенклатура больничных учреждений (утверждена Приказом МЗиСР РФ №627 от 07.10.05 г.)

1. Больницы:
– городская
– городская скорой медицинской помощи
– детская городская
– детская областная (краевая, республиканская, окружная)
– дом сестринского ухода
– на водном транспорте (центральная бассейновая, бассейновая, портовая, линейная)
– на железнодорожном транспорте (центральная, дорожная, отделенческая, узловая, линейная)
– областная (краевая, республиканская, окружная)
– районная
– участковая
– центральная (городская, окружная, районная).
2. Госпиталь для ветеранов войн.
3. Медико-санитарная часть.
4. Специализированные больницы:
– восстановительного лечения
– гериатрическая
– детская инфекционная
– детская восстановительного лечения
– детская психиатрическая
– детская туберкулезная
– инфекционная
– наркологическая
– офтальмологическая
– психоневрологическая
– психиатрическая
– психиатрическая больница (стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением)
– психиатрическая больница (стационар специализированного типа)
– туберкулезная
– физиотерапевтическая.
5. Центральная медико-санитарная часть.
6. Центры:
– восстановительной терапии для воинов-интернационалистов
– гериатрический
– диабетологический
– наркологический реабилитационный
– медицинской и социальной реабилитации с отделением постоянного проживания для подростков и взрослых инвалидов с тяжелыми формами детского церебрального паралича, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих
– реабилитации Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации.

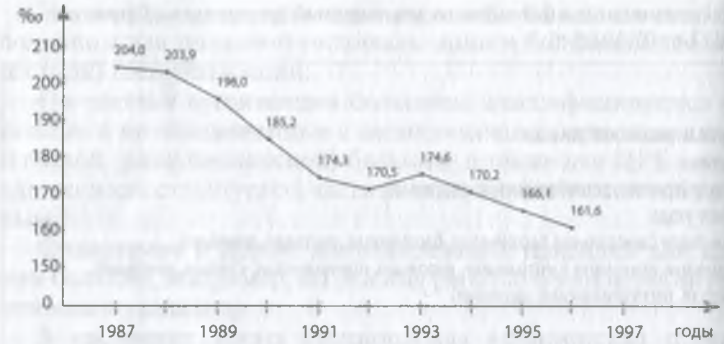

Рис. 11.1 Уровни госпитализации населения Ленинграда – Санкт-Петербурга (на 1000 населения).

Вместе с тем, проведенный в 1988–1990 гг. экономический эксперимент в здравоохранении трех регионов России (Санкт-Петербург, Кемеровская и Самарская области) по внедрению основных элементов нового хозяйственного механизма в здравоохранении, а также подготовка и введение, начиная с 1993–1994 гг., системы обязательного медицинского страхования населения внесли существенные коррективы в планирование и подходы к планированию стационарной медицинской помощи. В амбулаторном звене системы здравоохранения, прежде всего на экспериментальных территориях России, стали быстро развиваться стационарозамещающие формы медицинской помощи, появилась и получает все более широкое развитие общеврачебная практика, активизировалась деятельность органов и учреждений Министерства социальной защиты населения по расширению службы ухода за престарелыми больными людьми и т.д. В учреждениях амбулаторного звена были созданы предпосылки для экономического стимулирования деятельности, направленной на расширение видов и объемов амбулаторно-поликлинической помощи.

Все это привело к снижению уровня госпитализации населения. Так, в Санкт-Петербурге уровень госпитализации снизился с 204 случаев госпитализации в расчете на 1000 населения в 1987 г. до 161,1 – в 1996 г. (рис. 11.1). Проведенные исследования и расчеты (Вишняков Н.И., 1993) показали, что для Санкт-Петербурга на перспективу необходимо планировать 10,5 койки в расчете на 1000 населения (включая педиатрию и психиатрию). Исследование И.А.Захарова (1997), в котором автор обобщил опыт и темпы развития здравоохранения, в том числе стационарной медицинской помощи, в разных регионах страны за последние 10 лет, позволило выделить три модели развития региональных систем здравоохранения России:

1. ***Высокоинтенсивное*** развитие, характеризующееся существенным снижением уровня госпитализации, сокращением средних сроков

пребывания и коечного фонда на фоне стабильной или снижающейся среднегодовой занятости койки, значительным снижением объемов потребления стационарной помощи при увеличении роли внебольничных форм обслуживания. Установленная динамика развития характерна для территорий, имеющих опыт реформирования здравоохранения, высокий уровень развития амбулаторно-поликлинической помощи и значительные средства, выделяемые на здравоохранение в расчете на душу населения. Для таких территорий рекомендуется ориентировочный показатель обеспечения населения больничной помощью 8,0–9,5 койки на 1000 населения.

2. ***Экстенсивное***, при котором сохраняется высокий уровень госпитализации, наблюдается рост средних сроков пребывания, незначительно сокращается коечный фонд на фоне увеличивающейся среднегодовой занятости койки, роста потребления стационарной помощи при слабо развитых объемах оказания внебольничной помощи. Данная модель развития характерна для территорий с преобладанием больничных учреждений сельского типа, слабым уровнем развития амбулаторно-поликлинической помощи, малым количеством средств, выделяемых на здравоохранение на душу населения. Ориентировочный показатель потребности в стационарной помощи составляет 11,0–12,0 койки на 1000 жителей.

3. ***Среднеинтенсивное*** (промежуточное) – характеризуется стабильным уровнем госпитализации, некоторым снижением средних сроков пребывания, незначительным сокращением коечного фонда на фоне стабильной или снижающейся среднегодовой занятости койки, имеется тенденция к снижению потребления стационарной помощи и росту внебольничной. Расчетный показатель обеспеченности стационарной помощью составляет 9,5–11,0 койки на 1000 населения.

Кстати, в Финляндии в 1995 г. всего на 1000 жителей приходилось 9,2 койки, в том числе 4,5 койки в больницах центров здоровья, где подавляющее большинство пациентов составляют лица с хронической патологией, требующие длительного медицинского ухода (Stakes, 1997). В США число коек в больницах краткосрочного пребывания и в психиатрических больницах в расчете на 1000 населения составило в 1992 г. 4,3 койки (Статистика здоровья и здравоохранения: Россия и США, 1995, №9).

Наряду с прогнозированием потребности в стационарной помощи в конкретном регионе очень важным остается вопрос об оптимальной мощности современной больницы. В 30–40-е годы XX в. страна очень нуждалась в новых больницах, а средств тогда было крайне недостаточно. Тогда строились в основном больницы небольшой мощности, т.е. относительно недорогие стационары. Однако вот уже третье десятилетие в городах страны, прежде всего в областных и республиканских центрах, возводятся крупные мощные многопрофильные больницы. В больших городах мощность новых больниц составляла в последнее

время от 600 коек до 1000 и более. Опыт показывает, что крупная больница имеет ряд преимуществ по сравнению с небольшими больницами, суммарная мощность которых идентична крупному стационару:

- это и большие возможности развивать в структуре крупной больницы специализированные, в том числе и узкоспециализированные виды медицинской помощи;
- в многопрофильных мощных стационарах более рационально используются высококвалифицированные кадры, дорогостоящее лечебно-диагностическое оборудование, медицинская техника, вспомогательные лечебно-диагностические отделения и службы;
- имеются определенные экономические преимущества крупных больниц.

В то же время многолетний опыт функционирования очень крупных стационаров (городских многопрофильных больниц на 1200 коек и более) свидетельствует о том, что в таких сверхмощных больницах имеются определенные сложности в управлении больницами, даже при наличии самых современных средств оргтехники. В последние годы стали считать, что оптимальная мощность многопрофильной городской больницы – 600–800 коек. Вместе с тем существование и дальнейшее развитие сверхкрупных многопрофильных стационарных центров («больничных городков») на 1000–2000 коек может быть признано целесообразным лишь в составе мощных научно-учебно-лечебных учреждений (крупнейшие медицинские университеты и академии, клиники всероссийских научно-медицинских центров и т.д.). В ряде случаев мощность областных больниц в густонаселенных промышленных и сельскохозяйственных регионах страны также будет превышать 1000 коек.

Другой важный вопрос проектирования современных больниц – на какое количество коек надо строить палаты в отделениях больниц. В странах Западной Европы и США обычно в больницах палаты одноместные, редко 2–4-местные. К сожалению, в СССР в 1990 г. лишь 0,1% больных размещались в 1–2-местных палатах, 22,8% – в 3–5-местных палатах, 61%– в 6–10-местных палатах, а 3% больных – в 16-местных палатах. Безусловно, в современных больницах большинство палат должно быть 1–2-местными, ряд палат – 3-местными и небольшая доля палат – 4-местными. Более 4 коек в палате планировать сегодня не следует.

Любое стационарное учреждение (без поликлиники) по функциональному назначению, как правило, имеет 3 подразделения: управление, стационар и административно-хозяйственную часть.

Каждая функционально-структурная часть больницы, в свою очередь, состоит из ряда подразделений. Так, к управлению больницей помимо главного врача и его заместителей относятся канцелярия, кабинет медицинской статистики, медицинский архив, бухгалтерия, библиотека и др.; стационар состоит из приемного отделения (центра-

лизованное или децентрализованное), специализированных палатных отделений, операционного блока и др.

Лечебно-диагностическая служба может быть единой для стационара и поликлиники и включает различного профиля лаборатории, кабинеты (ЭКГ, рентгеновский, физиотерапевтический, ЛФК, массажа и др.). В больницах как структурный элемент должны быть аптека, патологоанатомическое отделение (морг). К административно-хозяйственной части относятся пищеблок, склады, прачечная (если они не централизованы в городе), технический отдел, транспорт, дезинфекционная камера и т.д.

Во главе больницы стоит *главный врач,* который отвечает за всю лечебно-профилактическую, административно-хозяйственную и финансовую деятельность учреждения. Главный врач объединенной больницы имеет заместителей по медицинской, административно-хозяйственной работе и других.

Следует отметить, что система управления даже в одинаковых по мощности стационарах сегодня отличается разнообразием структуры управления, выделением разных основных направлений управленческой деятельности и штатами управленческого аппарата. Вместе с тем ряд управленческих должностей и, естественно, направлений в общей схеме управления больницей остается неизменным и единым для большинства крупных больниц.

Главный врач организует и контролирует правильность и своевременность обследования и лечения больных, уход за ними, диспансерное обслуживание, проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в районе обслуживания, повышение квалификации медицинского персонала, правильность ведения историй болезни, обеспеченность больницы медицинским и хозяйственным оборудованием. Он систематически анализирует показатели деятельности больницы, финансово-экономическую деятельность стационара, контролирует правильность расходования материалов и медикаментов, отвечает за санитарное состояние больницы, за подбор и расстановку кадров и т.д.

Заместитель главного врача по медицинской части отвечает за постановку и качество всей медицинской деятельности больницы; непосредственно руководит лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической работой больницы, контролирует качество диагностики, лечения и ухода за больными, проверяет эффективность лечебно-профилактических мероприятий, анализирует каждый случай смерти в стационаре и на дому; обеспечивает правильную организацию лечебного питания и лечебной физкультуры; организует консультативную помощь больным.

Заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности обеспечивает организацию и контроль за проведением экспертизы нетрудоспособности в ЛПУ.

Если больница крупная (на 800 коек и более) и в ней не менее 300 коек хирургического профиля, то обычно выделяют должность замес-

тителя главного врача по хирургической помощи. В больших многопрофильных стационарах (на 1000 коек и более) часто выделяют и должность заместителя главного врача по терапевтической помощи.

Если в состав стационара входит поликлиника, то обязательно имеется и должность заместителя главного врача по поликлинике.

Заместитель главного врача по поликлинике непосредственно руководит работой поликлиники и организует поликлиническую помощь населению; разрабатывает планы лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий поликлиники и обеспечивает их выполнение; организует диспансерное наблюдение за установленными контингентами населения и осуществляет контроль за его качеством и эффективностью; систематически изучает заболеваемость населения района обслуживания.

Заместитель главного врача по административно-хозяйственной части руководит всей административно-хозяйственной деятельностью больницы, обеспечивает снабжение предметами хозяйственного оборудования и инвентарем, продуктами питания, топливом, горячей водой, освещением, организует питание больных, отопление, проведение ремонта, противопожарные меры, бельевое хозяйство, транспорт и др.

Учитывая возросшую значимость заместителя главного врача по АХЧ в последнее время, связанную с обеспечением жизнедеятельности стационара в сложных экономических условиях, в условиях перехода к рынку медицинских услуг, работы в системе обязательного медицинского страхования, постепенного внедрения и расширения объема деятельности по программам добровольного медицинского страхования, в ряде крупных больниц в штатном расписании эту должность называют ***директором больницы***.

Работа больницы в новых экономических условиях, в условиях, когда финансирование стационаров осуществляется из разных источников (местный и федеральный бюджет, средства ОМС, финансирование по программам добровольного медицинского страхования, платные услуги и т.д.), возникла необходимость введения в аппарат управления больницей должности ***заместителя главного врача по экономике***. Значимость этой должности в системе управления больницей будет возрастать.

Непосредственно главному врачу больницы подчиняется ***главный бухгалтер*** стационара. В штате управления крупным стационаром имеется ***заместитель главного врача по гражданской обороне (по спец. работе)***, в ряде стационаров – заместитель главного врача по кадрам (начальник отдела кадров). С 1993 г. в большинстве крупных стационаров в штат управления больницей введена должность ***заместителя главного врача по обязательному медицинскому страхованию и экспертизе***. В ведении заместителя главного врача по ОМС обычно имеется страховой отдел. В ряде стационаров страховой отдел непосредственно подчиняется главному врачу больницы. Основные функции экспертов страхового отдела заключаются в анализе госпитализации по линии ОМС (обоснованность госпита-

лизации, анализ краткосрочной госпитализации – до 5 сут., анализ всех случаев госпитализации «самотеком», т.е. без направления ЛПУ или скорой помощи; разбор всех летальных исходов госпитализации, учет и документальное оформление всех случаев госпитализации иногородних больных и т.д.). Важной функцией страхового отдела являются разбор всех жалоб пациентов и работа с экспертами страховых компаний и ТФ ОМС. В ряде стационаров страховые отделы руководят работой по организации в стационаре платных договорных услуг населению.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предложила систематизировать функции современной больницы на 4 группы:

- восстановительные (диагностика и лечение заболеваний, реабилитация и неотложная помощь);
- профилактические, особенно для больниц, объединенных с поликлиникой (лечебно-оздоровительная деятельность, профилактика инфекционных и хронических заболеваний, инвалидности и др.);
- учебные (подготовка медицинского персонала и их последипломная специализация);
- научно-исследовательские.

Исходя из структуры и выполняемых функций стационарного учреждения, выделяют следующие характерные черты традиционной модели современной больницы:

- соответствие структуры и функции больницы современному уровню развития медицинской науки и техники, задачам здравоохранения и потребностям населения в высококвалифицированной специализированной медицинской помощи;
- пропорциональное развитие больничных и внебольничных служб, взаимосвязь и преемственность между ними, обеспечение синтеза профилактической и лечебной медицины;
- наличие в составе больницы крупных специализированных отделений по основным и узким профилям, взаимно связанных друг с другом структурных подразделений, не объединенных единым профилем больных (диагностическое, реанимационное, реабилитационное отделения и др.);
- интеграция лечебно-диагностических отделений и вспомогательных служб.

Исходя из основных функций и типичных черт традиционной модели больницы, выделяют следующие основные ***структурные части*** стационара: приемное отделение, профилированные лечебные отделения, отделения специальных видов лечения, отдельные диагностические службы, хозяйственные службы.

Для больного больница начинается с приемного отделения, или приемного покоя.

Приемное отделение стационара больницы может быть централизованным (для всей больницы) и децентрализованным (для отдельных профильных структурных ее частей).

Как правило, в стационары поступают больные по направлению врачей амбулаторий, поликлиник, диспансеров и других учреждений внебольничного типа, а в экстренном порядке доставляет и направляет их скорая медицинская помощь. Часть больных (до 5%) поступает в стационар «самотеком», т.е. обращаются в приемное отделение, которое в случае необходимости их госпитализирует.

В целом вопросам организации госпитализации в том или ином районе, городе, области следует придавать особое значение. При этом надо учитывать 3 основных момента:

1) госпитализировать надо только тех больных, которые действительно нуждаются в стационарном лечении и круглосуточном медицинском наблюдении;

2) стационарное лечение наиболее эффективно при ранней, своевременной госпитализации;

3) работа больницы во многом зависит от догоспитального этапа лечения больного, и в первую очередь от амбулаторно-поликлинического звена.

К сожалению, эти условия пока еще выполняются не везде и не всегда. Так, например, по данным Мариинской больницы Санкт-Петербурга в 1991–1994 гг. до 14% больных, поступивших в приемное отделение стационара, было отказано в госпитализации ввиду отсутствия показаний для стационарного лечения. Подавляющая часть этих больных имела направления на госпитализацию из того или иного ЛПУ города.

Во многих стационарах имеет место необоснованная госпитализация – больного госпитализировали, однако уже в первые дни лечения становится ясно, что он в госпитализации не нуждается. Такие больные обычно находятся в стационаре до 5 дней – краткосрочная госпитализация. Безусловно, все случаи краткосрочной госпитализации должны быть предметом глубокого анализа как экспертов страхового отдела больницы (внутренняя экспертиза), так и медицинских экспертов страховых медицинских компаний (внешняя экспертиза).

Краткие сроки стационарного лечения больных бывают и при запоздалой госпитализации, когда заболевание заканчивается летальным исходом. Все случаи летальных исходов также подлежат тщательной экспертизе.

Особую опасность несвоевременная госпитализация представляет при острых хирургических заболеваниях, травмах, сердечно-сосудистых заболеваниях, онкологических болезнях и в педиатрической практике. Так, по данным выборочного исследования, проведенного в ряде стационаров Ленинграда – Санкт-Петербурга за несколько лет (1985–1993 гг.) до 57,5% экстренно госпитализированных хирургических больных направлялись в больницы позднее 1 сут. (24 ч) от начала заболевания. (В 1974 г. доля экстренных хирургических больных, доставленных в стационары Ленинграда позднее суток, составляла лишь 33%.) При

чины запоздалой госпитализации не только в поздней обращаемости самих больных за медицинской помощью, но и в недостаточной квалификации ряда врачей догоспитального звена, в неудовлетворительной санитарно-просветительной работе среди населения и т.д.

При организации плановой госпитализации больных особая роль отводится амбулаторно-поликлиническим учреждениям, так как от подготовки больного к госпитализации на догоспитальном этапе во многом зависит эффективность работы стационара. Однако, по мнению экспертов, лишь 46–60% планово госпитализированных больных получают полноценное обследование на догоспитальном этапе.

В целях более квалифицированного, направленного отбора больных на стационарное лечение, а также в целях повышения уровня специализированной медицинской помощи на догоспитальном этапе признано целесообразным, экономически выгодным создание в городских больницах амбулаторных отделений специализированной консультативно-диагностической помощи. В таких отделениях должны вести амбулаторный прием в определенные часы по заранее составленному графику работы все ведущие врачи-специалисты больницы. На консультацию, диагностическое обследование, а в ряде случаев – для лечения в такие отделения обращаются больные по направлениям, прежде всего, врачей-терапевтов, педиатров, врачей общей практики (семейных врачей). Такое отделение вот уже длительное время функционирует в городской детской больнице №1 Санкт-Петербурга. С 1998 г. открытие амбулаторных консультативно-диагностических отделений осуществляется в ряде крупных больниц Санкт-Петербурга.

Такие же отделения открываются в структуре крупных городских больниц Москвы, Екатеринбурга, Кемерова, Новосибирска, Нижнего Новгорода, Саратова, Иркутска и других крупных городов России. Некоторые крупные стационары реализуют иной вариант совершенствования плановой госпитализации через взаимодействие, и в ряде случаев это создание функциональных специализированных комплексов совместно с профильными подразделениями близкорасположенных консультативно-диагностических центров (КДЦ). Так, в Санкт-Петербурге ряд специализированных отделений одной из крупнейших в Европе больниц – больницы №2 – работают в тесном контакте с профильными кабинетами и отделениями КДЦ Выборгского района города, расположенного буквально на территории больницы. Городской диабетологический консультативно-диагностический центр, также построенный близко от здания больницы №2, работает в тесном контакте с эндокринологическими отделениями больницы №2 и Елизаветинской больницы, дислоцированной на расстоянии 2 км (4 трамвайные остановки) от диабетологического центра. Существенный факт, что врачи, работающие в стационаре, в определенные дни и часы ведут прием больных в КДЦ. Например, врачи пульмонологического отделения больницы №2 два раза в неделю принимают первичных больных

в пульмонологическом кабинете КДЦ и в эти же дни они проводят диспансерный прием (долечивание) больных, которые ранее лечились у них в пульмонологическом отделении больницы. При этом может быть проведено догоспитальное обследование больных, которым предстоит плановая госпитализация в условиях стационара.

Ярким примером преемственности амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, взаимопроникновения и дополнения догоспитального и стационарного видов и методов диагностики и лечения больных может быть проект «Клиника XXI века» в Москве.

Проектом предусмотрена ориентация на обслуживание широких слоев населения, на обеспечение гарантий равенства шансов в получении медицинской помощи на уровне мировых стандартов качества.

Структурно «Клиника XXI века» состоит из подразделений и служб, осуществляющих:

1. Стационарное обслуживание:
– интенсивная терапия и реанимация;
– палатные отделения;
– общая хирургия (операционные);
– эндоскопическая диагностика и хирургия.
2. Амбулаторное обслуживание:
– поликлиника;
– отделения скорой помощи;
– стационар одного дня.
3. Оказание сопутствующих медицинских услуг:
– клинические лаборатории;
– отделение лучевой диагностики;
– отделение функциональной диагностики.

Безусловно, такая реформа специализированной медицинской помощи на догоспитальном этапе позволит существенно повысить уровень этой помощи всем амбулаторным больным, упорядочит потоки больных, требующих стационарного лечения, позволит исключить необоснованную госпитализацию среди плановых больных.

Для более рационального использования коечного фонда больниц в крупных городах страны (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург и др.) созданы центральные для всего города бюро госпитализации (центропункты), в которые поступают сведения о свободных койках в стационарах больниц города. В таких случаях госпитализация проводится по направлению (наряду) центропункта.

Какие же задачи решает приемное отделение больницы? Их несколько, но главные из них могут быть сформулированы следующим образом:

1. Прием больных, постановка диагноза и решение вопроса о необходимости госпитализации.
2. Регистрация больных и учет их движения в стационаре.
3. Медицинская сортировка больных.

4. Оказание при необходимости неотложной медицинской помощи.

5. Санитарная обработка больных (в ряде случаев).

6. Выполнение функций справочного центра о состоянии больных.

Каковы же штаты приемного покоя?

Самостоятельные штатные должности дежурных врачей приемных отделений установлены в больницах, имеющих 500 коек и более, а в больницах с меньшим числом коек дежурят по очереди все ординаторы больницы. В больницах на 250 коек и более в штате приемного покоя имеются врач – заведующий приемным отделением, а также средний и младший медицинский персонал. При наличии самостоятельных штатных должностей врачей в приемном отделении правильнее было бы использовать на этих должностях штатных ординаторов отделений больницы с тем, чтобы работа в приемном отделении не являлась, как писал еще в 1960 г. С.Я.Фрейдлин, уделом специальных врачей-«дежурантов». Больных, поступающих в часы работы врачей отделений, помимо врача приемного отделения, осматривают ординаторы соответствующих отделений.

Роль дежурного врача приемного отделения велика и ответственна. В отсутствие главного врача больницы (в вечернее и ночное время суток, в выходные и праздничные дни) дежурный врач приемного покоя отвечает за общий порядок в больнице, и ему подчиняется весь персонал стационара, работающий в период его дежурства.

Право отказа в госпитализации дается только дежурному врачу. Отказы регистрируются с указанием их причин. Врач приемного покоя решает такие вопросы – куда (в какое отделение) направить того или иного больного, в каком объеме необходимо провести санитарную обработку поступившему больному.

Приемному отделению обеспечивается возможность выполнить срочные анализы и рентгенологические исследования, привлечь для консультации врачей разных специальностей. Приемное отделение обязано иметь все необходимое для оказания экстренной медицинской помощи при шоке, отравлении и других состояниях, а также для лечения в период пребывания в этом отделении.

В крупных многопрофильных больницах, прежде всего в больницах скорой медицинской помощи, круглосуточное дежурство в приемном отделении обеспечивает бригада врачей, состоящая из хирурга, травматолога, терапевта и рентгенолога. Врачи других специальностей (гинеколог, уролог, нейрохирург, невропатолог и др.) дежурят, как правило, в соответствующих профильных отделениях, и при необходимости их вызывают в приемное отделение на консультацию.

После осмотра врачом больной из приемного отделения поступает либо в специализированное (если установлен диагноз), либо в диагностическое отделение (палату), входящее структурно и территориально в приемное отделение.

Оперативность и качество работы приемного отделения характеризуются обоснованностью госпитализации больного не только по профилю отделения, но и по его состоянию. Необходимо анализировать причины отказов в госпитализации, показатели расхождения диагнозов приемного отделения, поликлиники или скорой помощи, совпадение диагнозов, поставленных в приемном отделении, с клиническими диагнозами специализированных отделений, длительность пребывания больных в приемном отделении до транспортировки их в профильные отделения.

Известно, что длительность пребывания больных в приемном отделении объясняется не столько медицинскими, сколько организационными мероприятиями: регистрацией, обследованием, экстренными консультациями, санитарно-гигиенической обработкой и т.д. На эти разделы работы приемных отделений администрации больниц следует постоянно обращать пристальное внимание.

Вместе с тем в последние годы во всех крупных стационарах, работающих в режиме больниц скорой помощи, наблюдается негативная тенденция увеличения времени пребывания больных, поступивших по экстренным показаниям, в приемном отделении.

В 1995 г. в приемных отделениях ряда крупнейших стационаров Санкт-Петербурга было выполнено исследование по изучению работы этих отделений, в частности, проводился хронометраж времени пребывания экстренно госпитализированных больных в приемных отделениях (О.А.Гусев, А.Ю.Рывкин). Для получения сопоставимых данных за основу была взята методика хронометража, примененная в подобном исследовании в приемных отделениях больниц Ленинграда в 1965 г. (А.А.Цингиссер). За 30 лет (с 1965 по 1995 г.) среднее время пребывания больных в приемном покое больниц увеличилось почти в 1,5 раза. Причем более четверти (25,9%) экстренно госпитализированных больных находились в приемном отделении более 2 ч. Особенно настораживает тот факт, что в 1995 г. среднее время ожидания больными каких-либо элементов обслуживания со стороны медицинского персонала в приемном покое составило более 1 ч. Такая ситуация в отношении экстренно госпитализированных больных, находящихся обычно в тяжелом состоянии или состоянии средней тяжести, недопустима. С целью улучшения организации экстренной госпитализации больных во всех крупных больницах, работающих в режиме стационара скорой помощи, планируется организовать в составе приемного покоя мощный блок – отделение неотложной помощи для тяжелых больных, требующих применения комплекса реанимационных срочных мероприятий. С этой целью планируется усилить штаты таких приемных отделений, оснастить их необходимым оборудованием и аппаратурой, улучшить материально-бытовые условия работы персонала этих отделений. В ряде стационаров Санкт-Петербурга такая реформа приемного отделения уже проводится.

Реанимационное отделение. Наиболее ответственная функция больницы по оказанию экстренной помощи больным, находящимся в угрожающем жизни состоянии, выполняется реанимационным отделением. Оно призвано качественно и своевременно осуществлять комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций организма, нарушенных вследствие самых разнообразных причин, и предотвращать опасности дальнейших нарушений.

Наиболее распространенный тип реанимационного отделения – отделение общего типа. Действующими нормами (СНиП П-69–78) площадь на 1 койку в палатах интенсивного лечения предусматривается 10 м^2. В реанимационных отделениях общего профиля наряду с 6–12-коечными палатами целесообразно предусматривать несколько одноместных палат в целях изоляции инфекционных больных и разобщения больных с различной патологией. Для выполнения сложнейшего медико-технологического процесса, осуществляемого в реанимационном отделении общего типа (реанимационные пособия, интенсивное лечение, интенсивный уход, функциональные и лабораторные исследования, санитарно-гигиеническое обеспечение и т.д.), в структуре отделения предусматриваются соответствующие помещения: реанимационный зал с предреанимационной, лаборатория срочных анализов, комнаты для персонала, помещения для аппаратуры и пр. Количество постов в отделении распределяется из расчета 1 пост на 3 койки в палатах интенсивной терапии. Два поста дежурных медсестер могут быть размещены смежно. Самого тщательного внимания в этом отделении требует профилактика внутрибольничной инфекции.

Одной из функций стационара больницы является ***борьба с внутрибольничными инфекциями***, наличие которых усложняет лечение больных, приводит к утяжелению исходов и повышению длительности лечения. С целью осуществления борьбы с внутрибольничными инфекциями в приемном отделении выделяются диагностические палаты – для кратковременного пребывания температурящих больных до уточнения диагноза. У поступающих больных и их родных собирается тщательный эпидемиологический анамнез (сведения о контактировании с инфекцией и др.). При поступлении детей обязательна справка санитарно-эпидемиологической станции о перенесенных ребенком инфекционных заболеваниях и о контакте с инфекционными больными.

Основной структурный элемент больницы – это ***лечебные (медицинские) отделения*** (хирургические, терапевтические, неврологические, урологические и т.д.).

В зависимости от задач, решаемых конкретной больницей, численности обслуживаемого населения и потребности его в различных видах медицинской помощи клинические и лечебно-диагностические подразделения стационара могут иметь различную мощность. Так, в больницах скорой медицинской помощи необходимы крупное отделение

интенсивной терапии и реанимации, достаточное количество плановых и экстренных операционных, подразделение для экспресс-диагностики. В больницах восстановительного лечения, широко использующих методы нелекарственного лечения, помимо отделений физиотерапии и лечебной физкультуры должны быть предусмотрены помещения для проведения механотерапии, социальной и профессиональной реабилитации, водо- и грязелечебница, бассейн.

Наиболее оптимальным числом коек в отделении крупной больницы принято считать 60–70 коек. В таких отделениях имеются наиболее оптимальные штаты, необходимый набор помещений, большие возможности для установки современного оборудования, техники и т.д.

Лечебные отделения связаны с общими для больницы вспомогательными медицинскими и хозяйственными службами, а в крупных больницах – с общими для больницы клиническими и другими лабораториями.

Штаты медицинского персонала отделения стационара устанавливаются в зависимости от числа коек, типа и профиля учреждения. Основными в штатной структуре отделения стационара являются должности заведующего отделением, врача-ординатора, старшей медицинской сестры, медицинской сестры, сестры-хозяйки и др.

Должность заведующего отделением замещается наиболее квалифицированным специалистом, имеющим практический опыт врачебной работы. Основная функция заведующего отделением – руководство и контроль за лечебно-диагностической работой отделения. Для этого он ежедневно проводит осмотр отделения, регулярный обход больных совместно с ординатором, проверяет правильность диагностики, обоснованность назначенных исследований и методов лечения, консультирует ординаторов отделения, присутствует на вскрытиях умерших, разбирает с ординаторами случаи диагностических ошибок, переводит больных в другие отделения, выписывает больных из отделения, просматривает и визирует документы, эпикризы, обеспечивает повышение квалификации врачей-ординаторов и медицинских сестер отделения.

В функции заведующего отделением входят составление медицинского отчета и систематический анализ эффективности работы отделения.

Старшая медицинская сестра отделения назначается из числа наиболее опытных и квалифицированных медицинских сестер. Она помогает заведующему отделением в организации работы медицинских сестер и младшего медицинского персонала, в решении административно-хозяйственных вопросов, в ведении учета и отчетности, она составляет графики работы медицинского персонала, обеспечивает внедрение рациональных форм и методов их работы, наблюдает за санитарным состоянием отделения и больных, ведает снабжением отделения медикаментами и организацией питания больных.

В крупных отделениях имеются подчиненные старшей медицинской сестре сестры-хозяйки, непосредственно отвечающие за хозяйственное

состояние отделения. В хирургических отделениях выделяются *старшие операционные медицинские сестры.*

В областных, городских и центральных районных больницах с 1963 г. введена должность главной медицинской сестры больницы, которая является непосредственной помощницей главного врача и его заместителя по медицинской части. Она организует, координирует и контролирует работу среднего и младшего медицинского персонала, с помощью врачей больницы организует мероприятия по повышению их квалификации. Главная медицинская сестра возглавляет совет медицинских сестер больницы.

Непосредственное лечение больных в стационаре ведут *врачи-ординаторы.* На одну должность врача-ординатора приходится в среднем 25 коек с некоторыми отклонениями в зависимости от профиля отделения.

Работа в отделении утром начинается с утренней конференции, так называемой «пятиминутки». Эта конференция, действительно, не должна превышать 15–20 мин.

Ежедневно ординатор отделения получает информацию от ночного дежурного медицинского персонала о состоянии больных и происшедших в их здоровье изменениях, о вновь поступивших больных, знакомится с результатами лабораторных, рентгенологических и других исследований, проводит обход больных.

Обход больных проводится в сопровождении медицинской сестры. Врачебные назначения, включая указания о диете, записываются в историю болезни. У постели больного ординатор проверяет выполнение ранее данных им назначений.

После обхода врач приступает к выполнению лечебных и диагностических манипуляций. В хирургических же отделениях назначенные операции проводятся хирургами часто и до ежедневного обхода больных, и в ряде случаев хирурги проводят обход своих больных после работы в операционной.

После этого врачи заполняют истории болезни курируемых больных.

История болезни имеет очень большое значение в общем курсе ведения больных в стационаре – это важнейший медицинский документ. Можно выделить несколько главных функций истории болезни:

1. История болезни имеет большое практическое значение – в ней сосредоточена основная лечебно-диагностическая информация о больном. В ней отражается динамика течения заболевания.
2. История болезни имеет педагогическое значение для обучения студентов, ординаторов, аспирантов, медицинских сестер.
3. Этот документ имеет также и огромное научное значение. Многие научные клинико-статистические заключения основываются на данных историй болезней.
4. Юридическое значение истории болезни заключается в том, что она в ряде случаев служит основным документом, являющимся глав-

ным свидетелем обвинения или защиты врача, медицинского персонала, когда возникает необходимость судебно-медицинского следствия. Юридическое значение истории болезни в условиях страховой медицины, рыночных, договорных отношений, безусловно, будет возрастать.

Историю болезни нужно уметь писать четко, кратко, необходимо излагать главное, но в сжатой форме. То же относится и к другим документам, которые заполняют врачи.

При выписке больных ординатор составляет *эпикриз* – краткое заключение о течении заболевания и состоянии к моменту выписки. С историей болезни выписанных, а также умерших ординатор знакомит заведующего отделением.

В стационарах больниц, объединенных с поликлиниками, эпикриз заносится в амбулаторную историю болезни. При выписке больного, направленного самостоятельной поликлиникой, в последнюю посылается соответствующее заключение (выписка) из истории болезни стационара с указанием рекомендаций по дальнейшему лечению и наблюдению за больным в поликлинических условиях. Продолжение в поликлинике лечения, начатого в стационаре, закрепляет его эффективность.

При хорошо организованной преемственности в наблюдении за больными между стационаром и поликлиникой, стационаром и врачом общей практики возможно сокращение срока лечения в стационаре, что способствует рациональному использованию коечного фонда и в связи с этим – расширению госпитализации. Возможно в целом сокращение срока нетрудоспособности и наиболее быстрое возвращение к труду.

В ночное время наряду со средним медицинским персоналом дежурят врачи. Дежурства организуются либо одним врачом по больнице небольшой мощности, либо по крупным профильным отделениям, например, один дежурный врач для отделений терапевтического профиля, один – для отделений хирургического профиля.

Дежурные врачи до начала дежурства получают сведения от заведующих отделениями о тяжелобольных, требующих особого наблюдения. Во время дежурства они отвечают за состояние всех больных, находящихся в стационаре, посещают больных для оказания помощи по экстренному вызову медицинских сестер, принимают поступающих больных.

В отделениях стационара больницы устанавливается звуковая или световая сигнализация, которой пользуется больной для вызова дежурного персонала. Однако ее следует считать вспомогательной. Наблюдение за тяжелобольными должно проводиться активно, т.е. медицинская сестра и дежурный врач обязаны без вызова периодически бывать у постели таких больных. В распоряжение дежурного персонала выделяются медикаменты и белье.

Уход за больными. Успех лечения больных в стационаре в значительной мере зависит от качества ухода за ними – гигиенического режима, оптимальных условий окружающей среды. Общепризнано, что режим

больного является мощным лечебным и профилактическим фактором, способствующим эффективному лечению и предупреждению возможных осложнений. Это особенно относится к новорожденным и детям раннего детского возраста, больным с инфекционными и сердечно-сосудистыми болезнями, больным в послеоперационном периоде. Непосредственный уход за больными требует медицинских знаний и осуществляется подготовленными медицинскими сестрами.

Система ухода, при которой непосредственное отношение к больному имеют только врачи и медицинские сестры, носит название *двухстепенной*. Младший персонал больницы, именовавшийся ранее «няни» или «санитарки», несет обязанности по уборке помещения, помогает сестрам в создании надлежащего санитарно-гигиенического режима в отделении. В 1968 г. в больницах введена должность *младшей медицинской сестры*.

В последние годы широкое распространение в стационарах получила бригадная форма организации труда медицинского персонала, прежде всего, в целях медицинского ухода.

Трудовым законодательством длительность рабочего дня установлена для врачей и медицинских сестер 6,5 ч, а для младшего персонала – 7 ч. Продолжительность рабочего дня, работа в ночных сменах и во время дежурств в условиях 5-дневной недели может быть большей. Общее же количество часов работы за определенный период должно соответствовать установленным для каждой группы специалистов нормам. Исходя из этого составляют график работы.

Работа медицинских сестер. При составлении графика работы медицинского персонала необходимо принимать во внимание интересы больного, в частности, соблюдение принципа непрерывности в наблюдении за больным одним и тем же лицом. Определяя продолжительность смен, важно также иметь в виду, что длительные смены утомительны, при них возможно снижение качества ухода. В таблице 11.2 приводится наиболее рациональный для медицинских сестер график работы.

С учетом выходных дней при трехсменном графике работы для обслуживания 20–25 больных (один пост) требуется 5 ставок медицинских сестер.

Возможен график, при котором одни медицинские сестры работают только в утренние и дневные смены, другие – в ночные, пользуясь после ночных дежурств двумя выходными днями. Однако не допускается длительная работа в ночной смене, так как отрыв от общения с врачами не способствует лучшей организации ухода за больными. Ежедневно общаясь с врачами, медицинские сестры знают состояние больных, получают указания врачей в случаях, требующих индивидуального ухода.

Распорядок дня. Лечебно-охранительный режим. Для находящихся на стационарном лечении больных устанавливается распорядок дня, которым обеспечивается своевременное и правильное питание, отдых ночной, нормальная продолжительность сна. Больные имеют постоянную связь с семьей и близкими.

Таблица 11.2 График работы медицинских сестер при трех сменах*

Часы работы	Дни недели
с 9 ч до 15 ч 30 мин с 15 ч до 21ч 30 мин с 21 ч до 9 ч 30 мин	

* Предусматривается время по 30 мин для передачи дежурств, медицинского оснащения, информации о выполненных и невыполненных назначениях.

Особого внимания требует внедрение в отделениях больниц системы мер, получивших название *лечебно-охранительного режима*, в основе которого лежат прежде всего внимание к больному, забота о нем всего медицинского персонала, четкое соблюдение медицинскими работниками дисциплины и правил внутреннего распорядка. В этих условиях укрепляется вера больных в коллектив больницы, что способствует скорейшему их выздоровлению.

К лечебно-охранительному режиму относятся меры, способствующие повышению общего нервно-психического тонуса больных, устранению факторов, которые могут отрицательно влиять на их самочувствие (неудобная постель, плохое освещение, низкая или излишне высокая температура в палатах, дурные запахи, стоны или крики других больных, невкусно приготовленная и несвоевременно поданная пища и др.).

Важными элементами лечебно-охранительного режима в больнице являются борьба с болью и страхом перед ней, отвлечение больного от ухода в болезнь и преувеличения возможных ее последствий. Достигается это различными средствами, в их числе психологическая подготовка к операции, использование болеутоляющих средств, внушение веры в эффективность лечения и другими.

Для отвлечения больных от страданий необходимо обеспечить стационары художественной литературой, настольными играми, телевизорами. Надо создать возможность больным заниматься полезным для них делом. В детских больницах организуется воспитательно-педагогическая работа.

Одним из сильнейших раздражителей, способных оказать значительное воздействие на течение болезненного процесса и его исход, является слово. Оно может ранить, нарушить покой, снизить волю к борьбе с недугом и, наоборот, мобилизовать на укрепление сопротивляемости организма. «Если больному после разговора с врачом стало не легче, это не врач»,– говорил выдающийся ученый-невропатолог и психиатр В.М.Бехтерев.

Система лечебно-охранительного режима, включающая вопросы поведения персонала с больными и их близкими, должна осуществляться на всех этапах лечения, в отделениях стационара, включая приемное отделение, в поликлиниках и на дому, в лечебно-вспомогательных кабинетах.

Специальные виды лечения. К ним относятся лечебное питание, лечебная физкультура и др.

Лечебное (диетическое) питание разработано на научных основах соответственно заболеванию и состоянию больного.

Лечебная физкультура на современном уровне медицины имеет большое значение в комплексе восстановительной терапии (реабилитации). Применение ее постоянно расширяется, особенно в отделениях хирургического и терапевтического профиля. В стационаре больниц, в поликлиниках организуются специальные кабинеты восстановительного лечения (лечебная физкультура) и др. Проводится это лечение врачами-специалистами или, по их назначению, медицинскими сестрами.

Показатели стационарной (больничной) медицинской помощи

Для анализа работы стационара используют разнообразные показатели. По самым скромным подсчетам, широко используются более 100 разных показателей стационарной медицинской помощи.

Ряд показателей может быть сгруппирован, так как они отражают определенные направления функционирования стационара.

В частности, выделяют показатели, характеризующие:

- обеспеченность населения стационарной помощью;
- нагрузку медицинского персонала;
- материально-техническую и медицинскую оснащенность;
- использование коечного фонда;
- качество стационарной медицинской помощи и ее эффективность.

Обеспеченность, доступность и структура стационарной помощи определяются следующими показателями:

1. Число коек на 10 000 человек населения:

$$\frac{\text{Число среднегодовых коек}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 10\,000.$$

Этот показатель может быть использован на уровне конкретной территории (района), а в городах – только на уровне города или медико-санитарной зоны в крупнейших городах.

2. Уровень госпитализации населения в расчете на 1000 жителей (показатель территориального уровня):

$$\frac{\text{Поступило больных всего} \cdot 1000}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

К этой же группе показателей относятся:

3. Обеспеченность койками отдельных профилей в расчете на 10 000 человек населения.

4. Структура коечного фонда.

5. Структура госпитализированных по профилям.

6. Уровень госпитализации детского населения и др.

К этой же группе показателей в последние годы относят и такой важный территориальный показатель, как:

7. Потребление стационарной помощи в расчете на 1000 жителей в год (число койко-дней, приходящихся на 1000 жителей в год на данной территории).

Нагрузку медицинского персонала характеризуют показатели:

8. Число коек на 1 должность (в смену) врача (среднего медицинского персонала):

$$\frac{\text{Число среднегодовых коек в стационаре (отделении)}}{\text{Число занятых должностей врачей (среднего медицинского персонала) в стационаре (отделении)}}$$

9. Укомплектованность стационара врачами (средним медицинским персоналом):

$$\frac{\text{Число занятых должностей врачей (среднего медицинского персонала в стационаре)}}{\text{Число штатных должностей врачей (среднего медицинского персонала) в стационаре}} \cdot 100\%.$$

К этой же группе показателей относят:

10. Индекс эффективности труда в стационарах (Гун Г.Е., Дорофеев В.М., 1994 и др.).

Большую группу составляют показатели *использования коечного фонда,* которые очень важны для характеристики объема деятельности стационара, эффективности использования коечного фонда, для расчета экономических показателей работы больницы и т.д.

11. Среднее число дней работы койки в году (занятость койки в году):

$$\frac{\text{Число койко-дней, фактически проведенных больными в стационаре}}{\text{Число среднегодовых коек}}$$

Так называемое перевыполнение плана использования коечного фонда, превышающее число календарных дней в году, считается отрицательным явлением. Это положение создается в результате госпитализации больных на дополнительные (приставные) койки, которые не включаются в общее число коек отделения больницы, тогда как дни пребывания больных в стационаре на дополнительных койках входят в общее число койко-дней.

Установлен ориентировочный показатель средней занятости койки для городских больниц в 330–340 дней (без инфекционных и родильных отделений), для сельских больниц – 300–310 дней, для инфекционных больниц – 310 дней, для городских родильных домов и отделений – 300–310 дней и в сельской местности – 280–290 дней.

Средние показатели нельзя считать нормативами. Они определены с учетом того, что часть больниц в стране ежегодно ремонтируется, часть вводится в эксплуатацию вновь, при этом в разное время года, что приводит к неполному использованию их коечного фонда в течение года. Плановые задания по использованию коечного фонда для каждой отдельной больницы следует устанавливать исходя из конкретных условий.

12. Средняя длительность пребывания больного на койке:

$$\frac{\text{Число проведенных больными койко-дней}}{\text{Число выбывших больных}}$$

Уровень этого показателя колеблется в зависимости от тяжести заболевания и организации медицинской помощи. На показатель длительности лечения в стационаре влияет: а) тяжесть заболевания; б) поздние диагностика заболевания и начало лечения; в) случаи, когда больные не подготовлены поликлиникой к госпитализации (не обследованы и т.д.).

При оценке деятельности больницы по показателю длительности лечения следует сравнивать одноименные отделения и длительность лечения при одних и тех же нозологических формах.

13. Оборот койки:

$$\frac{\text{Число пролеченных больных (полусумма поступивших, выписанных и умерших)}}{\text{Среднегодовое число коек}}$$

Это один из важнейших показателей эффективности использования коечного фонда. Оборот койки тесно связан с показателями занятости койки и длительности лечения больных.

14. Среднее время простоя койки:

$$\frac{365 - \text{фактическая среднегодовая занятость койки}}{\text{Оборот койки}}$$

Качество и эффективность стационарной медицинской помощи определяются рядом объективных показателей: летальностью, частотой расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов, частотой послеоперационных осложнений, сроками госпитализации больных, требующих экстренного хирургического вмешательства (аппендицит, ущемленная грыжа, кишечная непроходимость, внематочная беременность и др.).

15. Общебольничный показатель летальности:

$$\frac{\text{Число умерших в стационаре} \cdot 100\%}{\text{Число пролеченных больных (поступивших, выписанных и умерших)}}$$

Каждый случай смерти в стационаре больницы так же, как и на дому, должен разбираться с целью выявления недочетов в диагностике и лечении, а также для разработки мер по их устранению.

При анализе уровня летальности в стационаре следует принимать во внимание умерших дома (летальность на дому) по одноименному заболеванию, так как среди умерших на дому возможны тяжелобольные, которые были необоснованно рано выписаны из стационара или не были госпитализированы. При этом возможен низкий показатель летальности в стационаре при большом уровне летальности на дому по одноименному заболеванию. Данные о соотношении числа умерших в больницах и на дому дают известные основания для суждения об обеспеченности населения больничными койками и о качестве внебольничной и больничной помощи.

Показатель больничной летальности считается в каждом медицинском отделении стационара при отдельных заболеваниях. Всегда анализируется:

16. Структура умерших больных: по профилям коек, по отдельным группам заболевания и отдельным нозологическим формам.

17. Удельный вес умерших в первые сутки (летальность в 1-е сутки):

$$\frac{\text{Число умерших в 1-е сутки}}{\text{Число умерших в больнице}} \cdot 100\%.$$

Особого внимания заслуживает изучение причин смерти больных в первые сутки пребывания в стационаре, которая наступает вследствие тяжести заболевания, а порой – неправильной организации экстренной помощи (редуцированная летальность).

Особое значение имеет группа *показателей*, характеризующих *хирургическую работу стационара*. Следует отметить, что многие показатели из этой группы характеризуют качество хирургической стационарной помощи:

18. Послеоперационная летальность.
19. Частота послеоперационных осложнений, а также:
20. Структура оперативных вмешательств.
21. Показатель хирургической активности.
22. Длительность пребывания оперированных в стационаре.
23. Показатели экстренной хирургической помощи.

Работа стационаров в условиях обязательного медицинского страхования выявила насущную необходимость в разработке единых клинико-диагностических стандартов ведения и лечения больных (технологических стандартов), относящихся к одной и той же нозологической группе больных. Причем, как показывает опыт большинства европейских стран, развивающих ту или иную систему медицинского страхования населения, эти стандарты должны быть тесно увязаны с экономическими показателями, в частности со стоимостью лечения тех или иных больных (групп больных).

Многие страны Европы развивают систему клинико-статистических групп (КСГ) или диагностически связанных групп (DRG) в оценке качества и стоимости лечения больных. Впервые система КСГ была разра-

ботана и введена в больницах США в законодательном порядке с 1983 г. В России во многих регионах в последние годы активизировалась работа по разработке системы КСГ, адаптированной для отечественного здравоохранения.

Многие показатели влияют на организацию стационарной помощи, их необходимо учитывать при составлении графиков работы персонала больницы.

К таким показателям можно отнести:

24. Удельный вес госпитализированных планово и экстренно.

25. Сезонность госпитализации.

26. Распределение поступивших больных по дням недели (по часам суток) и многие другие показатели.

Патологоанатомическое отделение и другие службы больницы

Определенная часть наиболее тяжелых больных в стационарах умирает. В среднем показатель больничной летальности (по всем стационарным учреждениям России) составляет 2–3%. По закону смерть больного в стационаре прежде всего должен констатировать врач, либо лечащий, либо дежурный. В отделении (желательно, в специальной комнате или кабинете) труп должен находиться 2 ч, а затем его транспортируют в прозекторскую (патологоанатомическое отделение) стационара.

Задачами патологоанатомической службы являются:

1) установление причин и механизма смерти (танатогенеза) с раскрытием сущности и происхождения заболевания путем вскрытия с последующим гистологическим исследованием органов и тканей;

2) прижизненное определение характера патологического процесса с помощью гистологического исследования биопсийного материала;

3) расширение знаний лечащих врачей путем обсуждения результатов патологоанатомического исследования и консультативная помощь по вопросам клинической патологии;

4) сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов в целях контроля качества лечебно-диагностического процесса;

5) участие в работе лечебно-контрольных комиссий;

6) научная разработка и обобщение результатов работы отделения.

Для выполнения данных задач в патологоанатомическом отделении:

1) проводятся вскрытия всех умерших в стационаре (исключения предусмотрены законодательством Российской Федерации);

2) выполняются гистологические исследования – посмертные и прижизненные (биопсийного материала);

3) проводятся цитологические исследования – посмертно и прижизненно (при наличии соответствующей лаборатории);

4) периодически проводятся общебольничные клинико-анатомические конференции, посвященные разбору особо сложных клинических случаев или отдельных вопросов клинической патологии;

5) проводятся обсуждения случаев грубых ошибок в диагностике, тактике и лечении больных на заседаниях лечебно-контрольных комиссий;

6) готовятся аналитические отчеты о причинах смерти больных, качестве их ведения в стационаре.

В крупных городах патологоанатомическая служба может быть централизована с созданием соответствующих центров (бюро). Аналогичные центры могут создаваться на межрайонном уровне (в сельской местности). Данные центры обслуживают, как правило, 6–10 тыс. коек. Централизация и концентрация современного оборудования (в том числе компьютерной техники), высококвалифицированных кадров, наличие собственного автотранспорта позволяют:

1) проводить более сложные виды исследований;

2) ускорить сроки их проведения;

3) иметь более полную информационную базу, дающую возможность для глубокого научного анализа и обобщений;

4) в большем объеме проводить организационно-методическую и научно-консультативную работу.

В центрах в большинстве случаев существуют раздельные секционные и биопсийные отделения, а также отделения по разным профилям патологии (общее, инфекционное, детское, онкологическое и др.).

В последние годы в крупных городах стали практиковаться вскрытия лиц, умерших на дому, которые проводятся на базе патологоанатомических отделений некоторых больниц или патологоанатомического центра (бюро). Это дает возможность объективизировать оценку причин смерти больных, умерших вне стационара, и качества ведения пациентов на амбулаторно-поликлиническом этапе. Кроме того, дополняется база данных о причинах и механизме смерти.

В зарубежных странах и в России (СПбГМУ) имеется опыт круглосуточной работы патологоанатомического отделения, что позволяет осуществлять секционное исследование в ближайшие часы после смерти (до развития посмертных изменений). После вскрытия врачебное свидетельство о смерти выдается врачом-патологоанатомом.

Среди других служб и подразделений больницы необходимо выделить больничную аптеку и больничное хозяйство.

Больничная аптека. Снабжение больницы медикаментами, бактериологическими препаратами, перевязочными материалами, медицинским инструментарием и аппаратурой, предметами ухода за больными и другим медицинским имуществом осуществляет больничная аптека. Заведующим аптекой является провизор, имеющий высшее фармацевтическое образование. Организация труда работников аптеки, порядок изготовления, хранения и отпуска лекарств, особенно сильнодейст-

вующих, а также особо ценных, учет их расходования ведутся в аптеке в соответствии с требованиями и указаниями Государственной фармакопеи. Отпуск лекарств и других видов специальных медицинских средств производится аптекой по требованиям отделений. Сильнодействующие ядовитые и особо ценные средства отпускаются по требованиям отделений, визируемым не только заведующим, но и обязательно главным врачом больницы или его заместителем.

В последние годы в условиях быстро развивающегося фармацевтического рынка больницы вынуждены проводить широкомасштабную маркетинговую деятельность на предмет поиска надежных и относительно «дешевых» поставщиков эффективных лекарственных препаратов – как отечественных, так и зарубежного производства. В этом отношении особую роль играют компьютеризация больничной аптеки, создание модемной связи с городской (региональной) фармацевтической информационной системой на предмет получения достоверной и оперативной информации о поставщике лекарств, качестве тех или иных лекарственных средств, ценах на лекарства, условиях для автоматизированного заказа лекарственных препаратов со склада и т.д.

Больничное хозяйство. Современная больница по своему устройству и объему деятельности представляет весьма сложный медицинский и хозяйственный организм, поэтому руководство хозяйственной службой больницы должно быть возложено на опытных, знающих больничное дело хозяйственников. Больничное хозяйство включает сложный комплекс задач, от правильного решения которых во многом зависят благополучие больных и исходы лечения. К этим задачам в первую очередь относятся питание больных, бельевое снабжение, оборудование, благоустройство, санитарно-техническое содержание больницы.

Организация питания больных. Питание больных вообще и диетическое особенно является важнейшим составным компонентом комплексного лечения и существенным фактором в общих мероприятиях по обслуживанию больных. Хозяйственная служба должна снабжать больницы бесперебойно доброкачественными продуктами по установленным нормам и в необходимом ассортименте; организовывать их надлежащую обработку и приготовление пищи в соответствии с технологией и требованиями диетологии; обеспечивать доставку готовой пищи (или полуфабрикатов) в палатные отделения, используя для этой цели специальные устройства и транспорт. Внутри палатных отделений раздача пищи больным осуществляется через буфетные, куда пищу доставляют из пищеблока и подогревают, если в этом есть необходимость. За качество приготовления пищи и ее соответствие назначению врача несут ответственность врач-диетолог или диетсестра, шеф-повар, старшая медицинская сестра и палатная сестра отделения. Меню составляет врач-диетолог (в крупных больницах) или же диетсестра по назначению лечащего врача при участии старшего повара пищеблока больницы, в соответствии с заявками старших медицинских сестер отделений.

В последние годы возросла роль службы маркетинга в сфере приобретения и бесперебойного снабжения больниц доброкачественными и недорогими продуктами питания для больных. Больницы заключают прямые договора на поставку продуктов питания, полуфабрикатов с фермерами, крупными сельскохозяйственными товариществами, продовольственными базами и т.д. Представители хозяйственной службы больницы принимают активное участие в сельскохозяйственных ярмарках (например, в ежегодных ярмарках в Санкт-Петербурге «Российский фермер») и заключают договора на приобретение, подвоз по графику в течение всего года из того или иного региона России сельскохозяйственных продуктов питания высокого качества по относительно низким оптовым ценам.

Бельевое хозяйство больницы подразделяется на 3 вида: для содержания больных (нательное и постельное белье и др.), работы персонала (халаты, куртки, головные уборы и др.) и для лечебно-диагностического процесса (для операционных блоков, родильных отделений и др.).

Важным и сложным разделом хозяйственной деятельности больницы являются снабжение мягким инвентарем, обеззараживание, стирка белья, его маркировка, доставка в больницу и распределение по отделениям.

Существуют 3 основные системы обеззараживания, стирки и доставки белья в больницу: больничная – весь цикл завершается в условиях одной больницы; межбольничная – организуется 1 прачечная на несколько больниц (или для всего города, района) и межведомственная – эти функции возложены на учреждения коммунального хозяйства города (района).

В последние годы явно оправдывает себя система организации кустовых (для нескольких больниц) мини-прачечных. В таких мини-прачечных применяются новейшие современные технологии стирки, обеззараживания, маркировки и доставки белья в стационары. При этом цены в таких мини-прачечных в среднем в 3 раза ниже, чем в городских.

Служба стерилизации и обеззараживания. Стерилизация инструментария, оборудования и материалов, а также обеззараживание отходов и предметов ухода за больными – очень сложная проблема. В настоящее время она решается созданием централизованных стерилизационных в структуре больницы и других медицинских учреждений, а также организацией специальных стерилизационных предприятий, единых для всего города, района.

В больничных и других лечебно-профилактических учреждениях организуются центральные стерилизационные отделения (ЦСО), для чего используют специальные механизмы и оборудование по обработке и подготовке к повторной стерилизации. В настоящее время индивидуальные и типовые проекты в лечебно-профилактических учреждениях предусматривают ЦСО.

Больничная мебель предназначена для оснащения палатных отделений (отдельно для взрослых и детей), кабинетов, лабораторий и аптек. Больничная мебель производится на специализированных фабриках. К больничной мебели относят кровати (обычные и функциональные), столики прикроватные, подъемные надкроватные для чтения и приема пищи, передвижные столики-шкафчики для развоза пищи, медикаментов, чистого и грязного белья, ширмы передвижные больничные, кресла-качалки, подъемники для перекладывания больных и др.

Больничная мебель должна соответствовать архитектурно-планировочному решению палатных отделений и других структурных подразделений больницы, а также современной медицинской технологии. Вся отечественная больничная мебель стандартизована, ее номенклатура, габариты, форма и основные медико-технологические требования рассматриваются и утверждаются специальной комиссией.

К больничной мебели предъявляются следующие основные требования:

- функциональный характер, соответствие основным требованиям лечебно-диагностического процесса и ухода за больными;
- гигиеническое и эстетическое соответствие задачам больницы;
- сочетание простоты и изящества конструкции и отделки с прочностью и долговечностью эксплуатации;
- удобство уборки и ухода за больными – легкость передвижения, переноса, бесшумность, возможность дезинфекции без нарушения качества отделки.

Водоснабжение больницы. В современных больницах все отделения и структурные подразделения снабжаются холодной и горячей водой, а операционные блоки, реанимационные отделения, лаборатории и аптеки оборудованы специальной сетью трубопроводов для централизованного снабжения дистиллированной водой.

Норма снабжения водой (всеми ее видами) исчисляется для больниц в расчете на 1 койку в 1 сут.: от 250–300 л (минимальное) до 450–500 (максимальное).

Отопление. Наиболее широко распространено центральное водяное отопление низкого давления. В крупных городах отопительную систему больниц, как правило, подключают к теплоцентрали, а в небольших городах и поселках применяют автономную систему отопления со своей котельной, которая предусматривается из расчета не только отопления больницы, но и других принадлежащих ей помещений. Мощность больничной котельной с учетом указанных выше нужд проектируется на 25–40% выше на случай дальнейшего расширения коечной мощности больницы (строительство дополнительных корпусов) и необходимости замены одного из котлов при выходе его из строя.

Гигиеническая характеристика различных систем отопления свидетельствует о том, что наиболее оптимальным с гигиенической точки зрения является воздушное отопление с верхней подачей нагретого воз-

духа. Затем – панельный тип отопления с расположением нагревателей в перегородках или в наружных стенах и, наконец, горизонтальное плинтусное с нагревателями под окнами.

Вентиляции в больнице уделяется особое внимание. Это обусловлено не только важностью нормального обмена воздуха для больных и персонала, но и необходимостью создания наиболее оптимального микроклимата в помещениях, своевременного выведения и удаления из помещений различных вредных веществ и неприятных запахов (из лабораторий, рентгеновских, физиотерапевтических кабинетов, ингаляториев и т.д.), а также предупреждения внутрибольничных заражений.

Гигиенические нормативы вентиляции в больнице определяются кратностью обмена воздуха в единицу времени и степенью очистки поступающего воздуха в помещения. Для отделений инфекционных, гнойной хирургии, кожных, лабораторий и др. оптимальным считается обмен воздуха в объеме 40 м^3/ч в расчете на 1 больничную койку, для прочих отделений – 30–35 м^3/ч.

В отделениях инфекционных, гнойной хирургии, лабораториях и патологоанатомических вытяжка воздуха должна на 20–25% превышать его приток. В операционных и реанимационных блоках, родильных залах, наоборот, приток воздуха должен на 15–20% превышать вытяжку. Гигиеническая оценка воздуха в палатных и других помещениях больницы производится на основании уровня содержания в нем двуокиси углерода, его бактериальной загрязненности и окисляемости. Так, с учетом критерия окисляемости чистота воздуха в палатах на 1 м^3 воздуха определяется в соответствии со следующими ориентировочными нормативами: чистый воздух – от 6 мг CO_2; умеренно загрязненный – от 6 до 10 мг; загрязненный – свыше 10 мг.

Вентиляция может быть естественной и искусственной. Естественная – при помощи форточек и фрамуг – менее совершенна, так как не регулируется и создает дискомфорт. Наиболее эффективна искусственная вентиляция (приточно-вытяжная), особенно кондиционирование.

Среди других хозяйственных служб больницы существенную роль играют транспортная служба, система электроснабжения, система очистки, система удаления и уничтожения твердых и других отбросов в больнице, система снабжения медицинской техникой и ее эксплуатации и другие службы и системы.

В заключение необходимо выделить некоторые перспективы и приоритеты в развитии стационарной помощи в ближайшие годы.

В «Концепции развития стационарной медицинской помощи в период реформы здравоохранения в России», разработанной в НПО «Медсоцэкономинформ» и представленной на III Российской научно-практической конференции 30–31 мая 1996 г., отмечено, что проведение реорганизации стационарной медицинской помощи должно осуществляться параллельно с реформой первичной медицинской помощи по пути перехода к общеврачебной практике. Предусмотрена

дифференциация больничных учреждений по уровню лечебно-диагностического процесса с соответствующим распределением ресурсов. Целесообразно выделение следующих типов стационаров.

1. Больничные учреждения интенсивного обслуживания, ориентированные преимущественно на оказание экстренной помощи и лечение больных с острыми заболеваниями. Такие больницы должны иметь высокий уровень лечебно-диагностического процесса, быть оснащены современными лечебно-диагностическими средствами и новейшим медицинским оборудованием с мощным блоком анестезиолого-реанимационной и интенсивной помощи. Средние сроки пребывания больного в таких стационарах не должны превышать 5–7 дней. Потребность в данных койках – 9%.

2. Больницы, ориентированные на лечение плановых больных. Средняя длительность пребывания больного на койке в таких стационарах составит 10–15 дней.

В этой группе выделяют:

2.1. Больницы общего профиля, где медицинская помощь оказывается в среднем по 5–7 основным специальностям. Потребность в койках составит 38%.

2.2. Специализированные больницы. Потребность в койках составит 20%.

3. Больницы долечивания и реабилитации. Средние сроки лечения больного – 15–25 дней. Потребность в таких койках составит 22%.

4. Больницы медико-социального типа (больницы сестринского ухода, гериатрические больницы и т.д.). Средняя длительность пребывания больных 25–40 дней. Потребность в койках составит около 6%.

Организация больниц 3-го и 4-го типов целесообразна на базе больниц небольшой мощности.

5. Хосписы – специализированные стационарные учреждения для оказания комплексной медико-социальной помощи инкурабельным онкологическим больным. Сроки пребывания больного на койке не ограничены. Потребность в койках составляет не менее 5%. В 1994 г. впервые в России было проведено комплексное исследование организации медико-социальной помощи инкурабельным онкологическим больным в Санкт-Петербурге с разработкой нормативов потребности в этом виде помощи (Зельницкий Л.А.,1994).

В заключение еще раз необходимо подчеркнуть, что реформа стационарной помощи невозможна без реформы первичного звена здравоохранения, а именно – амбулаторно-поликлинической помощи населению.

Глава 12

ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Развитие капитализма в XIX в., увеличение количества городов, промышленных предприятий, транспортных средств неизбежно привело к росту травматизма, актуализировались проблемы оказания медицинской помощи населению при несчастных случаях. В начале XIX в. в Лондоне Дж.Фарлей сделал доклад о необходимости организации оказания скорой помощи в стране. Вышла брошюра, в которой обосновывалась важность создания такой службы на фабриках и заводах, где часто возникали несчастные случаи и иногда имели массовый характер.

Непосредственным толчком к организации скорой помощи явился пожар в Венском оперном театре (1861), приведший к большому числу жертв ввиду невозможности своевременного оказания медицинской помощи. В 1881 г. в Вене была создана станция для оказания помощи при массовых катастрофах. Она располагалась в центре города, имела телефоны, операционную комнату, палату, где больной находился до отправки в больницу, кареты для немедленного выезда. Позже станции, подобные этой, были созданы во Франции, Испании, Бельгии. Помощь там оказывалась пожарными и полицейскими, прошедшими специальную подготовку.

Теоретические предпосылки создания системы скорой медицинской помощи разрабатывались и в России. В 1797 г. Ермолай Неймейстер издал «Краткое наставление в пользу утопшим, или Способы сохранять жизнь таким, которые по-видимому кажутся уже мертвыми».

Идея создания специализированной службы со «спасательным заведением при съезжем дворе» принадлежит надворному советнику, штабс-доктору Г.Л.Аттенгоферу, предоставившему в 1818 г. «Проект заведения в Санкт-Петербурге для обмирающих скоропостижно или подвергнувших жизнь свою опасности», содержащий инструкцию по оказанию скорой медицинской помощи. Необходимость организации такого учреждения Аттенгофер мотивировал тем, что «в городе соединено много обстоятельств, служащих поводом к таким несчастным приключениям. Великое множество каналов, перенаселение города, холодный климат, скорая езда, неприспособленное жилище, кои при медленных или неискусных методах спасения примерно умножают смертность и часто похищают у государства людей весьма небесполезных».

В 1826 г. Ф.П.Гааз выступил с предложением введения в Москве должности «особого врача для наблюдения за организацией попечения о внезапно заболевших, нуждающихся в немедленной помощи».

В 1894 г. в Петербурге с докладом об организации первой помощи при несчастных случаях выступил Г.И.Турнер. Обобщением накопленного опыта явилось диссертационное исследование А.Ф.Бердяева (1896).

Диссертация завершилась планом создания при больницах Петербурга сети станций первой помощи с постоянным врачебным персоналом и специальным транспортом.

Этот план не был претворен в жизнь, и в целях экономии средств оказание помощи было возложено на санитаров, а сами станции были организованы при пожарных командах. Причем опять потребовались трагические события, чтобы высказанные идеи были воплощены в жизнь.

В 1896 г. 18 мая при коронации царя Николая II на Ходынке погибли около 2000 человек, и в конце года по приказу императрицы Марии Федоровны была организована первая медицинская помощь при несчастных случаях. В 1899 г. по инициативе Н.А.Вельяминова были открыты станции первой помощи в Санкт-Петербурге. В 1908 г. помощь на станциях первой помощи получили 4370 пострадавших.

В Москве служба скорой помощи возникла почти одновременно с Петербургом в 1899 г. при полицейских участках. Во многом ее становлению способствовал знаменитый врач Ф.П.Гааз. Данная служба существовала как за счет средств городского бюджета, так и за счет благотворительности.

В Киеве станция общества скорой помощи была открыта 30 июня 1902 г.

В таком крупном городе, как Харьков, первая серьезная попытка открыть станцию скорой помощи была предпринята лишь в 1908 г., но потерпела неудачу.

Необходимо отметить, что во многом станции существовали за счет средств благотворительности, и для этого были созданы специальные общества. Первым из них было Киевское. Аналогичные общества и соответственно учреждения скорой помощи были открыты также в г. Вильно, Варшава.

Лучшей станцией скорой помощи дореволюционной России считалась Одесская, чей опыт был использован при учреждении обществ и станций скорой помощи многих городов, включая Москву, Киев, Екатеринослав. Одесская скорая помощь выпустила 6 томов уникальных для царской России научных трудов службы скорой помощи, содержащих ценные клинические и статистические материалы. Однако необходимо констатировать тот факт, что в подавляющем большинстве городов дореволюционной России население не было обеспечено экстренной медицинской помощью: лишь 13 из 224 городов располагали службой

скорой помощи. А с началом Первой мировой войны немногочисленные станции скорой помощи прекратили свое существование. Кроме того, практически отсутствовала скорая помощь на всей остальной территории России. Помощь в экстренных случаях оказывалась либо земскими врачами, либо (в большей части случаев) фельдшерами.

В первые годы после революции центрами оказания скорой помощи были так называемые пункты «ночной квартирной помощи», существовавшие при амбулаториях и поликлиниках. Пункты первой скорой помощи создавались также на промышленных предприятиях. Первые станции скорой медицинской помощи появились в 1919 г. в таких крупнейших городах, как Москва, Ленинград, Киев, Одесса. В 1923 г. был организован Научно-исследовательский институт скорой помощи в Москве.

В конце 1920-х годов в Москве и Ленинграде пункты «ночной квартирной помощи» и станции скорой помощи были преобразованы в пункты неотложной помощи.

Первое официальное «Положение о станциях скорой медицинской помощи» было утверждено Наркомздравом в 1927 г., оно регламентировало организацию скорой помощи в городах с населением свыше 50 тыс. человек.

Необходимо отметить, что особую роль в становлении службы скорой помощи сыграли Московская и Ленинградская станции.

Преодолев большие трудности первых лет становления и организационных поисков, эти станции не только превратились в крупнейшие медицинские учреждения, но и стали методическими центрами, разработавшими основные принципы деятельности службы скорой помощи. Очень много сделали в этом направлении М.А.Мессель и А.С.Пучков, руководившие Ленинградской и Московской станциями скорой помощи с 1922 г. на протяжении 30 лет.

Ленинградская станция первой в нашей стране осуществила важнейший принцип централизованного приема вызовов скорой помощи с децентрализованным их выполнением на подстанциях; это сократило радиус выездов и время, затраченное в пути. Осуществление этого принципа потребовало установления прямой телефонной связи между центральной станцией и подстанциями. М.А.Мессель придавал серьезнейшее значение стандартизации и унификации содержимого сумок и оснащения санитарных автомашин.

Велика заслуга Московской станции, впервые применившей в 1923 г. сопроводительный лист-направление, по которому больной принимался в стационар. Этот документ позволял установить преемственность в деятельности скорой помощи и стационаров, выявить дефекты в оказании помощи на догоспитальном этапе.

Московская станция скорой помощи первой учредила должность главного организатора текущей работы – старшего врача смены, решавшего вопросы очередности исполнения вызовов, оперативной деятельности выездных бригад. Прием вызовов и отправка дежурного пер-

нала были поручены двум разным группам диспетчеров, что ускорило время выезда бригад. Кроме того, в Москве был создан специальный диспетчерский пункт, который среди прочего позволил объективно контролировать работу персонала.

Качественное изменение в работе службы скорой помощи в послевоенные годы произошло после того, как в 1957 г. в Ленинграде начала работать первая в СССР специализированная санитарная автомашина по оказанию скорой помощи при шоке и терминальных состояниях, что положило начало широкому развитию специализированных служб экстренной помощи в крупных городах. (Следует отметить, что еще в 1931 г. в Ленинграде появились первые специализированные психиатрические бригады).

В 1958 г. при Ленинградской станции скорой помощи была организована бригада по борьбе с тромбоэмболическими заболеваниями, основной задачей которой стали ранняя диагностика и терапия острого инфаркта миокарда.

Деятельность специализированных бригад, оснащенных значительно лучше по сравнению с линейными и обеспеченных более квалифицированными кадрами, доказала свою эффективность.

В 1930–1970-е годы экстренная внебольничная помощь оказывалась как амбулаторно-поликлиническими учреждениями, так и станциями скорой медицинской помощи.

В 1978 г. в крупных городах эти службы были объединены. Скорая и неотложная медицинская помощь стала оказываться станциями скорой медицинской помощи (СМП). Следствием данного объединения явилось увеличение числа внепрофильных выездов, прежде всего к больным с хроническими заболеваниями, которые могли быть обслужены поликлиниками.

В 1991 г. скорая и неотложная помощь вновь были разъединены. Оказание скорой помощи было возложено на станции скорой помощи, неотложной – на амбулаторно-поликлинические учреждения. Это способствовало ускорению оказания скорой помощи, улучшению преемственности в ведении больных с хронической патологией. Однако резкое сокращение финансирования здравоохранения в последнее десятилетие вызвало негативные изменения в организации, в первую очередь, неотложной помощи населению: ухудшилось ее материально-техническое оснащение, наметился отток наиболее квалифицированных кадров.

Поэтому для улучшения технической оснащенности службы, повышения квалификации сотрудников, создания автоматизированных диспетчерских служб, оснащения выездных бригад современными средствами связи, поэтапной замены автотранспорта в 2001 г. в Санкт-Петербурге было принято решение о централизации служб скорой и неотложной помощи. При этом бывшие отделения неотложной помощи поликлиник были переименованы в отделения скорой помощи при поликлиниках.

Таким образом, в Российской Федерации создана и функционирует система оказания населению скорой медицинской помощи с развитой инфраструктурой. Она включает в себя свыше 3000 станций и отделений скорой медицинской помощи, в которых работают около 20 тыс. врачей и свыше 70 тыс. средних медицинских работников.

Укомплектованность подразделений скорой медицинской помощи врачебными кадрами составляет почти 90%, а показатель обеспеченности врачами на 1000 населения достиг 1,2.

Ежегодно служба скорой медицинской помощи выполняет от 40 до 48 млн вызовов, оказывая медицинскую помощь более чем 50 млн граждан. По разным регионам в зависимости от медико-демографической ситуации, уровня организации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, а также от многих социально-экономических и других местных условий обращаемость на станции скорой помощи составляет от 120 до 550 случаев на 1000 населения.

В программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью подтверждено конституционное право человека на гарантированную скорую медицинскую помощь, которая финансируется из бюджетных средств.

В развитие вышеназванных правительственных акций Минздравом РФ 26 марта 1999 г. издан Приказ №100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации».

Основными задачами скорой помощи, определенными данным приказом, являются оказание больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма, и доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Согласно тому же приказу, *основными функциями (задачами) службы скорой медицинской помощи являются:*

– оказание круглосуточной скорой медицинской помощи взрослому и детскому населению как на месте происшествия, так и на пути следования в стационар при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;
– ликвидация медицинских последствий чрезвычайных ситуаций (на догоспитальном этапе);
– транспортировка больных по заявкам медицинских учреждений;
– изучение причин, вызывающих необходимость оказания скорой медицинской помощи, и разработка мер по их устранению.

Задачи специализированных бригад расширяются за счет:

– осуществления методического руководства выездными бригадами, амбулаторными ЛПУ;

– оказания консультативной помощи;
– совершенствования методов экспресс-диагностики и оказания специализированной неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Оказание помощи взрослому и детскому населению на дому при острых и обострениях хронических заболеваний, не угрожающих непосредственно жизни больного, является функцией амбулаторно-поликлинических учреждений.

Следовательно, эффективность работы службы скорой медицинской помощи зависит от того, как на местах обеспечивается разделение функций между службой скорой медицинской помощи и амбулаторно-поликлиническими учреждениями.

Структура службы скорой медицинской помощи

В Российской Федерации предусмотрено существование службы скорой медицинской помощи в нескольких вариантах.

В населенном пункте с населением численностью до 50 тыс. человек организуется отделение скорой медицинской помощи при больнице. Это тем более целесообразно в том случае, если в населенном пункте имеется один стационар и его главный врач является руководителем здравоохранения данного населенного пункта или сельского района.

В городах с численностью жителей свыше 50 тыс. человек станции скорой медицинской помощи создаются как самостоятельные лечебно-профилактические учреждения.

В городах с населением более 100 тыс. человек, с учетом протяженности населенного пункта и рельефа местности, организуются кроме того подстанции скорой медицинской помощи как подразделения станций.

Возглавляет станцию скорой медицинской помощи главный врач, который руководствуется в своей деятельности законодательством Российской Федерации, нормативными и методическими документами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, уставом станции скорой медицинской помощи, приказами и распоряжениями вышестоящего органа управления здравоохранением.

Главный врач станции скорой медицинской помощи осуществляет текущее руководство деятельностью станции на принципах единоначалия по вопросам, отнесенным к его компетенции.

На должность главного врача станции скорой медицинской помощи назначается специалист, имеющий высшее медицинское образование по специальности «лечебное дело», «педиатрия», диплом, сертификат специалиста по организации здравоохранения, сертификат специалиста по скорой медицинской помощи, опыт лечебной и организаторской работы.

Основной структурной единицей станции (отделения) скорой медицинской помощи является выездная бригада, непосредственно оказы-

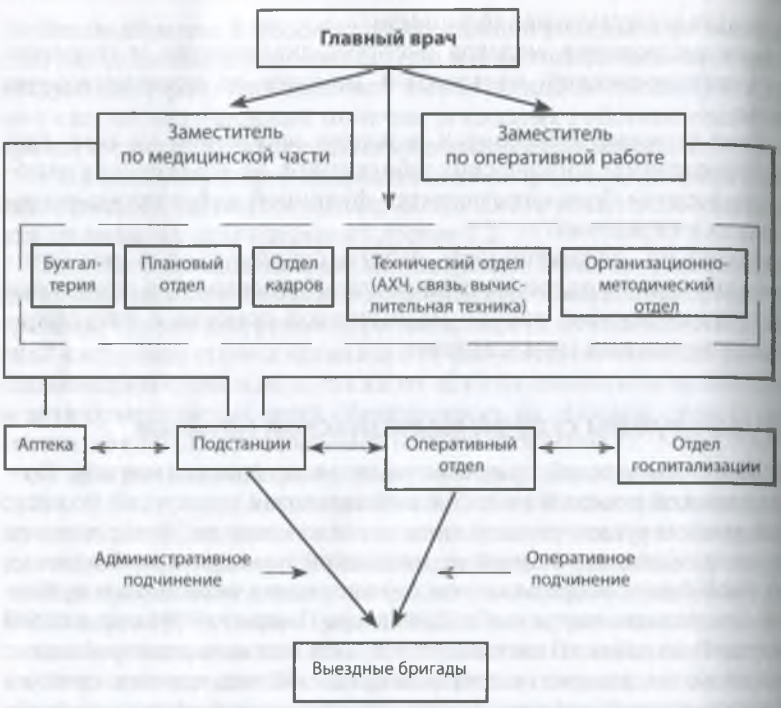

Рис. 12.1 Примерная структура станции скорой медицинской помощи.

вающая экстренную медицинскую помощь больным и пострадавшим. Работа выездных бригад обеспечивается различными подразделениями станции.

Структура станции скорой медицинской помощи может выглядеть следующим образом (рис. 12.1). На рисунке представлена схема крупной станции скорой медицинской помощи.

Технический отдел осуществляет административно-хозяйственные функции, обеспечивает связь между подразделениями. Обеспечение работы вычислительной техники возлагается также на этот отдел.

Кроме того, желательно функционирование территориального центра медицины катастроф (ТЦМК) в составе станции скорой медицинской помощи.

Целесообразность такой структуры обусловлена следующими обстоятельствами:

– при возникновении чрезвычайной ситуации первый сигнал обычно поступает в адрес станции скорой медицинской помощи, в этом случае в распоряжении ТЦМК имеются все выездные бригады скорой медицинской помощи; кроме того:

– оптимизируется маневр выездными бригадами с помощью оперативного отдела станции;
– облегчается проведение учений и планирование ликвидации медицинских последствий чрезвычайной ситуации;
– нет необходимости расходов на содержание отдельных выездных бригад ТЦМК.

В зависимости от величины станции ее структура формируется в соответствии с местными условиями, и штатное расписание утверждается местным органом управления здравоохранением.

Например, если станция скорой медицинской помощи выполняет до 30 000 выездов в год, то прием вызовов и оперативное управление выездными бригадами осуществляет 1 фельдшер по приему и передаче вызовов (из расчета – 1 круглосуточный пост на 30 000 выездов в год). Следовательно, в этом случае штатное расписание оперативного отдела может максимально включать в себя 4,75 ставки фельдшеров (медсестер) по приему и передаче вызовов, 4,75 ставки старшего врача (1 круглосуточный пост на 20 000 выездов в год) и 1 должность заведующего оперативным отделом.

Для организации подстанций предусмотрен другой норматив – город с населением не менее 100 000 с учетом протяженности и рельефа местности. Для уменьшения времени прибытия бригад скорой медицинской помощи к месту вызова целесообразно с учетом местных условий создание филиалов подстанций. В некоторых случаях по тем же соображениям оказывается необходимым решение вопроса о дислокации отдельных выездных бригад (у дорог с интенсивным движением транспорта, в промышленных зонах, жилых кварталах).

О профиле бригад скорой медицинской помощи

В настоящее время в Российской Федерации в составе станций (отделений) скорой медицинской помощи существуют следующие виды выездных бригад:
– линейные врачебные бригады;
– линейные фельдшерские бригады;
– специализированные врачебные бригады;
– акушерские бригады;
– бригады санитарного транспорта.

Выбор профиля бригад зависит от следующих обстоятельств:
– условия проживания и численности населения (сельская местность, малые города, средние и крупные города);
– наличие соответствующих контингентов больных (обращаемость и структура вызовов).

Ориентиром может служить предложенная В.А.Фиалко и И.Б.Улитиным схема организации службы скорой медицинской помощи (см. табл. 12.1).

Таблица 12.1 Схема организации службы скорой медицинской помощи

Модель	Виды бригад	Кол-во уровней оказания помощи	Условия работы
Фельдшерская	Фельдшерские выездные	1	Сельская местность
Врачебная	Врачебные выездные, фельдшерские транспортные	1	Город с населением до 500 000 жителей
Смешанная	Фельдшерские выездные, врачебные выездные (с преобладанием фельдшерских)	2	Город с населением более 500 000 жителей, преобладают вызовы на травмы и несчастные случаи
Смешанная	Фельдшерские выездные, линейные врачебные (с преобладанием врачебных)	2	Город с населением более 500 000 жителей, преобладают вызовы на внезапные заболевания
Смешанная	Специализированные врачебные, линейные врачебные, фельдшерские выездные (менее 50%)	3	Город с населением 1 000 000 жителей, преобладают вызовы на внезапные заболевания
Смешанная	Специализированные врачебные, линейные врачебные, фельдшерские выездные (более 50%)	3	Город с населением более 1 500 000 жителей, преобладают вызовы на травмы и несчастные случаи

Из таблицы следует, что при определении соотношения бригад в первую очередь предлагается учитывать характеристику населенных пунктов (местностей). Что касается структуры и очередности исполнения вызовов, то в качестве ориентира предлагается следующий алгоритм очередности направления выездных бригад (табл. 12.2).

Исходя из обращаемости населения по приведенным в таблице поводам к вызовам, рассчитывается нужное количество тех или иных бригад.

При этом необходимо учитывать следующие принципиальные соображения:

1) врачебная помощь по качеству выше фельдшерской;

2) если врачебная бригада выполняет вызовы, не требующие врачебной помощи, то это быстро ведет к утрате квалификации;

3) работа фельдшерских бригад при любых обстоятельствах требует врачебного контроля.

Схема может быть адаптирована к местным условиям.

Основные требования к работе выездных бригад

– оперативность;
– качественное оказание скорой медицинской помощи;
– взаимодействие с работниками других бригад скорой медицинской помощи, а также с сотрудниками лечебно-профилактических и правоохранительных учреждений;
– качественное оформление медицинских документов.

Таблица 12.2 Алгоритм очередности направления линейных врачебных, фельдшерских, акушерских и транспортных бригад скорой медицинской помощи по поводу к вызову

Повод к вызову	Врачебная бригада	Фельдшерская бригада	Транспортная бригада	Акушерская бригада
Автослучай	1	2	3	4
Без сознания: квартира	1	2	3	4
вне квартиры	2	1	3	4
Кровотечение: горловое	1	2	3	4
желудочное	1	2	3	4
носовое	2	1	3	4
легочное	3	1	3	4
из прямой кишки	2	1	3	4
Маточное кровотечение:	4	3	2	1
не связанное с абортами, родами, беременностью	4	3	2	1
Массовый несчастный случай:	1	2	3	4
обморожение	2	1	3	4
переохлаждение	1	2	3	4
Ожоги: кипятком (до 50 лет)	2	1	3	4
кипятком (старше 50 лет)	1	2	3	4
пламенем	1	2	3	4
химические	1	2	3	4
Падение с высоты	1	2	3	4
Пожар: есть пострадавшие	1	2	3	4
нет пострадавших (дежурство)	2	1	3	4
Ранение: ножевое	1	2	3	4
огнестрельное	1	2	3	4
Роды:	4	2	3	1
родила на дому	1	3	4	2
роды, маточное кровотечение	1	3	5	2
Судороги (припадок):				
в сознании	2	1	3	4
без сознания	1	2	3	4
Травма изолированная:				
головы: в сознании	2	1	3	4
без сознания	1	2	3	4
груди	2	1	3	4
руки	2	1	3	4
ноги	2	1	3	4
Утопление	1	2	3	4
Укусы: змей	1	2	3	4
насекомых: есть аллергия	1	2	3	4
нет аллергии	2	1	3	4
собак, кошек: множественные	1	2	3	4
единичные	2	1	3	4
Ушибы	2	1	3	4
Электрофтальмия	4	1	2	3
Электротравма	1	2	3	4

Оперативность работы выездных бригад предполагает, что:
– после получения вызова бригада выезжает в течение 1 мин;
– прибывает к месту вызова по оптимальному маршруту и докладывает о прибытии в оперативный отдел;
– затрачивает минимальное время на качественное оказание помощи в полном объеме (объем помощи может быть сокращен только в условиях ЧС);
– о выполнении вызова докладывает немедленно.

В понятие качественного оказания скорой медицинской помощи включается:
– правильное распознавание заболеваний и повреждений;
– выполнение необходимых лечебных мероприятий;
– верное тактическое решение.

Взаимодействие с работниками других бригад скорой медицинской помощи, а также с сотрудниками лечебно-профилактических и правоохранительных и других учреждений:
– осуществляется в интересах как больного, так и работников выездной бригады;
– требует неукоснительного исполнения должностных инструкций и других нормативных документов.

Качественное оформление медицинских документов подразумевает:
– полное описание в карте вызова анамнеза и данных объективного исследования больного, а также дополнительных исследований (электрокардиография, экспресс-тесты и др.);
– логичную и последовательную формулировку диагноза с учетом требований МБК-10;
– запись времени, затраченного на проведение каждой лечебной процедуры;
– стандартные временные отметки от начала до окончания выполнения вызова;
– при доставке больного в стационар – обязательное заполнение сопроводительного листа (ф. 114/у) с кратким описанием «когда и что случилось?», состояния больного, оказанной помощи и (если есть) дополнительных сведений.

Контроль работы выездных бригад

Оперативная работа выездных бригад отслеживается по двум направлениям: 1) выезд на вызов со станции (подстанции) и 2) работа на линии.

Выезд на вызов контролируется следующими должностными лицами: фельдшером по приему и передаче вызовов (далее – диспетчер) станции (подстанции, отделения), врачом-инспектором линейно-контрольной службы (ЛКС), главным врачом станции (заведующим подстанцией или отделением). Для контроля оперативности выездной бригады врач-инспектор ЛКС либо главный врач станции периодич-

ски передает по телефону диспетчеру контрольный вызов и проверяет время выезда бригады.

Оперативность работы на линии контролируется:

- оперативным отделом станции, который отслеживает время прибытия бригады к месту вызова, время выполнения вызова. Старший выездной бригады обязан доложить о прибытии к месту вызова, а если обслуживание вызова занимает более 1 ч, то сообщить об этом в оперативный отдел (контроль местонахождения и состояния бригады). Время прибытия бригады к месту вызова может контролироваться с помощью радиосвязи (по сообщению бригады) либо с помощью системы навигации, позволяющей определять фактическое местонахождение выездных бригад и наблюдать за их перемещением с использованием электронной карты города;
- инспектором линейно-контрольной службы, который может проверить фактическое время выезда бригады к месту вызова, время пребывания бригады на месте вызова, время передачи больного дежурному персоналу стационара;
- заведующим подстанцией (начмедом станции), который проверяет карту вызова и может выявить несоответствие между действиями врача (фельдшера) и временем, затраченным на эти действия.

Качество оказания помощи контролируется:

- заведующими подстанциями (отделениями) – по медицинским документам (картам вызовов, возвратным талонам сопроводительных листов) и при контрольных выездах;
- старшими врачами оперативного отдела (тактические решения выездных бригад);
- врачами бюро госпитализации (тактические решения выездных бригад);
- старшими врачами-специалистами станции (по медицинским документам);
- заместителем главного врача по медицинской части (по медицинским документам);
- лечебно-контрольной комиссией станции, назначаемой приказом главного врача.

Особое внимание при оценке работы уделяется тактике выездных бригад. Понятие тактики на догоспитальном этапе включает следующее. Это сумма мероприятий, позволяющих в каждом отдельном случае, с учетом конкретной обстановки, обеспечить наиболее верное достижение цели: своевременность и эффективность оказания экстренной медицинской помощи и безопасность транспортировки в стационар или преемственность наблюдения и лечения больного в необходимых случаях на дому.

Основанием для выводов о правильности тактических решений выездных бригад служит правильное выполнение должностных инст-

рукций работниками выездных бригад, приказов и распоряжений главного врача станции (в том числе и изданных совместно с руководством правоохранительных органов), регламентирующих взаимодействие с работниками других бригад скорой медицинской помощи, с сотрудниками лечебно-профилактических и правоохранительных учреждений.

Контроль взаимодействия с работниками других бригад скорой медицинской помощи, а также с сотрудниками лечебно-профилактических и правоохранительных учреждений осуществляется:

- старшими врачами оперативного отдела (тактические решения выездных бригад);
- врачами бюро госпитализации (тактические решения выездных бригад, оформление сопроводительных листов);
- линейно-контрольной службой (по решению старшего врача оперативного отдела).

Качество оформления медицинских документов проверяется:

- заведующими подстанциями (отделениями);
- врачами бюро госпитализации (сопроводительные листы);
- заместителем главного врача по медицинской части (выборочно);
- комиссией по проверке деятельности подразделений, назначаемой главным врачом.

Работа оперативного отдела

Оперативный отдел является важнейшим звеном управления работой станции по оказанию скорой медицинской помощи населению.

Основные функции оперативного отдела:

- прием вызовов от населения;
- передача вызовов на исполнение;
- оперативное управление выездными бригадами;
- обмен информацией с подстанциями по вопросам оперативной работы;
- взаимодействие с дежурными службами города (сельского района) – милицией, ГИБДД, пожарной охраной, МЧС и т.д.;
- срочное информирование руководства станции о чрезвычайных и конфликтных ситуациях;
- информирование о чрезвычайных ситуациях инстанций, определенных государственными органами управления здравоохранением;
- выдача населению информации справочного характера.

Основные элементы структуры оперативного отдела:

- отдел приема вызовов;
- отдел направления;
- отдел госпитализации;
- информационно-справочный отдел.

Мощностью станции скорой медицинской помощи определяется структура оперативного отдела – от единственного круглосуточного

ница фельдшера (медсестры) по приему и передаче вызовов от населения до крупного оперативного отдела, работа которого в течение суток возглавляется старшим дежурным врачом и его помощниками-врачами. При наличии в городе нескольких стационаров создается также отдел госпитализации, который ведет учет коечного фонда и обеспечивает равномерную доставку больных в стационары в соответствии с наличием свободных мест, профилем стационара и местонахождением пациента. Для обеспечения экстренной госпитализации вводится круглосуточный диспетчерский пост, на котором дежурит фельдшер либо врач-эвакуатор (в зависимости от сложности работы).

Для того чтобы в равной степени соблюдались интересы пациентов и работников оперативного отдела, на уровне исполнительной и законодательной власти должны быть утверждены правила вызова скорой медицинской помощи в городе (сельском районе), а руководством станции скорой медицинской помощи – должностные инструкции по всем разделам оперативной работы.

Прием вызовов осуществляется средним медицинским работником, должностная инструкция которого должна предусматривать алгоритм его действий.

Основные действия:

- выслушать гражданина, обратившегося по телефону «03»;
- решить вопрос о приеме вызова в соответствии с инструкцией;
- при сложности принятия решения – переключить телефонную линию на старшего врача.
- если принято решение о приеме вызова, то фиксировать данные:
  - адрес и телефон;
  - фамилию, имя и отчество, возраст пациента;
  - фамилию и телефон вызывающего, отношение к больному;
  - что случилось?
- на основании полученного ответа сформулировать повод к вызову;
- передать данные в отдел направления.

Отдел направления осуществляет:

- передачу вызовов выездным бригадам через подстанцию либо непосредственно по телефону или радиосвязи;
- решение о профиле направляемой на вызов бригады;
- связь между выездной бригадой и врачом (фельдшером) эвакуаторов;
- прием отчетов выездных бригад о заполнении вызовов;
- сбор информации об укомплектованности и персональном составе выездных бригад и о выходе автотранспорта на линию;
- контроль оперативной работы выездных бригад.

В зависимости от возможностей станции скорой медицинской помощи обработка вызовов может вестись вручную или на основе автоматизированной системы.

Организационно-методическая работа

На станции скорой медицинской помощи организационно-методическая работа проводится по следующим направлениям:

1) сбор статистической информации и анализ работы станции;

2) составление плана работы станции;

3) систематическое изучение передового опыта службы скорой помощи в Российской Федерации и зарубежных странах и разработка методических рекомендаций по совершенствованию оперативно-диагностической и лечебной работы;

4) выработка предложений руководству станции по совершенствованию службы скорой медицинской помощи;

5) осуществление мероприятий по повышению квалификации медицинского персонала;

6) работа с письмами и заявлениями граждан, составление проектов ответов, учет и отчетность;

7) организация научно-практических конференций по вопросам скорой медицинской помощи;

8) участие в составлении положений о работе подразделений, должностных инструкций работников станции и других нормативных документов – по поручению главного врача.

Для выполнения этой работы в зависимости от возможностей станции создается организационно-методический отдел, либо эти функции возлагаются на заместителя главного врача по медицинской части. В отделениях скорой медицинской помощи при больницах скорой помощи организационно-методическая работа проводится заместителем главного врача больницы по скорой медицинской помощи (заведующим отделением).

Повышение квалификации медицинского персонала

На станции скорой медицинской помощи применяются следующие формы повышения квалификации медицинского персонала:

1) разбор случаев оказания помощи больным и летальных случаев на утренних конференциях (на станции, подстанциях, в отделении скорой медицинской помощи);

2) разбор дефектов оказания помощи на заседаниях лечебно-контрольной комиссии;

3) лекции и семинары для медицинского персонала, проводимые старшими специалистами станции (отделения) или специалистами других лечебно-профилактических учреждений;

4) научно-практические конференции;

5) направление врачей и фельдшеров на курсы повышения квалификации не реже 1 раза в 5 лет (по возможности – 1 раз в 3 года).

Для повышения квалификации медицинских работников определенную пользу приносит аттестация на присвоение квалификационной категории. В ходе подготовки к аттестации работники «освежают» свои знания по специальности.

Совершенствование знаний медицинской психологии в работе врача, а также всех членов бригады скорой медицинской помощи поможет осуществлять индивидуальный подход к больному, добиваться большей эффективности профилактики и лечения, укреплять веру больного в скорейшее выздоровление и способствовать реализации требований врачебной этики и медицинской деонтологии.

Основными показателями работы скорой помощи являются:

- количество бригад (среднесуточное);
- количество выполненных вызовов (в том числе с оказанием медицинской помощи);
- количество вызовов по поводу внезапных заболеваний (в том числе по разным нозологическим формам) и несчастных случаев;
- количество направлений на госпитализацию;
- среднесуточная нагрузка;
- время выезда бригады от момента приема вызова;
- время прибытия бригады к месту вызова;
- количество летальных исходов до прибытия и в присутствии бригады;
- количество повторных вызовов и их исходы;
- процент расхождения диагнозов направления и приемного покоя, а также некоторые другие.

Успешное решение проблем организации и оказания населению скорой медицинской помощи возможно только в тесной увязке с вопросами совершенствования работы амбулаторно-поликлинической службы. Поэтому так важно выполнение мероприятий, которые проводятся отделениями скорой медицинской помощи поликлиник.

Задачами отделений скорой медицинской помощи поликлиник являются:

- оказание больным в минимально короткие сроки (не позднее 15 мин после поступления вызова) экстренной врачебной квалифицированной медицинской помощи в местах их постоянного или временного проживания;
- вызов по показаниям в помощь специализированных бригад скорой помощи;
- госпитализация, которая осуществляется путем получения наряда в бюро госпитализации СМП;
- обеспечение преемственности с поликлиникой и стационарами;
- обеспечение взаимосвязи с центром санэпиднадзора, осуществление мероприятий по выполнению требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима;
- осуществление своевременной транспортировки больных из мест проживания, районных поликлиник, женских консультаций в ста-

ционары по собственным направлениям и направлениям врачей территориальных государственных учреждений здравоохранения;
– доставка пациентов в государственные учреждения социального профиля по направлениям врачей-терапевтов территориальных поликлиник;
– доставка пациентов из мест проживания для проведения гемодиализа, консультаций и обследования (по распоряжению главного врача поликлиники);
– оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся самостоятельно в отделения;
– оказание экстренной помощи больным и пострадавшим при остановке бригады скорой медицинской помощи в пути следования;
– выполнение активных вызовов к больным, нуждающимся в динамическом врачебном наблюдении, по заявкам врачей поликлиник;
– ежедневный контроль и учет работы санитарного автотранспорта;
– ведение ежедневного медицинского статистического учета и составление отчетности в установленном порядке;
– изучение качества, эффективности и своевременности медицинской помощи, разработка мероприятий, направленных на их совершенствование;
– повышение квалификации и профессионального мастерства, внедрение передового опыта;
– проведение мероприятий по подготовке к работе в чрезвычайных ситуациях.

В систему скорой медицинской помощи входят также стационары (в первую очередь больницы скорой помощи, которые в ряде городов объединены с СМП) и НИИ скорой помощи, которые, наряду с лечебной диагностической, проводят большую организационно-методическую работу. В крупных городах при муниципальных органах управления создаются координационные советы по скорой помощи. Так, в Санкт-Петербурге при Комитете по здравоохранению существует координационно-экспертный совет по скорой помощи, который позволяет интегрировать все службы в единую систему.

Глава 13
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКАМ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

История организации медицинской помощи на предприятиях восходит к временам земской медицины. В ее задачи входило медицинское обеспечение населения не только по месту жительства, но и на зарождающихся заводах и фабриках. При многих из них были созданы больничные кассы, финансировавшие оказание медицинской помощи работающим.

С созданием в 1918 г. в стране государственной системы здравоохранения промышленная медицина начала развиваться ускоренными темпами. Рабочие промышленных предприятий получили право преимущественного обслуживания, которое осуществлялось по месту жительства и дополнительно – по месту работы. Росла сеть врачебных и фельдшерских здравпунктов, медико-санитарных частей, расширялась цеховая служба, использовавшая возможности санаториев-профилакториев, санаторно-курортных учреждений, центров здоровья и спортивно-оздоровительных комплексов, учреждений общественного и диетического питания. Эта служба работала в тесном контакте с руководством предприятий, санитарно-эпидемиологической службой и другими организациями, заинтересованными в сохранении и укреплении здоровья работников предприятий, профилактике профессиональных заболеваний и производственных травм.

Во второй половине XX в. сложилась стройная система медико-санитарного обслуживания работающего населения. К началу 1980-х годов в стране действовало свыше 1000 медико-санитарных частей различной ведомственной принадлежности, более 1500 врачебных и 20 тыс. фельдшерских здравпунктов, в промышленном здравоохранении работали около 80 тыс. врачей, в том числе более 10 тыс. врачей-терапевтов цеховых врачебных участков. Промышленные предприятия вкладывали дополнительно к бюджету значительные средства в строительство и ремонт медицинских учреждений, оснащение их современным лечебно-диагностическим оборудованием, развитие социальной сферы, оказывали помощь лечебно-профилактическим учреждениям по внедрении новых медицинских технологий. Особенно значительный вклад в промышленное здравоохранение вносили градообразующие предприятия.

Экономические преобразования последнего десятилетия привели к росту числа предприятий различных форм собственности. В то же время стало выделяться гораздо меньше средств на улучшение условий труда, совершенствование оборудования и технологий; причиной этого – ухудшение бюджетного финансирования и отсутствие экономической заинтересованности работодателей в здоровье работающих. На многих предприятиях нарушаются требования законодательства в части охраны труда. По данным официальной статистики (возможно, заниженным), на работах с вредными и опасными условиями труда заняты около 7 млн человек, половина из которых – женщины.

Все перечисленное, наряду с социальной и экономической нестабильностью и множеством иных стрессовых факторов, негативно сказывается на здоровье как населения России в целом, так и экономически активной его части, от которой главным образом зависит экономическое возрождение государства и благополучие всего общества.

Чрезвычайно остро стоит проблема сверхсмертности трудоспособного населения, особенно от неестественных причин, в число которых входят травмы и несчастные случаи на производстве. Уровень смертности этого вида в России сегодня такой же, как 100 лет назад; он почти в 2,5 раза превышает аналогичный показатель в развитых странах и в 1,5 раза – в развивающихся.

Значительную часть трудопотерь, связанных с заболеваниями, травмами и преждевременной смертью, возможно частично и полностью предотвратить, но для этого необходимо решить стоящие перед страной социально-политические, экономические, производственные, экологические и медицинские проблемы. Решение этих проблем должно стать основой государственной политики в области охраны здоровья населения, в том числе работающего. Однако ясно, что сегодня подходы к организации здравоохранения в целом и промышленной медицины в частности не могут быть такими, как до начала реформ.

Уже к середине 1980-х годов в промышленной медицине, как и в отечественном здравоохранении в целом, накопилось множество проблем. И если в условиях нового хозяйственного механизма и позднее, в период внедрения медицинского страхования, вопросы финансирования территориальной амбулаторно-поликлинической и стационарной служб в какой-то мере решались благодаря появлению дополнительных внебюджетных источников финансирования, то медико-санитарные службы предприятий, не участвовавшие в экономическом эксперименте по внедрению нового хозяйственного механизма и впоследствии не включенные в систему обязательного медицинского страхования (за исключением стационаров медсанчастей и поликлиник медсанчастей открытого типа), оказались в сложной ситуации. В связи с этим в настоящее время материально-техническая база некоторых медико-санитарных частей не соответствует современным требованиям и не позволяет комплексно и качественно проводить профилактические мероприятия

с учетом производственных факторов и отрицательно влияющих на здоровье работающих условий их производственной деятельности.

Серьезную проблему представляло собой дублирование медицинской помощи работающим, «распыление» лечебных воздействий. Помощь оказывали участковые и цеховые врачи, специалисты муниципальных и цеховых медицинских учреждений. Это обусловливало высокие затраты и в то же время не позволяло сконцентрировать всю медицинскую, а также профессиональную историю пациента в руках одного ответственного лечащего врача. Предварительные и периодические медицинские осмотры работников предприятий нередко проводились учреждениями и комиссиями, не располагающими полной информацией о пациентах. Такая практика приводила к снижению качества медицинского контроля, многочисленным экспертным ошибкам; к профессиональной деятельности зачастую допускались лица, которым она была противопоказана.

Для сохранения имеющегося потенциала отечественного промышленного здравоохранения и существенного улучшения охраны здоровья работающего населения необходимы более эффективное использование имеющихся ресурсов и внедрение экономических методов управления.

С учетом этого была разработана и в 1997 г. одобрена Правительством Российской Федерации концепция развития медицинской науки и здравоохранения. Основа концепции – постепенный, поэтапный переход к системе единого лечащего врача, несущего ответственность за все медицинские аспекты профилактики, своевременной диагностики, лечения и реабилитации пациента, а также за экспертизу его профессиональной пригодности и допуск к профессиональной деятельности, связанной с воздействием неблагоприятных факторов или повышенной опасностью для работника и окружающих. Таким единым лечащим врачом для пациента может быть врач общей практики (семейный врач) либо участковый терапевт лечебно-профилактического учреждения, в котором больные получают медицинскую помощь на постоянной основе (по месту постоянной регистрации или по договору обязательного медицинского страхования).

23.06.1994 г. вступил в действие Приказ Минздравмедпрома России №130 «Об организации медицинской помощи работающим на предприятиях промышленности, транспорта, связи в условиях обязательного медицинского страхования». Приказ определил принципы работы лечебно-профилактических учреждений общелечебной сети по медицинскому обеспечению работающих, впервые наметил основные направления реформирования цеховой службы и медико-санитарных частей, их интеграции в систему муниципального здравоохранения, прекращения дублирования медицинской помощи работающим путем перехода к системе единого лечащего врача и медицинского учреждения. Сейчас по рекомендации Министерства юстиции отдельные поло-

жения приказа приводятся в соответствие с принятым позднее Гражданским кодексом Российской Федерации, но основные его положения остаются в силе. Реализация приказа способствовала сохранению медицинских учреждений и кадров промышленного здравоохранения и более рациональному их использованию.

В 1995–1996 гг. Минздравом РФ утверждены новые медицинские регламенты допуска к профессии в связи с развитием новых производственных технологий и проведения профилактических медицинских осмотров работников, имеющих контакт с производственными факторами риска (Приказы от 05.10.95 г. №280/88, от 14.03.96 г. №90; от 10.12.96 г. №405). В этих документах актуализированы регламенты допуска к профессии в связи с развитием новых производственных технологий и связанного с этим появления новых повреждающих воздействий. Введен новый порядок проведения предварительных и периодических медицинских осмотров: они должны проводиться только с участием лечащего врача, выполнением всего объема обследований, с рассмотрением, при необходимости, материалов клинико-экспертной комиссии соответствующего учреждения или с освидетельствованием пациента этой комиссией. Определена возможность направления лиц, длительно работающих с отдельными повреждающими факторами, на углубленное медицинское обследование в Центр профпатологии.

В соответствии с действующим законодательством предварительные медосмотры проводятся за счет граждан либо по решению работодателя, принимающего на работу или учебу (тогда – за его счет), а периодические – только за счет средств работодателя. Если работодатель не финансирует эту работу и допускает работников к профессиональной деятельности, связанной с воздействием вредных производственных факторов или повышенной опасностью для работника и окружающих без медицинского заключения, он должен нести за это ответственность в установленном законом порядке. Контролирующую функцию в данном случае осуществляют (наряду с другими организациями) органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Среди учреждений, оказывающих помощь работникам предприятий промышленности, строительства, транспорта и связи, наиболее совершенной формой является **медико-санитарная часть (МСЧ)**. Это комплексное лечебно-профилактическое учреждение, в котором оказывается специализированная амбулаторно-поликлиническая, а при наличии стационара – и больничная медицинская помощь трудящимся предприятия и прикрепленному населению; проводятся профилактические осмотры, осуществляются диспансеризация работающих на предприятии и необходимые оздоровительные мероприятия.

МСЧ бывают закрытого и открытого типа. Закрытая МСЧ предназначена для оказания медицинской помощи исключительно работающим на предприятии, при котором она организована. МСЧ открытого типа обеспечивает также помощь членам семей работающих на пред-

приятии, она может иметь в составе отделения (участки) для обслуживания населения прилегающих микрорайонов. График работы МСЧ строится с учетом режима работы предприятия, чтобы медицинская помощь была доступна в свободное от работы время.

Сейчас МСЧ может быть самостоятельным государственным учреждением (федерального, ведомственного или муниципального уровня) с правом юридического лица либо структурным подразделением предприятия негосударственной организационно-правовой формы собственности; в последнем случае юридический статус и реквизиты МСЧ определяются уставом предприятия.

По действующим нормативным документам (Приказ №130 от 23.06.94) учредителями государственных МСЧ являются Минздрав России, другие министерства и ведомства, территориальные органы управления здравоохранением и Госкомимущество России (территориальные комитеты по управлению имуществом). Учредителями медико-санитарных частей на предприятиях с негосударственными формами собственности являются сами предприятия и Госкомимущество России с его комитетами на местах.

Независимо от форм собственности деятельность МСЧ регламентируется законодательными и нормативными документами по вопросам охраны здоровья населения, уставом предприятия и действующим Положением о медико-санитарной части. Вся деятельность осуществляется в соответствии с выданной лицензией и полученным сертификатом.

В задачи МСЧ входят оказание специализированной квалифицированной и своевременной медико-санитарной помощи работникам предприятия при заболеваниях и травмах с целью снижения трудопотерь по болезни и инвалидности; планирование и осуществление совместно с администрацией предприятия и санэпидслужбой санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по оздоровлению условий труда, снижению общей заболеваемости, производственного травматизма и профессиональных заболеваний, а также осуществление контроля за состоянием здоровья работающих.

Структура МСЧ организуется в соответствии с задачами и функциями, в зависимости от численности обслуживаемого контингента, по согласованию с учредителем. В состав МСЧ, как правило, входят поликлиника, врачебные и фельдшерские здравпункты. В крупных МСЧ имеются стационары. В состав МСЧ могут входить также другие подразделения: ночные санатории-профилактории или пансионаты, отделения неотложной помощи, женские консультации, кабинеты психофизиологической разгрузки и др. Важным подразделением МСЧ является отделение восстановительного лечения. Взаимоотношения между структурными подразделениями МСЧ определяются уставом.

В состав поликлиники входят типовые подразделения: регистратура, кабинеты для амбулаторного приема пациентов цеховыми врача-

ми-терапевтами и основными специалистами, в том числе кабинеты подросткового врача, акушера-гинеколога. В поликлиниках крупных МСЧ организуются отделения профилактики.

Стационар открывается оптимально на 400–600 коек; в нем организуются как минимум два отделения: терапевтическое и хирургическое. Могут быть и специализированные отделения. Лечебно-диагностическая часть является общей для поликлиники и стационара, как и кабинет медицинской статистики и административно-хозяйственная часть.

Объединенная МСЧ, состоящая из поликлиники и стационара, является оптимальной формой. Чаще при предприятиях организуются необъединенные медицинские учреждения, состоящие из одной поликлиники.

Медико-санитарной частью может называться и больница, и поликлиника, если они обслуживают в основном рабочих, а не только население. Такие медицинские учреждения организуются при предприятиях на определенное количество работающих.

Во главе медсанчасти стоит главный врач – как правило, высококвалифицированный специалист, имеющий опыт организаторской работы. Поликлиника возглавляется заместителем главного врача по амбулаторно-поликлинической работе, который и считается заведующим поликлиникой. Во главе стационара стоит заместитель главного врача по стационару, которым обычно является начмед.

Для осуществления своих задач медсанчасть организует и проводит деятельность по следующим ***направлениям***:

1. Оказание лечебной поликлинической и стационарной медицинской помощи по основным врачебным специальностям.

2. Планирование совместно с санитарно-эпидемиологической службой и осуществление профилактических медицинских осмотров трех видов: предварительных – при поступлении на работу; периодических – для рабочих тяжелых и вредных профессий и целевых.

3. Медицинская экспертиза временной утраты трудоспособности.

4. Диспансеризация рабочих, особенно часто и длительно болеющих (к этой группе относят болеющих 4 раза в году и более с общей длительностью свыше 40 дней по одному заболеванию и болевших более 6 раз с длительностью более 60 дней по разным заболеваниям).

5. Контроль за санитарным состоянием и условиями труда работающих. Для этого цеховые врачи-терапевты периодически, в соответствии с заранее составленным графиком работы, выходят в цеха, на производственные участки и там непосредственно на местах осуществляют организационно-методическую работу.

6. Санитарное просвещение и гигиеническое воспитание работников предприятия по всем аспектам формирования здорового образа жизни.

7. Составление и реализация единого комплексного плана оздоровительных мероприятий и вообще планирование оздоровительной

работы по всем возможным направлениям. Мероприятия, требующие больших капитальных затрат, обычно отражаются в коллективных договорах, в планах по технике безопасности, в планах социального и экономического развития коллективов предприятия; они, как правило, утверждаются директором предприятия и обязательны для исполнения. В комплексном же плане медико-санитарной части находят отражение разделы оздоровительной работы, требующие меньших затрат и касающиеся в основном деятельности медиков. Эти планы разрабатываются сотрудниками медсанчасти под руководством главного врача, согласовываются с администрацией и утверждаются директором предприятия на очередной календарный год. Работа МСЧ по снижению заболеваемости и травматизма проводится в соответствии с этим планом. Как правило, в планах обязательно отражаются четыре группы мероприятий: 1) организационно-методические мероприятия (решение вопросов по охране здоровья работающих; выступления медицинских работников на различных производственных совещаниях и собраниях); 2) санитарно-технические мероприятия, связанные с автоматизацией производственных процессов, механизацией трудоемких работ, внедрением новых производственных технологий и др.; 3) санитарно-гигиенические мероприятия, направленные на снижение степени воздействия профессиональных вредностей (запыленности и загазованности рабочей зоны, шума, вибрации), утепление и освещение производственных помещений, совершенствование системы водоснабжения, канализации и др.; 4) лечебно-профилактические мероприятия (диспансеризация, профосмотры, вакцинация работающих при угрозе распространения инфекционных заболеваний и др).

8. Мероприятия по профилактике травматизма: подготовка санитарного актива, обучение работников предприятия само- и взаимопомощи, организация медицинских аптечек на рабочих местах и др.

9. Повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала в области гигиены труда, санитарно-противоэпидемического дела, современных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний; изучение и распространение передовых форм и методов работы.

10. Организация учета и медицинской отчетности в целях анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности, оценки качества и эффективности проводимой работы.

11. Разработка аварийного плана, создание неприкосновенного запаса лекарственных средств и медицинского оборудования на случай аварий и (или) стихийных бедствий.

Вся работа по этим и другим направлениям проводится медсанчастью в тесном контакте с администрацией предприятия, профсоюзными организациями, отделом техники безопасности, а также с организациями и учреждениями вне предприятия: санэпидслужбой, органами

и учреждениями здравоохранения, противопожарной службой, отделениями МЧС (чрезвычайных ситуаций).

Деятельность МСЧ строится на основе договоров об оказании медицинской помощи с учредителем, территориальным фондом обязательного медицинского страхования или страховыми медицинскими организациями, органами управления здравоохранением. В своей деятельности МСЧ использует принципы хозяйственного расчета, т.е. осуществляет самостоятельную хозяйственную деятельность в пределах, установленных уставом, в котором определяются имущественные и иные права и обязанности предприятия. Все взаиморасчеты за оказание медицинской помощи осуществляются в утвержденном законом порядке.

Финансирование деятельности МСЧ производится:

1) Из средств предприятия-учредителя на капитальное строительство, содержание помещений, включая оплату коммунальных услуг, ремонт, оснащение и эксплуатацию медицинского оборудования и транспорта, содержание медицинского персонала цеховых врачебных участков, врачебных и фельдшерских здравпунктов, сверхштатных нормативов, определенных в индивидуальном порядке.

2) Из средств государственного бюджета (федерального, отраслевого или местного) – при реализации целевых территориальных и федеральных программ, на содержание здравпунктов, организованных в пределах рекомендованных штатных нормативов.

3) Из средств территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ОМС) или страховых медицинских организаций в соответствии с программой ОМС.

4) Из средств, полученных от реализации договоров по добровольному медицинскому страхованию (ДМС).

5) Из средств, полученных при оказании платных медицинских услуг населению.

6) Из иных источников, не запрещенных законодательством РФ, в том числе подсобных прибольничных хозяйств, трудовых мастерских, благотворительных взносов и пр.

Контроль за работой медсанчасти и ее руководителя в области медицинской и финансово-хозяйственной деятельности осуществляют в пределах своей компетенции, определенной уставом и другими нормативными документами, учредитель, органы управления здравоохранением, территориальный фонд ОМС, налоговая инспекция и другие органы.

Более распространенной и приближенной к рабочим организационной формой оказания медицинской помощи на производстве являются *здравпункты*. Они организуются на предприятиях и в учебных заведениях для оказания первичной медико-санитарной помощи, а также для проведения мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости и улучшению санитарно-гигиенических условий на производстве.

В здравпунктах оказывается доврачебная и первая врачебная помощь при травмах, внезапных заболеваниях, отравлениях (в том числе профессиональных), острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. При необходимости здравпункт организует транспортировку больных и пострадавших в лечебно-профилактические учреждения. Кроме того, здравпункт проводит мероприятия по борьбе с общей и профессиональной заболеваемостью, производственным травматизмом, по оздоровлению условий труда и быта.

Персонал здравпунктов осуществляет плановые лечебно-оздоровительные, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия: организует медицинские осмотры работающих и их диспансеризацию; контролирует выполнение администрацией санитарных правил на производстве и перевод рабочих и служащих на работу в соответствии с состоянием их здоровья; проводит профилактические прививки; наблюдает за лицами, бывшими в контакте с инфекционными больными; обучает приемам само- и взаимопомощи при травмах; осуществляет работу с санитарным активом; участвует в разработке и анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности; проводит гигиеническое воспитание и пропаганду здорового образа жизни.

Здравпункты подразделяют на врачебные и фельдшерские. Они, как правило, входят в состав медсанчастей или городских (районных) больниц, поликлиник. При численности работников (учащихся) 1200 чел. и более организуется врачебный здравпункт. Фельдшерский здравпункт создается, как правило, при численности работников 500 чел. и более; в некоторых случаях – на шахтах, в геологоразведочных партиях и экспедициях, на удаленных участках – и при меньшей численности работников. В составе медико-санитарной части на крупном промышленном предприятии в отдельных цехах создаются цеховые фельдшерские здравпункты.

Персонал здравпунктов устанавливается по рекомендуемым штатным нормативам Приказа №130 от 23.06.94 г.

На промышленных предприятиях Ленинграда уже с 1968 г. вместо врачебных здравпунктов стали организовывать фельдшерские, а врачей здравпунктов переводить в ближайшие территориальные поликлиники в качестве цеховых терапевтов и объединять в цеховые отделения. Так возникла новая, более прогрессивная форма организации медицинской помощи на промышленных предприятиях – цеховые отделения территориальных лечебно-профилактических учреждений. Врач, работая в поликлинике, осуществляет амбулаторный прием работников закрепленных за ним подразделений и периодически посещает фельдшерские здравпункты на предприятии, где также принимает пациентов, проводит профилактическую и организационно-методическую работу.

В последние годы, в связи с акционированием предприятий и переходом на медицинское страхование, количество цеховых врачей в поликлиниках сокращается, многие участки ликвидируются как экономиче-

ски невыгодные для предприятий. Тем не менее представляется целесообразным привлекать амбулаторно-поликлинические учреждения по договорам с предприятиями и по договорам коллективного добровольного страхования для оказания медицинской помощи работникам предприятий, не имеющих медицинских подразделений.

Центральное место в системе промышленного здравоохранения занимает *цеховой врач* – терапевт, обслуживающий рабочих закрепленного за ним цехового врачебного участка.

Участок организуется при определенной численности работающих: средний норматив для обычных отраслей машиностроительной и легкой промышленности составляет 2000 чел. на один участок, а в тяжелых отраслях промышленности (угольной, горнорудной, металлургической, химической) – 1500 чел. При формировании участка необходимо учитывать три особенности. Во-первых, учитывается однородность технологического процесса, чтобы врачу было легче добиваться оздоровления условий труда. Во-вторых – тяжесть условий труда и вредность профессиональных факторов на отдельных производственных участках, т.е. цеха и подразделения распределяются по участкам так, чтобы нагрузка на цеховых врачей была равномерной. И, наконец, рационально формировать участки из близко расположенных цехов, чтобы они были компактными и не растянутыми по территории предприятия. В настоящее время состав участка и численность рабочих на нем определяются условиями контракта.

Цеховой врач осуществляет свою работу в соответствии с условиями контракта, заключенного с администрацией промышленного предприятия и территориальными органами здравоохранения. Главной задачей его является оказание медицинской помощи в условиях лечебно-профилактического учреждения совместно со специалистами этого учреждения, а также на месте работы пациентов. По согласованию с органами управления здравоохранением и по договору с территориальным фондом ОМС врач может оказывать первичную медико-санитарную помощь и на дому, т.е. работать по территориально-цеховому принципу. Содержание деятельности врача определяется законодательными нормативными актами (о длительности рабочего времени, режиме труда и др.) по вопросам охраны здоровья населения, уставом предприятия (учреждения), «Положением о МСЧ и городской поликлинике», а также «Положением о враче-терапевте цехового врачебного участка» (Приложение №2 к Приказу Минздравмедпрома РФ №130 от 26.06.94 г.). В своей работе врач подчиняется руководителю (главному врачу) лечебно-профилактического учреждения, в котором он работает, и администрации предприятия. В подчинении у него находится средний и младший медицинский персонал, закрепленный за участком и кабинетом для амбулаторного приема.

Исходя из задач и в соответствии с полученным сертификатом цеховой врач должен выполнять следующие функции:

– оказывать первую медицинскую помощь при острых заболеваниях, производственных травмах и отравлениях, организовывать транспортировку больных в ЛПУ;
– осуществлять амбулаторный прием, лечение и реабилитацию больных и инвалидов;
– обеспечивать организацию своевременной консультации врачей-специалистов, госпитализацию пациентов, нуждающихся в стационарном обследовании и лечении;
– проводить экспертизу временной нетрудоспособности и своевременно направлять больных на медико-социальную экспертизу;
– осуществлять координацию и проведение предварительных и периодических медицинских профилактических осмотров;
– проводить диспансеризацию хронических больных, в том числе часто и длительно болеющих, с осуществлением всего комплекса мер общественной профилактики: трудоустройство нуждающихся, отбор на санаторно-курортное лечение, диетическое питание и др.; картотека диспансерных больных должна включать данные на 100–150 пациентов. Диспансерные осмотры проводятся до 3–4 раз в год, осмотры часто и длительно болеющих – 2 раза в год;
– осуществлять динамическое наблюдение за состоянием здоровья рабочих своего участка на основе своевременного выявления общих и профессиональных заболеваний, полицевого учета случаев нетрудоспособности и анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
– проводить организационно-методические мероприятия по оздоровлению условий труда на рабочих местах, контролировать выполнение мероприятий коллективного договора и комплексного плана;
– проводить работу по подготовке санитарного актива на участке, санитарному просвещению и гигиеническому воспитанию работников предприятия, формированию здорового образа жизни.

Врач составляет комплексный план работы на год и поквартально на основе действующих текущих и перспективных планов работы медсанчасти. Рабочий день врача планируется следующим образом: 5 ч ежедневно отводится на амбулаторный прием и 2,5 ч – на организационно-профилактические мероприятия.

Если медико-санитарная часть имеет в своем составе поликлинику и стационар, то в работе врачей действует система чередования: год-полтора врач работает в поликлинике, затем несколько месяцев – в стационаре.

Врач имеет право не реже одного раза в 5 лет повышать квалификацию с отрывом от места работы за счет средств предприятия и личных средств; проходить аттестацию на врачебную категорию в установленные сроки; заключать в установленном порядке договоры добровольного медицинского страхования и получать плату за оказание дополнитель-

ных медицинских услуг; разрабатывать и вносить предложения администрации цехов по вопросам охраны здоровья работающих; в спорных и конфликтных случаях обращаться в органы управления здравоохранением, лицензионно-аккредитационную комиссию, независимую экспертную комиссию, арбитраж и правоохранительные органы.

Приказ №130 ввел в номенклатуру специальность и должность врача-профпатолога и создал нормативную базу, позволяющую развить в каждом субъекте Федерации сеть центров профпатологии. С момента издания приказа в стране создано и функционирует свыше 80 территориальных центров профпатологии. Начата подготовка врачей по специальности «Профпатология» в интернатуре и клинической ординатуре согласно утвержденным образовательно-профессиональным программам первичной специализации.

Необходимо подчеркнуть, что одной из важнейших причин приоритетного развития промышленной медицины в сложных социально-экономических условиях 1930–1950-х годов было стремление государства организовать преимущественное медицинское обслуживание работников отраслей, обеспечивающих рост национального дохода и безопасность страны. Экономический же кризис последнего десятилетия, наоборот, по сути, привел к свертыванию промышленного здравоохранения и сокращению объема лечебно-профилактической помощи, оказываемой по производственному принципу.

Что касается принципа преимущественного медицинского обслуживания промышленных рабочих, то он, безусловно, носит временный характер; в будущем, при создании равных для всех условий оказания медицинской помощи надлежащего уровня и качества, актуальность этого принципа отпадет, и он будет исключен из практики здравоохранения. Остальные организационные формы, принципы и методы медицинского обслуживания работников промышленных предприятий, как показала длительная история развития этого направления в отечественном здравоохранении, оказались действенными, жизнеспособными и экономически выгодными; в новых социально-экономических условиях они заслуживают признания, дальнейшего развития и совершенствования.

Глава 14

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ

Среди организационных принципов современного общественного здравоохранения одним из важных является соблюдение единства и преемственности медицинской помощи населению в городской и сельской местности. Огромная часть населения мира проживает в сельских районах. В Российской Федерации в сельской местности проживает немногим менее 30% населения страны.

Медицинская помощь сельскому населению строится на основных принципах организации здравоохранения. Однако факторы, определяющие различия между городом и деревней, влияют на организационные формы и методы работы сельских медицинских учреждений: характер расселения жителей, радиус обслуживания, сезонность работ, воздействие погодных условий при полевых работах, специфические условия трудового процесса, неустроенность хозяйственно-бытовой деятельности и бытовых условий, регионально-национальные особенности и обычаи, образовательный и культурный уровень и др. Организация медико-социальной помощи на селе, ее объем и качество зависят от удаленности медицинских учреждений от места жительства пациентов, укомплектованности квалифицированными кадрами и оборудованием, возможности получения специализированной медицинской помощи и реализации нормативов медико-социального обеспечения.

Основными особенностями организации медицинской помощи сельскому населению России были и являются в настоящее время:

- этапность;
- наличие специальных лечебно-профилактических учреждений в структуре сельского здравоохранения;
- специальные организационные формы и методы работы медицинского персонала и ЛПУ в целом.

Условно выделяют 3 этапа оказания врачебной помощи сельским жителям. Основными организационными формами медицинской помощи являются стационарная и разъездная.

Первый этап – сельский врачебный участок, охватывающий территорию с радиусом 5–10–15 км (в разных областях России) и включающий следующие ЛПУ: сельскую участковую больницу, врачебную амбулаторию, фельдшерские и фельдшерско-акушерские медпункты, здравпункты, на промышленных и сельскохозяйственных предприяти-

ях ясли-сады и др. На этом этапе сельские жители получают квалифицированную медицинскую помощь (терапевтическую, хирургическую, акушерскую и гинекологическую, стоматологическую, в ряде случаев – педиатрическую). Эти условия наиболее соответствуют соблюдению принципов общеврачебной практики и семейного медико-социального обслуживания.

Сельский врачебный участок является звеном первого контакта пациентов в системе медицинского обслуживания. Его основная задача – оказание населению участка доступной квалифицированной, приближенной к населению врачебной помощи и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Сельский врач должен быть (и по существу является) врачом общей практики. Численность населения на участке – от 5000 до 7000 человек.

Ближайшее медицинское учреждение, в которое обращается сельский житель, – фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), который является одной из особенностей сельского здравоохранения; открытие и функционирование ФАП в современных условиях вызваны необходимостью приблизить медицинскую помощь к населению в условиях большого радиуса обслуживания сельской участковой больницы и невысокой плотности населения в сельской местности. ФАП организуется в населенных пунктах с числом жителей от 700 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения не менее 5 км, а при удаленности более 7 км от ближайшего медицинского учреждения ФАП может быть организован в населенных пунктах с числом жителей 300–500 человек.

Основными задачами ФАП являются оказание доврачебной помощи и проведение санитарно-оздоровительных и противоэпидемических мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, снижение заболеваемости и травматизма, повышение санитарно-гигиенической культуры населения. Фельдшер ФАП оказывает первую медицинскую помощь при острых заболеваниях и травмах, проводит прививочную работу, физиотерапевтические мероприятия и в полном объеме выполняет назначение врача, организует патронаж детей и беременных женщин, под руководством врача проводит профилактические, противоэпидемические и санитарно-гигиенические мероприятия.

Основным медицинским учреждением на сельском врачебном участке является участковая больница или самостоятельная врачебная амбулатория. Характер и объем медицинской помощи в участковой больнице в основном определяются ее мощностью, оснащением, наличием врачей-специалистов. Здесь оказывается амбулаторная и стационарная помощь терапевтическим и инфекционным больным, помощь в родах, лечебно-профилактическая помощь детям, неотложная хирургическая и травматологическая помощь, осуществляются диспансерное наблюдение, профилактические мероприятия (прививки, профилактические осмотры, санитарно-гигиеническая и противоэпидемическая работа

санитарное просвещение, раннее выявление туберкулеза и онкопатологии и др.). В штате сельской участковой больницы в зависимости от ее мощности, численности населения и расстояния до центральной районной больницы (ЦРБ) могут быть врачи по основным специальностям (терапия, педиатрия, стоматология, акушерство, гинекология и хирургия).

Основными критериями при организации сельского врачебного участка являются количество населения, радиус обслуживания и характер территории.

В различных странах имеются свои особенности в организации первичной медицинской помощи сельскому населению. Общий принцип их работы состоит в приближении медицинской помощи к месту жительства и к месту работы; осуществлении перехода к системе общеврачебной практики и семейной медицине; оказании амбулаторной помощи и клинических лабораторных обследований; наличии врачебных кабинетов терапевта, хирурга, педиатра, акушера-гинеколога, стоматолога и др. В наиболее отдаленных местностях могут быть созданы маленькие стационары для взрослых и детей, для оказания помощи при родах и др.

В ряде стран при отсутствии врачей-специалистов в амбулатории педиатрическая и гинекологическая помощь оказывается в рамках разъездной системы медицинской помощи. По мнению экспертного Совета ВОЗ, участковые медицинские службы должны располагать небольшим числом родильных коек и палат для экстренной терапевтической и хирургической помощи (особенно, если транспортировка больных из этой местности затруднена). В других случаях предлагается разнообразная структура сельских медицинских учреждений от медицинского центра без коек до вполне развитой сельской больницы в отдаленных районах или больницы с койками для определенных заболеваний.

В настоящее время в ряде районов России происходит преобразование сельских больниц в стационары для реабилитации, восстановительного лечения, сестринского ухода (в том числе с совместным финансированием органами социальной защиты населения). Кроме того, далеко не всегда целесообразно существование малых участковых больниц как с экономической, так и с медицинской точки зрения. Доказано, что в более крупных больницах меньше финансовых средств (в расчете на койко-место) приходится расходовать на отопление, содержание обслуживающего персонала, хозяйственно-технические нужды, питание, инженерно-техническое обустройство и др. Кроме того, среднегодовая занятость койки многих участковых больниц не превышает 200–250 дней. В маломощных больницах трудно организовать на современном уровне оказание диагностической и лечебной помощи. В силу этих соображений сохраняются лишь относительно крупные, рентабельные сельские участковые больницы, а небольшие больницы реорганизуются во врачебные амбулатории и центры общеврачебной практики.

Второй этап обеспечения сельского населения медицинской помощью – районное звено во главе с центральной районной больницей (ЦРБ), которые имеются во всех районных административных территориях. В каждом районном центре функционирует филиал центра гигиены и эпидемиологии.

В структуре здравоохранения районов также могут быть межрайонные специализированные центры, номерные больницы, диспансеры, центры здоровья, здравпункты, районные и городские больницы и др.

Руководителем службы здравоохранения является главный врач района (или районного медицинского объединения), который возглавляет и центральную районную больницу. У него имеются заместители по организации медицинского обслуживания населения (ему непосредственно подчинен организационно-методический отдел); по медицинской части (который главным образом занимается вопросами работы стационара ЦРБ), по родовспоможению и детству, может быть также заместитель по организации поликлинической помощи. Санитарно-противоэпидемической службой района руководит главный государственный санитарный врач района, являющийся главным врачом филиала центра гигиены и эпидемиологии. В районе имеется также штат районных специалистов, как правило, заведующие профильными отделениями ЦРБ, в обязанность которых входит лечебно-консультативная и организационная работа по специальности в районе. В районную больницу обращаются сельские жители по направлениям медицинских учреждений сельского участка при необходимости специализированной медицинской помощи, функционального обследования, консультации у врачей-специалистов, а также жители приписных участков и самого райцентра. Категории районных больниц определяются численностью населения района и числом коек (с учетом сельских участковых больниц). Всего выделяют 6 категорий ЦРБ: от 100 (VI категория) до 400 (I категория) коек. Штатное расписание районных больниц позволяет иметь врачей большинства специальностей (в некоторых густонаселенных районах, особенно имеющих межрайонные специализированные центры, – до 30). Районное звено является главным в здравоохранении сельской административной территории, которое осуществляет специализированную квалифицированную медицинскую помощь по основным ее видам. Кроме того, специалисты ЦРБ обеспечивают организационно-методическое руководство всеми медицинскими учреждениями района.

В своем составе ЦРБ имеет следующие структурные подразделения: стационар с основными специализированными отделениями, поликлинику с консультативными приемами врачей-специалистов и соответствующими лечебно-диагностическими отделениями, организационно-методический кабинет, отделение скорой медицинской помощи и прочие структурные подразделения (морг, пищеблок, аптека и др.). Районные специалисты выезжают для консультаций, проводят показ-

зательные операции, обследование и лечение больных, направляют бригады врачей-специалистов в медицинские учреждения сельского участка, заслушивают отчеты врачей участковых больниц, заведующих фельдшерско-акушерскими пунктами, анализируют планы работ, статистические отчеты, проводят научные конференции, семинары, повышение квалификации на рабочем месте и др.

Помимо ЦРБ, расположенной в подавляющем большинстве случаев в районном центре, на территории района могут быть другие районные больницы, так называемые «номерные» больницы, которые часто выполняют функции филиала ЦРБ или могут специализироваться по тем или другим видам медицинской помощи.

В целях лучшего обеспечения специализированной медицинской помощью создаются межрайонные специализированные центры (отделения), оснащенные современным оборудованием. Они оказывают лечебную и консультативную помощь, осуществляют организационно-методическую работу, повышают квалификацию медицинского персонала районных и участковых больниц и поликлиник, анализируют показатели здоровья и факторы риска, определяющие заболеваемость по конкретной специальности,

Важным структурным подразделением центральной районной больницы является организационно-методический кабинет, работа которого направлена на обеспечение методического руководства: анализ деятельности медицинских учреждений, осуществление мероприятий по повышению качества лечебно-профилактической работы, повышение квалификации специалистов, организация работы по медицинской статистике и оценке здоровья населения, изучение и распространение новых современных форм работы по медицинскому обслуживанию, перспективное планирование развития здравоохранения района, организация работы по внебюджетной коммерческой деятельности и медицинскому страхованию. Оргметодкабинет должен быть укомплектован наиболее опытными врачами-специалистами. Для правильной организации работы и осуществления организационно-методического руководства кабинеты должны располагать данными об экономике и санитарном состоянии района, о сети и укомплектованности медицинских учреждений кадрами, об обеспеченности населения различными видами медико-социального обеспечения.

На основе систематического анализа состояния здоровья населения района, планов районных учреждений организационно-методический кабинет составляет комплексный план мероприятий по улучшению медицинской помощи и укреплению здоровья населения района.

Обеспечение методического руководства учетно-статистической работой и контроля за ней всех учреждений района является важнейшей функцией оргметодкабинета. В обязанности кабинетов входит прием годовых отчетов. На основании данных отчетных форм и специального анализа оргметодкабинет составляет обзор о состоянии здоровья

различных групп населения и оценивает показатели здравоохранения. В оргметодкабинетах должны быть сведения о районных конференциях и занятиях с врачами и средним медицинским персоналом, семинарах с участием районных специалистов, специализации и повышении квалификации медицинских работников (которые в сельской местности должны проходить 1 раз в 5 лет). Ежемесячно, ежеквартально кабинет вычисляет основные показатели работы каждого медицинского учреждения. Проводится анализ качественных показателей деятельности по ЦРБ и по району с разработкой мероприятий по их улучшению.

В составе ЦРБ могут быть выездные врачебные бригады (постоянно действующие функциональные подразделения). Кроме того, для приближения специализированной помощи к населению района важное значение имеют передвижные виды медицинской помощи: врачебные амбулатории, флюорографические кабинеты, клинико-диагностические лаборатории, зубоврачебные и зубопротезные кабинеты.

В системе специализированной помощи важна также роль диспансеров. На уровне района, как правило, функционируют противотуберкулезный и кожно-венерологический диспансеры (если других диспансеров нет, то соответствующие специалисты работают в поликлинике ЦРБ).

Большое внимание уделяется организации скорой медицинской помощи в сельских районах.

Анализ деятельности стационара и поликлиники ЦРБ оценивается такими же показателями, как в городской больнице и поликлинике.

Третий этап (уровень) медицинской помощи сельскому населению — областные учреждения здравоохранения, расположенные в областном центре (областная больница с консультативной поликлиникой, диспансеры, стоматологическая поликлиника, центр гигиены и эпидемиологии). На этом этапе оказывается высококвалифицированная медицинская помощь практически по всем специальностям.

Областная больница является научно-организационным, методическим и учебным центром здравоохранения. Основные ее функции: оказание высококвалифицированной специализированной консультативной амбулаторной и стационарной медицинской помощи; оказание организационно-методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям и экстренной медицинской помощи современными средствами сантранспорта вплоть до санитарной авиации; руководство и контроль за статистическим учетом и отчетностью лечебно-профилактических учреждений области; анализ показателей заболеваемости, инвалидности, общей и детской смертности в области, разработка мероприятий, направленных на их снижение; проведение мероприятий по специализации и усовершенствованию врачей, среднего медицинского персонала; внедрение новых технологий и методов управления, осуществление экспертных функций.

Структурными подразделениями областной больницы являются стационар, консультативная поликлиника, клинико-диагностические

подразделения, лечебно-диагностические, оргметодотдел с отделением медицинской статистики (в ряде больниц – отделы клинико-экспертные и организационно-экономической работы), отделение экстренной и планово-консультативной медицинской помощи, пансионат для пациентов, общежитие для медработников. В организационно-методической работе медицинских учреждений области принимают участие главные специалисты областного комитета по здравоохранению (главные хирург, терапевт, педиатр) и внештатные областные специалисты (чаще всего заведующие специализированными отделениями).

Коечная мощность областной больницы зависит от численности населения области. Наиболее целесообразны и экономически рентабельны областные больницы на 700–1000 коек.

Основными задачами консультативной поликлиники областной больницы являются: обеспечение направленным больным из медицинских учреждений участкового или районного уровня квалифицированной консультации по установлению или уточнению диагноза, определение объема и методов лечения, определение нуждаемости в стационарной помощи в отделениях областной больницы или ЛПУ области (района) для проведения дальнейшего лечения. Областная поликлиника выполняет не только консультативно-лечебную функцию, но и оценивает качество работы сельских врачей, районных и участковых больниц. В областную консультативную поликлинику больные направляются, как правило, после предварительной консультации и обследования у районных врачей-специалистов. Для равномерного распределения потока больных областная поликлиника регулярно сообщает о наличии свободных мест в общежитии, в отделениях больницы, согласовывает сроки поступления больных с учреждениями сельской местности. Консультативная поликлиника совместно с отделением экстренной и планово-консультативной помощи организует и проводит выездные консультации врачей-специалистов. На каждого больного консультативная поликлиника дает медицинское заключение, в котором указываются диагноз заболевания, проведенное лечение и дальнейшие рекомендации. Поликлиника систематически анализирует случаи расхождения диагнозов, ошибки, допущенные врачами лечебно-профилактических учреждений районов при обследовании и лечении больных на местах.

Отделение экстренной и планово-консультативной медицинской помощи, используя средства санитарной авиации или другой санитарный транспорт, оказывает экстренную и консультативную помощь с выездом в отдаленные населенные пункты или места дислокации (работы) сельских жителей. Отделение обеспечивает транспортировку больных в медицинские учреждения, вызовы из районов и поддерживает связь с бригадами, направленными для оказания медицинской помощи. Отделение экстренной помощи в неотложных случаях организует доставку больных в сопровождении медицинского персонала в специализированные учреждения за пределы области, срочную доставку раз-

личных лекарственных препаратов и средств, необходимых для спасения жизни больных.

Вся деятельность областной больницы по руководству сельскими медицинскими учреждениями координируется, анализируется и направляется специальным подразделением – отделом клинико-экспертной и организационно-экономической работы. Являясь структурной частью областной больницы, отдел служит базой областного управления здравоохранением по анализу состояния здоровья населения, оценке деятельности учреждений здравоохранения, лечебно-профилактического обслуживания населения области в целом. Среди основных направлений работы и функций районного отдела областной больницы можно выделить такие, как организационная, методическая, научно-практическая, консультативная, планово-нормативная, учебно-методическая, медико-статистическая, кадрово-штатная, экспертная и др.

К организационной деятельности относятся также изучение, обобщение, распространение опыта передовых учреждений (базовых и профильных), организация комплексных медицинских обследований населения, проведение плановых выездов и курирования, составление и издание инструктивно-методических и нормативных материалов.

Организационные формы научно-практической работы включают планирование научных исследований, внедрение результатов научных разработок в практическую работу медицинских учреждений, связь с кафедрами медицинских вузов и отделами научно-исследовательских институтов, организацию научных конференций и семинаров, участие врачей в работе научных обществ, публикации материалов и др.

Планово-нормативная функция предусматривает комплексное планирование оздоровительных мероприятий на административных территориях области, участие специалистов медицинских учреждений в экономическом и медико-социальном развитии области. Причем для обеспечения системности в решении данных вопросов необходима действенная связь с административными органами области, а также с различными общественными организациями.

Учебно-методическое направление предусматривает планирование мероприятий по повышению квалификации специалистов (курсы усовершенствования, рабочие места, семинары, прерывистые курсы, учебно-научные конференции, ординатура, аспирантура).

Специалистами оргметодотдела составляются положения о работе общественных советов больниц, о совместной деятельности с депутатскими комиссиями по здравоохранению, с работой обществ Красного Креста, ассоциаций медицинских работников и др. Важными задачами являются совершенствование трудовой деятельности медицинских работников, пересмотр их профессиональных обязанностей и должностных инструкций применительно к видам медицинской деятельности, правовая защита медицинских работников.

Таким образом, основными направлениями совершенствования медицинской помощи сельскому населению на современном этапе являются:

- развитие общеврачебной практики (на уровне сельского врачебного участка и районного звена);
- совершенствование выездных видов специализированной медицинской помощи;
- более широкое внедрение телемедицины;
- реорганизация сельских участковых больниц;
- развитие стационарозамещающих технологий (на всех этапах сельского здравоохранения).

Глава 15

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Здоровье матери и ребенка является важнейшим индикатором социально-экономической ситуации в стране, и его охрана – приоритетная задача общества и государства.

Охрана материнства и детства – это система мер государственного, общественного и частного характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин и детей, создание оптимальных условий для выполнения женщиной ее важнейшей социальной функции – рождения и воспитания здорового ребенка. Она предполагает социально-правовую защиту женщин и детей, обеспеченную соответствующими законами, а также создание и эффективное функционирование специальной сети медицинских учреждений охраны материнства и детства.

Учреждения системы охраны материнства и детства условно подразделяют на 2 группы: 1) учреждения, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь; 2) учреждения, оказывающие лечебно-профилактическую помощь детям.

Акушерско-гинекологическая помощь населению оказывается:
- родильными домами (общего профиля и специализированными);
- женскими консультациями (самостоятельными, в составе объединенного родильного дома, поликлиники или амбулатории);
- родильными и гинекологическими отделениями НИИ, вузов, медицинских академий последипломного образования (клиник);
- акушерско-гинекологическими отделениями многопрофильных городских и прочих больниц;
- НИИ акушерства и гинекологии;
- перинатальными центрами;
- женскими консультациями и гинекологическими кабинетами медико-санитарных частей;
- смотровыми кабинетами поликлиник;
- консультациями «Брак и семья»;
- медико-генетическими консультациями (кабинетами);
- центрами планирования семьи и репродукции;
- санаториями для беременных и
- другими учреждениями, не предусмотренными номенклатурой учреждений здравоохранения.

Основными учреждениями, оказывающими амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь женщинам, являются *женские консультации.*

Организация работы женской консультации

Женская консультация – лечебно-профилактическое учреждение диспансерного типа, оказывающее все виды амбулаторной акушерско-гинекологической помощи населению.

Основными задачами женской консультации являются:

1. Проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний.
2. Оказание лечебной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории.
3. Внедрение в практику работы современных достижений в диагностике и лечении патологии беременности, заболеваний родильниц и гинекологических больных, новых организационных средств работы, способствующих снижению недонашиваемости беременности, материнской и перинатальной смертности.
4. Обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных с акушерско-гинекологическими стационарами и другими лечебно-профилактическими учреждениями (поликлиникой, детской поликлиникой, кожно-венерологическим диспансером, онкологическим диспансером и др.).
5. Оказание помощи населению по планированию семьи (профилактика абортов, контрацепция, лечение бесплодия).
6. Проведение гигиенического воспитания и обучения населения по формированию здорового образа жизни.
7. Оказание социально-правовой помощи женщинам.

Структура женской консультации обусловлена стоящими перед ней задачами. Основными структурными подразделениями крупной современной женской консультации являются: регистратура, кабинеты участковых акушеров-гинекологов, кабинеты по профилактике абортов, кабинеты психопрофилактической подготовки к родам, физиотерапевтический кабинет, манипуляционная, кабинеты для приема терапевта, онкогинеколога, дерматовенеролога, стоматолога, социально-правовой кабинет (кабинет юриста), «комната молодой матери», операционная для проведения амбулаторных операций, эндоскопический кабинет, цитологическая и клинико-диагностическая лаборатории, кабинет функциональной диагностики, рентгеновский кабинет. Для обследования и лечения гинекологических больных могут быть организованы дневные стационары для проведения малых гинекологических операций и манипуляций.

Женская консультация строит свою работу по территориально-участковому принципу, т.е. каждый врач акушер-гинеколог (участковый) обслуживает определенную часть женского населения, проживающего на закрепленной территории (участке).

Необходимое число участковых акушеров-гинекологов рассчитывается по действующим нормативам, а участковых акушерок – по числу врачей.

Режим работы женской консультации строится с учетом безотказного обеспечения амбулаторной акушерско-гинекологической помощью женщин в их нерабочее время.

Регистратура женской консультации обеспечивает предварительную запись на прием к врачу на все дни недели при личном посещении или по телефону.

В регистратуре должна быть представлена наглядная информация: расписание приемов участковых акушеров-гинекологов, работы врачей других специальностей, лечебных и диагностических кабинетов.

Участковый акушер-гинеколог основную часть рабочего времени проводит на амбулаторном приеме, чередуя приемы в утренние и вечерние часы, а также оказывает помощь на дому женщинам, которые по состоянию здоровья не могут сами явиться в консультацию. По назначению врача средним медицинским персоналом на дому осуществляются лечебные процедуры и манипуляции диагностического характера.

С целью совершенствования профессионального мастерства акушера-гинеколога, работающего в женской консультации, объединенной с родильным домом, целесообразна периодическая работа врача участка в отделении стационара. Чередование работы в консультации и стационаре следует проводить через год, при этом важно закрепление за одним участком двух врачей, несколько лет взаимно заменяющих друг друга в консультации и в стационаре, хорошо знающих свой участок. Врачи консультации могут привлекаться к несению дежурств в акушерско-гинекологическом стационаре.

В работе врачу помогает акушерка. Она составляет список проживающих на акушерском участке женщин старше 15 лет, готовит инструменты, медицинскую документацию, проводит взвешивание беременных и измеряет артериальное давление, выдает направления на анализы и консультации, производит лечебные процедуры.

Основные направления работы участкового акушера-гинеколога

Диспансеризация беременных и родильниц

1. *Взятие беременной под наблюдение женской консультации и определение срока родов.* Проводимые консультацией мероприятия по охране здоровья беременной и антенатальной охране плода могут быть эффек-

тивными лишь при условии своевременного (до 12 нед. беременности) взятия беременной на учет женской консультацией, что позволяет: уменьшить риск ошибки в определении срока беременности; решить вопрос о возможности сохранения или необходимости прерывания беременности без существенного ущерба здоровью женщины; выявить гинекологическую и экстрагенитальную патологию и, при необходимости, пролечить беременную щадящими методами.

С точным определением срока беременности связано своевременное предоставление беременной дородового отпуска, позволяющего женщине спокойно подготовиться к родам.

Высокий процент ошибок (родоразрешение ранее или позже установленного срока на 15 дней и более) при определении срока беременности свидетельствует о недостаточной квалификации медицинского персонала и диагностической базе учреждения.

2. *Оформление медицинской документации на беременную.* Все данные опроса и обследования женщины, советы и назначения должны записываться в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (ф. №111/у), которые хранятся в картотеке каждого акушера-гинеколога по датам планируемого посещения. Там же хранятся карты: родивших; подлежащих патронажу женщин; госпитализированных беременных.

В целях информирования акушерского стационара о состоянии здоровья женщины и особенностях течения беременности врач женской консультации выдает на руки каждой беременной (при сроке беременности 28 нед.) «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» (ф.113/у), и при каждом посещении беременной женской консультации все сведения о результатах осмотров и исследований заносятся в нее.

3. *Систематическое наблюдение за состоянием здоровья беременных* (обследование, определение группы риска, лечение соматических заболеваний). Здоровой женщине рекомендуется посещать консультацию при нормальном течении беременности в первую ее половину – 1 раз в месяц, после 20 нед. – 2 раза в месяц и после 32 нед. беременности – 3–4 раза в месяц. За время беременности женщина должна посетить консультацию примерно 15 раз. При наличии заболеваний частота осмотров и порядок обследования определяются индивидуально.

Каждая беременная должна быть осмотрена терапевтом (при первой явке и в 32 нед. беременности), стоматологом, оториноларингологом.

4. *Организация дородового патронажа беременных.* Патронаж (посещение на дому) производится акушеркой по назначению врача, в первую очередь – к женщинам, не явившимся в назначенный срок в консультацию. Цель патронажа: изучение условий жизни семьи и обучение женщины правилам ухода за будущим ребенком.

5. *Госпитализация беременных*, нуждающихся в стационарном лечении. При сроке беременности до 20 нед. и наличии экстрагенитальной патологии женщины могут быть госпитализированы в многопрофиль-

ные стационары. В более поздние сроки дородовая госпитализация осуществляется, как правило, в отделении патологии беременности акушерского стационара.

6. *Физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам.* Физическая подготовка начинается с первых посещений женской консультации и проводится групповым методом. Женщины осваивают специальный комплекс упражнений, которые рекомендуется выполнять дома в течение определенного времени. Групповые занятия по психопрофилактической подготовке к родам целесообразно начинать с 32–34 нед. беременности. Подготовка беременных к родам проводится врачом участка, одним из врачей консультации или специально подготовленной акушеркой.

7. *Организация и проведение занятий* в «школах матерей». Занятия начинаются с 15–16 нед. беременности. Темы занятий: «О режиме беременной женщины», «О питании во время беременности», «Об уходе за будущим ребенком» и др.

8. *Изучение условий труда беременных.* Условия труда женщины во многом определяют исход беременности. Если они не соответствуют «Гигиеническим рекомендациям к рациональному трудоустройству беременных женщин», акушер-гинеколог дает «Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу» (ф. №084/у). При необходимости выдает листок нетрудоспособности, который оформляется в соответствии с действующей инструкцией и регистрируется в «Книге регистрации листков нетрудоспособности» (ф. №036/у).

9. *Лечебно-профилактическая помощь родильницам.* Первое послеродовое посещение консультации женщина должна сделать не позже, чем через 10–12 дней после выписки из акушерского стационара. Это ей следует разъяснить еще до родов. При нормальном течении послеродового периода женщина осматривается акушером-гинекологом вторично через 5–6 нед. после родов.

Патронажу подлежат родильницы:
- не явившиеся в консультацию через 10–12 дней после выписки из родильного дома;
- по указанию акушерского стационара (телефонное или письменное извещение);
- при осложненном течении послеродового периода;
- не явившиеся повторно в установленный срок.

Гинекологическая помощь

1. *Активное выявление гинекологических заболеваний.* Возможны два пути выявления патологии: по текущей обращаемости (на приеме и на дому) и при проведении профилактических медицинских осмотров (активное).

Каждая женщина должна осматриваться акушером-гинекологом 1 раз в год с применением цитологического и кольпоскопического

методов обследования. На женщин, подлежащих профилактическому осмотру, составляется «Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру» (ф. №048/у), на осмотренных – «Карта профилактически осмотренного» (ф. №074/у).

2. *Обследование и лечение гинекологических больных.* На каждую женщину, первично обратившуюся в женскую консультацию, заводится «Медицинская карта амбулаторного больного» (ф. №025/у).

Лечение гинекологических больных осуществляется главным образом в женской консультации, но может быть организовано и в здравпунктах (по месту работы), диспансерах, территориальных и ведомственных поликлиниках (смотровые акушерско-гинекологические кабинеты), а также на дому (по назначению врача). В случае необходимости женщина может быть направлена на консультацию к специалистам других ЛПУ. В крупных женских консультациях могут быть организованы специализированные приемы по гинекологической эндокринологии, бесплодию, невынашиванию беременности и т.д.

3. *Госпитализация женщин с гинекологической патологией.* В случаях, когда женщина с гинекологическим заболеванием нуждается в стационарном лечении, акушер-гинеколог оформляет направление на госпитализацию, акушерка проверяет факт поступления больной в стационар и делает соответствующие записи в медицинской карте.

После завершения стационарного лечения женщина возвращается под наблюдение консультации с «выпиской» стационара, сведения из которой заносятся в карту амбулаторного больного. При необходимости женщина продолжает лечение в амбулаторных условиях женской консультации.

4. *Экспертиза трудоспособности при гинекологических заболеваниях* осуществляется на общих основаниях.

5. *Диспансеризация* гинекологических больных и женщин с неблагоприятным акушерским анамнезом.

Выделяют *три группы женщин, подлежащих диспансеризации* в женской консультации:
- I группа – здоровые и беременные;
- II группа – акушерская: женщины с неблагоприятным акушерским анамнезом (осложнения в предыдущих родах, недонашивание и невынашивание, мертворождение, рождение детей с аномалиями, перенесшие кесарево сечение).
- III группа – гинекологическая: женщины с определенными гинекологическими заболеваниями (эрозия шейки матки, полипы цервикального канала, фибромиома матки, опухоли яичников, пузырный занос, хорионэпителиома, лейкоплакия, воспалительные процессы придатков матки с частыми рецидивами, маточные дисфункциональные кровотечения, злокачественные новообразования, бесплодие и др.).

На каждую женщину, подлежащую диспансеризации, заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф. №030/у).

Профилактика абортов, контрацепция

Искусственное прерывание беременности является причиной многих гинекологических заболеваний, вторичного женского бесплодия, одной из первых причин материнской смертности. Это явление имеет социально-медицинский характер, так как связано не только с уровнем использования противозачаточных средств, но и с экономическим положением общества.

Направление на операцию искусственного прерывания беременности дает участковый акушер-гинеколог, врач общей практики (семейный врач), а в сельской местности – акушер-гинеколог районной или участковой больницы.

Аборт производится только в условиях стационара. В амбулаторных условиях разрешается проводить лишь:

- вакуум-аспирацию (мини-аборт) в ранние сроки беременности при задержке менструаций до 20 дней;
- женщинам без отягощенного акушерского анамнеза при сроке беременности до 12 нед. в стационаре дневного пребывания на базе профильных НИИ, клинических многопрофильных городских и областных больниц.

В предупреждении абортов важную роль имеют рекомендации, индивидуальный подбор и обучение женщин использованию противозачаточных средств. Для этого в консультации желательно организовать выставку и продажу противозачаточных средств, литературы по предохранению от нежелательной беременности, мероприятия должны сопровождаться наглядным разъяснением опасности и вреда абортов. Идея профилактики абортов должна активно проводиться в санитарно-просветительной работе женской консультации.

Работа по формированию здорового образа жизни

Пропаганда здорового образа жизни – одна из главных задач санитарно-просветительной деятельности, которая проводится каждым медицинским работником, является его функциональной обязанностью, оплачивается на общих основаниях и фиксируется в «Журнале учета санитарно-просветительной работы» (ф. №038-0/у).

Учет и отчетность

В каждом медицинском учреждении имеется перечень учетных документов, утвержденных МЗиСР РФ, которые заполняются медицинскими работниками по мере надобности и служат основанием для составления документации. Сведения, полученные из отчетов, используются для расчета показателей и анализа деятельности учреж-

дения в целом, отдельного подразделения или конкретного медицинского работника.

Для анализа работы женской консультации рассчитывается ряд характерных только для данного учреждения показателей. И хотя некоторые из них исключены из государственной статистики, для отдельного лечебно-профилактического учреждения они имеют несомненное значение. Это следующие показатели:

1. Своевременность взятия беременных под наблюдение женской консультации.

1.1. Раннее поступление:

$$\frac{\text{Поступило под наблюдение женщин со сроком беременности до 12 нед.}}{\text{Поступило под наблюдение всего беременных}} \cdot 100\%.$$

1.2. Позднее поступление:

$$\frac{\text{Поступило под наблюдение женщин со сроком беременности 28 нед. и более}}{\text{Поступило под наблюдение всего беременных}} \cdot 100\%.$$

2. Частота ошибок в определении сроков родов.

2.1. Процент женщин, родивших ранее установленного срока на 15 дней и более:

$$\frac{\text{Число женщин, родивших ранее установленного консультацией срока на 15 дней и более}}{\text{Число родивших женщин, имевших дородовый отпуск}} \cdot 100\%.$$

2.2. Процент женщин, родивших позже установленного срока на 15 дней и более:

$$\frac{\text{Число женщин, родивших позже установленного консультацией срока на 15 дней и более}}{\text{Число родивших женщин, имевших дородовый отпуск}} \cdot 100\%.$$

3. Удельный вес беременных, которые были осмотрены терапевтом:

$$\frac{\text{Число беременных, которые были осмотрены терапевтом}}{\text{Число женщин, закончивших беременность родами + абортами + выкидышами}} \cdot 100\%.$$

4. Частота осложнений беременности:

$$\frac{\text{Число беременных, страдавших токсикозами второй половины беременности}}{\text{Число женщин, закончивших беременность родами + абортами + выкидышами}} \cdot 100\%.$$

5. Частота абортов.

5.1. Частота абортов рассчитывается на число женщин фертильного возраста:

$$\frac{\text{Число беременных, закончивших беременность абортами, из числа состоящих на учете в женской консультации}}{\text{Число женщин фертильного возраста, состоящих на учете в женской консультации}} \cdot 100\%.$$

5.2. Частота абортов рассчитывается на число родов (соотношение):

$$\frac{\text{Число абортов}}{\text{Число родов}}$$

6. Частота использования методов контрацепции (на 1000 женщин фертильного возраста):

$$\text{Частота использования} = \frac{\text{Число женщин, применяющих ВМС}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \cdot 1000.$$

Аналогично рассчитываются показатели по каждому методу контрацепции.

7. Структура исходов беременности:

а) удельный вес закончивших беременность родами в срок:

$$\frac{\text{Число женщин, закончивших беременность родами в срок}}{\text{Число женщин, закончивших беременность родами + абортами + выкидышами}} \cdot 100\%.$$

б) удельный вес преждевременных родов:

$$\frac{\text{Число женщин, закончивших беременность преждевременными родами}}{\text{Число женщин, закончивших беременность родами + абортами + выкидышами}} \cdot 100\%.$$

в) удельный вес абортов:

$$\frac{\text{Число женщин, закончивших беременность абортами}}{\text{Число женщин, закончивших беременность родами + абортами + выкидышами}} \cdot 100\%.$$

8. Антенатальная смертность:

$$\frac{\text{Число умерших детей в антенатальном периоде развития (28 нед. беременности и более) до начала родовой деятельности}}{\text{Общее число родившихся живыми и мертвыми}} \cdot 100\%$$

Организация стационарной акушерско-гинекологической помощи

Перед сетью учреждений, оказывающих стационарную акушерско-гинекологическую помощь, стоят следующие задачи: 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 новорожденным во время пребывания их в акушерском стационаре.

Основным учреждением, оказывающим стационарную акушерско-гинекологическую помощь, является *родильный дом*.

Различают *самостоятельные* родильные дома и *объединенные* (имеют в своем составе женскую консультацию), а также *специализированные* (обслуживают женщин с отдельными видами экстрагенитальной патологии).

Родильный дом работает в основном по территориальному принципу, но при желании женщина имеет право сама выбрать родовспомогательное учреждение.

Стационар родильного дома, родильного отделения больницы имеет следующие основные отделения:

1) приемно-смотровой блок (для каждого отделения);
2) физиологическое акушерское отделение (первое);
3) обсервационное акушерское отделение (второе);
4) отделение (палаты) патологии беременности;
5) палаты для новорожденных в составе каждого акушерского отделения и отделения патологии беременности;
6) гинекологическое отделение;
7) лабораторно-диагностическое отделение.

Планировка помещений родильного дома должна обеспечивать полную изоляцию здоровых женщин, поступивших для родоразрешения, от больных; строгое соблюдение санитарно-гигиенического режима. Первое и второе акушерское и гинекологическое отделения должны быть разобщены.

Направление женщин в родильный дом для оказания неотложной помощи осуществляется станцией (отделением) скорой и неотложной помощи, а также врачом акушером-гинекологом, врачами других специальностей и средними медицинскими работниками.

Кроме того, женщина может самостоятельно обратиться в родильный дом. Плановая госпитализация беременных в родильный дом осуществляется врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии – акушеркой.

Беременные с экстрагенитальными заболеваниями, нуждающиеся в обследовании и лечении, направляются в стационары по профилю патологии.

Подлежат госпитализации в родильный дом беременные (при наличии медицинских показаний), роженицы, родильницы в раннем послеродовом периоде (в течение 24 ч после родов) в случае родов вне лечебного учреждения.

Для госпитализации в отделение патологии беременных женской консультацией (или другим учреждением) выдаются направление, выписка из «Индивидуальной карты беременной и родильницы» (ф. №111/у) и «Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. №113/у) после 28 нед. беременности.

При поступлении в родильный дом роженица или родильница направляется в приемно-смотровой блок, где предъявляет паспорт, направление на госпитализацию и «Обменную карту...» (ф. №113/у), если она уже выдана.

На каждую женщину, поступившую в родильный дом, в приемно-смотровом блоке оформляют: «Историю родов» (ф. №096/у), производят запись в «Журнале учета приема беременных, рожениц и родильниц» (ф. №002/у) и в алфавитной книге.

Прием женщин в приемно-смотровом блоке ведет врач (в дневные часы – врачи отделений, затем – дежурные врачи) или акушерка, которая при необходимости вызывает врача.

В приемно-смотровом блоке целесообразно иметь одну комнату-фильтр и 2 смотровые комнаты.

Одна смотровая комната предусмотрена для приема женщин в физиологическое акушерское отделение, другая – в обсервационное.

Врач (или акушерка) оценивает общее состояние поступающей, знакомится с обменной картой, выясняет перенесенные инфекционные и воспалительные заболевания женщины до и во время беременности, обращая особое внимание на заболевания, перенесенные непосредственно перед поступлением в родильный дом, наличие хронических воспалительных заболеваний, длительность безводного промежутка.

В результате сбора анамнеза, осмотра, знакомства с документами в комнате-фильтре беременных разделяют на два потока: с нормальным течением беременности (направляются в первое акушерское отделение) и представляющие эпидемиологическую опасность для окружающих (направляются в обсервационное отделение).

Госпитализации в обсервационное отделение подлежат беременные и роженицы, имеющие:

– острые воспалительные и инфекционные заболевания (ОРВИ, грипп, ангина, пиелит, цистит, пиелонефрит, инфекция родовых путей, токсоплазмоз, листериоз);
– лихорадочное состояние;
– диарею;
– кожные и венерические заболевания;
– длительный безводный период;
– внутриутробную гибель плода;

– отсутствие «Обменной карты родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. №113/у);
– родильницы в раннем послеродовом периоде в случае родов вне лечебного учреждения.

В смотровых физиологического и обсервационного отделений проводят объективное обследование женщины, ее санитарную обработку, выдают комплект стерильного белья, берут на анализы кровь и мочу.

Из смотровой в сопровождении медицинского персонала женщина переходит в родовой блок или отделение патологии беременных, а при необходимости ее транспортируют на каталке обязательно в сопровождении врача или акушерки.

Родовой блок включает: предродовые палаты, родовые палаты, палату интенсивной терапии, детскую комнату, малую и большую операционные, санитарные помещения.

В предродовой палате женщины проводят весь первый период родов. Дежурная акушерка или врач постоянно наблюдает за состоянием роженицы. В конце первого периода родов женщина переводится в родовую палату (родильный зал).

При наличии двух родильных залов прием родов в них осуществляется поочередно. Каждый родильный зал работает в течение 1–2 сут., затем в нем проводят генеральную уборку. При наличии одного родильного зала прием родов проводят поочередно на различных кроватях. Два раза в неделю проводят генеральную уборку родильного зала. Нормально протекающие роды принимает акушерка.

После рождения ребенка акушерка показывает его матери, обращая внимание на его пол и наличие врожденных аномалий развития (если таковые имеются). Далее ребенка переносят в детскую комнату.

Родильница должна находиться в родовом отделении под наблюдением акушерки не менее 2 ч.

После выделения последа акушерка проходит в детскую комнату.

В детской комнате акушерка после мытья рук под проточной водой и их обработки проводит вторичную обработку пуповины, первичную обработку кожных покровов, взвешивание ребенка, измерение длины тела, окружностей груди и головы. К рукам ребенка привязываются браслетки, а после пеленания поверх одеяла – медальон. На них указываются: фамилия, имя, отчество, номер истории родов матери, пол ребенка, масса, рост, час и дата его рождения.

После окончания обработки новорожденного акушерка (врач) заполняет необходимые графы в «Истории родов» и «Истории развития новорожденного».

«Историю развития новорожденного» заполняет дежурный педиатр, а при его отсутствии – дежурный акушер-гинеколог. При оформлении «Истории развития новорожденного» ее номер должен соответствовать «Истории родов» матери.

При нормальном течении послеродового периода спустя 2 ч после родов женщина переводится на каталке вместе с ребенком в послеродовое отделение.

При заполнении палат послеродового отделения необходимо соблюдать строгую *цикличность*, одну палату разрешается заполнять роженицами не более 3 сут.

Цикличность заполнения материнских палат должна соответствовать цикличности заполнения палат новорожденных, что позволяет здоровых детей выписывать с матерями в одно и то же время.

При появлении у рожениц или новорожденных первых признаков заболевания их переводят во второе акушерское (обсервационное отделение) или в другое специализированное учреждение.

В обсервационное отделение женщины поступают как через приемно-смотровой блок акушерских отделений, так и из физиологического акушерского отделения.

В обсервационное отделение помещают: больных женщин, имеющих здорового ребенка; здоровых женщин, имеющих больного ребенка; больных женщин, имеющих больного ребенка.

Палаты для беременных и родильниц в обсервационном отделении по возможности должны быть профилированы. Недопустимо размещение беременных и родильниц в одной палате. Послеродовые палаты должны быть маломестными.

Палаты для новорожденных выделяются в физиологическом и обсервационном отделениях.

В современном родильном доме не менее 70% коек физиологического послеродового 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. Основной особенностью таких родильных домов или акушерских отделений является активное участие матери в уходе за новорожденным ребенком. Совместное пребывание матери и ребенка ограничивает контакт новорожденного с медицинским персоналом акушерского отделения, снижает возможность инфицирования ребенка и создает благоприятные условия для заселения организма новорожденного микрофлорой матери. При таком режиме обеспечивается раннее прикладывание новорожденного к груди, происходит активное обучение матери навыкам практического ухаживания и ухода за новорожденным.

При совместном пребывании матери и новорожденного они размещаются в боксах или полубоксах (на 1–2 кровати).

Внедрение метода совместного пребывания матери и ребенка в родильном доме требует строжайшего соблюдения противоэпидемического режима.

С целью снижения перинатальной смертности, организации постоянного наблюдения за состоянием жизненно важных функций новоро-

жденных и своевременного проведения корригирующих и диагностических мероприятий в родовспомогательных учреждениях создаются специальные палаты реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

В реанимационную палату переводятся новорожденные с тяжелыми поражениями жизненно важных органов и систем, нуждающиеся в проведении реанимационных мероприятий. В палаты интенсивной терапии переводятся новорожденные из группы высокого риска развития нарушений адаптации в раннем неонатальном периоде. Для работы в палатах реанимации и интенсивной терапии выделяются квалифицированные медицинские сестры, прошедшие специальную подготовку.

Осмотр детей, диагностическое наблюдение и проведение диагностических и лечебных манипуляций осуществляет квалифицированный врач-неонатолог с обязательным регулярным консультативным осмотром заведующего отделением новорожденных.

Основными критериями для выписки женщины из родильного дома являются удовлетворительное общее состояние, нормальные: температура, частота пульса, артериальное давление, состояние желез, инволюция матки, результаты лабораторных исследований.

При обострении экстрагенитальных заболеваний родильницы могут быть переведены в соответствующий стационар, а при возникновении осложнений послеродового периода – в обсервационное 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, раздельные для родильниц из физиологического и обсервационного отделений. Эти комнаты следует размещать смежно с помещением для посетителей.

Выписные комнаты должны иметь 2 двери: из послеродового отделения и из помещения для посетителей. Нельзя использовать для выписки родильниц приемные помещения.

Перед выпиской педиатр в каждой палате проводит беседу с родильницами об уходе и вскармливании ребенка в домашних условиях. Медицинская сестра в палате должна дополнительно обработать и перепеленать ребенка.

В выписной комнате медицинская сестра отделения новорожденных пеленает ребенка в принесенное домашнее белье, обучает мать пеленанию, обращает ее внимание на запись фамилии, имени и отчества на браслетках и медальоне, состояние кожных покровов и слизистых ребенка, еще раз рассказывает об особенностях ухода в домашних условиях.

В «Истории развития новорожденного» медицинская сестра отмечает время его выписки из родильного дома и состояние кожных покровов,

слизистых; знакомит мать с записью. Запись удостоверяется подписями медицинской сестры и матери. Медицинская сестра выдает матери «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. 103/у) и «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. 113/у).

Врач-педиатр обязан отметить в «Обменной карте...» основные сведения о матери и новорожденном.

В день выписки ребенка старшая сестра отделения новорожденных сообщает по телефону в детскую поликлинику по месту проживания основные сведения о выписанном ребенке. Это обеспечивает более быстрое проведение первого патронажа на дому. Старшая сестра отмечает в журнале дату выписки матери и ребенка и записывает фамилию сотрудника поликлиники, принявшего телефонограмму.

Выписку желательно осуществлять в торжественной обстановке, целесообразно обеспечить молодую мать брошюрами и рекомендациями по уходу, вскармливанию и воспитанию новорожденного ребенка.

Отделение патологии беременных организуется в крупных родильных домах с мощностью 100 коек и более.

В отделение патологии беременных госпитализируют: женщин с экстрагенитальными заболеваниями, осложнениями беременности (тяжелые токсикозы, угроза прерывания и т.д.), неправильным положением плода, отягощенным акушерским анамнезом.

Планировка отделения патологии беременных должна предусматривать полную изоляцию его от акушерских отделений, возможность транспортировки беременных в родовое физиологическое и обсервационное отделения (минуя другие отделения), а также выход для беременных из отделения на улицу.

Желательно чтобы палаты были небольшими – на 1–2 женщины. В отделении необходимо иметь: кабинет функциональной диагностики с современным оборудованием (в основном кардиологическим), смотровую, малую операционную, кабинет физиопсихопрофилактической подготовки к родам, крытые веранды или залы для прогулок беременных. Отделение должно безотказно снабжаться кислородом.

В последние годы стали организовываться отделения патологии беременных с полусанаторным режимом, имеющие тесную связь с санаториями для беременных, где закрепляют результаты лечения, полученные в родильном доме.

Из отделения патологии беременных женщин могут перевести: в связи с улучшением состояния – под наблюдение женской консультации или в санаторий для беременных, для родоразрешения – в физиологическое или обсервационное отделение. Перевод женщин в родильное отделение осуществляется обязательно через приемное отделение, где ей проводят полную санитарную обработку. При наличии условий для санитарной обработки в отделении патологии беременных ее производят непосредственно в отделении.

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 должны входить: свое приемное отделение, перевязочная, манипуляционная, малая и большая операционные, физиотерапевтический кабинет, комната для выписки, палата интенсивной терапии. Кроме того, для диагностики и лечения гинекологических больных используют другие подразделения родильного дома: клиническую лабораторию, рентгеновский кабинет и т.д.

В последние годы отделение *для прерывания беременности* стараются выводить из акушерских стационаров с созданием самостоятельных отделений. Организуются самостоятельные гинекологические больницы, дневные стационары. Отделения для онкологических больных, как правило, размещаются в соответствующих стационарах.

Основной особенностью родовспомогательных учреждений является постоянное пребывание в них высокочувствительных к инфекциям новорожденных детей и женщин в послеродовом периоде. Поэтому в родовспомогательном учреждении должен быть организован и проводиться специальный комплекс санитарно-гигиенических мероприятий. Этот комплекс включает:

- своевременное выявление и изоляцию рожениц, родильниц и новорожденных с гнойно-септическими заболеваниями;
- своевременное выявление носителей инфекции и их санацию;
- применение высокоэффективных методов обеззараживания рук медицинского персонала и кожи операционного поля, перевязочного материала, инструментов, шприцев;
- использование методов и средств дезинфекции для обработки различных объектов внешней среды (постельные принадлежности, одежда, обувь, посуда и др.).

Заведующие отделениями вместе со старшими акушерками (сестрами) отделений организуют и контролируют эту работу. Старшая акушерка (сестра) отделения проводит инструктаж среднего и младшего персонала по выполнению санитарно-гигиенических мероприятий не реже 1 раза в месяц. Персонал, поступающий на работу в родильный дом, проходит полный медицинский осмотр и инструктаж по проведению санитарно-гигиенических мероприятий на порученном участке работы. Весь персонал родильного дома должен находиться под диспансерным наблюдением для своевременного выявления очагов инфекции.

Зав. отделением один раз в квартал организует осмотр и обследование персонала на носительство золотистого стафилококка. Персонал ежедневно перед выходом на смену принимает гигиенический душ и проходит врачебный осмотр (термометрия, осмотр зева и кожи). Работ-

ники родильного дома обеспечиваются индивидуальными шкафчиками для одежды, индивидуальными полотенцами. Санодежду меняют ежедневно; при возникновении внутрибольничных инфекций в обсервационном отделении 4-слойные маркированные маски меняют каждые 4 часа. Акушерские стационары закрывают для полной дезинфекции не реже 1 раза в год.

При возникновении в родильном доме внутрибольничных инфекций прием рожениц прекращается, проводятся детальное эпидемиологическое обследование и комплекс противоэпидемических мероприятий.

Около 5% коек родильного дома выделяют под изоляторы. В крупных родильных домах организуют специальные септические отделения.

Ответственность за проведение комплекса санитарно-гигиенических мероприятий по борьбе с внутрибольничными инфекциями в родильном доме возлагается на главного врача.

Контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима в родильном доме осуществляет территориальный центр санэпиднадзора.

Для анализа деятельности стационара родильного дома, помимо общепринятых для любого стационара показателей, целесообразно рассчитывать:

1. Показатели, характеризующие активность медицинской помощи:

а) частота обезболивания родов (% медикаментозного обезболивания родов):

$$\frac{\text{Число родов с применением обезболивания}}{\text{Общее число принятых родов}} \cdot 100\%.$$

б) частота кесаревых сечений:

$$\frac{\text{Число кесаревых сечений}}{\text{Общее число принятых родов}} \cdot 100\%.$$

в) % БЦЖирования новорожденных:

$$\frac{\text{Число сделанных противотуберкулезных прививок}}{\text{Число детей, родившихся живыми}} \cdot 100\%.$$

2. Показатели, характеризующие здоровье матери:

а) частота осложнений родов (разрывы промежности, кровотечения, пре- и эклампсии):

$$\text{Частота эклампсий} = \frac{\text{Число случаев эклампсий}}{\text{Число принятых родов}} \cdot 1000.$$

Аналогично рассчитываются показатели по каждому из осложнений.

б) частота послеродовых заболеваний у родильниц:

$$\frac{\text{Число послеродовых заболеваний}}{\text{Число родов}} \cdot 1000.$$

в) материнская смертность:

$$\frac{\text{Число женщин, умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода}}{\text{Общее число принятых родов}} \cdot 1000.$$

3. Показатели, характеризующие здоровье новорожденного:

а) заболеваемость новорожденных:

$$\frac{\text{Число случаев заболеваний новорожденных доношенных и недоношенных}}{\text{Число родившихся живыми}} \cdot 1000.$$

Аналогично рассчитываются показатели отдельно для доношенных и недоношенных новорожденных.

б) % новорожденных с низкой массой тела (до 2500 г):

$$\frac{\text{Родилось с массой тела до 2500 г}}{\text{Число родившихся живыми}} \cdot 1000$$

в) смертность новорожденных:

$$\frac{\text{Число умерших новорожденных, всего}}{\text{Число родившихся живыми}} \cdot 1000.$$

Аналогично рассчитываются показатели отдельно для доношенных и недоношенных новорожденных:

г) перинатальная смертность:

$$\frac{\text{Число новорожденных, умерших в возрасте 0–6 сут. + число родившихся мертвыми}}{\text{Число родившихся живыми + число родившихся мертвыми}} \cdot 1000.$$

д) ранняя неонатальная смертность:

$$\frac{\text{Число новорожденных, умерших в возрасте 0–6 сут.}}{\text{Всего родилось живыми}} \cdot 1000.$$

е) мертворождаемость:

$$\frac{\text{Родилось мертвыми в отчетном году}}{\text{Родилось живыми + мертвыми в отчетном году}} \cdot 1000.$$

Глава 16

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Основы законодательства Российской Федерации «Об охране здоровья граждан» в ст. 24 определяют права несовершеннолетних в интересах охраны их здоровья.

Эти права обеспечиваются широкой сетью лечебно-профилактических учреждений для детей, к которым относятся: детские городские больницы, детские больницы на железнодорожном транспорте, детские областные (краевые), окружные больницы, специализированные детские больницы (инфекционные, психиатрические и др.), дневные стационары, детские консультативно-диагностические центры, перинатальные центры, диспансеры, детские городские поликлиники, детские стоматологические поликлиники, дома ребенка, родильные дома, детские бальнеологические и грязелечебницы, детские санатории, специализированные санаторные лагеря круглогодичного действия, детские отделения стационаров и поликлиник общего профиля, детские клиники НИИ, вузов и др.

Основной объем первичной лечебно-профилактической помощи детям выполняют детские городские поликлиники.

Организация работы детской поликлиники

Детская поликлиника – лечебно-профилактическое учреждение по оказанию внебольничной медицинской помощи детям от рождения до 18 лет и учащимся образовательных учреждений независимо от возраста.

Детские поликлиники могут быть самостоятельными или являться структурными подразделениями детской больницы, крупной городской поликлиники, ЦРБ и др.

Главное направление деятельности детской поликлиники – обеспечение необходимых условий для развития и воспитания здорового ребенка, проведение первичной профилактики заболеваний, оказание лечебной помощи больным детям, организация лечебно-оздоровительной работы с детьми, имеющими отклонения в развитии и состоянии здоровья.

В настоящее время *детская городская поликлиника обеспечивает в районе своей деятельности:*

1) организацию и проведение комплекса *профилактических мероприятий* среди детского населения путем:

– наблюдения за новорожденными, проведения профилактических осмотров и диспансеризации детей;
– проведения профилактических прививок в установленные Министерством здравоохранения и социального развития РФ сроки;
– проведения лекций, бесед, конференций для родителей, занятий в школе матерей и др.;

2) *лечебно-консультативную помощь* детям на дому и в поликлинике, в том числе квалифицированную специализированную медицинскую помощь; направление детей на лечение в стационары, на восстановительное лечение в санатории; отбор детей в оздоровительные учреждения;

3) *противоэпидемические мероприятия* (совместно с центром санитарно-эпидемиологического надзора);

4) *лечебно-профилактическую работу* в детских организованных коллективах.

Структура детской поликлиники строится в соответствии с поставленными перед ней задачами и включает:
– фильтр с отдельным входом и изоляторы с боксами;
– кабинеты врачей-педиатров и врачей узких специальностей;
– кабинет по профилактической работе с детьми (кабинет здорового ребенка);
– отделение восстановительного лечения;
– лечебно-диагностические кабинеты (рентгеновский, физиотерапевтический, лечебной физкультуры и др.);
– прививочный кабинет;
– регистратуру, гардероб и другие вспомогательные помещения, холлы для ожидания;
– административно-хозяйственную часть (в самостоятельных поликлиниках).

В современных условиях в городах организуются и строятся преимущественно крупные детские поликлиники на 600–800 посещений в смену, имеющие все условия для правильной организации лечебно-профилактической работы: необходимый набор помещений для специализированных кабинетов, залы лечебной физкультуры, бассейны для плавания, водо- и грязелечебницы, кабинеты для свето- и электролечения, передвижные физиотерапевтические кабинеты для дошкольных и школьных учреждений.

Ведущей фигурой в организации внебольничной помощи детям является участковый врач-педиатр детской городской поликлиники. Он осуществляет динамическое наблюдение за состоянием здоровья, физическим и нервно-психическим развитием детей; занимается профилактикой заболеваний и травматизма среди детей; обеспечивает своевременную и качественную диагностику с целью выявления преморбидных состояний и ранних форм заболеваний; лечение больных детей в поликлинике и на дому; отбор детей, нуждающихся в лечении

у врачей узких специальностей, госпитализации, санаторно-курортном лечении; проводит профилактическую и лечебную работу в детских организованных коллективах.

Вся деятельность участкового врача-педиатра строится в соответствии с задачами детской поликлиники в четырех основных направлениях:

– профилактическая работа;
– лечебная работа;
– противоэпидемическая работа;
– лечебно-профилактическая работа в детских организованных коллективах.

Профилактическая работа

Главной целью профилактической деятельности участкового педиатра являются проведение мероприятий, способствующих правильному физическому и нервно-психическому развитию детей, широкое внедрение гигиенических требований в повседневную жизнь семьи.

Основным методом в профилактической работе является *диспансерный метод* – метод активного динамического наблюдения не только за больными, но и за здоровыми детьми.

Организация профилактических мероприятий, направленных на охрану здоровья ребенка, фактически начинается еще до его рождения. Наблюдение за здоровьем беременной женщины осуществляется совместно врачами женской консультации и детской поликлиники. С момента взятия беременной женщины на учет участковый педиатр организует проведение патронажа беременной, совместно с акушерами-гинекологами женской консультации проводит занятия «школы молодых матерей».

Беременная женщина должна посетить кабинет здорового ребенка, участковый педиатр и медицинская сестра проводят индивидуальные и групповые беседы, знакомят будущую мать с наглядными пособиями и предметами ухода за новорожденным.

Согласно существующему положению врач-педиатр и медицинская сестра детской поликлиники посещают новорожденного в первые 3 дня после выписки из родильного дома. Если в семье родился первый ребенок, двойня или у матери нет молока, патронажное посещение рекомендуется сделать в первый же день после выписки. В дальнейшем участковая медсестра посещает ребенка на дому через 1–2 дня в течение первой недели и еженедельно – в течение первого месяца жизни.

Участковый врач повторно посещает ребенка на дому на 14-й, затем на 21-й день жизни.

Под особым наблюдением участкового врача находятся дети из группы риска:

– дети из двойни;
– недоношенные;

– родившиеся с большой массой тела;
– с родовой травмой;
– родившиеся у матерей с патологией беременности, родов или перенесших инфекционное заболевание во время беременности;
– выписанные из отделения патологии новорожденных;
– дети в неблагоприятных социально-бытовых условиях.

При патронажном посещении на 4-й неделе жизни новорожденного участковая медицинская сестра приглашает мать на первый прием в поликлинику.

Участковый педиатр наблюдает здорового ребенка на первом году жизни 1 раз в месяц, желательно в условиях поликлиники. Во время приема врач осуществляет контроль за правильным физическим и нервно-психическим развитием ребенка, дает необходимые рекомендации матери по вскармливанию, организации режима дня, закаливанию, физическому воспитанию, профилактике рахита и по другим вопросам.

Прогрессивной формой гигиенического воспитания родителей с детьми первого года жизни являются групповые профилактические приемы, которые предусматривают не только обследования, но и тщательный опрос матерей относительно режима жизни ребенка, вскармливания и ухода за ним.

Участковая медицинская сестра посещает на дому здорового ребенка первого года жизни не реже одного раза в месяц.

Медицинское наблюдение за развитием детей этой возрастной группы должно вестись с учетом как индивидуальных особенностей ребенка, так и наиболее ответственных периодов в жизни детей первого года жизни: выписка из родильного дома; начало специфической профилактики рахита; введение докорма, прикорма; проведение профилактических прививок; прекращение грудного вскармливания; оформление ребенка в детское учреждение и др.

В возрасте 3, 6, 9, 12 мес. (декретированные возрасты) участковый врач на основании тщательного осмотра ребенка, антропометрических измерений, беседы с матерью составляет подробный эпикриз, в котором дает оценку состояния здоровья ребенка, его физического и нервно-психического развития в динамике, а также составляет план наблюдения и оздоровительных мероприятий, если в этом есть необходимость, на последующий период.

Участковый врач-педиатр наблюдает ребенка 2-го года жизни один раз в квартал (с проведением антропометрических измерений), при этом он дает подробное заключение о состоянии его здоровья, оценивает физическое и нервно-психическое развитие. Это заключение необходимо довести до сведения родителей, обращая внимание на недостатки в воспитании ребенка, выполнение тех или иных назначений, рекомендации по дальнейшему воспитанию и оздоровлению ребенка.

Медицинская сестра должна посещать ребенка первые 2 года жизни на дому не реже 1 раза в квартал.

На 3-м году жизни ребенка осматривают педиатр (1 раз в полгода) с профилактической целью и патронажная сестра (1 раз в полгода). Основное внимание при проведении осмотров детей данной возрастной группы уделяют организации режима, проведению закаливающих мероприятий, физическому воспитанию, рациональному питанию, развитию движений, нервно-психическому и физическому развитию ребенка. Два раза в год ребенку проводятся антропометрические измерения. В конце 3-го года жизни, когда заканчивается наиболее важный период развития ребенка – период раннего возраста, врач подводит итоги трехлетней профилактической работы с ребенком, оценивает состояние здоровья, динамику физического и нервно-психического развития, составляет план оздоровительных мероприятий на последующий период, а при необходимости и план лечения.

Участковый врач-педиатр обеспечивает профилактическое наблюдение за неорганизованными* детьми в возрасте от 3 до 7 лет. За этот период врач осматривает детей не реже 1 раза в год с заключительной диспансеризацией перед поступлением в школу. Антропометрию проводят у детей в возрасте 5 лет и 6–7 лет. Особое внимание в этот период обращают на организацию режима, нервно-психическое и физическое развитие ребенка, готовность детей к школе.

Для осуществления профилактической работы со здоровыми детьми раннего возраста в составе детской поликлиники организуется *кабинет профилактической работы с детьми* (кабинет здорового ребенка).

Основными задачами кабинета здорового ребенка являются:

– пропаганда здорового образа жизни в семье;
– обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребенка (режим, питание, физическое воспитание, закаливание, уход и др.);
– санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания детей, профилактики заболеваний и отклонений в развитии ребенка;
– гигиеническое обучение и воспитание ребенка.

Медицинский персонал кабинета здорового ребенка:

– оказывает помощь участковым врачам-педиатрам в проведении занятий «школ молодых матерей, отцов»;
– проводит индивидуальные и коллективные беседы с родителями детей раннего возраста, выдает им памятки и методическую литературу по вопросам охраны здоровья ребенка;
– обучает родителей методике ухода за детьми, организации режима дня, возрастным комплексам массажа, гимнастики, проведению закаливающих процедур, технологии приготовления детского питания, правилам введения докорма и прикорма;
– проводит работу по профилактике рахита у детей;

* Не посещающие организованные коллективы (дошкольные учреждения).

– совместно с участковым педиатром и участковой медицинской сестрой проводит индивидуальную подготовку детей к поступлению в детское дошкольное учреждение;
– обучает участковых медицинских сестер вопросам профилактической работы с детьми, методике массажа, гимнастики, закаливающих процедур и др.;
– осуществляет связь с центром здоровья для изучения и распространения новых материалов, оформления кабинета по вопросам развития и воспитания здорового ребенка;
– ведет необходимую рабочую документацию и учет инструктивно-методических материалов по развитию и воспитанию детей раннего возраста.

Кабинет здорового ребенка должен быть обеспечен методическими материалами и наглядными пособиями по основным вопросам развития и воспитания здорового ребенка, профилактике заболеваний.

Диспансеризация является основной формой работы детских поликлиник и проводится, во-первых, по возрастному признаку вне зависимости от состояния ребенка, во-вторых, в зависимости от имеющегося заболевания.

Важнейшим звеном диспансеризации детского населения является организация профилактических осмотров. Выделяют следующие виды профилактических осмотров: профилактический осмотр, который проводит врач, обслуживающий ребенка по месту жительства или в детском учреждении; углубленный профилактический осмотр, при котором осмотру предшествует проведение определенных функционально-диагностических исследований; комплексные профилактические осмотры, при которых здоровье ребенка оценивается бригадой врачей-специалистов.

В поликлиниках выделяют 3 группы детей, подлежащих профилактическим осмотрам:
– дети до 7-летнего возраста, не посещающие детские дошкольные учреждения;
– дети, посещающие детские дошкольные учреждения;
– школьники.

Для первой группы детей наиболее целесообразным является выделение в поликлиниках профилактических дней, когда все специалисты в поликлиниках принимают только здоровых детей. Число таких дней работы во многом зависит от мощности поликлиники.

Так, в крупных городских поликлиниках выделяют 2 дня в неделю, причем поликлиника открыта для здоровых и для находящихся под диспансерным наблюдением детей всех возрастов. Для упорядочения работы матерям вручают памятку о том, какими специалистами должен быть осмотрен ребенок в различные возрастные периоды его жизни. В вестибюле вывешивается хорошо оформленная справка аналогичного содержания.

Частота профилактических осмотров врачами-специалистами предусмотрена так, чтобы своевременно выявить отклонения в состоянии здоровья детей и организовать необходимые лечебные и оздоровительные мероприятия.

В настоящее время профилактические осмотры детей, посещающих образовательные учреждения, проводятся в виде обязательных *углубленных* обследований в соответствии с «декретированными возрастными группами»:

1) перед поступлением в дошкольное учреждение;
2) за год до поступления в школу;
3) перед поступлением в школу;
4) конец первого года обучения;
5) переход к предметному обучению;
6) пубертатный период (14–15 лет);
7) перед окончанием общеобразовательного учреждения – 10–11-й класс (15–17 лет).

По завершении профилактических осмотров проводится комплексная оценка здоровья детей. На каждого ребенка с выявленными заболеваниями, подлежащими диспансерному наблюдению, заводится «Контрольная карта диспансерного больного» (ф. 030/у). «Контрольная карта» наряду с выполнением сигнальных функций (контроль за диспансерными посещениями) отражает такие данные о больном, которые помогают врачу в проведении диспансерного наблюдения.

Каждому больному, взятому на учет, должно быть обеспечено тщательное наблюдение и активное лечение. Содержание диспансерной работы должно быть отражено в индивидуальных планах диспансерного наблюдения, которые разрабатываются врачами конкретно для каждого больного и вносятся в «Историю развития ребенка».

В конце года врачи составляют на каждого состоящего на учете больного этапный эпикриз, в котором дается оценка состояния здоровья и эффективности проведения лечебно-профилактических мероприятий. Критериями оценки результатов проводимой диспансеризации являются: выздоровление, улучшение, состояние без перемен, ухудшение. Эта общая оценка делается на основании данных записей «Истории развития», жалоб, объективного состояния.

Если ребенок не снимается с диспансерного учета, то одновременно составляется план лечебно-профилактических мероприятий на следующий год. После оформления эпикризов на всех детей, взятых под диспансерное наблюдение, участковый педиатр проводит анализ диспансеризации по отдельным нозологическим группам за истекший год и его результат представляет заведующему отделением, который составляет сводный отчет об итогах диспансерной работы за прошедший год. После анализа проведенной работы планируются мероприятия, направленные на повышение качества диспансерного обслуживания детей.

Диспансерный метод работы позволяет наиболее полно реализовать одно из важнейших положений профилактической работы – не только сохранять, но и улучшать здоровье здоровых.

Лечебная работа

Лечебная работа участкового педиатра включает в себя:

- лечение на дому детей с острыми заболеваниями и обострениями хронической патологии до полного клинического выздоровления;
- прием в детской поликлинике реконвалесцентов острых заболеваний, не представляющих опасности для окружающих;
- активное выявление больных с хроническими формами заболеваний на ранних стадиях, постановку их на учет, своевременное лечение и оздоровление;
- проведение комплексного этиопатогенетического лечения заболеваний с использованием средств восстановительного лечения (физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры, водолечения);
- осуществление преемственности в лечении больных детей с детскими дошкольными учреждениями, стационарами, санаториями;
- экспертизу временной нетрудоспособности;
- организацию госпитализации.

Организация приема детей в поликлинике должна обеспечивать им квалифицированную медицинскую помощь в возможно короткие сроки.

Особенность работы детской поликлиники заключается в том, что все больные дети с острыми заболеваниями наблюдаются участковым врачом на дому. В поликлинике проводится прием в основном здоровых детей, а также страдающих хроническими заболеваниями, повторных больных с инфекционными заболеваниями без острых явлений и реконвалесцентов после острых заболеваний.

Участковый педиатр активно (без вызова) посещает больных детей на дому до полного выздоровления или госпитализации.

Ежедневное наблюдение врача и медицинской сестры вплоть до выздоровления в возрасте до 1 года с любым заболеванием, оставленным для лечения на дому, должно быть правилом работы детских поликлиник. В среднем отношение активных посещений к первичным вызовам составляет 2:1.

Участковая медицинская сестра выполняет назначения врача по лечению больного ребенка на дому, контролирует выполнение родителями врачебных рекомендаций по лечению, питанию, режиму и уходу за больным ребенком.

По заявке лечащего врача детская городская поликлиника обеспечивает больному ребенку проведение на дому необходимых лабора-

торных, функциональных исследований и консультаций врачей узких специальностей.

Заведующий отделением детской городской поликлиники осуществляет контроль за организацией лечения больных детей на дому, в необходимых случаях оказывает консультативную помощь.

Участковый врач в случае необходимости организует *госпитализацию* ребенка и продолжает наблюдение за его здоровьем после выписки ребенка из стационара, уделяет особое внимание нуждающимся в долечивании – систематическом наблюдении в домашней обстановке. При направлении ребенка в стационар лечащий врач подробно указывает диагноз заболевания, тяжесть состояния, длительность и течение заболевания, проведенное лечение и обследования, индивидуальные особенности ребенка, перенесенные инфекционные заболевания, сведения об отсутствии контакта ребенка с инфекционными больными дома, в детских учреждениях или в школе. При невозможности госпитализировать ребенка (отказ родителей, отсутствие места в стационаре, карантин и др.) организуется *стационар на дому*. При этом ребенку обеспечивается весь комплекс необходимых лечебных и диагностических мероприятий, лабораторных обследований в соответствии с тяжестью и характером заболевания, пост медицинской сестры или ее регулярное посещение несколько раз в день. Ночью ребенку оказывает помощь врач-педиатр неотложной или скорой помощи, а участковый врач ежедневно посещает ребенка до полного выздоровления. Ребенок должен быть осмотрен заведующим отделением.

При выявлении хронической патологии у ребенка его следует взять под диспансерное наблюдение либо участкового педиатра, либо врача соответствующего профиля.

Важным элементом работы участкового педиатра следует считать экспертизу временной нетрудоспособности одного из членов семьи в связи с заболеванием ребенка. При выдаче листков нетрудоспособности участковый врач руководствуется действующими инструкциями.

Противоэпидемическая работа

Структура и организация работы детской поликлиники предусматривают элементы противоэпидемического режима: оказание помощи на дому остро заболевшим, выделение дней для профилактического приема, разделение по этажам кабинетов участковых врачей и врачей узких специальностей.

Ребенок, приведенный (принесенный) матерью на прием, предварительно в фильтре должен осматриваться медицинской сестрой с целью выявления симптомов инфекционного заболевания. В случае выявления такового или подозрения на него ребенок должен направляться в бокс, непосредственно примыкающий к фильтру и имеющий отдельный вход, где его принимает врач.

Однако в настоящее время большинство поликлиник ограничивается выделением входов для больных и здоровых детей с отдельным выходом из поликлиники.

В деятельности участковых педиатров борьба с инфекционными заболеваниями, обеспечение эпидемиологического благополучия занимают видное место. Этот вид деятельности участковых врачей осуществляется под руководством и контролем центра гигиены и эпидемиологии. Основными задачами этой работы являются: раннее выявление и госпитализация инфекционных больных, наблюдение за возможным очагом инфекционного заболевания, контактными лицами, реконвалесцентами и бациллоносителями. Врачи несут ответственность за санитарное состояние на участке и организуют профилактические прививки.

Участковый врач обеспечивает раннюю диагностику инфекционных заболеваний, устанавливает наблюдение за здоровьем детей, бывших в контакте с заболевшими. Сообщение об инфекционных заболеваниях в центр санэпиднадзора немедленно передается по телефону. В поликлинике ведется «Журнал регистрации инфекционных заболеваний» (уч. ф. №060/у). Ежемесячно в целом по поликлинике составляется отчет «О движении инфекционных заболеваний».

Обязательной госпитализации подлежат дети с инфекционным гепатитом, менингитом, полиомиелитом, дифтерией, а также дети с острыми кишечными заболеваниями.

Дети, перенесшие инфекционные заболевания, берутся под диспансерное наблюдение. Им проводятся контрольные обследования, при необходимости повторные курсы лечения, оздоровительные мероприятия.

Снимают с учета ребенка в порядке комиссионного решения участкового педиатра и эпидемиолога.

Огромную роль в снижении инфекционной заболеваемости сыграло внедрение средств активной иммунизации детского населения.

В городах профилактические прививки проводятся детям в прививочных кабинетах при детских поликлиниках, а в сельской местности – в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях. Детям, посещающим дошкольные учреждения и школы, делают прививки в этих учреждениях. Категорически запрещается делать прививки на дому.

О днях проведения профилактических прививок детям необходимо заранее оповещать родителей.

После проведения прививки участковая медицинская сестра должна выяснить характер реакции на прививку, сообщить участковому педиатру и зафиксировать данные о реакции ребенка на прививку в «Истории развития ребенка».

Проведение учета и контроля за профилактическими прививками осуществляется при помощи «Карты учета профилактических прививок» (уч. ф. №063/у). Форма 063/у заполняется на каждого новорожденного и каждого ребенка, вновь прибывшего в район деятельности детской поликлиники.

Из «Карт учета профилактических прививок» в детской поликлинике формируется прививочная карточка. Важным разделом организации прививочной работы в поликлинике является полный и своевременный учет детей, подлежащих прививкам и проживающих в районе деятельности детской поликлиники.

Непосредственным помощником участкового врача-педиатра является *участковая медицинская сестра*, в обязанность которой входят:

– оказание медицинской помощи больным детям на дому по назначению врача;
– санитарно-просветительная работа (выставки, уголки здоровья и т.д.);
– дородовый патронаж беременных женщин своего территориального участка;
– посещение новорожденных совместно с участковым врачом-педиатром в первые три дня после выписки из родильного дома;
– обеспечение систематичности наблюдения за здоровыми и больными детьми;
– контроль выполнения родителями лечебных назначений;
– планирование профилактических прививок детям, не посещающим дошкольные учреждения, и приглашение их на прививку в поликлинику;
– работа по своевременной организации врачебных осмотров детей, состоящих на диспансерном учете, по плану диспансеризации;
– оказание помощи врачу при проведении медицинских осмотров детей (проводит антропометрию, выписывает рецепты, справки, направления, листки нетрудоспособности, выписки, следит за очередностью приема);
– беседы с родителями на участке и в поликлинике по вопросам развития и воспитания здорового ребенка и профилактики заболеваний.

Наряду с участковой службой в детских поликлиниках организована широкая *специализированная помощь,* являющаяся составной частью единой цепочки поликлиника – стационар – санаторий.

Специализированная медицинская помощь может быть представлена в виде:

– специализированных кабинетов поликлиники;
– районных и межрайонных специализированных диспансеров.

В крупных городах создаются специализированные центры, в состав которых входят амбулаторное звено (консультативный поликлинический прием), специализированный стационар, специализированный санаторий.

В зависимости от мощности поликлиники объем представленной в ней специализированной помощи может быть различным.

Районные специалисты ведут прием на базе одной из детских поликлиник, а межрайонные – в каждом из прикрепленных районов.

Специализированные кабинеты поликлиник должны быть оснащены современной аппаратурой для проведения диагностических и лечебных мероприятий.

Врач узкой специальности работает в тесном контакте с другими врачами детской поликлиники, участвует в оздоровлении детей в школах и дошкольных учреждениях.

Для проведения диспансеризации детей и лечения острых больных врачи узких специальностей детских поликлиник, как правило, закрепляются за определенными педиатрическими участками, школами и дошкольными учреждениями, расположенными на этих участках. Это позволяет специалисту детской поликлиники в течение ряда лет наблюдать за одними и теми же контингентами детей.

По достижении 18-летнего возраста или завершении обучения в образовательном учреждении дети, состоящие на учете в детской поликлинике, переводятся под наблюдение в поликлиники для взрослых.

С целью *анализа деятельности детской поликлиники,* помимо расчета общепринятых показателей, характерных для любого амбулаторно-поликлинического учреждения (показатели нагрузки, диспансеризации и др.), целесообразно рассчитывать *показатели работы детской поликлиники:*

1. Охват детей первого года жизни систематическим врачебным наблюдением:

$$\frac{\text{Число детей первого года жизни, находящихся под систематическим наблюдением врача-педиатра}}{\text{Число детей, достигших одного года жизни в отчетном году}} \cdot 100\%.$$

2. Частота грудного вскармливания (%):

$$\frac{\text{Число детей, находившихся до 3 мес. (6 мес.) на грудном вскармливании}}{\text{Число детей, достигших одного года жизни в отчетном году}} \cdot 100\%.$$

3. Частота расстройств питания у детей первого года жизни (%):

$$\frac{\text{Число детей, у которых в течение первого года жизни выявлено расстройство питания}}{\text{Число детей, достигших одного года жизни в отчетном году}} \cdot 100\%.$$

4. Частота активного рахита у детей первого года жизни (%):

$$\frac{\text{Число детей с проявлениями активного рахита в течение первого года жизни}}{\text{Число детей, достигших одного года жизни в отчетном году}} \cdot 100\%.$$

5. Индекс здоровья:

$$\frac{\text{Число детей, ни разу не болевших в течение первого года жизни}}{\text{Число детей, достигших одного года жизни в отчетном году}} \cdot 100\%.$$

6. Полнота охвата детей профилактическими осмотрами (%):

$$\frac{\text{Число детей, охваченных профилактическими осмотрами}}{\text{Число детей, подлежащих профилактическим осмотрам}} \cdot 100\%.$$

7. Полнота охвата детей профилактическими прививками (%):

$$\frac{\text{Число детей, охваченных профилактическими прививками}}{\text{Число детей, подлежащих иммунизации}} \cdot 100\%.$$

8. Заболеваемость детей (на 1000 детей):

$$\frac{\text{Число впервые выявленных заболеваний у детей}}{\text{Среднегодовое число детей, проживающих на территории обслуживания детской поликлиники}} \cdot 1000.$$

Кроме того, в детской поликлинике рассчитываются показатели временной нетрудоспособности по уходу за больными детьми, показатели объема, качества и эффективности диспансерного наблюдения.

Ряд показателей, характеризующих основные параметры здоровья детей, были описаны в соответствующих главах, там же приведены основные формулы их расчета.

Детские дошкольные учреждения

К *детским дошкольным учреждениям* относятся детские ясли, детские сады и детские сады-ясли, а также детские дошкольные учреждения общего назначения санаторного типа и специального назначения (для детей с нарушениями зрения, слуха, речи, интеллекта и т.д.).

Кроме того, могут создаваться детские дошкольные учреждения (группы) интернатного типа (для детей старше 1 года). Для детей старше 3 лет могут быть организованы дежурные группы, которые работают как в будние, так и в воскресные и праздничные дни. Детские дошкольные учреждения специального назначения функционируют круглосуточно как учреждения интернатного типа.

Подготовка детей к поступлению в дошкольные учреждения осуществляется участковым врачом-педиатром, участковой медицинской сестрой, фельдшером или медицинской сестрой кабинета здорового ребенка.

Лечебно-профилактическую помощь детям в детских дошкольных учреждениях организует детская поликлиника, для чего в ее составе создаются специальные школьно-дошкольные отделения.

Школы, школы-интернаты, лагеря отдыха

Подготовку детей в *школу* осуществляет участковый врач-педиатр детской поликлиники.

Комплексные углубленные медицинские осмотры с участием врачей-специалистов (отоларинголог, офтальмолог, невропатолог, стомато-

толог, хирург, ортопед, а по показаниям – фтизиатр, кардиоревматолог, эндокринолог, дерматовенеролог и т.д.) с целью максимального оздоровления выявленных больных ко времени поступления в школу проводятся детям 3 и 5 лет.

Перед оформлением в школу врач-педиатр и другие врачи-специалисты снова осматривают детей, оценивают эффективность проведенного лечения, состояние ребенка и его функциональную готовность к школе.

Все данные диспансерного наблюдения за детьми, поступающими в школу, с подробным анамнезом, заключением о состоянии здоровья и рекомендациями по дальнейшему наблюдению за ребенком в условиях школы фиксируются в «Медицинской карте ребенка» (уч. ф. №026/у), которая передается в школу к началу учебного года.

Всю лечебно-профилактическую работу с детьми в школах до недавнего времени осуществляли, помимо медицинских сестер, врачи дошкольно-школьных отделений детских поликлиник. Однако, как и в детских дошкольных учреждениях, в дальнейшем их планируется заменить специально подготовленными средними медицинскими работниками. Медицинский работник школы обязан:

- проводить амбулаторный прием в школе и оказывать медицинскую помощь нуждающимся;
- организовывать и проводить периодические профилактические медицинские осмотры школьников и на основе их результатов разрабатывать план мероприятий, направленных на укрепление здоровья школьников;
- обеспечивать динамическое наблюдение за диспансерной группой больных и проводить их оздоровление;
- осуществлять медицинский контроль за проведением физического воспитания, режимом учебной работы, трудовым обучением, организацией питания учащихся; за проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- заниматься профилактикой травматизма, учетом и анализом всех случаев травм; санитарно-просветительной работой среди персонала школы, родителей и учащихся.

Для детей, которым семья по тем или иным причинам не может обеспечивать правильное воспитание, создаются *школы-интернаты* (общего типа; для детей с недостатками умственного или физического развития; для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей). Кроме того, школы-интернаты создаются для углубленного изучения отдельных предметов (языковые, спортивные и т.д.). В школах-интернатах дети находятся на полном государственном обеспечении круглосуточно и лишь на воскресные, праздничные дни, а также на каникулы по желанию возвращаются в семьи. Школы-интернаты требуют особого внимания со стороны детской поликлиники.

В школах-интернатах, помимо обычных школьных помещений, должны быть предусмотрены спальни.

Разделы работы медицинских работников школ-интернатов общего типа и углубленного изучения отдельных предметов во многом совпадают с разделами работы медицинских работников обычных школ, а в специализированных – с разделами работы медицинских работников детских домов.

Летняя оздоровительная работа с детьми школьного возраста осуществляется в *лагерях отдыха*.

С целью оздоровления больных детей с хроническими заболеваниями профсоюзными органами совместно с органами народного образования и здравоохранения на летний период создаются *лагеря отдыха санаторного типа*.

Дом ребенка

Дом ребенка – это государственное лечебно-воспитательное учреждение для детей от рождения до 3 лет. В специализированных домах ребенка содержатся дети с дефектами физического или психического развития, с тяжелыми нарушениями слуха и речи до 4-летнего возраста. В дом ребенка принимаются: сироты, дети одиноких матерей, покинутые дети, а также дети, родители которых по суду лишены родительских прав или отбывают наказание.

Дома ребенка находятся в ведении органов здравоохранения, и дети принимаются туда только по путевкам местных органов здравоохранения.

Организация стационарной помощи детям

Детские стационары могут быть объединенными (с детской поликлиникой) и необъединенными; по профилю – многопрофильными и специализированными, различной коечной мощности.

В организации работы детского стационара детской больницы много общего с организацией работы стационара для взрослых, однако имеются и некоторые особенности.

Больные дети поступают в стационар детской больницы по направлению врачей детских поликлиник, станций скорой и неотложной помощи и детских учреждений.

Плановая госпитализация ребенка осуществляется через детскую поликлинику при наличии следующих документов:

1. Направления.
2. Подробной выписки из истории развития ребенка о начале заболевания, лечении и проведенных анализах в условиях поликлиники. Кроме того, должны быть сведения о развитии ребенка, обо всех перенесенных соматических и инфекционных заболеваниях.
3. Справки об отсутствии контакта ребенка с инфекционными больными дома, в детских учреждениях и школе (срок действия – 24 ч).
4. Справки о проведенных прививках.

Приемное отделение стационара детской больницы должно быть *боксировано* (боксы должны составлять 3–4% от общего числа коек). Наиболее удобными для работы являются индивидуальные боксы Мельцера–Соколова, которые включают в себя предбоксник, палату, санитарный узел, шлюз для персонала. В небольших больницах при отсутствии боксов для приема детей должно быть предусмотрено не менее 2–3 изолированных смотровых кабинетов и одного-двух санпропускников.

Для оказания неотложной помощи ребенку в *приемном отделении* должен быть постоянный набор необходимых медикаментов и средств первой помощи. При приемном отделении организуются палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных.

Врач приемного отделения должен тщательно собрать *анамнез*, произвести осмотр больного, установить предварительный диагноз, назначить и провести лечение (при необходимости), решить, в какое отделение направить больного и возможен ли допуск матери к уходу за ребенком.

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.

Врачи приемного отделения работают в тесном контакте с врачами-специалистами отделений больницы. В приемном отделении ведется журнал приема детей на госпитализацию и журнал отказов в госпитализации, имеются сведения от старших сестер отделений о количестве свободных мест по отделениям. При отсутствии стола справок через приемное отделение родители получают сведения о состоянии здоровья ребенка.

Отделения (палаты) стационара формируются *по возрасту и по характеру* заболеваний. В зависимости от возраста выделяют следующие отделения (палаты): для недоношенных, для новорожденных, для детей грудного возраста, для детей младшего возраста, для детей старшего возраста. По характеру заболеваний отделения (палаты) могут быть: педиатрические общие, хирургические, инфекционные и другие узкопрофильные отделения (палаты).

Оборудование палат и оснащение отделений зависят от их профиля и диктуются спецификой работы и необходимостью создания наиболее благоприятных условий для лечения детей и выполнения персоналом служебных обязанностей.

В отделениях для детей дошкольного и школьного возрастов палаты должны быть небольшие – с числом коек не более четырех. Целесообразно иметь застекленные перегородки между палатами для того, чтобы персонал мог следить за состоянием детей и их поведением.

Важной особенностью организации работы этих отделений является необходимость проведения там воспитательной работы с детьми. Для

этой цели в детских больницах устанавливаются специальные должности педагогов-воспитателей. С больными, которые лечатся в стационаре длительное время, проводится также и учебная работа. В отделении должны быть предусмотрены столовые-игровые, веранды или прогулочные комнаты, хорошо оборудованный участок для прогулок на территории больницы. Отделения должны быть обеспечены игрушками, играми, книгами, материалами для вырезания, рисования, лепки, изготовления самодельных игрушек. Организация досуга детей в стационаре особенно важна в вечерние часы. Ручной труд, лепка, рисование, чтение вслух, проводимые в конце больничного дня, улучшают настроение детей и способствуют спокойному сну. Немаловажная роль в правильной организации досуга детей принадлежит палатным медицинским сестрам. Необходимо предусмотреть возможность *пребывания в стационаре вместе с ребенком матери.*

В комплексе лечебных мероприятий важное значение имеет правильное, организованное питание детей. Для этого дети грудного возраста госпитализируются с матерями или обеспечиваются грудным донорским молоком. Все другие продукты питания дети первого года жизни получают с детской молочной кухни. Детям старше года питание организуется на пищеблоке больницы соответственно возрасту.

В детских больницах значительно больше, чем в больницах для взрослых, *следует опасаться внутрибольничных инфекций.* Для предотвращения заноса инфекционных заболеваний в стационар игрушки и книги для передачи детям можно принимать только не бывшие в употреблении. При выявлении ребенка с острым инфекционным заболеванием в отделении устанавливается карантин на срок инкубационного периода для данного заболевания. Необходимо проводить учет контактировавших с больными детей, которых в течение инкубационного периода уже нельзя перемещать в другие палаты. В необходимых случаях, в зависимости от выявленного острого инфекционного заболевания, проводятся и специальные противоэпидемические мероприятия (прививки, исследования на бактерионосительство).

Возглавляет работу детского отделения стационара заведующий. На должность заведующего отделением детской больницы назначается квалифицированный врач, имеющий опыт работы по соответствующей специальности. Заведующий отделением подчиняется главному врачу больницы и заместителю главного врача по медицинской части. В повседневной работе он руководствуется положением о детской больнице, о своих функциональных обязанностях и другими официальными документами, а также указаниями и распоряжениями вышестоящих органов здравоохранения.

Заведующий отделением осуществляет непосредственное руководство деятельностью медицинского персонала отделения и несет полную ответственность за качество и культуру медицинской помощи больным детям.

Выписка ребенка из больницы производится: при полном его выздоровлении; при необходимости перевода его в другие лечебные учреждения; при стойком улучшении состояния больного, когда дальнейшая госпитализация уже не нужна; при хроническом течении заболевания, не поддающемся лечению в данном учреждении; по требованию родных или опекуна до излечения заболевания, если выписка не угрожает непосредственно жизни больного и не опасна для окружающих.

В последнем случае необходимо предупредить родителей о последствиях для здоровья ребенка несвоевременной выписки. О выписке больного ребенка по требованию родителей делается запись в истории болезни с указанием, что о несвоевременности выписки родители предупреждены. О выписке ребенка, требующего еще лечения на дому, немедленно сообщается детской поликлинике с необходимыми лечебными рекомендациями стационара, а позднее направляется эпикриз с подробным описанием проведенного обследования, лечения и необходимых рекомендаций на будущее.

Анатомо-физиологические особенности новорожденных, своеобразный характер течения заболевания определяют необходимость создания *специальных отделений для новорожденных и недоношенных детей* в составе детских больниц. Организация этих отделений позволяет создать особые условия для наиболее ранимого контингента больных, сконцентрировать специально подготовленные в области физиологии и патологии периода новорожденности кадры, а также специальную аппаратуру и оборудование. Создание таких отделений дает возможность своевременно переводить заболевших новорожденных из родильных домов, что способствует более четкой организации и соблюдению санитарно-эпидемиологического режима в акушерских стационарах.

Организация работы отделений для новорожденных и недоношенных детей имеет весьма существенные особенности.

Основными задачами этих отделений являются:

- оказание квалифицированной диагностической и лечебной помощи больным доношенным и недоношенным новорожденным, создание оптимальных условий выхаживания детей;
- проведение организационно-методической работы и повышение квалификации педиатров по актуальным вопросам неонатологии;
- анализ заболеваемости и смертности новорожденных в районе обслуживания.

В крупных детских больницах организуются специализированные отделения для новорожденных с неинфекционной, инфекционной, хирургической и неврологической патологией.

Перевод новорожденных и недоношенных детей из родильных домов осуществляют при условии транспортабельности ребенка и обязательного согласования с заведующим специализированным отделением или главным врачом больницы, куда переводится ребенок.

Транспортировка новорожденных детей производится в специально выделенной и оборудованной санитарной машине, оснащенной кювезом, в сопровождении среднего медицинского персонала, подготовленного по вопросам физиологии и патологии новорожденных детей.

В отделение реанимации и интенсивной терапии транспортировка больных новорожденных и недоношенных детей производится по принципу «на себя» в специализированной транспортной реанимационной машине с врачом-реаниматологом или врачом-педиатром, хорошо подготовленным по вопросам физиологии, патологии и реанимации новорожденных и недоношенных детей.

На базе детских поликлиник или стационаров детских больниц организуются *дневные стационары*.

В дневном стационаре дети получают лечение, приближенное к стационарному (по объему и интенсивности), но находятся под наблюдением медперсонала только в дневные часы.

Длительность работы стационара должна составлять не менее 10 ч при 6-дневной рабочей неделе. Количество коек определяется материально-техническими возможностями базового учреждения, а также потребностью в данном профиле коек. Целесообразна организация дневных стационаров по тем или иным профилям патологии: гастроэнтерологические, неврологические, диагностические и т.д. Длительность лечения ребенка зависит от профиля патологии и составляет в среднем 2–3 нед.

Больные в дневном стационаре пользуются 2-разовым питанием по действующим нормативам для стационаров и дополнительно за счет привлеченных средств предприятий, общественных фондов.

Приготовление пищи больным осуществляется в пищеблоке лечебного учреждения, в составе которого находится дневной стационар. Контроль за качеством пищи возлагается на врача-диетолога больницы и органы санэпиднадзора.

Больничные листы и справки по уходу за больными детьми родителям на период лечения в дневном стационаре не выдаются, ибо уход, кормление и лечение детей берет на себя дневной стационар.

Работа дневного стационара проводится в тесном контакте с амбулаторно-поликлинической и стационарными службами лечебно-профилактических учреждений.

Документация стационара детской больницы, как и расчет количественных и качественных показателей деятельности, принципиально не отличаются от таковых в стационаре для взрослых.

Глава 17

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Здоровье полости рта является важным условием нормального общего физического состояния организма человека. Известно, что имеется тесная связь почти всех неинфекционных болезней с поражением зубов и полости рта. Возникновение различных видов патологии сердечно-сосудистой системы, ревматизма, нефропатии, многих инфекционно-аллергических состояний, болезней желудочно-кишечного тракта и печени рассматривается клиницистами в связи со стоматологическими заболеваниями.

При наличии очагов хронической инфекции в полости рта частота соматических болезней повышается в 2–4 раза, а при выявлении еще и неудовлетворительного индекса гигиены полости рта – более чем в 5 раз. Поэтому задача охраны здоровья населения не может быть решена без устранения стоматологической патологии.

Стоматологическая помощь уже давно относится к числу самых массовых видов медицинской помощи. При этом в 99% случаев больные обслуживаются в амбулаторно-поликлинических учреждениях. В структуре стоматологических заболеваний, требующих госпитализации (около 1% больных), ведущее место занимают одонтогенные воспалительные заболевания, новообразования и травмы челюстно-лицевой области.

Сегодня Министерство здравоохранения и социального развития России, органы здравоохранения регионов страны и муниципальных советов в пределах своей компетенции осуществляют планирование мероприятий по развитию стоматологической помощи населению и контроль за деятельностью подведомственных стоматологических служб. На всех административных уровнях управления здравоохранением назначается главный специалист по стоматологии.

Подготовка врачей-стоматологов осуществляется на стоматологических факультетах медицинских вузов. Наряду с этим в России до сих пор продолжается выпуск зубных врачей со средним медицинским образованием. Сегодня показатель обеспеченности населения кадрами врачей стоматологического профиля составляет в среднем 4,7 (в ряде крупных городов – более 5) специалиста на 10 тысяч жителей.

Согласно действующей в России номенклатуре врачи-стоматологи с высшим образованием могут работать в учреждениях здравоохране-

ния как по основной специальности «стоматология», так и по специальностям, требующим углубленной подготовки: «ортодонтия», «стоматология детская», «стоматология терапевтическая», «стоматология ортопедическая», «стоматология хирургическая».

Амбулаторная стоматологическая помощь городскому населению оказывается в различных типах специализированных лечебно-профилактических учреждений. К ним относятся:

1) государственные и муниципальные стоматологические поликлиники (для взрослых и детские);

2) стоматологические подразделения (отделения и кабинеты) в составе других государственных учреждений здравоохранения (территориальные поликлиники, медико-санитарные части, больницы, диспансеры, женские консультации и др.);

3) стоматологические кабинеты в немедицинских организациях (школы и дошкольные учреждения, высшие и средние специальные учебные заведения);

4) частные стоматологические клиники.

В сети государственных стоматологических учреждений страны за последние десять лет каких-либо серьезных изменений не произошло. Общее количество стоматологических поликлиник в эти годы практически оставалось неизменным и составляет сегодня около 950 учреждений. При этом несколько сократилось число стоматологических подразделений (отделений и кабинетов) в составе других организаций.

Переход к рыночным отношениям в сфере здравоохранения, либерализация цен, развитие нового гражданского законодательства – все это способствовало бурному росту в течение последнего десятилетия частных стоматологических клиник. Сегодня частный сектор стоматологической помощи представлен как различными по своей организационно-правовой форме коммерческими структурами (производственные кооперативы, хозяйственные общества и товарищества), так и отдельными предпринимателями, осуществляющими свою деятельность по оказанию стоматологических услуг индивидуально (без образования юридического лица).

Основную массу частных стоматологических служб 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 свободного рынка медицинских услуг у населения появилась реальная возможность выбора стоматологического учреждения и врача. Причем сегодня платная стоматологическая помощь стала важнейшим фактором финансового состояния не только частных, но и государственных стоматологических учреждений. В этих условиях уже идет конкуренция между клиниками за привлечение пациента, что в известной мере способствует повышению качества стоматологической помощи в целом.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 26.11.99 г. №1194 «О программе государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью» за счет средств ОМС гражданам предоставляется помощь при заболеваниях зубов и полости рта. Кроме того, за счет средств бюджетов всех уровней осуществляется льготное протезирование зубов определенным категориям граждан, включая детей до 18 лет, пенсионеров по старости, инвалидов войн, инвалидов с детства, инвалидов труда I и II групп, Героев Советского Союза, Героев РФ, полных кавалеров орденов Славы, жителей блокадного Ленинграда, ветеранов боевых действий на территории других стран и т.д.

При обеспечении граждан бесплатной помощью необходимо сочетать известные принципы централизации и децентрализации в организации стоматологических служб. При централизованной форме прием населения проводится непосредственно в стоматологической поликлинике или в стоматологическом отделении (кабинете) другого лечебно-профилактического учреждения.

Децентрализованная форма обслуживания предусматривает создание постоянно действующих стоматологических кабинетов на предприятиях и в организациях. Преимущество этой формы заключается в том, что, во-первых, обслуживание населения происходит на месте и постоянно; во-вторых, имеется возможность полного медицинского обслуживания работающих или учащихся; в-третьих, увеличивается возможность более тесного контакта врача с пациентом. В оказании стоматологической помощи детям целесообразна децентрализованная форма ее организации на базе учреждений образования.

Организация работы стоматологической поликлиники

Среди всех медицинских учреждений, оказывающих стоматологическую помощь, особое место занимает стоматологическая поликлиника. Стоматологическая поликлиника – это лечебно-профилактическое учреждение, деятельность которого направлена на профилактику стоматологических заболеваний, своевременное выявление и лечение больных с заболеваниями челюстно-лицевой области. Стоматологические поликлиники различаются:

1. По уровню обслуживания: республиканские, краевые, областные, городские, районные.
2. По подчиненности: территориальные, ведомственные.
3. По источнику финансирования: бюджетные, хозрасчетные.
4. По категориям: в зависимости от мощности, которая определяется числом посещений в смену.

Стоматологическая поликлиника создается в установленном порядке и осуществляет свою деятельность на правах самостоятельного учреждения здравоохранения. Границы района деятельности поликлиники, перечень организаций, которые она обслуживает, устанав-

ливаются органом управления здравоохранением по подчиненности поликлиники. Основными задачами стоматологической поликлиники являются:

а) проведение мероприятий по профилактике заболеваний челюстно-лицевой области среди населения и в организованных коллективах;

б) организация и проведение мероприятий, направленных на раннее выявление больных с заболеваниями челюстно-лицевой области и своевременное их лечение;

в) оказание квалифицированной амбулаторной стоматологической помощи населению.

Для осуществления основных задач поликлиника организует и проводит:

- в плановом порядке, по графикам, согласованным руководителями предприятий и организаций, профилактические осмотры работников промышленных предприятий, строительных организаций, учащихся высших и средних учебных заведений, работников и учащихся других организованных коллективов с одновременным осуществлением лечения выявленных больных;
- осуществление полной санации полости рта всем лицам, обращающимся в поликлинику по вопросам оказания стоматологической помощи;
- полную санацию полости рта у допризывных и призывных контингентов;
- оказание экстренной медицинской помощи больным при острых заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области;
- диспансерное наблюдение за определенными контингентами больных стоматологического профиля;
- оказание квалифицированной амбулаторной стоматологической помощи с осуществлением своевременной госпитализации лиц, нуждающихся в стационарном лечении;
- экспертизу временной нетрудоспособности больных, выдачу больничных листов и рекомендаций по рациональному трудоустройству, направление на медико-социальную экспертизу лиц с признаками инвалидности;
- весь комплекс реабилитационного лечения патологий челюстно-лицевой области и, прежде всего, зубное протезирование и ортодонтическое лечение;
- анализ заболеваемости населения стоматологическими болезнями, в том числе заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих и служащих, работающих на промышленных предприятиях, расположенных на территории обслуживаемого района, а также разработку мероприятий по снижению и устранению причин, способствующих возникновению заболеваний и их осложнений;
- отбор больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении;

– внедрение современных методов диагностики и лечения, новой медицинской техники и аппаратуры, лекарственных средств;
– санитарно-просветительную работу среди населения с привлечением общественности, обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и использованием всех средств массовой информации (печать, телевидение, радиовещание, кино и т.д.);
– мероприятия по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

В состав стоматологической поликлиники могут входить следующие подразделения (см. рис. 17.1):

– регистратура;
– отделения терапевтической и хирургической стоматологии (в том числе в соответствующих случаях – детские);
– отделение ортопедической стоматологии с зуботехнической лабораторией;
– вспомогательные подразделения (кабинеты рентгенодиагностики, физиотерапии);
– передвижные стоматологические кабинеты;
– кабинет неотложной стоматологической помощи;
– административно-хозяйственная часть;
– бухгалтерия.

В структуре стоматологических поликлиник предусматривается создание смотровых кабинетов. Работающие в них врачи обеспечивают обоснованное направление больных к врачам поликлиники, которые оказывают специализированную стоматологическую помощь. Врачи-стоматологи смотровых кабинетов могут и сами оказывать помощь больным при отсутствии возможности направить их в соответствующее отделение.

Кроме того, в поликлинике могут быть организованы отделения и кабинеты по оказанию узкоспециализированной помощи стоматологическим больным. К ним относятся кабинеты профилактики, пародонтологии, ортодонтии, кабинет для приема больных с патологическими изменениями слизистой оболочки полости рта, кабинет функциональной диагностики, аллергологический кабинет.

В структуре республиканских, областных, городских стоматологических поликлиник создаются организационно-методические кабинеты, сотрудники которых совместно с главными специалистами проводят организационно-методическую работу по стоматологии, ее планирование, анализ деятельности учреждений, разрабатывают мероприятия по повышению качества стоматологической помощи населению.

Стоматологическая поликлиника республиканского, краевого, областного подчинения:

– осуществляет организационно-методическое руководство стоматологическими поликлиниками, отделениями и кабинетами, расположенными на соответствующей территории;

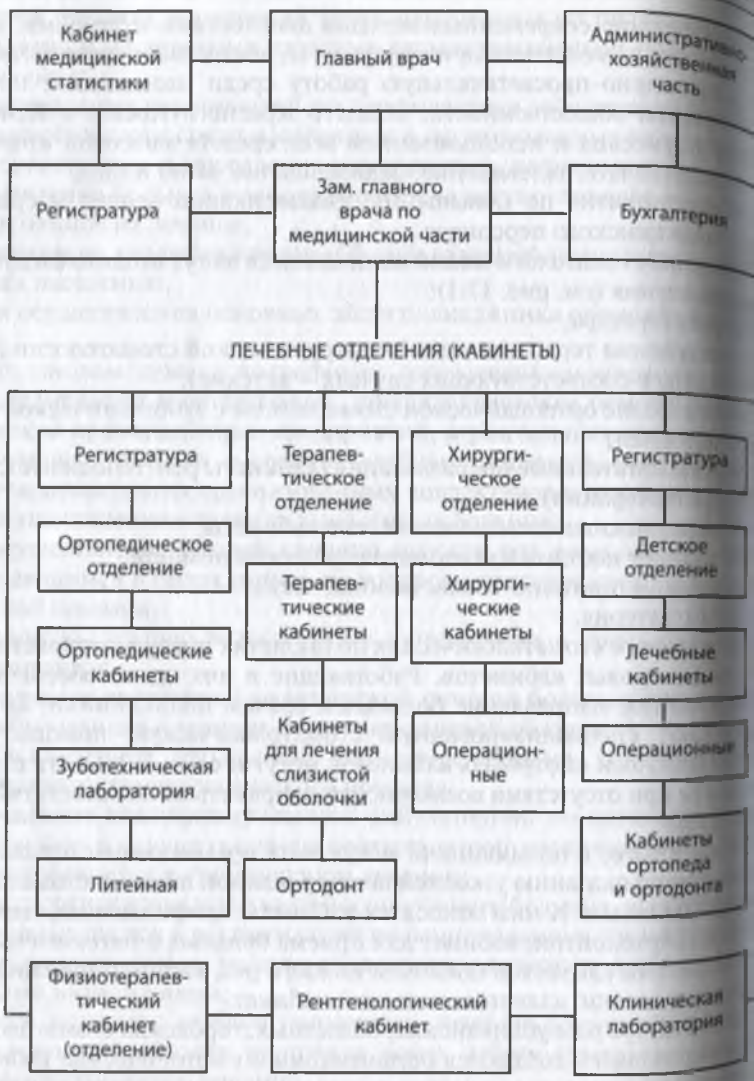

Рис. 17.1 Состав стоматологической поликлиники.

– анализирует заболеваемость на этой территории, потребность в стоматологической помощи и разрабатывает мероприятия, направленные на ее совершенствование;
– обеспечивает в необходимых случаях выезды специалистов в населенные пункты сельской местности для проведения в них всего комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Непосредственное руководство стоматологической поликлиникой осуществляет главный врач, права и обязанности которого определяются соответствующим положением. Администрация поликлиники совместно с общественными организациями устанавливает правила внутреннего трудового распорядка. Режим работы поликлиники определяется органом здравоохранения по подчиненности с учетом потребности населения и конкретных условий.

Стоматологическая поликлиника, оснащенная современным оборудованием, укомплектованная квалифицированными кадрами, владеющими современными методиками диагностики и лечения стоматологических заболеваний, обеспечивает наиболее высокое качество медицинской помощи.

Важным разделом работы стоматологической помощи является профилактическая деятельность. С целью активной борьбы с кариесом зубов и другими наиболее распространенными стоматологическими заболеваниями стоматологические поликлиники проводят плановую санацию зубов и полости рта детям в школах и дошкольных учреждениях, студентам вузов и учащимся техникумов, профтехучилищ, рабочим-подросткам, рабочим, связанным с профессиональными вредностями, призывникам, беременным женщинам и другим контингентам населения.

Регистратура играет большую роль в организации приема и регулировании потока больных, которое осуществляется выдачей талонов или предварительной записью на прием. Первичные талоны выдаются на прием к хирургу или на плановый прием к терапевту, к специалисту узкого профиля (пародонтологу, специалисту по заболеваниям слизистой оболочки полости рта). Ортопедическое и детское отделения имеют, как правило, свои регистратуры.

Кроме регулирования посещений регистратура выполняет еще ряд важных функций: оформление и хранение амбулаторных историй болезни, их подбор, доставку в кабинеты и раскладку после приема, оформление листков временной нетрудоспособности и их регистрацию; имеет справочно-информационную службу; осуществляет финансовые расчеты с пациентами по оплате платных медицинских услуг.

В организации приема больных в стоматологической поликлинике большая роль принадлежит дежурному стоматологу. Он оказывает при необходимости неотложную стоматологическую помощь, осматривает пациента и определяет объем необходимой ему дальнейшей стоматологической помощи, направляет больных к другим специалистам поликлиники.

Повторные посещения больными поликлиники назначаются и регулируются лечащими врачами. При правильной организации работы больной наблюдается одним врачом до полной санации. Некоторые стоматологические поликлиники проводят работу по участковому принципу, что повышает ответственность каждого врача, позволяет оценивать эффективность его работы и контролировать качество помощи.

В ряде поликлиник повышение качества стоматологической помощи обеспечивается путем введения гарантийной системы обслуживания: по окончании лечения и полной санации полости рта больному выдается так называемый «санационный» талон, который дает право в случае обнаружения дефектов обратиться к врачу в любое время вне очереди в течение года со дня выдачи талона.

Основными разделами работы врача-стоматолога поликлиники являются:

– оказание лечебно-профилактической, хирургической или ортопедической помощи по обращаемости;
– проведение консультаций для врачей других специальностей;
– диспансерное наблюдение за определенными группами стоматологических больных;
– проведение плановой санации полости рта у определенных контингентов населения;
– санитарно-просветительная работа.

Детское стоматологическое отделение работает преимущественно по методу плановой санации. Этот метод реализуется в два этапа:

1-й – осмотр полости рта, определение нуждаемости в различных видах стоматологической помощи и ее объема;

2-й – оказание необходимой лечебно-профилактической помощи в возможно более короткие сроки до полной санации. В ряде случаев плановая санация предусматривает и третий этап – последующее систематическое активное наблюдение за больными, т.е. диспансерное наблюдение.

Плановая санация организованных детских коллективов производится по специальному графику. За выполнение этого графика несет ответственность не только стоматологическая поликлиника, но и администрация школ, детских садов.

Плановой санацией охватываются и некоторые контингенты взрослого населения: инвалиды Великой Отечественной войны, беременные женщины, допризывники, соматические больные, состоящие под диспансерным наблюдением у терапевта, учащиеся ПТУ, техникумов, студенты вузов, представители некоторых профессий.

Особого внимания заслуживает организация работы ортопедического отделения. Зубопротезная помощь оказывается на заключительном этапе лечения стоматологических больных после проведения полной санации.

Ортопедическое отделение имеет свою регистратуру, смотровой кабинет, кабинеты врачей-протезистов, зуботехническую лабораторию, может иметь кабинет врача-ортодонта. Больной, нуждающийся в зубопротезировании, обращается в регистратуру ортопедического отделения. При наличии справки о полной санации на него заводится специальная амбулаторная карта и выдается талон на прием к врачу смотрового кабинета. В смотровом кабинете составляется план протезирования, после чего больной направляется на прием к лечащему врачу стоматологу-ортопеду, который осматривает его, знакомится с планом протезирования и оформляет наряд на изготовление протезов. После оплаты зубопротезных работ в лаборатории начинается изготовление протезов.

Кроме изготовления новых протезов в ортопедическом отделении производятся ремонт и замена старых протезов, даются консультации по вопросам протезирования зубов и ортопедического лечения стоматологических заболеваний. В некоторых крупных поликлиниках оказывается специализированная ортодонтическая помощь.

Бесплатным зубопротезированием обеспечиваются инвалиды Великой Отечественной войны, инвалиды труда I и II групп, персональные пенсионеры, дети и некоторые другие контингенты населения.

Стоматологические поликлиники оказывают в случае необходимости помощь больным на дому по вызову врачей территориальных поликлиник. Для оказания стоматологической помощи на дому в поликлинике имеется портативная аппаратура. На дому осуществляются все необходимые виды помощи, включая зубопротезирование. Квартирные вызовы обслуживаются или специально выделенными для этого врачами, или всеми врачами поликлиники в порядке очередности.

Неотложная стоматологическая помощь в часы работы поликлиники оказывается дежурными стоматологами, в выходные и праздничные дни, а также в ночное время – в специальных пунктах неотложной стоматологической помощи, которые организованы в нескольких поликлиниках города.

Большое место в работе стоматологической поликлиники занимает диспансеризация стоматологических больных. Под диспансерным наблюдением находятся больные с активно протекающим кариесом зубов, с заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта, хроническим остеомиелитом челюстей, злокачественными новообразованиями лица и полости рта, врожденными расщеплениями губы и неба, аномалиями развития и деформации челюстей и др. Отбор таких больных проводится как в ходе профилактических осмотров и плановой санации, так и при обращениях к стоматологам для оказания медицинской помощи.

Поликлиника работает по планам, в которых предусматриваются конкретные организационные и лечебно-профилактические мероприятия. Учет деятельности поликлиники осуществляется в порядке,

установленном органами управления здравоохранением по учетным и отчетным документам, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Учет и оценка деятельности стоматологической службы

Решение задач организации стоматологической помощи населению невозможно без анализа статистических данных о работе лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), содержащихся в отчетной и учетной документации. Деятельность отдельных врачей, учреждений и стоматологической службы в целом оценивается с помощью определенных статистических показателей. Важно не только владеть методикой расчета этих показателей, но и оценивать их в динамике, сравнивать с нормативами, средними показателями по региону, показателями других однопрофильных учреждений. Следует отметить, что наряду с экспертной оценкой и медицинскими стандартами показатели работы являются также важнейшим средством контроля качества стоматологической помощи.

Основную роль по организации первичного статистического учета в лечебно-профилактических учреждениях и по составлению отчетной документации выполняют кабинеты медицинской статистики.

Функции кабинета медицинской статистики рассмотрены в главе 10.

Основным отчетным документом медицинского учреждения любого профиля является годовой отчет «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении за __ год» (форма №30) и вкладыши к отчету:

– «Сведения о медицинских кадрах» (форма №17);
– «Сведения о деятельности лечебно-профилактического учреждения в системе ОМС за __ год» (форма №52, форма №14).

Следует отметить, что в годовом отчете содержатся только самые элементарные, общие сведения, не раскрывающие все специфические стороны и качественные характеристики деятельности стоматологической службы. По этой причине в каждом конкретном стоматологическом учреждении обычно заполняются различные вкладыши к годовому отчету, более подробно характеризующие особенности работы по оказанию стоматологической помощи населению.

Отчетные документы составляются в кабинете медицинской статистики на основании данных учетных статистических документов, которые заполняются работниками соответствующих подразделений.

В настоящее время для учета труда врачей стоматологического профиля используется система, основанная на измерении объемов работы в условных единицах трудоемкости (УЕТ).

Приказом Минздрава СССР №50 от 25.01.1988 г. «О переходе на новую систему учета труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема» определен перечень 183 видов работ с соответствующей их оценкой в УЕТ.

являющихся экономическим эквивалентом трудозатрат на выполнение лечебно-профилактических мероприятий по оказанию стоматологической помощи. Например, наложение пломбы при поверхностном или среднем кариесе учитывается как 1 УЕТ, сложное удаление зуба – как 1,5 УЕТ, а шинирование при переломах челюстей составит 4 УЕТ.

Учет работы врачей по условным единицам трудоемкости обеспечивает:

1. Ориентацию работы врачей на получение конкретного результата, выраженного в УЕТ.

2. Стимулирование работы на оказание максимальной помощи в одно посещение.

3. Возможность разработки адекватной системы материального стимулирования работы врачей с учетом конечного результата.

4. Получение стоимостной оценки каждого случая санации одного больного.

5. Разработку плановой оценки трудовых затрат врачей на проведение одной санации.

6. Дифференциацию высокотрудозатратных видов работ по УЕТ.

7. Возможность получения экономической оценки трудозатрат и средств.

8. Четкие критерии для перехода на дифференцированную оплату труда врачей в зависимости от объема и качества труда.

Перечень видов работ, выраженных в УЕТ, разделен на две группы:

1. Взрослый прием.

2. Детский прием.

Виды работ по взрослому приему, в свою очередь, разделены на общие и связанные с терапевтическим, пародонтологическим, хирургическим и профилактическими приемами.

Необходимо обратить внимание, что для оценки каждого отдельного вида работ по детской стоматологии установлено большее число УЕТ. Например, такой вид работы детского стоматолога, как лечение пульпита с пломбированием 2 корневых каналов постоянного зуба цементом оценивается на взрослом приеме в 4,5 УЕТ, а на детском – в 5 УЕТ. Указанные различия в оценке трудозатрат на взрослом и детском приеме объясняются специфическими факторами, которые имеют место при оказании помощи детям: особенности психики, лабильность поведения и др.

В соответствии с существующими нормативами врач стоматологического профиля при шестидневной рабочей неделе должен выполнять работу, эквивалентную 21 УЕТ, при пятидневной – 25 УЕТ в рабочий день.

Основными учетными статистическими документами, используемыми в настоящее время в стоматологических учреждениях, являются:

- медицинская карта стоматологического больного (ф. №043/у);
- листок ежедневного учета работы врача-стоматолога, зубного врача стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (ф. №37/у-88);

– листок ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда (ф. №037-1/у);
– дневник учета работы врача стоматолога-ортодонта (ф. №039-3/у-88);
– дневник учета работы врача стоматолога-ортопеда (ф. №039-4/у);
– контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. №030/у);
– направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты (форма №028/у);
– журнал записи амбулаторных операций;
– журнал для записей заключений ВК (ф. №035/у);
– книга регистрации выданных листков нетрудоспособности (ф. №0366/у);
– талон на заключительный случай временной нетрудоспособности (ф. №025-9/4-у-96) и др. На основании данных учетной документации составляется годовой отчет (ф. №30), в котором (в разделе II, п. 5 «Работа стоматологического (зубоврачебного) кабинета») представлены сведения о деятельности стоматологических подразделений.

Применение указанных форм статистической учетной документации позволяет получить необходимую информацию для анализа деятельности стоматологических учреждений на всех уровнях. При рациональном использовании сведений, содержащихся в этих документах, можно получить целый ряд количественных и качественных показателей, характеризующих лечебно-профилактическую работу стоматологической службы в целом и отдельных ее учреждений, подразделений и врачей.

Показатели профилактической работы стоматологических учреждений

Количество санаций в день на одного врача:

$$\frac{\text{Всего санировано в порядке плановой санации и по обращаемости}}{\text{Количество рабочих дней}}$$

Удельный вес санации по обращаемости (рассчитывается для врача, по отделению, поликлинике):

$$\frac{\text{Число санированных по обращаемости первичных больных}}{\text{Общее число принятых первичных больных}} \cdot 100\%$$

Удельный вес санации по профилактической работе:

$$\frac{\text{Количество санированных из числа выявленных при плановой санации}}{\text{Количество нуждающихся в санации из числа осмотренных}} \cdot 100\%$$

Отдельные показатели профилактической работы имеют наибольшую значимость при обслуживании детского населения.

Процент детей, получивших медикаментозную профилактику кариеса:

$$\frac{\text{Число детей, получивших медикаментозную профилактику}}{\text{Общее число осмотренных в плановом порядке}} \cdot 100\%.$$

Охват детей санацией (%):

$$\frac{\text{(здоровые + ранее санированные + санированные)}}{\text{Число детей по списку}} \cdot 100\%.$$

Количество случаев осложненного кариеса на 1000 детей:

$$\frac{\text{Количество случаев осложненного кариеса для зубов временного (или постоянного) прикуса}}{\text{Число обследованных детей}} \cdot 1000.$$

Процент детей с удовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта:

$$\frac{\text{Число детей с удовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта}}{\text{Число обследованных детей}} \cdot 100\%.$$

Общие показатели лечебной работы

Среднее число посещений в день:

$$\frac{\text{Общее число принятых больных всего за определенный период (месяц, год)}}{\text{Количество рабочих дней в периоде}}.$$

Соотношение вылеченных и удаленных зубов:

$$\frac{\text{Запломбировано зубов всего (временного и постоянного прикуса)}}{\text{Удалено зубов постоянного прикуса}}$$

Среднее количество УЕТ (условных единиц трудоемкости) в день на одного врача:

$$\frac{\text{Общее количество выработанных УЕТ за отчетный период}}{\text{Количество рабочих дней в периоде}}.$$

Количество УЕТ на одно посещение:

$$\frac{\text{Общее количество выработанных УЕТ, выполненных врачом за определенный период}}{\text{Всего посещений к врачу}}$$

Особое значение представляют показатели диспансеризации, к которым относятся следующие:

Полнота охвата диспансерным наблюдением:

$$\frac{\text{Число больных с определенным заболеванием (пародонтит, лейкоплакия, др.), состоящих под наблюдением на начало года + число больных, вновь взятых под наблюдение в течение года – число больных, не наблюдавшихся в отчетном году}}{\text{Число зарегистрированных больных с данным заболеванием}} \cdot 100\%.$$

Своевременность охвата больных диспансерным наблюдением:

$$\frac{\text{Число больных, взятых под наблюдение из числа вновь выявленных}}{\text{Число вновь выявленных больных с данным заболеванием}} \cdot 100\%.$$

Для оценки эффективности диспансеризации определяют:

Процент больных, снятых с диспансерного наблюдения в связи с излечением:

$$\frac{\text{Число больных, снятых с диспансерного наблюдения в связи с излечением}}{\text{Общее число больных, состоящих на учете на начало года}} \cdot 100\%.$$

Процент больных, состояние здоровья которых осталось без изменения:

$$\frac{\text{Число больных, состояние здоровья которых осталось без изменения}}{\text{Общее число больных, состоящих на учете на начало года}} \cdot 100\%.$$

Частота рецидивов у больных, получивших курс лечения:

$$\frac{\text{Число обострений (рецидивов) у лиц, получивших курс лечения}}{\text{Число лиц, прошедших курс лечения}} \cdot 100\%.$$

Показатели работы по терапевтической стоматологии

Среднее число запломбированных зубов одним врачом в день:

$$\frac{\text{Запломбировано всего зубов за данный период}}{\text{Количество рабочих дней в периоде}}$$

Среднее число посещений для лечения одного зуба (в том числе по поводу кариеса, пульпита, периодонтита):

$$\frac{\text{Количество посещений всего}}{\text{Количество запломбированных зубов}}.$$

Соотношение вылеченных зубов с неосложненным кариесом к вылеченным зубам с осложненным кариесом:

$$\frac{\text{Число вылеченных зубов с неосложненным кариесом}}{\text{Число вылеченных зубов с осложненным кариесом}}.$$

Частота осложнений после эндодонтического лечения (отдельно при пульпите и периодонтите):

$$\frac{\text{Число осложнений после эндодонтического лечения}}{\text{Общее число эндодонтических вмешательств}} \cdot 100\%$$

Частота переделок пломб:

$$\frac{\text{Число переделанных пломб}}{\text{Общее число наложенных пломб}} \cdot 100\%$$

Показатели работы по хирургической стоматологии

Среднее число проведенных удалений зубов в день:

$$\frac{\text{Общее число удалений зубов (временного и постоянного прикуса) за определенный период}}{\text{Количество рабочих дней хирурга в периоде}}.$$

Количество операций в день (кроме удалений зубов):

$$\frac{\text{Общее число проведенных операций за определенный период}}{\text{Количество рабочих дней хирурга в периоде}}.$$

Процент больных, госпитализированных по показаниям в специализированные стационары (по отделению, поликлинике):

$$\frac{\text{Число больных, госпитализированных в специализированные стационары}}{\text{Общее число больных, принятых на хирургическом приеме}} \cdot 100\%.$$

Частота осложнений после хирургических вмешательств:

$$\frac{\text{Число осложнений после хирургических вмешательств}}{\text{Общее число хирургических вмешательств}} \cdot 100\%.$$

Частота расхождения диагнозов поликлиники и стационара:

$$\frac{\text{Число расхождений диагнозов поликлиники и стационара}}{\text{Общее число направленных на стационарное лечение}} \cdot 100\%.$$

Показатель оперативной активности (%):

$$\frac{\text{Число произведенных операций}}{\text{Общее число больных}} \cdot 100\%.$$

Частота расхождения клинических и цитологических диагнозов после удаления опухолей и опухолевидных образований челюстно-лицевой области:

$$\frac{\text{Число расхождений клинических и цитологических диагнозов}}{\text{Общее число произведенных операций по удалению опухолей}} \cdot 100\%.$$

Учитывая то, что на хирургическом приеме важным разделом работы врачей-стоматологов является экспертиза нетрудоспособности, большее значение имеет изучение соответствующих показателей заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности.

Показатели работы по протезированию зубов

Количество посещений в день на одного врача стоматолога-ортопеда:

$$\frac{\text{Количество всех посещений за определенный период}}{\text{Число рабочих дней в периоде}}.$$

Средние сроки ортопедического лечения (отдельно для несъемных и съемных протезов):

$$\frac{\text{Общее число дней ортопедического лечения}}{\text{Число лиц, получивших ортопедическое лечение}}.$$

Удельный вес эстетических одиночных коронок:

$$\frac{\text{Количество эстетических одиночных коронок}}{\text{Общее число одиночных коронок}} \cdot 100\%.$$

Среднее число опорных коронок в мостовидном протезе:

$$\frac{\text{Число опорных коронок в мостовидных протезах}}{\text{Число мостовидных протезов}}$$

Удельный вес бюгельных протезов:

$$\frac{\text{Количество бюгельных протезов}}{\text{Сумма всех частичных пластиночных съемных и бюгельных протезов}} \cdot 100\%.$$

Среднее число посещений на одного больного, получившего протезы:

$$\frac{\text{Число посещений для протезирования}}{\text{Число лиц, получивших протезы}}.$$

Частота переделок зубных протезов (до истечения срока гарантии):

$$\frac{\text{Количество переделанных зубных протезов}}{\text{Общее число изготовленных протезов}} \cdot 100\%.$$

Частота починок съемных протезов:

$$\frac{\text{Число починок съемных протезов}}{\text{Общее число съемных протезов}} \cdot 100\%.$$

Доля бесплатного зубного протезирования:

$$\frac{\text{Число лиц, получивших протезы бесплатно}}{\text{Общее число лиц, получивших протезы}} \cdot 100\%.$$

Показатели работы по ортодонтии

Среднее число посещений в день на одного врача стоматолога-ортодонта:

$$\frac{\text{Количество всех посещений за определенный период}}{\text{Количество рабочих дней в периоде}}.$$

Показатели завершенности ортодонтической помощи:

$$\frac{\text{Число лиц, закончивших ортодонтическое лечение}}{\text{Число лиц, получивших ортодонтическую помощь}} \cdot 100\%.$$

Удельный вес внутриротовых несъемных аппаратов механического действия:

$$\frac{\text{Количество внутриротовых несъемных аппаратов механического действия}}{\text{Общее количество ортодонтических аппаратов}} \cdot 100\%.$$

Удельный вес внутриротовых несъемных аппаратов функционально-направляющего действия:

$$\frac{\text{Количество внутриротовых несъемных аппаратов функционально-направляющего действия}}{\text{Общее число изготовленных ортодонтических аппаратов}} \cdot 100\%.$$

Удельный вес внутриротовых съемных аппаратов функционального действия:

$$\frac{\text{Количество внутриротовых съемных аппаратов функционального действия}}{\text{Общее количество внутриротовых съемных аппаратов}} \cdot 100\%.$$

Удельный вес изготовленных протезов:

$$\frac{\text{Количество протезов (съемных и несъемных)}}{\text{Общее количество ортопедических конструкций}} \cdot 100\%.$$

Показатели работы вспомогательных подразделений стоматологической поликлиники

Среднее количество физиотерапевтических процедур в день:

$$\frac{\text{Количество отпущенных процедур за определенный период}}{\text{Количество рабочих дней физиотерапевтического кабинета в периоде (врача или медицинской сестры)}}.$$

Среднее количество рентгеновских снимков в день:

$$\frac{\text{Общее число рентгеновских снимков за определенный период}}{\text{Число рабочих дней рентгеновского кабинета в периоде (врача или рентгенлаборанта)}}$$

Показатели обеспеченности населения стоматологической помощью

Показатели, характеризующие уровень обеспеченности населения стоматологической помощью, целесообразно рассчитывать в масштабах конкретной территории обслуживания (город, область, район и т.д.). При этом особую ценность представляет собой информация, касающаяся обращаемости населения за стоматологической помощью и уровня доступности последней.

Показатель обращаемости населения за стоматологической помощью:

$$\frac{\text{Число первичных посещений в году}}{\text{Число жителей обслуживаемой территории}} \cdot 100\%.$$

Показатель доступности стоматологической помощи:

$$\frac{\text{Число первичных посещений}}{\text{Число лиц, нуждающихся в стоматологической помощи}} \cdot 100\%.$$

Для оценки возможностей стоматологической помощи большое значение имеет определение показателя обеспеченности населения стоматологическими рабочими местами и врачами стоматологического профиля.

Обеспеченность населения действующими стоматологическими рабочими местами в расчете на 10 000 жителей:

$$\frac{\text{Число стоматологических рабочих мест}}{\text{Численность обслуживаемого населения}} \cdot 10\,000.$$

Обеспеченность населения врачами-стоматологами (зубными врачами) в расчете на 10 000 жителей:

$$\frac{\text{Число врачей-стоматологов (зубных врачей)}}{\text{Численность обслуживаемого населения}} \cdot 10\,000.$$

Штатные нормативы стоматологической поликлиники, утвержденные приказом Минздрава СССР от 01.10.1976 г. №950, носят рекомендательный характер и предусматривают:

- 4,0 должности врачей суммарно по терапевтической и хирургической стоматологии на 10 000 взрослого городского населения;
- 4,5 должности врачей суммарно по терапевтической, хирургической стоматологии и ортодонтии на 10 000 детского городского населения;
- 1,0 должности врача стоматолога-ортопеда на 10 000 взрослого городского населения;

Для определения возможностей стоматологического стационара можно рассчитать *показатель обеспеченности населения стоматологическими койками:*

$$\frac{\text{Число больничных коек стоматологического профиля}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 10\,000.$$

Показатель уровня стоматологической помощи

Для оценки эффективности деятельности стоматологической службы наряду с вышеуказанными коэффициентами можно использовать специальный показатель, предложенный П.А.Леусом, – индекс уровня стоматологической помощи (УСП):

$$100\% - \frac{К + А}{КПУ} \cdot 100\%,$$

где К – среднее количество нелеченых незапломбированных кариозных поражений зубов; А – среднее количество удаленных зубов, не восстановленных протезами, КПУ – среднее значение коэффициента интенсивности кариозного процесса (кариес, пломба, удаление).

Критерии оценки уровня стоматологической помощи:
>10% – низкий уровень;
10–49% – недостаточный уровень;
50–74% – удовлетворительный уровень;
75% и более – хороший уровень.

Особенности стоматологической помощи жителям сельской местности

Относительно большой удельный вес сельских жителей в общей структуре населения страны и высокий уровень распространенности стоматологических заболеваний обязывают органы управления здравоохранением обеспечить сельскому населению доступную и высококвалифицированную стоматологическую помощь.

Специфика условий труда, сезонность сельскохозяйственных работ, отдаленность ряда населенных пунктов, низкая плотность населения затрудняют оказание стоматологической помощи сельским жителям. К тому же обеспеченность сельского населения врачами стоматологического профиля существенно ниже обеспеченности городского населения. В этой связи изыскание и внедрение наиболее эффективных форм организации стоматологической помощи и приближение ее к сельским жителям остаются одними из важнейших задач органов здравоохранения.

Учитывая специфические трудности оказания стоматологической помощи сельскому населению, необходимо стремиться к тому, чтобы она оказывалась в плановом порядке на всех уровнях медицинских учреждений во врачебных амбулаториях, участковых и районных больницах, стоматологических поликлиниках, а также в передвижных кабинетах, работающих непосредственно в селах. Поэтому организационной особенностью обеспечения стоматологической помощью сельских жителей является ее этапность.

Большая часть посещений врачей стоматологического профиля (кроме посещений по ортопедической стоматологии) сельскими жителями приходится на стоматологические кабинеты участковых больниц и врачебных амбулаторий. Поэтому объем и качество стоматологической помощи сельскому населению в целом существенно зависят от уровня ее организации на сельском врачебном участке. Именно этому звену в организации стоматологической помощи должно уделяться особое внимание со стороны органов здравоохранения.

Наиболее эффективным методом работы сельского стоматологического кабинета является дифференцированный прием стоматологических больных при наличии на участке 4–5 тыс. жителей. Рекомендуется следующий график работы кабинета: на прием по обращаемости терапевтических больных отводится 2 дня в неделю, на прием хирургиче-

ских больных – 1 день. Плановая профилактическая санация организованных групп населения должна проводиться 3 раза в неделю. Вполне понятно, что больным с острой болью помощь оказывается по обращаемости.

Для плановой санации полости рта организованных коллективов детей и взрослых, проживающих в селах, где нет стоматолога, целесообразно организовать стационарные стоматологические кабинеты на фельдшерско-акушерских пунктах, в профилакториях или школах, куда периодически может выезжать врач-стоматолог участковой больницы, врачебной амбулатории или центральной районной больницы.

В стоматологическом кабинете для больных должно быть вывешено расписание работы врача-стоматолога как в участковой больнице, так и на фельдшерском пункте. Организация таких кабинетов позволяет экономить рабочее время врача на передислокацию, увеличивает сроки годности оборудования, улучшает работу врача и создает возможность оказывать квалифицированную стоматологическую помощь.

Почти одна треть общего объема стоматологической помощи сельскому населению оказывается в центральных районных больницах, при которых функционируют стоматологические отделения и кабинеты, а также передвижные кабинеты непосредственно в сельской местности. График работы врачей стоматологического профиля в районной больнице должен строиться с таким расчетом, чтобы сельские жители смогли получить помощь в первой половине дня. При этом следует соблюдать принцип максимального оказания помощи в одно посещение с использованием односеансовых методов лечения осложненных форм кариеса зубов. Опыт показывает, что сельский житель обращается в районную больницу в основном в период острой боли. Однако после того, как врач-стоматолог снимает боль, пациент для окончания лечения зачастую не является. Поэтому в условиях села и особенно в период активных сельскохозяйственных работ необходимо широко применять односеансовые методы лечения, благодаря которым становится возможным предупреждение осложнения от незавершенного лечения.

В областной поликлинике сельское население получает консультативную и лечебную помощь по направлению врачей районных стоматологических учреждений. Специалисты областных поликлиник также оказывают стоматологическую помощь в период плановых выездов в районы и в составе специализированных бригад непосредственно в селах.

В период плановых выездов ведущих специалистов областной поликлиники наряду с оказанием организационно-методической помощи сельским учреждениям оказывается консультативная и лечебная помощь населению. График выездов сообщается в районные лечебные учреждения заранее, с тем, чтобы на местах была проведена подготовительная работа. К приезду специалистов больные приглашаются на консультацию, сверяются списки диспансерных больных, находящихся

на учете как в областной, так и в районной больнице, которых также приглашают на прием к специалисту.

Больных, нуждающихся в лечении у областных специалистов, следует направлять сразу в областные поликлиники, а не в стационарные отделения областных больниц, так как часто туда направляют больных, которым можно оказать помощь в поликлинических условиях. Порядок госпитализации больных, нуждающихся в стационарном лечении, утверждается органом управления здравоохранением области.

Одним из важных разделов деятельности всех стоматологических учреждений сельской местности, как и в городе, является плановая санация органов полости рта и зубов. Обязательной санации подлежат дети дошкольного и школьного возраста, подростки, беременные женщины, работники сельскохозяйственного производства, условия труда которых могут способствовать развитию стоматологических заболеваний. Осмотры с этой целью чаще проводятся на месте, для чего при областной больнице или ЦРБ организуется работа передвижных стоматологических кабинетов.

В каждом передвижном кабинете должны быть все основные виды стоматологической помощи, включая ортопедическую. Работа планируется таким образом, чтобы кабинет отработал в каждом хозяйстве по 2 мес. в году – весной и осенью. В передвижных кабинетах оказывается помощь прежде всего организованным коллективам детского и взрослого населения.

График работы передвижных кабинетов должен составляться с учетом занятости населения на сельскохозяйственных работах и заранее доводиться до сведения граждан. При этом в обязательном порядке необходимо учитывать плотность населения, наличие и качество дорог, работу общественного транспорта, распространенность стоматологических заболеваний и другие местные особенности конкретной территории.

Глава 18

САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ

Санаторно-курортная помощь является действенным фактором в профилактике заболеваемости и оздоровлении населения. Курортное лечение как один из основных методов естественного оздоровления и ведущая часть профилактической медицины занимает важное место в системе охраны здоровья населения нашей страны.

Санаторно-курортная система, являясь частью общей системы здравоохранения, в то же время имеет особенности на всех этапах своей деятельности. При оказании квалифицированной медицинской помощи пациентам на курортах широко используются различные природные факторы.

В современной России, наряду с курортами местного значения, имеются и курорты республиканского значения: Ессентуки, Железноводск, Пятигорск, Кисловодск, Минеральные Воды, Сочи, Старая Русса, Марциальные Воды и др.

Основным звеном курорта является санаторий. Это стационарное медицинское учреждение, которое обеспечивает лечение больного, используя различные лечебные факторы в зависимости от профиля курорта.

По своему назначению курорты делятся на климатические, бальнеологические, грязевые. На климатических курортах главным лечебным фактором является климат (морской, степной, горный, лесной). Бальнеологические курорты широко используют различные минеральные воды (углекислые, щелочные, железистые, радоновые и др.). На грязевом курорте основной фактор – грязевые аппликации. Местные санатории преимущественно используют в лечении климатические факторы и различные физические методы. Они предназначены для восстановления больных после лечения в больнице. В местных санаториях лечатся все лица, которым противопоказаны поездки на отдаленные курорты.

По профилю заболевания санатории делятся на кардиологические, пульмонологические, гастроэнтерологические, с заболеваниями нервной системы, заболеваниями органов движения, почек, кожными болезнями, гинекологические и др.

В лечебном процессе санатория широко используются, кроме природных факторов, специальный санаторный режим, диетпитание, лечебная физкультура, физиотерапия, психотерапия и пр.

Возглавляет работу санатория главный врач, который имеет двух заместителей: заместителя по лечебным вопросам и по административно-хозяйственным вопросам. Структура санатория приближена к структуре больничного стационара. В санатории имеются приемное отделение, палаты для размещения больных, лечебные отделения с различными кабинетами: кабинет ЭКГ, рентгеновский, функциональной диагностики, лаборатория, физиотерапевтические кабинеты, лечебной физкультуры, массажа, водных процедур (души, ванны, гидромассаж), кислородотерапии, психотерапии и др. Питание организуется в столовой. Имеются помещения для культурного проведения досуга: библиотека, спортзал, кинозал, лекционный зал и др.

В спальных корпусах организуются круглосуточные посты медицинских сестер, которые, как правило, располагаются в процедурных кабинетах, оснащенных всем необходимым для выполнения медицинской сестрой всех врачебных назначений и при необходимости для оказания первой медицинской помощи в случае внезапных заболеваний или травм.

На большинстве курортов кроме стационарного лечения организуется амбулаторное лечение в специальных курортных поликлиниках для лиц, имеющих курсовки (документ на право получения амбулаторного лечения). Для таких больных организуются специальные диетические столовые, пансионаты для проживания или снимаются частные квартиры.

Медицинский отбор и направление больных на санаторно-курортное лечение осуществляет лечащий врач и заведующий отделением (главный врач, заместители главного врача – в тех учреждениях, где нет заведующих отделениями) амбулаторно-поликлинического учреждения по месту жительства пациента или медико-санитарной части по месту работы пациента при направлении его на профилактическое санаторно-курортное лечение вне обострения хронических заболеваний.

Лечащий врач определяет медицинские показания для санаторно-курортного лечения и отсутствие противопоказаний на основании анализа состояния больного и данных лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований.

В сложных и конфликтных ситуациях по представлению лечащего врача и заведующего отделением заключение о показанности санаторно-курортного лечения выдает врачебная комиссия ЛПУ.

При решении вопроса о выборе курорта следует учитывать не только заболевание, в соответствии с которым рекомендуется санаторно-курортное лечение, но и наличие сопутствующих заболеваний, условия поездки на курорт, контрастность климатогеографических условий, особенности природных лечебных факторов.

При наличии сопутствующих заболеваний и нарушений здоровья возрастного характера пациентам, нуждающимся в санаторно-курорт-

ном лечении, следует рекомендовать местные санаторно-курортные организации.

При наличии показаний и отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения пациенту выдается «Справка для получения путевки» – форма №070/у-04. Справка представляется пациентом вместе с заявлением о выделении путевки по месту предоставления путевки, где хранится в течение трех лет.

Лечащий врач делает запись в амбулаторной карте о выдаче «Справки на санаторно-курортное лечение».

После получения путевки, не ранее, чем за 2 месяца до начала ее действия, пациент должен обратиться к лечащему врачу для заполнения «Санаторно-курортной карты» – формы №072/у–04. Для заполнения данного документа лечащий врач должен получить результаты исследований и консультаций. Обязательными являются:

– клинический анализ крови и анализ мочи;
– электрокардиограмма;
– рентгенологическое исследование грудной клетки (флюорография).

Кроме того, женщины должны иметь заключение акушера-гинеколога. При направлении на санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями органов пищеварения необходимо проведение рентгенологического исследования (если с момента последнего исследования прошло более 6 месяцев) либо УЗИ и эндоскопии. В некоторых случаях могут быть проведены дополнительные исследования и консультации специалистов.

О выдаче «Санаторно-курортной карты» лечащий врач делает соответствующую запись в амбулаторной карте (истории болезни) пациента.

При направлении больного в санаторий врач должен учитывать медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения. К общим противопоказаниям относятся все острые заболевания, инфекционные, венерические, злокачественные новообразования, туберкулез и др. В каждом конкретном случае вопрос о наличии у пациента противопоказаний должен решаться совместно с заведующим отделением. Санаторно-курортную карту подписывают заведующий отделением и лечащий врач. При отсутствии санаторно-курортной карты или при наличии у больного противопоказаний для лечения больной в санаторий не принимается.

По прибытии в санаторно-курортную организацию пациент предъявляет путевку и санаторно-курортную карту (хранится в санатории в течение трех лет). Рекомендуется также иметь при себе полис обязательного медицинского страхования.

После первичного осмотра лечащий врач санаторно-курортной организации заполняет и выдает пациенту санаторную книжку с указанием назначенных лечебных процедур. Обо всех выполненных процедурах в санаторной книжке делаются соответствующие отметки.

По завершении курса санаторно-курортного лечения больному выдается обратный талон санаторно-курортной карты и санаторно-курортная книжка с данными о проведенном лечении и рекомендациями.

В случае установления у больного, поступившего в санаторно-курортную организацию, противопоказаний для санаторно-курортного лечения врачебной комиссией санаторно-курортной организации составляется «Акт о противопоказанности больному санаторно-курортного лечения» в трех экземплярах, один из которых направляется в орган управления здравоохранением субъекта РФ, второй – в адрес ЛПУ, направившего пациента, для разбора на врачебной комиссии данного ЛПУ, а третий экземпляр остается в санаторно-курортной организации. Срок выявления противопоказаний не должен превышать 5 дней с момента поступления пациента в санаторий.

После выявления противопоказаний пациент может быть оставлен в санатории для проведения курса лечения в соответствии с выявленными противопоказаниями для различных методов лечения, либо переведен в стационар, либо транспортирован по месту жительства. Санаторно-курортная организация оказывает содействие в приобретении билетов при невозможности оставления пациента в санатории.

Происходящие в стране рыночные преобразования глубоко отразились на функционировании всех отраслей здравоохранения, в том числе и на санаторно-курортном лечении. В современных условиях реформирования здравоохранения важное значение приобретают государственная политика в отношении курортного строительства и его правовое регулирование.

Санаторно-курортная деятельность законодательно определяется как «работа, направленная на удовлетворение социальной потребности граждан в лечении, реабилитации и отдыхе, создание и функционирование сети лечебно-профилактических объектов, специализирующихся на применении в лечебной практике природных факторов».

В 1995 г. был принят Федеральный закон «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах», определивший принципы государственной политики и регулирование отношений в области курортного дела.

В 1996 г. постановлением Правительства РФ утверждена федеральная целевая программа «Развитие курортов федерального значения». Программа предусматривает сохранение и рациональное использование лечебных ресурсов на курортах.

Постановлениями Правительства Российской Федерации утверждены «Положение о признании территорий лечебно-оздоровительными местностями и курортами федерального значения» и «Положение об округах санаторной и горно-санаторной охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов федерального значения».

Обновленное законодательство РФ (Гражданский кодекс Российской Федерации, Закон РФ «О природных лечебных ресурсах, при-

ных оздоровительных местностях и курортах», «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и др.) создает реальные условия для проведения процесса реформирования сферы производства санаторно-курортных услуг. При этом реформа деятельности существующих здравниц не является самоцелью, а органично связана со всей системой современных экономических реформ, происходящих в России.

В настоящее время существуют разнообразные организационно-правовые формы санаторно-курортных учреждений: федерального подчинения, муниципальные, ведомственные, принадлежащие профсоюзным организациям, акционерные общества закрытого и открытого типа, товарищества с ограниченной ответственностью, индивидуальные частные предприятия. Появляются новые правовые формы предприятий указанной сферы деятельности, например, консорциумы и концерны. Многие санатории сменили форму собственности и приобрели статус самостоятельных субъектов хозяйствования. Новый статус позволил получить независимость от каких-либо внешних бюджетов; в то же время резко возросла ответственность персонала санаториев, в особенности управленческого, за рациональное и эффективное использование имеющихся ресурсов.

Все детские и противотуберкулезные санатории являются бюджетными учреждениями и находятся в подчинении федеральных или муниципальных органов управления здравоохранением. В федеральных и муниципальных санаториях лечатся граждане, пострадавшие от стихийных бедствий, аварий, военных конфликтов, а также другие категории населения, нуждающиеся в социальной поддержке. В целях сохранения потенциала санаторно-курортного комплекса как одного из ведущих звеньев восстановительного и профилактического лечения населения и в первую очередь его социально незащищенных слоев Министерство здравоохранения России принимает меры по сохранению коечного фонда федеральных санаториев, укреплению их материально-технической базы.

Предпочтительно сочетанное развитие в курортном регионе всего многообразия организационно-правовых форм деятельности здравниц, в том числе малых предприятий семейного пансионного обслуживания.

В настоящее время при некоторых заболеваниях на долечивание (реабилитацию) в специализированном санатории направляются работники, проживающие и работающие на территории соответствующего субъекта РФ. В отдельных случаях путевки могут быть предоставлены больным, проходящим стационарное лечение, но проживающим и работающим на территории другого субъекта РФ. Так как путевки пациентам предоставляются бесплатно, а оплата путевок осуществляется за счет средств социального страхования, в таких случаях между соответствующими региональными отделениями Фонда социального страхования осуществляются взаиморасчеты.

На долечивание (реабилитацию) в специализированный санаторий направляются больные после стационарного лечения по поводу:

– острого инфаркта миокарда;
– острого нарушения мозгового кровообращения;
– нестабильной стенокардии;
– сахарного диабета;
– беременные женщины группы риска.

На долечивание в санатории направляются также пациенты после операций:

– на сердце и магистральных сосудах;
– удаления желчного пузыря;
– по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
– по поводу панкреатита (панкреонекроза).

При направлении пациента в санаторно-курортные организации на долечивание после стационарного лечения медицинский отбор и направление осуществляет лечащий врач и заведующий отделением стационарного учреждения.

При отборе и направлении больных на долечивание (реабилитацию) в специализированные санатории после стационарного лечения необходимо соблюдать рекомендуемые сроки, показания и противопоказания. Рекомендации по медицинскому отбору больных для направления на долечивание в специализированные санатории утверждены Приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 27.01.06 г. №44.

При направлении больного на долечивание в санаторий ему выдается путевка, санаторно-курортная карта, листок нетрудоспособности, выписка из истории болезни.

Транспортировка больных в санаторий осуществляется санитарным транспортом в сопровождении медработника. Больные после оперативных вмешательств на органах пищеварения, больные с сахарным диабетом и беременные групп риска в санаторий едут самостоятельно.

Для современных санаторно-курортных учреждений характерны два основных направления деятельности: традиционное – *лечебно-оздоровительное* и новое – *рекреационное*. В связи с этим перед курортами стоят две важнейшие задачи. Первая – медицинское обслуживание хронических больных в плане вторичной профилактики, т.е. раннего лечения имеющихся заболеваний с целью укрепления остаточной сопротивляемости организма или в форме медицинской реабилитации, направленной на предотвращение развития болезни и обучение больного образу жизни, адекватному его заболеванию. Вторая – оздоровительный отдых, во время которого отдыхающий получает информацию, касающуюся предупреждения нарушений здоровья.

Если до перестройки основное количество российских здравниц функционировало как лечебно-оздоровительные центры, то после

обновления законодательной базы России санаториям отводится особая роль в проведении первичной профилактики – укреплении и сохранении здоровья лиц трудоспособного возраста, не имеющих каких-либо хронических заболеваний, т.е. в создании совершенно нового для отечественной курортологии рекреационного направления. Это направление активно внедряется в санаториях. Длительность пребывания в санатории для практически здоровых лиц должна устанавливаться индивидуально. Развитие дополнительных платных лечебно-оздоровительных услуг способствует расширению медицинских возможностей санатория и в то же время позволяет санаторно-курортному учреждению решать собственные экономические проблемы.

С учетом ориентации санаториев не только на лечебную работу, но и на рекреационную помощь необходимо повышать комфортность проживания отдыхающих, качество питания и особенно культурно-массовой работы, развивать индустрию развлечений. Возрастающая потребность населения в семейном отдыхе вызывает необходимость обеспечить рост числа муниципальных пансионов семейного типа. Фактически появилась новая врачебная специальность – курортный семейный врач.

Многие российские курорты, вне зависимости от их организационно-правовой формы, изменили профиль деятельности, начав принимать не только взрослых отдыхающих, но и родителей с детьми. Это привело к реформированию материально-технической базы здравниц: обычные двухместные палаты перестраиваются на апартаменты из 2–3 комнат, где могла бы разместиться семья из 3–5 человек, создаются игровые детские комнаты и площадки. Проводится реорганизация служб: в ряде санаториев созданы службы семейных врачей, воспитателей, введен специальный рацион детского питания в столовых.

Согласно Закону РФ «О медицинском страховании граждан РСФСР» право санатория осуществлять деятельность по оздоровлению должно быть подтверждено государственной лицензией. В процессе лицензирования и аккредитации проводится оценка объема деятельности санатория, кадрового обеспечения, эффективности использования материально-технической базы и оборудования, качества работы и соответствия деятельности санатория медико-экономическим стандартам. Актуальной задачей является разработка и внедрение интегральных критериев медицинской, социальной и экономической эффективности санитарно-курортной помощи.

Глава 19

СОЦИАЛЬНОЕ И МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ГРАЖДАН

Основные понятия страхования

Страхование – это система экономических отношений, включающая образование специальных фондов, используемых для возмещения имущественного ущерба, обусловленного воздействием непредвиденных природных, хозяйственных или социальных явлений, а также для оказания помощи гражданам и их семьям при наступлении различных событий в их жизни (достижение пенсионного возраста, болезнь, утрата трудоспособности, смерть). Основное назначение страхования – защита имущественных интересов граждан при наступлении страхового случая. Оно дает возможность застрахованному гражданину получить относительно большую, по сравнению с размером уплаченного страхового взноса, страховую выплату при наступлении страхового случая.

Страховой случай – факт возникновения у застрахованного лица определенного события, являющегося объектом страхования и подлежащего оплате из страховых фондов страховщика согласно договору страхования.

Страхователь – юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее договор страхования со страховщиком или являющееся страхователем в силу закона.

Страховщик – это юридическое лицо организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством (страховая компания), имеющее право (лицензию) на проведение страховой деятельности.

Застрахованный – лицо, в пользу которого страхователем заключен договор страхования со страховщиком (страховой компанией).

Страхование возникло вместе с развитием мореплавания и колонизации, когда объектами страхования стали товары и транспортные средства. Позднее стали развиваться и другие формы имущественного страхования, в том числе страхование строений, производственных объектов, драгоценностей и т.д.

Лишь в середине XIX – первой половине XX вв. объектом страховой деятельности становятся и социальные процессы. Являясь менее выгодным для страховщика, чем имущественное, социальное страхование представляет собой эффективный механизм перераспределения материальных благ от благополучной части населения к неблагополу-

ной и обеспечивает наличие определенных социальных гарантий для всех граждан страны.

В зависимости от объектов страхования можно выделить три вида страхования:

– имущественное страхование;
– страхование ответственности;
– личное страхование.

1. *Имущественное страхование.* Правовые, финансовые и организационные основы имущественного страхования определены Законом «О страховании». В соответствии с законом имущественное страхование представляет собой систему отношений по оказанию страховой услуги, когда защита имущественного интереса связана с владением, пользованием или распоряжением имуществом. Имущественные интересы граждан и предприятий могут нарушаться при повреждении, гибели или уничтожении, а также при пропаже имущества.

2. *Страхование ответственности* предполагает обязанность страхователя возместить ущерб, причиненный личности или имуществу какого-то лица или лиц вследствие деяния (действия или бездействия) страхователя.

Страхование ответственности призвано обеспечить выплату потерпевшему компенсации в денежной или иной форме, которая была бы взыскана в его пользу (или в пользу его правопреемников) при гражданском иске в случае увечья или гибели самого потерпевшего или повреждения его имущества при обстоятельствах, когда не возникает уголовная ответственность. Гражданская ответственность всегда персональная, и ее страхование распространяется только на конкретную деятельность данного страхователя, которая указывается в полисе.

В большинстве стран широко распространено страхование гражданской ответственности на случай профессиональной ошибки среди бухгалтеров, врачей, юристов, а также владельцев частного и общественного транспорта.

3. *Личное страхование* представляет собой систему отношений по оказанию страховой услуги, когда защита имущественного интереса связана с жизнью, здоровьем, трудоспособностью, пенсионным обеспечением. Типичными видами личного страхования являются, например, страхование от несчастных случаев, страхование жизни, медицинское и пенсионное страхование. Страхователями по личному страхованию выступают как физические, так и юридические лица, личное страхование всегда связано с конкретным лицом (личностью).

Страхованием может защищаться имущественный интерес как самого страхователя, так и другого лица при наступлении несчастного случая. Страхователь может также застраховать другое лицо или других лиц, заключив договор личного страхования в их пользу и уплатив соответствующий взнос.

Страхование жизни обеспечивает получение материальной помощи при наступлении смерти застрахованного лица. Страховое обеспечение в случае смерти застрахованного получает лицо, в пользу которого страхователь (а при определенных видах страхования – застрахованный) сделал указание о получении страховой выплаты.

Пенсионное страхование существует в виде государственного пенсионного обеспечения, когда страховые пенсионные фонды формируются государством и являются их собственностью, а право на пенсионное обеспечение имеют все трудящиеся. Кроме того, существует дополнительное добровольное пенсионное страхование, при котором страховые взносы уплачиваются страхователями-гражданами, а страховые пенсионные фонды формируются страховщиком.

Цель страховой защиты имущественных интересов, связанная со здоровьем и трудоспособностью, – получать от страховщика материальную помощь для оплаты (компенсации) затрат на восстановление здоровья и трудоспособности, а также компенсации потерь дохода, возникших в связи с утратой трудоспособности.

Практически все виды личного страхования включают обязательное и добровольное страхование. Обязательное личное страхование осуществляется на основании законодательства. Этот вид страхования именуется социальным страхованием.

Социальное страхование – это система государственных мероприятий, защищающая граждан от факторов социального риска, к которым относятся болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, материнство, старость, безработица, смерть родственников.

К социальному страхованию относится и обязательное медицинское страхование.

Социальная защита. Социальное страхование

Социальная защита населения является важным направлением социальной политики государства. Право социальной защиты, в соответствии с Конституцией Российской Федерации, распространяется на всех проживающих на территории граждан, однако реализуется оно при определенных условиях и обстоятельствах, например: низкий, меньше среднедушевого регионального уровня, доход; отсутствие средств существования; одиночество, неспособность к самообслуживанию, передвижению и другие причины.

Субъектами социальной защиты со стороны государства выступают:

- нетрудоспособные граждане, в том числе пенсионеры по возрасту, инвалиды разных категорий; потерявшие кормильца; дети;
- малообеспеченные граждане и семьи (в том числе многодетные и неполные семьи, молодые студенческие семьи);

– лица, попавшие в экстремальные условия (пострадавшие от социальных катаклизмов, катастроф, стихийных бедствий; вынужденные переселенцы; граждане, не имеющие определенного места жительства и занятий и др.); безработные.

Особой частью социальной защиты населения является система социальной защиты инвалидов. Она имеет сформировавшуюся нормативно-правовую, финансовую и организационную основу.

Социальная защита инвалидов – это система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Основными формами социальной защиты инвалидов являются:

1. *Материальное обеспечение* – денежные выплаты (в виде пенсий, пособий, доплат к ним, компенсаций).

2. *Натуральное обеспечение* (предметами первой необходимости, в том числе питанием, одеждой, лекарствами, протезно-ортопедическими изделиями и средствами передвижения; вспомогательными техническими средствами социально-бытового, спортивного, культурного, информационного, производственного назначения).

3. *Социальные услуги и льготы по их предоставлению* (медицинская и протезно-ортопедическая помощь; воспитание и обучение инвалидов; профессиональная подготовка и трудовое устройство – обеспечение занятости; медико-социальная помощь и уход; социально-бытовое обслуживание; социально-психологическая помощь и поддержка).

4. *Правовая защита инвалидов* (защита прав и свобод, законных интересов инвалидов обеспечивается государством; дискриминация инвалидов запрещается и преследуется по закону; виновные в нарушении прав, свобод и интересов инвалидов несут установленную законом ответственность).

Законодательной, нормативно-правовой основой системы социальной защиты инвалидов является обширный блок документов различного уровня. Они приняты на основе (согласуясь с требованиями) международных документов: «Декларация о правах инвалидов» (ООН, 1975); «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов» (ООН, 1993) и др.

Система социальной защиты инвалидов в РФ формируется и осуществляется на базе следующих основных принципов:

– государственный характер обеспечения прав и гарантий предоставления необходимой помощи и защиты (социальная помощь и защита реализуются государством через соответствующие органы управления, специальные учреждения на закрепленной нормативно-правовой основе);

– комплексность мер социальной защиты и преемственность на всех этапах оказания помощи;

– сочетание общедоступности мер социальной защиты и помощи и ее адресности (предоставление конкретной помощи с учетом индивидуальных потребностей), а также возможность замены форм и видов социальной защиты – их конвертируемость (например, предоставление денежной компенсации взамен услуги или реабилитационного средства);
– разграничение ответственности и компетенции в сфере социальной защиты на федеральном, региональном и местном уровне, а также устойчивость формирования ресурсного, финансового обеспечения мер социальной помощи и защиты, использование различных источников финансирования;
– участие инвалидов в формировании государственной политики, нормативной базы и реализации конкретных мер социальной защиты (в частности, через общественные организации или представительство в органах власти).

Федеральный закон РФ «О социальной защите инвалидов в РФ» (1995) выделяет три основных направления социальной защиты:

1. *Медико-социальная экспертиза (МСЭ)* – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. Она осуществляется на основе анализа и комплексной оценки клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица (с использованием утвержденных Правительством РФ классификаций и критериев). МСЭ проводится в учреждениях Государственной службы медико-социальной экспертизы.

2. *Реабилитация инвалидов* – 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. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Реабилитация инвалидов включает в себя:
– медицинскую реабилитацию (восстановительную терапию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование и др.);
– профессиональную реабилитацию (профориентацию, профессиональное обучение, трудоустройство, профессионально-производственную адаптацию и др.);
– социальную реабилитацию (мероприятия по социально-средовой адаптации, социально бытовой адаптации и др.).

Реабилитация осуществляется для каждого *инвалида через индивидуальную программу реабилитации (ИПР)*, которая разрабатывается в учреждениях МСЭ и содержит комплекс оптимальных для инвалида

реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других мер. Реализуется ИПР в учреждениях реабилитационного типа различной ведомственной принадлежности, действующих в системе реабилитации. ИПР является обязательной к исполнению органами государственной власти различного уровня и учреждениями, организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

3. *Обеспечение жизнедеятельности инвалидов* – система государственных гарантий, прав и льгот инвалидов в различных сферах жизнедеятельности. Этому направлению социальной защиты посвящена глава 4 указанного закона, где каждая статья закрепляет определенные гарантии, права и льготы. Сюда, в частности, относятся создание безбарьерной среды жизнедеятельности инвалидов – обеспечение беспрепятственного доступа к информации, к объектам социальной инфраструктуры (жилым зданиям, производственным, спортивным, культурным учреждениям, транспортным коммуникациям); обеспечение инвалидов жилой площадью и коммунальные льготы; транспортное обслуживание и льготы; материальное обеспечение; медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение; санаторно-курортное обслуживание и протезно-ортопедическая помощь; обеспечение воспитания, образования, профессиональной подготовки; социально-бытовое обслуживание; обеспечение занятости – трудоустройства в соответствии с показаниями и др.

Организационно система социальной защиты инвалидов обеспечивается органами управления различных уровней и учреждениями, оказывающими конкретные виды помощи, услуг.

На федеральном уровне ведомственным органом управления является *Министерство здравоохранения и социального развития РФ*; на региональном – комитет (управление, в автономной республике – министерство) по труду и социальной защите населения субъекта РФ; на местном – районные (в городах без районного деления – городские) комитеты (управления) социальной защиты населения.

Основными видами учреждений, осуществляющих мероприятия социальной защиты, являются следующие:

- учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы (бюро и главные бюро МСЭ);
- протезно-ортопедические предприятия;
- стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для взрослых: психоневрологические и общего типа, специализированные; для детей: с умственной отсталостью и с физическими недостатками);
- нестационарные учреждения социального обслуживания (территориальные центры, в том числе комплексные, а также отделения социального обслуживания пожилых и инвалидов);

– учебные заведения для инвалидов (училища, техникумы, в том числе с интернатами, а также учебные центры и центры профессиональной реабилитации);
– реабилитационные учреждения (отделения и центры реабилитации многопрофильные и специализированные: медико-социальной, социальной, социально-бытовой, социально-психологической, профессиональной, творческой реабилитации и др.).

В настоящее время в России работают учебные заведения среднего, высшего и последипломного профессионального образования для подготовки и повышения квалификации специалистов для системы социальной защиты населения России, а также научно-исследовательские центры МСЭ, протезирования и реабилитации (в Москве, Санкт-Петербурге, Новокузнецке).

Финансовая база системы социальной защиты инвалидов формируется из следующих источников:
– бюджета всех уровней (федеральный, региональные, местные);
– средств государственных внебюджетных фондов (средства государственного социального страхования): Пенсионного фонда, Фонда обязательного медицинского страхования, Фонда социального страхования;
– средств целевых фондов (социальной поддержки населения, Национального фонда содействия инвалидам и др.);
– благотворительных, гуманитарных организаций и фондов, в том числе международных;
– средств предприятий, организаций, отдельных граждан;
– общественных организаций инвалидов и др.

Обязательное социальное страхование – часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование работающих граждан от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе по не зависящим от них обстоятельствам.

Законодательство Российской Федерации об обязательном социальном страховании состоит из норм права, установленных Конституцией РФ, законодательством о труде, Федеральным законом «Об основах обязательного социального страхования» (1999), а также специальных законов и иных нормативно-правовых актов, регулирующих особые (специальные) виды страхования. К ним относятся обязательное пенсионное, обязательное медицинское, обязательное государственное социальное, обязательное государственное страхование жизни и здоровья военнослужащих, обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и др.

Обязательное социальное страхование представляет собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию или минимизацию последст-

вий изменения материального и (или) социального положения работающих граждан, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, иных категорий граждан вследствие признания их безработными, вследствие трудового увечья или профессионального заболевания, инвалидности, болезни, травмы, беременности и родов, потери кормильца, а также наступления старости, необходимости получения медицинской помощи, санаторно-курортного лечения и наступления иных установленных законодательством Российской Федерации социальных страховых рисков, подлежащих обязательному социальному страхованию.

Основными видами социальных страховых рисков (страховыми случаями) являются: необходимость получения медицинской помощи; временная нетрудоспособность; трудовое увечье и профессиональное заболевание; материнство; инвалидность; наступление старости; потеря кормильца; признание безработным; смерть застрахованного лица или нетрудоспособных членов его семьи, находящихся на его иждивении.

Каждому виду социального страхового риска соответствует определенный вид страхового обеспечения. Страховым обеспечением по отдельным видам обязательного социального страхования являются:

- оплата медицинскому учреждению расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу необходимой медицинской помощи;
- пенсия по старости;
- пенсия по инвалидности;
- пенсия по случаю потери кормильца;
- пособие по временной нетрудоспособности;
- пособие в связи с трудовым увечьем и профессиональным заболеванием;
- пособие по беременности и родам;
- ежемесячное пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет;
- пособие по безработице;
- единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;
- единовременное пособие при рождении ребенка;
- пособие на санаторно-курортное лечение;
- социальное пособие на погребение;
- оплата путевок на санаторно-курортное лечение и оздоровление работников и членов их семей.

Фонд социального страхования РФ (ФСС) является специализированным финансово-кредитным учреждением при Правительстве РФ и управляет средствами государственного социального страхования. В ФСС входят следующие исполнительные органы: региональные отделения (они управляют средствами государственного социального страхо-

При добровольном медицинском страховании (ДМС) все это определяется договорами между участниками страхования.

2. Страхователями в системе обязательного медицинского страхования обычно выступают:
– государство;
– работодатели;
– граждане (застрахованные). При добровольном страховании страхователями могут быть:
– работодатели (коллективное страхование);
– граждане (индивидуальное страхование).

3. При обязательном медицинском страховании страхователь обязан заключать договор со страховой компанией, а при добровольном страховании договор заключается только на добровольной основе.

4. Размер страховых взносов при обязательном медицинском страховании устанавливается законодательно и определяется в процентном отношении от заработной платы застрахованных. Например, в Германии страховой взнос составляет 13,5% от заработной платы (половину этой суммы выплачивает застрахованный, половину – его работодатель).

Такой подход обеспечивает действие основополагающего принципа обязательного медицинского страхования – *«принципа солидарности»*, в соответствии с которым медицинская помощь оказывается всем застрахованным в равном объеме независимо от абсолютной величины страховых взносов.

При добровольном медицинском страховании действует другой принцип – *«эквивалентности»*, при котором объем предоставляемой помощи напрямую связан со стоимостью страховки (размером страховых взносов).

5. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые медицинскими учреждениями, при обязательном медицинском страховании определяются на территориальном уровне специальной тарифной комиссией, в которую входят представители страховых компаний, органов государственного управления, а также профессиональных медицинских организаций.

При добровольном страховании тарифы на медицинские услуги устанавливаются по соглашению между страховой компанией и медицинской организацией.

Система медицинского страхования в России

История развития медицинского страхования в России

В России страховая медицина имеет пусть небольшую, но свою историю. 23 июня 1912 г. в России был принят закон, который впервые в стране ввел страхование на случай болезни. С этого момента начала действо-

ать система страхования рабочих промышленных предприятий. Она распространялась только на крупные предприятия. Под ее действие не попадали рабочие, занятые в строительстве, на транспорте, в торговле, в сельском хозяйстве, а также прислуга и временные рабочие. Закон не распространялся на Сибирь и Среднюю Азию.

Больничные кассы выдавали своим участникам денежные пособия в трех случаях:

– по болезни или несчастному случаю, связанному с утратой трудоспособности (от 1/2 до 2/3 заработка для семейных и от 1/4 до 1/2 – для остальных);
– по случаю родов (до 50% заработка работницы);
– на погребение (от 20- до 30-кратного дневного заработка умершего).

Пособие по болезни выплачивалось с 3–4-го дня. Организация медицинской помощи рабочим, например создание больниц, в обязанности больничных касс не входила. Предусматривались лишь амбулаторное лечение и первая помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях – расходы возлагались на предпринимателей.

После Февральской революции Временное правительство попыталось улучшить действующую систему. Страхование на случай болезни распространялось на строителей и ремесленников, а также на мелкие предприятия, где постоянно трудились не менее 5 рабочих. Больничные кассы получили право в своих лечебных учреждениях оказывать помощь не только членам семей, но и самим застрахованным. Однако, как и прежде, средства больничных касс составлялись из взносов самих рабочих и доплаты предпринимателей.

В первые месяцы советской власти больничным кассам были бесплатно переданы принадлежавшие предпринимателям больницы и амбулатории. Предпринимателей обязывали выдавать больничным кассам средства на строительство и оснащение лечебных учреждений из расчета 1 больничная койка на 100 рабочих и 1 родильная койка на 200 работниц. Кассы не только выплачивали пособия, но и повсеместно занимались организацией бесплатной медицинской помощи рабочим. Денежные средства кассы получали от предпринимателей – они платили страховые взносы.

Созданные тогда же объединенные больничные кассы, располагавшие значительными средствами, организовали амбулаторную и стационарную помощь, помощь экстренную и в ночное время.

Однако уже на I съезде медико-санитарных отделов (июнь 1918 г.) был поставлен вопрос об «организационном слиянии» государственной и страховой медицины. В феврале 1919 г. было принято постановление Совнаркома «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Наркомздраву», а в марте 1919 г. – о ликвидации больничных касс.

В период нэпа (1921–1923 гг.) произошел временный возврат к элементам страховой медицины, однако было сохранено единство совет-

ского здравоохранения при активном участии страховых компаний в организации медицинской помощи застрахованным, а период такой организации был кратковременным.

Кризисная ситуация, сложившаяся в нашем здравоохранении в конце 1980-х – начале 1990-х гг., заставила вспомнить историю больничных касс в нашей стране и изучить современный зарубежный опыт организации медицинского страхования.

Правовые основы медицинского страхования в России

28 июня 1991 г. был принят Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», в соответствии с которым с 1993 г. в стране была введена система обязательного медицинского страхования.

Закон, несмотря на все его несовершенство, положил начало трансформации предшествующей жестко иерархической модели медицинского обеспечения с административно-командными методами управления в модель, основанную на социальном страховании. Важную роль в становлении новой системы должно было сыграть введение рыночных механизмов: конкуренции производителей медицинских услуг и страховых организаций.

Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» состоит из 5 разделов, 28 статей.

I раздел. Общие положения.

Ст. 1. Медицинское страхование.

Ст. 2. Субъекты медицинского страхования.

II раздел. Система медицинского страхования.

Ст. 3. Объект добровольного медицинского страхования.

Ст. 4. Договор медицинского страхования.

Ст. 5. Страховой медицинский полис.

Ст. 6. Права граждан РФ в системе медицинского страхования.

Ст. 7. Права и обязанности лиц, не имеющих гражданства, в системе медицинского страхования.

Ст. 8. Медицинское страхование граждан РФ за границей и иностранных граждан на территории РФ.

Ст. 9. Права и обязанности страхователя.

Ст. 10. Источники финансирования системы здравоохранения в РФ.

Ст. 11. Финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения.

Ст. 12. Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования.

Ст. 13. Налогообложение средств, направляемых на здравоохранение.

III раздел. Деятельность страховых медицинских организаций.

Ст. 14. Страховая медицинская организация.

Ст. 15. Права и обязанности страховой медицинской организации.

Ст. 16. Выдача лицензий на право заниматься медицинским страхованием.

Ст. 17. Платежи на медицинское страхование.

Ст. 18. Налогообложение страховых медицинских организаций.

Ст. 19. Реорганизация и ликвидация страховых медицинских организаций.

IV раздел. Деятельность медицинских учреждений в системе медицинского страхования.

Ст. 20. Права и обязанности медицинских учреждений.

Ст. 21. Лицензирование и аккредитация медицинских учреждений.

Ст. 22. Программа обязательного медицинского страхования.

Ст. 23. Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию.

Ст. 24. Тарифы на услуги в системе медицинского страхования.

Ст. 25. Налогообложение медицинских учреждений.

Ст. 26. Регулирование отношений субъектов медицинского страхования.

V раздел. Регулирование отношений сторон в системе ОМС.

Ст. 27. Ответственность сторон в системе медицинского страхования.

Ст. 28. Право страховой медицинской организации на возмещение расходов.

Права и обязанности субъектов (участников) медицинского страхования

Законом определены участники (субъекты) обязательного медицинского страхования, каждый из которых имеет определенные права и обязанности.

Условно выделяют прямые и косвенные субъекты медицинского страхования.

К группе прямых относятся субъекты, непосредственно участвующие в организации и проведении медицинского страхования.

В качестве прямых субъектов медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

К группе прямых субъектов можно отнести и фонды объединенного медицинского страхования.

Граждане в системе медицинского страхования

Гражданин – застрахованное физическое лицо. Граждане Российской Федерации имеют в системе медицинского страхования право на:

- обязательное и добровольное медицинское страхование;
- выбор медицинской страховой организации;

– выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
– получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;
– получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
– предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;
– возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

Наряду с гражданами РФ такие же права в системе медицинского страхования имеют находящиеся на территории России лица, не имеющие гражданства, и постоянно проживающие в России иностранные граждане.

Страхователи

Страхователями, т.е. теми субъектами, которые уплачивают страховые взносы на обеспечение всех граждан медицинским страхованием, выступают работодатели и местные органы исполнительной власти.

Страхователь имеет право на:
– участие во всех видах медицинского страхования (обязательное и добровольное, в том числе коллективное, индивидуальное);
– свободный выбор страховой организации;
– осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского страхования;
– возвратность части страховых взносов от страховой медицинской организации при добровольном медицинском страховании в соответствии с условиями договора.

Страхователь обязан:
– заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией;
– вносить страховые взносы в порядке, установленном законом и договором медицинского страхования;
– в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;
– предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию.

За уклонение предприятия-страхователя от обязанностей по обязательному медицинскому страхованию соответствующего контингента

он в судебном порядке подвергается штрафу в размере, соответствующем установленному страховому взносу. Уплата штрафа не освобождает страхователя от финансовых обязательств по медицинскому страхованию.

Страховщик

Страховщик – страховая медицинская организация (компания), являющаяся юридическим лицом с любой формой собственности и осуществляющая медицинское страхование в соответствии с государственным разрешением (лицензией) на право заниматься медицинским страхованием. Страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения. Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских компаний.

Страховая медицинская организация имеет право:

- свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования;
- участвовать в аккредитации медицинских учреждений;
- устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию;
- принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;
- предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению и (или) медицинскому работнику на материальное возмещение физического и (или) морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Страховая медицинская организация обязана:

- осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе;
- заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;
- заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими и иными учреждениями;
- с момента заключения договора медицинского страхования выдавать страхователю или застрахованному страховые медицинские полисы;
- осуществлять возвратность части страховых взносов страхователю или застрахованному, если это предусмотрено договором медицинского страхования;
- контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора;
- защищать интересы застрахованных.

Страховые медицинские организации для обеспечения устойчивости страховой деятельности создают резервные фонды.

Страховые медицинские организации не имеют права отказать страхователю в заключении договора обязательного медицинского страхования, который соответствует действующим условиям страхования.

Кроме перечисленных прав и обязанностей для страховых медицинских компаний как субъектов хозяйственной деятельности действующим законодательством предусмотрены многие другие права и обязанности.

Важную роль по защите интересов населения при получении медицинской помощи выполняют ***эксперты*** страховых медицинских организаций, в должностные обязанности которых входят контроль, оценка объема, сроков и качества оказания медицинской помощи (медицинских услуг) при возникновении страхового случая в соответствии с договором обязательного или добровольного медицинского страхования.

Эксперты имеют право:

- проводить экспертизу на местах;
- иметь доступ к различным источникам медицинской информации, включая данные патологоанатомических вскрытий, для проведения экспертизы объема и качества медицинской помощи;
- вести личные беседы с пациентами, их родственниками и медицинскими работниками по фактам проводимой экспертизы;
- подписывать счета медицинских учреждений;
- оформлять и предъявлять претензии к медицинскому учреждению и конкретному медицинскому работнику;
- участвовать в подготовке претензионных и исковых материалов для передачи их от имени пациента в третейский суд;
- по согласованию с руководством страховых медицинских организаций приглашать для участия в экспертизе независимых экспертов;
- эксперты имеют право обжаловать действия администрации страховой медицинской организации.

Эксперты обязаны:

- осуществлять текущую выборочную экспертную проверку страховых случаев в медицинских учреждениях с целью выявления сроков, объема и качества оказываемых медицинским учреждением услуг, согласно договору на оказание лечебно-профилактической помощи;
- осуществлять обязательную проверку, которая проводится в случае смерти больного; подачи жалобы застрахованным или его родственниками на неудовлетворительное качество лечения; в случае осложнения заболевания, повлекшего за собой дополнительное финансирование расходов страховщиком; при обращении застрахованного в другое медицинское учреждение;

– в установленные сроки подтвердить оплату счетов медицинских учреждений, если отсутствует нарушение условий договоров на предоставление медицинских и иных услуг;
– при наличии нарушений условий договоров на предоставление медицинских и иных услуг участвовать в подготовке претензионных или исковых документов для привлечения лечебно-профилактических учреждений к имущественной или иной ответственности;
– анализировать и обобщать состояние дел по обеспечению необходимого объема, сроков и качества оказываемой медицинской помощи с целью своевременного выявления и устранения причин, порождающих нарушения;
– в особых случаях (смерть больного, жалоба застрахованного или родственников, осложнение заболевания) привлекать к экспертизе независимых экспертов;
– нести ответственность за компетентность заключения.

Экспертное заключение предоставляется экспертом не позднее 3 дней с момента окончания проверки. Срок проверки по жалобе не должен превышать 15 дней со дня поступления. В случае необходимости проведения дополнительной независимой экспертизы срок может быть продлен, но не более чем до 1 мес.

Медицинское учреждение

Медицинские учреждения – имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие индивидуально или коллективно медицинскую деятельность. Медицинскую помощь в системе медицинского страхования оказывают медицинские учреждения с любой формой собственности, аккредитованные в установленном порядке. Они являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями.

По лицензии медицинские учреждения реализуют программы добровольного медицинского страхования без ущерба для программ обязательного медицинского страхования.

Медицинские учреждения, выполняющие программы медицинского страхования, имеют право оказывать медицинскую помощь и вне системы медицинского страхования. Заключение медицинским учреждением договора со страховой компанией не означает необходимости прекращения других источников финансирования.

Медицинские учреждения в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями договора несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне.

Медицинские учреждения реализуют свою деятельность в системе медицинского страхования на основе договоров со страховыми компаниями на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) застрахованному контингенту. Этот договор обязательно должен содержать: наименование сторон, численность застрахованных, виды медицинских услуг, стоимость работ и порядок расчетов, порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств, ответственность сторон и иные условия.

Тарифы на медицинские услуги при ОМС определяются соглашением между страховыми компаниями, органами власти и профессиональными медицинскими ассоциациями. Эти тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи. Тарифы на медицинские услуги при ДМС устанавливаются по соглашению между страховой компанией и медицинским учреждением.

В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страхования страховая компания вправе частично или полностью не возмещать затраты на оказание медицинских услуг.

Фонды ОМС

К субъектам медицинского страхования в системе ОМС также относятся фонды ОМС – это самостоятельные государственные финансово-кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования. Фонды ОМС предназначены для аккумулирования страховых взносов, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

Федеральный фонд ОМС создается высшим органом законодательной власти России и Правительством РФ.

Территориальные фонды ОМС создаются соответствующими органами законодательной и исполнительной власти субъектов Федерации.

Финансовые средства фондов ОМС находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

Косвенные субъекты медицинского страхования

К группе косвенных относятся субъекты, не участвующие непосредственно в организации и проведении медицинского страхования, но в то же время содействующие и способствующие реализации медицинских страховых программ. К косвенным субъектам медицинского страхования могут быть отнесены: профсоюзы, политические партии и общественные организации, общества защиты прав потребителей, профессиональные медицинские (врачебные) ассоциации, органы и учреждения

Госсанэпиднадзора, аптечные управления, органы государственной налоговой службы, страховые компании по страхованию профессиональной ответственности медицинских работников и т.д., и т.п.

4.4. Организация и финансирование системы обязательного медицинского страхования в РФ

В соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан РФ» ОМС является государственным и всеобщим для населения. Это означает, что государство в лице своих законодательных и исполнительных органов определяет основные принципы организаций ОМС, устанавливает тарифы взносов, круг страхователей и создает специальные государственные фонды для аккумуляции взносов на обязательное медицинское страхование. Всеобщность ОМС заключается в обеспечении всем гражданам равных гарантированных возможностей получения медицинской помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами ОМС.

Основная цель ОМС состоит в сборе страховых взносов и предоставлении за счет собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах. Поэтому систему ОМС следует рассматривать с двух точек зрения. С одной стороны, это составная часть государственной системы социальной защиты наряду с пенсионным, социальным страхованием и страхованием по безработице. С другой – ОМС представляет собой финансовый механизм обеспечения дополнительных к бюджетным ассигнованиям денежных средств на финансирование здравоохранения и оплату медицинских услуг. Необходимо заметить, что в сферу ОМС включено только медицинское обслуживание населения. Возмещение заработка, потерянного за время болезни, осуществляется уже в рамках другой государственной системы – социального страхования – и не является предметом ОМС.

Медицинское обслуживание в рамках ОМС предоставляется в соответствии с базовыми и территориальными программами обязательного медицинского страхования, разрабатываемыми на уровне Федерации в целом и в субъектах Федерации. Базовая программа ОМС граждан России содержит основные гарантии, предоставляемые в рамках ОМС. К ним относится амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, предоставляемая в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы при любых заболеваниях за исключением тех, лечение которых должно финансироваться за счет федерального бюджета (дорогостоящие виды медицинской помощи и лечение в федеральных медицинских учреждениях) или бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований (лечение в специализированных диспансерах и больницах, льготное лекарственное обеспечение, профилактика, скорая медицинская помощь и др.).

На основе базовой программы в субъектах РФ разрабатываются территориальные программы ОМС, объем предоставляемых медицинских услуг которых не может быть меньше объема, установленного базовой программой ОМС. Однако на практике стоимость территориальных программ приходится определять, исходя не из критериев, заложенных в базовой программе, а из суммы финансовых средств, собранных территориальными фондами на реализацию ОМС на данной территории субъекта РФ.

Финансирование системы обязательного медицинского страхования в РФ

В общем виде схема финансирования потоков в системе ОМС представлена на рисунке 19.1.

Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет целевых обязательных платежей страхователей:

1. Из бюджетов субъектов Российской Федерации отчисляются средства на ОМС за неработающее население (детей, учащихся, студентов,

Рис. 19.1 Финансовые потоки в системе обязательного медицинского страхования.

пенсионеров, безработных и т.д.). Органы государственного управления в регионах отвечают за внесение платежей.

2. Плательщиками страховых взносов ОМС за работающих граждан являются работодатели. Тарифы страховых взносов устанавливаются на федеральном уровне. До 2001 г. они составляли 3,6% заработной платы застрахованных. С 01.01.2002 г. страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающих граждан включены в единый социальный налог, объединяющий также отчисления работодателей в Пенсионный фонд и Фонд социального страхования. Для исчисления налоговой ставки (взноса на ОМС) пользуются так называемой регрессивной шкалой, в соответствии с которой изменяется порядок определения налоговой базы для каждого работника. При этом учитываются размер организации (предприятия), доход работника и т.д.

3. Участие работников в выплате страховых взносов в настоящее время не предусмотрено.

Финансовые средства из обоих источников аккумулируются в Федеральном и территориальных фондах ОМС – самостоятельных государственных некоммерческих финансово-кредитных учреждениях. Эти фонды предназначены для обеспечения финансовой стабильности системы ОМС. Они отвечают за деловое использование аккумулированных денежных средств и служат инструментом государственного регулирования системы ОМС.

Непосредственно предоставлением страховых услуг в рамках ОМС занимаются страховые медицинские организации, имеющие лицензию на проведение ОМС и заключившие соответствующие договоры с территориальным фондом ОМС. Страховые медицинские организации получают средства из территориальных фондов по подушевому нормативу, т.е. по количеству застрахованных лиц с учетом половозрастных коэффициентов.

Страховые медицинские организации оплачивают оказание медицинской помощи (по программе ОМС) застрахованным, предоставляемой медицинскими учреждениями, работающими в системе ОМС.

В настоящее время для оплаты медицинских услуг используется несколько способов.

Для оплаты лечения в стационарах применяют:

- оплату согласно смете расходов;
- среднюю стоимость пролеченного больного;
- за пролеченного больного по клинико-статистическим группам (КСГ) или медико-экономическим стандартам (МЭС);
- по числу койко-дней;
- комбинированный способ оплаты.

Оплату лечения в амбулаторно-поликлинических учреждениях производят:

- по смете расходов;
- по среднедушевому нормативу;

– за отдельные услуги;
– за пролеченного больного;
– комбинированный способ оплаты.

В настоящее время не сложилось единой системы оплаты медицинских услуг в системе ОМС. Такое положение характерно для переходного периода в организации ОМС. Наиболее эффективным способом оплаты медицинских услуг на сегодняшний день специалисты считают оплату за пролеченного больного, т.е. законченный случай лечения.

Практика внедрения ОМС в субъектах РФ показывает, что достичь полного соответствия функционирующих территориальных систем ОМС требованиям законодательства пока не удается. На сегодняшний день можно назвать четыре варианта организации ОМС в различных субъектах Федерации.

Первый вариант в основном соответствует законодательной базе и наиболее полно учитывает основные принципы реализации государственной политики в области медицинского страхования. Средства от страхователей (предприятий и органов исполнительной власти) поступают на счет ТФОМС. Фонд аккумулирует собранные средства и по заключении договоров со СМО переводит этим организациям причитающиеся им доли на финансирование ОМС. СМО непосредственно работают с медицинскими учреждениями и населением. Наибольшие проблемы при такой организации ОМС возникают при заключении договоров на страхование населения.

Законодательством заложены два принципа заключения таких договоров: либо с местной администрацией, либо с работодателями. К сожалению, в настоящее время заключение производственных страховых договоров непосредственно между работодателями и СМО не получило должного распространения. В основном заключением договоров на страхование занимаются представители местной администрации, что выводит основных плательщиков страховых взносов – работодателей – из сферы контроля за выполнением ОМС и выбора медицинских учреждений для своих работников. По первому варианту функционируют системы ОМС в 19 субъектах Российской Федерации, охватывающих более 30% населения: Москву, Санкт-Петербург, Вологодскую, Московскую, Калининградскую, Новосибирскую, Кемеровскую области, Ставропольский край и некоторые другие.

Второй вариант представляет комбинированную систему ОМС. Это означает, что страхованием граждан (выдачей полисов и финансированием медицинских учреждений) занимаются не только СМО, но и филиалы ТФОМС. Это наиболее распространенная схема организации ОМС, которая охватывает 36 субъектов РФ, или 44,8% населения.

Третий вариант характерен полным отсутствием в системе ОМС страховых медицинских организаций. Их функции взяли на себя ТФОМС и их филиалы. Такая организация ОМС сложилась в 17 субъектах Российской Федерации и охватывает 15% населения. Выполнение ТФОМС

всех функций в рамках ОМС предлагается многими специалистами в качестве основного принципа возможного реформирования ОМС. Однако в настоящее время в этих субъектах не наблюдается существенных улучшений в области медицинского обслуживания. Скорее наоборот, такая организация ОМС связывается со слабым социально-экономическим развитием региона.

Четвертый вариант характеризуется отсутствием в регионах ОМС как такового в принципе. В этих субъектах Российской Федерации ОМС выполняется только в части сбора страховых взносов за работающее население. Распоряжаются же собранными средствами местные органы управления здравоохранением, напрямую финансируя медицинские учреждения. Такое положение характерно для 17 регионов и охватывает 9,2% населения страны: республики Северного Кавказа, Восточно-Сибирский регион, Смоленскую, Кировскую, Нижегородскую области и др.

Как показывает опыт, механизм реализации Закона РФ «О медицинском страховании граждан РФ» сложен и несовершенен, его исполнение затрудняется в силу объективных и субъективных причин.

В целом, несмотря на трудности, введение обязательного медицинского страхования обеспечило сохранность системы здравоохранения в условиях нестабильного экономического положения. Фонды обязательного медицинского страхования обеспечивают сбор аккумуляции, контроль за поступлением страховых взносов и платежей, их целевое использование на финансирование медицинской помощи гражданам России. Новая система обеспечила предоставление минимума бесплатной медицинской помощи в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования, позволила установить вневедомственный контроль за качеством лечебно-диагностического процесса, начать структурную перестройку здравоохранения в соответствии с потребностями населения и перейти к более рациональному использованию ресурсов в рамках лечебно-профилактических учреждений.

Факты свидетельствуют, что функционирование системы обязательного медицинского страхования качественно изменило систему финансовых отношений государства с лечебными учреждениями. В России создается рынок медицинских услуг при условии усиления ответственности персонала за результаты своей работы.

Глава 20

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ И АККРЕДИТАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В последние годы вопросы контроля качества медицинской помощи являются наиболее острыми для российского здравоохранения. В числе основных причин повышения их актуальности можно указать три обстоятельства. ***Первое*** заключается в появлении медицинских учреждений негосударственных форм собственности. По отношению к ним старая система контроля стала неэффективной. ***Второе***: проводимые в отечественном здравоохранении реформы были направлены прежде всего на экономические аспекты. Отрасль в целом и каждое ЛПУ в отдельности заняты поиском не только дополнительного финансирования, но и путей снижения издержек на оказание медицинской помощи, что, в свою очередь, может неблагоприятно сказаться на качестве медицинской помощи. ***Третье*** обстоятельство заключается в неотработанности правовой базы контроля качества медицинской помощи.

Управление качеством медицинской помощи включает в себя оценку качества, контроль качества и обеспечение качества. Обеспечение качества медицинской помощи населению является одной из важнейших проблем здравоохранения во всех странах.

По определению международных (ИСО 8402) и национальных (ГОСТ 15467) стандартов, качество – это совокупность свойств и характеристик услуг, которые определяют их способность удовлетворять установленные или предполагаемые требования.

В литературе встречается множество формулировок понятия «качество медицинской помощи». Это связано с тем, что качество медицинской помощи является сложной, многокомпонентной категорией. В большинстве развитых стран используется формулировка Всемирной организации здравоохранения: «Каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки и такими биологическими факторами, как его возраст, заболевания, сопутствующий диагноз, реакции на выбранное лечение и др. При этом для достижения такого результата должны быть привлечены минимальные средства, риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности в результате лечения должен быть минимальным, пациент должен получить максимальное удовлетворение от процесса оказываемой помощи, максимально

ными должны быть и взаимодействия пациента с системой медицинской помощи, а также полученные результаты». Исходя из этой формулировки, качество медицинской помощи можно определить как оценку медицинской деятельности по отношению к больному с 4 позиций:

1) доступности медицинской помощи;
2) безопасности медицинской помощи;
3) оптимальности медицинской помощи;
4) удовлетворенности пациента.

Оценивая качество медицинской помощи, важно постоянно помнить о том, что в медицине понятие эффективности и качества не вполне тождественные понятия. Это обстоятельство необходимо учитывать и при осуществлении контрольных функций. Даже при высоком качестве выполняемых медицинских технологий может быть неблагоприятный исход.

Как отмечалось, качество медицинской помощи является многокомпонентной категорией. Принято выделять 3 компонента качества медицинской помощи и соответственно 3 подхода к обеспечению и оценке качества:

– структурное качество (структурный подход);
– качество технологии (процессуальный подход);
– качество результата (результативный подход).

Структурное качество – это компонент качества медицинской помощи, описывающий условия ее оказания. В понятие «условия» включаются: квалификация кадров, наличие и состояние оборудования, рациональность использования оборудования, состояние зданий и помещений, лекарственное обеспечение в медицинском учреждении, наличие и пополнение расходных материалов и т.д. Структурное качество может определяться как по отношению к медицинскому учреждению в целом, с его материально-технической базой, кадровым обеспечением, организацией работы, сервисными условиями (в этом случае говорят *о возможностях ЛПУ* оказывать медицинские услуги должного уровня), так и к каждому медицинскому работнику в отдельности. В последнем случае оцениваются его профессиональные качества, т.е. сумма умений, знаний, навыков выполнения конкретных лечебно-диагностических манипуляций (см. рис. 20.1).

Механизмы обеспечения качества структуры:

1. Лицензирование различных видов деятельности.
2. Регистрация медицинских услуг (разрешается оказывать только те медицинские услуги, которые зарегистрированы в установленном порядке).
3. Сертификация медицинских услуг.
4. Аттестация и сертификация медицинского персонала.
5. Сертификация медицинских изделий (медицинские изделия должны иметь регистрационное удостоверение Росздравнадзора и сертификат безопасности Росздравнадзора).

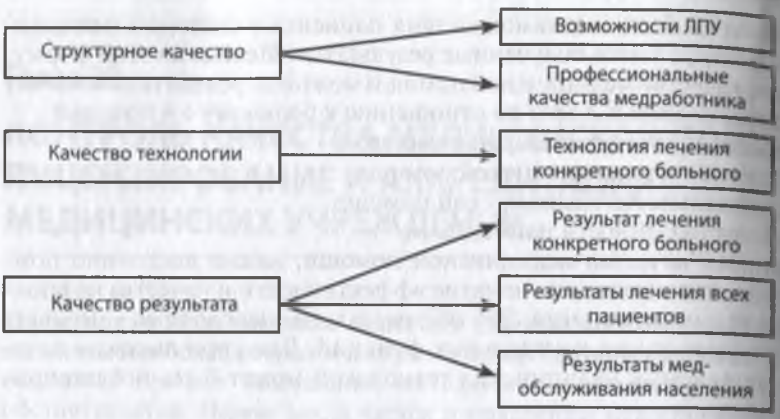

Рис. 20.1 Уровни оценки качества медицинской помощи.

Качество технологии – это компонент медицинской помощи, описывающий, насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, был оптимален.

Важный принцип, лежащий в основе процессуального подхода к системе обеспечения качества, – это создание таких условий, когда ошибка конкретного исполнителя или случайное отклонение от нормального процесса выполнения медицинской технологии не приводит к ухудшению результатов медицинской помощи.

Качество результата – это компонент качества медицинской помощи, описывающий отношение фактически достигнутых результатов с реально достижимыми (планируемыми). В зависимости от оцениваемого объекта под планируемыми результатами можно понимать (рис. 20.1):

– динамику состояния здоровья конкретного пациента;
– результаты лечения всех больных в ЛПУ за отчетный период;
– состояние здоровья населения территории.

Основными нормативными документами при проведении контроля качества являются:

– Закон РФ от 07.02.92 №2300-1 «О защите прав потребителей».
– Приказ МЗ РФ №12 от 22.01.2001г. «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении».
– Другие законодательные акты и приказы МЗ РФ (см. раздел «Лицензирование»).

Система обеспечения качества медицинской помощи состоит из 3 элементов. К ним относятся:

1) участники контроля (т.е. те, кто должен осуществлять контроль);
2) средства (с помощью чего осуществляется контроль);
3) механизмы контроля (каким образом осуществляется контроль, последовательность действий).

Законодательная база к числу участников контроля качества медицинской помощи относит:

1) медицинские организации;
2) общественные объединения потребителей;
3) органы управления здравоохранением;
4) Росздравнадзор;
5) страховые медицинские организации;
6) профессиональные медицинские ассоциации;
7) фонды обязательного медицинского страхования;
8) государственные медицинские образовательные учреждения; медицинские научно-исследовательские учреждения, осуществляющие послевузовское или дополнительное профессиональное образование специалистов;
9) страхователи;
10) Госстандарт России и его территориальные органы;
11) Государственный комитет по антимонопольной политике и его территориальные органы;
12) Роспотребнадзор;
13) органы государственного пожарного надзора;
14) Государственная инспекция по охране труда;
15) комитеты по управлению государственным имуществом;
16) исполнительные органы фонда социального страхования;
17) Федеральная служба по борьбе с незаконным оборотом наркотиков.

Нормативная база делит всех перечисленных участников контроля на 2 звена. Принято выделять ведомственное и вневедомственное звенья качества медицинской помощи. При этом к ведомственному звену относятся медицинские учреждения и органы управления здравоохранением, к вневедомственному – все остальные.

В ведомственном звене (на уровне ЛПУ) контроль качества медицинской помощи является функцией:

- заведующих подразделениями (первая ступень экспертизы);
- заместителей руководителей учреждений по медицинской части (вторая ступень экспертизы);
- клинико-экспертных комиссий учреждения в целом (третья ступень экспертизы).

На уровне органа управления здравоохранением контроль качества осуществляется главными штатными и внештатными специалистами органов управления всех уровней.

В необходимых случаях для проведения экспертизы могут привлекаться сотрудники вузов, НИИ и других учреждений на договорной основе.

Участниками ведомственного звена осуществляется контроль всех компонентов качества медицинской помощи, что следует из содержания задач этого звена.

Система ведомственного контроля качества медицинской помощи призвана осуществлять:

1) оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов ЛПУ (т.е. контроль структурного качества помощи, оказываемой медицинским учреждением в целом);

2) оценку профессиональных качеств медицинских работников путем осуществления аттестации персонала;

3) экспертизу процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам (т.е. контроль технологического компонента качества медицинской помощи);

4) выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение эффективности медицинской помощи;

5) подготовку рекомендаций для руководителей ЛПУ и органов управления здравоохранением, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;

6) изучение удовлетворенности пациентов от их взаимодействия с системой здравоохранения;

7) расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;

8) выбор наиболее рациональных управленческих решений, проведение оперативных корректирующих воздействий и контроль за реализацией управленческих решений.

Необходимо отметить, что для унификации процедуры контроля технологического качества, особенно на ведомственном уровне, могут быть использованы «Карты экспертной оценки», предусматривающие балльную оценку таких аспектов, как полнота сбора жалоб и анамнеза, адекватность обследования (лабораторного, инструментального, консультаций специалистов), обоснованность диагноза – основного и сопутствующих заболеваний, лечения, реабилитации, данных рекомендаций, правильность экспертизы трудоспособности, оценка преемственности ведения пациента на разных этапах, правильность тактики его наблюдения.

Нормативные документы недостаточно четко регламентируют распределение объектов контроля между медицинским учреждением и органами управления здравоохранением. Однако на практике в большинстве случаев такое деление сформировано. Структурные образования, формирующие в ЛПУ первую, вторую и третью ступени экспертизы, акцентируют свое внимание на контроле *технологического качества и результата лечения конкретных больных.* Контроль этих же компонентов осуществляют и главные специалисты органов управления здравоохранением.

Руководители лечебно-профилактических учреждений и должностные лица органов управления производят оценку и контроль *качества результата лечения всех больных, обращавшихся в ЛПУ за год.*

Контроль качества результата медицинского обслуживания населения осуществляют должностные лица органов управления всех уровней.

Оценкой *структурного качества* помощи, оказываемой ЛПУ, также занимаются главные врачи учреждений и должностные лица органов управления. Однако до настоящего момента не сформулированы эффективные механизмы обеспечения этого компонента.

Контролем *профессиональных качеств* медицинских работников занимаются аттестационные комиссии, формируемые органом управления здравоохранением субъекта Федерации.

Вневедомственный контроль качества медицинской помощи включает:

- анализ результатов оказания медицинской помощи населению;
- подготовку рекомендаций по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи и контролю за их выполнением;
- изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью;
- проверку выполнения договорных обязательств между страхователем и страховщиком;
- проверку выполнения договорных обязательств между учреждениями здравоохранения и страховыми медицинскими организациями;
- контроль соблюдения инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан;
- оценку возможностей учреждений здравоохранения гарантировать требуемый уровень качества медицинской помощи;
- контроль правильности применения тарифов и соответствия предъявляемых к оплате счетов выполненному объему медицинской помощи;
- другие виды контроля, осуществляемые субъектами в пределах своей компетенции.

Субъекты контроля целесообразно также делить на три группы.

Внешнее звено контроля качества медицинской помощи в настоящее время включает:

- Росздравнадзор;
- общественные организации специалистов;
- ассоциации медицинских организаций;
- страховщиков;
- Роспотребнадзор;
- органы управления здравоохранением.

Внутреннее звено контроля качества медицинской помощи включает медицинские организации и индивидуальных предпринимателей.

Потребительское звено контроля качества медицинской помощи включает общества защиты прав потребителей.

Важной проблемой обеспечения качества медицинской помощи, требующей незамедлительного решения, являются множественность числа субъектов вневедомственного звена, отсутствие четкого разграничения их функций и, как следствие, – дублирование последних. С 01.01.08 г. лицензирующим органом для государственных учреждений является Росздравнадзор, для муниципальных учреждений и негосударственных организаций – орган исполнительной власти субъектов Российской Федерации (в Санкт-Петербурге – Комитет по здравоохранению).

Нормативная база предусматривает, что в компетенцию лицензирующих органов входят:

– контроль за безопасностью медицинских услуг для пациента и персонала и их соответствием установленным стандартам при проведении лицензирования и аккредитации учреждений здравоохранения и сертификации специалистов;
– контроль за выполнением учреждениями здравоохранения и физическими лицами лицензионных условий;
– выдача лицензий и сертификатов юридическим лицам и гражданам;
– участие в формировании вневедомственной медицинской экспертизы и регистра экспертов на территории субъекта Российской Федерации.

В настоящее время важнейшим субъектом в системе контроля качества медицинской помощи является Росздравнадзор, включающий:

– Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития;
– территориальные органы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (управления Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации).

К полномочиям управлений Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации относятся:

1) надзор за фармацевтической деятельностью и соблюдением государственных стандартов, технических условий на продукцию медицинского назначения;

2) контроль за порядком:

– проведения медицинской экспертизы,
– установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
– организации и осуществления медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
– осуществления судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз.

3) контроль за производством, изготовлением, качеством, эффективностью, безопасностью, оборотом и порядком использования лекарственных средств;

4) контроль за производством, оборотом и порядком использования изделий медицинского назначения;

5) контроль за проведением доклинических и клинических исследований лекарственных средств, а также выполнением правил лабораторной и клинической практики;

6) контроль за проведением экспертизы качества, эффективности и безопасности лекарственных средств;

7) контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи;

8) выдача лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением медицинских учреждений республиканского, краевого и областного подчинения, учреждений федерального уровня, Российской академии наук, Российской медицинской академии наук, Всероссийского центра медицины катастроф, учреждений ведомственного подчинения, в том числе Минобороны России, МВД, Минюста, ФСБ, ФТС и др.);

9) выдача лицензий на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением организаций оптовой торговли лекарственными средствами);

10) выдача лицензий на осуществление деятельности, связанной с оборотом наркотических и психотропных веществ, внесенных в список II и в список III в соответствии с Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах»;

11) проверка деятельности организаций здравоохранения, аптечных учреждений, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, организаций, осуществляющих социальную защиту населения, других организаций и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения и социальной защиты населения;

12) проведение в установленном порядке конкурсов и заключение государственных контрактов на размещение заказов на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг для нужд Управления;

13) организация приема граждан, обеспечение своевременного и полного рассмотрения обращений граждан, принятие по ним решений и направление заявителям ответов в установленные законодательством сроки.

Компетенцией страховой медицинской организации являются:

- организация и осуществление в рамках заключенных договоров обязательного и добровольного медицинского страхования контроля качества, объема и сроков оказания медицинской помощи штатными экспертами, а также путем привлечения внештатных, входящих в регистр экспертов на договорной основе;
- определение соответствия выставленных к оплате счетов за оказанные медицинские услуги их истинному объему и качеству, а для обязательного медицинского страхования – и территориальной

программе ОМС, с правом частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг;
– предъявление претензий и исков лечебно-профилактическим учреждениям по возмещению ущерба, причиненного застрахованным гражданам;
– информирование органов управления здравоохранением, лицензионно-аккредитационных комиссий о выявленных в ходе экспертной работы недостатках в деятельности лечебно-профилактических учреждений;
– заключение договоров на выполнение медицинской экспертизы качества с компетентными организациями и специалистами;
– участие в лицензировании и аккредитации лечебно-профилактических учреждений и физических лиц;
– обращение в установленном порядке в лицензионно-аккредитационную комиссию с заявлением о приостановлении или прекращении действия лицензии;
– перезаключение договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию в случаях выявления неоднократных и серьезных нарушений в оказании медицинской помощи застрахованным. Компетенцией страхователя являются:
– осуществление контроля за соблюдением условий договора медицинского страхования;
– получение необходимой информации об имеющихся на территории организациях, наделенных правом осуществления экспертизы качества медицинской помощи населению, и порядке их деятельности;
– получение от страховщиков информации о состоянии медицинской помощи застрахованным и мерах по ее совершенствованию;
– доведение до сведения застрахованных результатов экспертной оценки качества медицинской помощи и принятых мерах по ее улучшению;
– перезаключение договора медицинского страхования в случаях неоднократных и серьезных нарушений в оказании медицинской помощи застрахованным.

В компетенцию исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации входят осуществление в пределах компетенции контроля за обоснованностью выдачи, продления, правильности оформления документов, подтверждающих временную нетрудоспособность граждан, в том числе при выявлении:
– случаев временной нетрудоспособности с длительным пребыванием пациентов на больничном листе, превышающим средние показатели;
– случаев, заканчивающихся выходом на инвалидность;

– случаев несвоевременного направления на медико-социальную экспертизу.

Компетенцией профессиональных медицинских ассоциаций в пределах, определенных учредительными документами и уставом, являются:

– организация экспертизы качества медицинской помощи, оказываемой гражданам лечебно-профилактическими учреждениями и лицами, занимающимися частной практикой, являющимися членами этой ассоциации;
– участие в разработке стандартов качества медицинской помощи, программ и критериев подготовки повышения квалификации медицинских кадров, соглашений по тарифам на медицинские услуги;
– участие в организации регистра экспертов;
– участие в работе комиссий по аттестации медицинских работников, аккредитации и лицензированию деятельности учреждений здравоохранения, квалификационных экзаменационных комиссий.

Компетенцией общества (ассоциации) защиты прав потребителей являются:

– изучение общественного мнения о качестве оказываемой медицинской помощи;
– информирование субъектов вневедомственного контроля качества и органов управления здравоохранением о дефектах в оказании медицинской помощи;
– защита прав пациентов путей представления и защиты их интересов в административных и судебных органах.

Основные причины назначения вневедомственной медицинской экспертизы:

Для страховых медицинских организаций:

– жалобы пациентов или страхователей на качество и культуру оказания медицинской помощи;
– расхождение диагнозов;
– неблагоприятный исход заболевания, прямо связанный с недостатками в проведении медицинских мероприятий;
– переводы пациентов внутри одного ЛПУ и между различными ЛПУ;
– отказ в медицинской помощи;
– осложнения, возникшие при лечении;
– инвалидизация застрахованного;
– повторная госпитализация;
– значительное отклонение сроков лечения от средних показателей.

Для исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации:

– представление к оплате документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, оформленных с нарушением установленного порядка;

– сомнения в обоснованности выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, сроках временной нетрудоспособности, сроках направления на медико-социальную экспертизу.

Для лицензирующих органов:

– необходимость проведения лицензирования и аккредитации юридических и физических лиц и сертификация специалистов с привлечением внештатных экспертов;
– обеспечение контроля за выполнением лицензионных условий с проведением ведомственной и вневедомственной экспертизы.

Таким образом, страховые медицинские организации призваны осуществлять контроль всех трех компонентов качества медицинской помощи, оказываемой ЛПУ, и контроль профессиональных качеств медицинских работников – сфера деятельности лицензирующих органов и профессиональных медицинских ассоциаций. Последние, кроме того, имеют право на оценку качества технологии лечения пациентов у членов ассоциаций. В то же время компетенция страхователей и, главное, общественных объединений потребителей необоснованно сужена и недостаточно конкретизирована.

С точки зрения общности интересов, преследуемых в процессе контроля качества медицинской помощи, всех участников системы можно объединить в 3 звена:

– контроль со стороны производителя медицинских услуг (внутренний контроль качества);
– контроль со стороны потребителя медицинских услуг (потребительский контроль качества);
– контроль со стороны организаций, независимых от потребителей и производителей медицинских услуг (внешний контроль качества).

А полномочия участников внешнего звена можно разделить следующим образом (рис. 20.2).

За организацию лечебно-диагностического процесса в медицинской организации, работу по контролю качества и эффективности профилактических, лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий и оценку обоснованности назначения лекарственных средств отвечает заместитель главного врача медицинской организации по медицинской части.

Основными задачами заместителя главного врача по медицинской части являются:

– руководство профилактическими, лечебно-диагностическими и реабилитационными мероприятиями;
– организация внедрения и применения в практике работы отделений и кабинетов современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
– обеспечение внедрения в деятельность медицинских организаций стандартов медицинской помощи;

Рис. 20.2 Деление полномочий участников внешнего звена.

- оценка качества и эффективности профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий на разных сроках лечения, проводимых лечащим врачом в соответствии со стандартами медицинской помощи;
- проведение анализа заболеваемости прикрепленного населения, обеспечение разработки и реализации мероприятий по ее снижению;
- обеспечение контроля за осуществлением медицинской деятельности подразделениями медицинской организации и отдельными специалистами;
- разработка и реализация мероприятий по улучшению качества и доступности медицинской помощи населению;
- оценка эффективности проводимых индивидуальных программ реабилитации;
- организация врачебных конференций по вопросам повышения и обеспечения качества профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий;
- взаимодействие с учреждениями медико-социальной экспертизы, страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, исполнительными органами Фонда социального страхования РФ по вопросам, относящимся к его компетенции;
- участие в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам оказания медицинской помощи населению;
- контроль за ведением медицинской документации, статистического учета и отчетности.

Контроль за организацией и осуществлением экспертизы временной нетрудоспособности возлагается на заместителя руководителя меди-

цинской организации по экспертизе временной нетрудоспособности (см. главу «Экспертиза временной нетрудоспособности»).

В системе внутреннего контроля качества медицинской помощи особая роль отводится врачебной комиссии. Врачебные комиссии создаются во всех медицинских организациях, независимо от их организационно-правовой формы, формы собственности и ведомственной принадлежности.

Врачебная комиссия создается с целью принятия решений по вопросам диагностики, лечения, реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников, иным медико-социальным вопросам, а также для осуществления контроля качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе оценки обоснованности назначения лекарственных средств.

Возглавляет врачебную комиссию председатель (руководитель медицинской организации), в ее состав входят заместители председателя ВК (заместитель руководителя организации по медицинской части и заместитель руководителя организации по экспертизе временной нетрудоспособности). Членами врачебной комиссии являются врачи-специалисты (в том числе врач – клинический фармаколог). Секретарем комиссии является медицинский работник со средним медицинским образованием.

Необходимо отметить, что членами врачебной комиссии могут быть как штатные сотрудники, так и работники других организаций (это особенно важно для некрупных организаций с небольшим количеством штатных должностей).

Все функции врачебной комиссии могут быть разделены на 5 групп. Первая группа включает функции, касающиеся экспертизы нетрудоспособности:

- продление листков нетрудоспособности свыше 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 на медико-социальную экспертизу, в том числе при наличии у него признаков инвалидности.

Вторая группа включает функции, касающиеся выдачи заключения о состоянии здоровья различных контингентов населения:

- выдачу заключения о наличии у граждан медицинских показаний для 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;

- выдачу медицинского заключения о наличии у лица, получившего повреждение здоровья вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, медицинских показаний к определенному курсу реабилитации;
- выдачу заключений о показанности или противопоказанности санаторно-курортного лечения гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, другим категориям граждан – в сложных и конфликтных ситуациях;
- выдачу заключений о нуждаемости ребенка в обучении на дому по медицинским показаниям;
- выдачу заключений о возможности предоставления студентам академического отпуска по медицинским показаниям;
- выдачу заключений о проведении государственной (итоговой) аттестации выпускников IX, XI (XII) классов, обучавшихся по состоянию здоровья на дому, в оздоровительных образовательных учреждениях санаторного типа для детей, нуждающихся в длительном лечении, находившихся в лечебно-профилактических учреждениях более 4 месяцев, и детей-инвалидов, в обстановке, исключающей влияние негативных факторов на состояние здоровья, и в условиях, отвечающих физиологическим особенностям здоровья выпускника.

Третья группа включает функции, касающиеся организации оказания различных видов медицинской помощи некоторым категориям пациентов:

- определение объема лечения лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;
- принятие решения о внеочередном оказании медицинской помощи отдельным категориям граждан (прежде всего, нуждающимся в оказании плановой помощи с применением высокотехнологичных методов лечения);
- осуществление совместно с лечащими врачами медицинского отбора и направление на санаторно-курортное лечение граждан, в том числе и детей, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;
- осуществление медицинского отбора больных после острого инфаркта миокарда, операций на сердце и магистральных сосудах, острого нарушения мозгового кровообращения, операций по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатита (панкреонекроза), после удаления желчного пузыря, беременных женщин группы риска, а также больных, пролеченных по поводу нестабильной стенокардии, по поводу сахарного диабета, направляемых на долечивание (реабилитацию) непо-

средственно после стационарного лечения в специализированные санатории (отделения).

Четвертая группа включает функции по обеспечению рационального использования лекарственных средств и контролю за их назначением, в том числе:

- принятие решения о применении лекарственных средств, не входящих в стандарт медицинской помощи, в случае недостаточности фармакотерапии при лечении отдельных заболеваний по жизненно важным показаниям и при угрозе жизни и здоровью пациента;
- принятие решения о выписке лекарственных средств гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, применяемых по решению врачебной комиссии;
- принятие решения об одномоментном назначении льготным категориям граждан пяти и более лекарственных препаратов, а также о назначении льготным контингентам наркотических, психотропных, сильнодействующих и ядовитых веществ и анаболических гормонов;
- принятие решения о выписке наркотических и ненаркотических анальгетиков больным, страдающим онкологическими заболеваниями, по представлению лечащего врача без осмотра пациента;
- осуществление проверок обоснованности назначения и выписки лекарственных средств гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи, и проведение плановых еженедельных и внеплановых проверок медицинской документации.

Пятая группа включает функции по рассмотрению обращений граждан по вопросам качества лечебно-диагностических мероприятий.

По требованию лиц, в отношении которых принято решение врачебной комиссии, выдается справка о принятом решении, которая подписывается председателем врачебной комиссии (в случае его отсутствия – заместителем) и удостоверяется печатью медицинской организации.

В Санкт-Петербурге во многих крупных медицинских учреждениях, прежде всего, функционирующих в системе обязательного медицинского страхования, созданы службы (отделы) контроля качества медицинской помощи, обеспечивающие:

- организацию целевых экспертиз качества медицинской помощи;
- планирование и проведение тематических экспертиз качества медицинской помощи;
- расчет количественных показателей качества медицинской помощи, пригодных для проведения сравнительного анализа качества работы клинических подразделений, служб и отдельных врачей;
- подготовку аналитических отчетов и заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи;
- организацию и проведение промежуточного (оперативного) контроля качества медицинской помощи.

Объектом экспертизы качества медицинской помощи являются:

- выполнение медицинских технологий;
- риск для пациента вследствие неквалифицированной медицинской помощи;
- оптимальность использования ресурсов;
- удовлетворенность потребителей оказанной медицинской помощью.

Обязательными поводами для проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи в медицинской организации являются:

- письменные обращения в медицинскую организацию пациента или его законного представителя в связи с ненадлежащим качеством медицинской помощи;
- запросы по обращению гражданина с жалобой на ненадлежащее качество от органов управления здравоохранением, правоохранительных органов, территориального фонда ОМС, страховых медицинских организаций и иных организаций, полномочных обеспечивать защиту законных интересов гражданина в получении медицинской помощи надлежащего качества и гарантированного объема;
- летальные исходы заболевания в период стационарного лечения или в период амбулаторного лечения трудоспособного возраста;
- первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста в период стационарного или амбулаторного лечения;
- внутрибольничное инфицирование и развитие осложнений в период лечения;
- отклонение сроков лечения от установленных стандартами более чем на 50%;
- повторная госпитализация по поводу одного и того же заболевания в течение 2 месяцев.

С целью повышения качества стационарной помощи и снижения больничной летальности создаются комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ). В состав комиссии входят заместители главного врача, заведующие отделениями, патологоанатом, эксперты отдела контроля качества медицинской помощи, врачи, секретарь комиссии. В состав комиссии могут входить и независимые эксперты.

Задачами КИЛИ являются:

- установление состояния качества медицинской помощи в случаях лечения, завершившихся летальным исходом;
- оценка обоснованности отмены патологоанатомического исследования в случаях, когда оно не проводилось;
- оценка качества ведения медицинской документации;
- анализ причин несоответствия клинического (или заключительного) и патологоанатомического диагноза (или диагноза, установленного судебно-медицинским исследованием);
- анализ причин возникновения врачебных ошибок и их негативных последствий;

– подготовка мотивированных заключений для принятия эффективных управленческих решений, направленных на улучшение качества медицинской помощи.

В настоящее время используется более десятка различных методов и соответствующих им *средств контроля качества медицинской помощи*. Основными средствами контроля следует признать:

– медицинские стандарты;
– показатели деятельности ЛПУ;
– экспертную оценку.

Стандарты – это нормативно-технические документы, регламентирующие нормы, правила, обязательные требования к объекту стандартизации и утвержденные компетентным органом.

В Приказе МЗ РФ №12 от 22.01.01 г.* даны некоторые определения в сфере стандартизации в здравоохранении. Даже сам термин «стандарт» адаптирован для процессов, свойственных здравоохранению.

Стандарт – это нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный признанным органом, в котором устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов, и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения в определенной области.

Что же такое консенсус? В приказе дано четкое разъяснение этого понятия:

«*Консенсус* – общее согласие, характеризующееся отсутствием серьезных возражений по существенным вопросам у большинства заинтересованных сторон и достигаемое в результате процедуры, стремящейся учесть мнения всех сторон и сблизить несовпадающие точки зрения; консенсус не обязательно предполагает полное единодушие».

В приказе дано также определение понятию или процессу стандартизации в здравоохранении:

«*Стандартизация в здравоохранении* – это деятельность, направленная на достижение оптимальной степени упорядочения в здравоохранении путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик условий, продукции, технологий, работ, услуг, применяемых в здравоохранении».

Таким образом, целью стандартизации является создание нормативного обеспечения системы контроля за соблюдением требований нормативных документов по стандартизации в здравоохранении при управлении качеством и обеспечении доступности медицинской помощи населению Российской Федерации.

Процедура подтверждения соответствия, посредством которой независимая от производителя и потребителя медицинской продукции

* Приказ МЗ РФ от 22 января 2001 г. «О введении в действие отраслевого стандарта». «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении».

и услуг организация удостоверяет в письменной форме, что должным образом идентифицированные продукция или услуги соответствуют конкретному стандарту или иному нормативному документу, называется сертификацией (продукции и услуг).

Следует выделять следующие виды медицинских стандартов:

1. По административно-территориальному делению:
– международные;
– национальные, государственные;
– территориальные;
– локальные.
2. По объектам стандартизации:
– структурно-организационные;
– профессиональные;
– технологические (медико-экономические).
3. По механизму использования:
– простые;
– групповые.

Национальные стандарты утверждаются на федеральном уровне и обязательны для исполнения на всей территории страны.

Территориальные стандарты разрабатываются субъектом Федерации на основе уточнения национальных стандартов (если таковые приняты). В случае отсутствия национальных стандартов субъект Федерации может разрабатывать стандарты самостоятельно.

Локальные стандарты – стандарты, принятые в конкретном медицинском учреждении. Они, в свою очередь, дополняют и уточняют территориальные требования.

В Приказе МЗ РФ №12 от 22.01.01 г. даются четкие определения этих и некоторых других стандартов, которые используются или должны использоваться в системе здравоохранения. Кстати, в этом же приказе дано определение системы здравоохранения с позиций ее возможной стандартизации:

«*Система здравоохранения* – совокупность организаций, учреждений, предприятий, ассоциаций, научных обществ, специалистов и иных хозяйствующих субъектов, вне зависимости от их ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы деятельности, деятельность которых связана с производством, обеспечением, контролем качества, реализацией лекарственных средств, медицинской техники, медицинских услуг, проведением работ по предупреждению заболеваний, организацией и управлением процессами и финансами в сфере охраны здоровья граждан, образованием медицинских работников на додипломном и последипломном уровне».

«*Государственный стандарт* Российской Федерации разрабатывается на продукцию, работы и услуги, потребности в которых носят межотраслевой характер, и принимается Госстандартом России (Госстроем России)».

«Отраслевой стандарт системы стандартизации в здравоохранении» разрабатывается в случае отсутствия на объект стандартизации ГОСТ РФ или при необходимости установления требований, расширяющих установленные ГОСТ РФ, порядок разработки ОСТа устанавливается отраслевым органом государственного управления здравоохранением».

«Стандарт административно-территориальной единицы – это стандарт, принятый на уровне одного субъекта Российской Федерации и доступный широкому кругу потребителей».

«Стандарт предприятия (учреждения): стандарт предприятия разрабатывается в случае отсутствия на объект стандартизации ГОСТ Р и ОСТ или при необходимости установления требований, расширяющих установленные ГОСТом Р или ОСТом; порядок разработки стандарта предприятия гармонизируется с государственным и отраслевым порядком разработки и устанавливается этим предприятием».

«Предварительный стандарт – временный документ, который принимается органом по стандартизации и доводится до широкого круга потенциальных потребителей; информация, полученная в процессе использования предварительного стандарта, и отзывы об этом документе служат базой для решения вопроса о целесообразности принятия и введения в действие стандарта».

«Структурно-организационные стандарты устанавливают обязательные требования к условиям оказания медицинской помощи, *профессиональные* – к профессиональным качествам медицинских работников, *технологические* – предусматривают перечень необходимых лечебно-диагностических манипуляций по наблюдению больных конкретной нозологической формой с учетом пола, возраста, ряда других биологических факторов». Если необходимость формирования структурно-организационных и профессиональных стандартов ни у кого сомнения не вызывает, то в литературе встречаются различные мнения о целесообразности формирования технологических стандартов. Примирить сторонников и противников необходимости использования стандартов как средства контроля технологического качества медицинской помощи сможет рациональное сочетание использования стандартов и экспертной оценки. В этом случае несоответствие стандарту в большую или меньшую сторону будет являться поводом для проведения экспертизы со стороны экспертов страховой медицины организации.

Дискуссионным остается вопрос об иерархической структуре стандартов. В мировой практике сложилось два повода к их созданию и использованию. Первый предусматривает наличие только одного стандарта на продукцию или услугу (простой стандарт). Поэтому определение соответствия продукции (услуги) стандарту осуществляется по системе: «соответствует – не соответствует». Несоответствие обусловливает отказ в выдаче сертификата, что при обязательной сертификации влечет за собой запрещение реализации данной продукции или услуги. Второй подход предусматривает разработку и использование комплекса

стандартов одного вида, иерархически связанных между собой (групповой стандарт). Определение соответствия услуги в этом случае осуществляется по системе:

- соответствует стандарту высшей категории (класса, разряда);
- соответствует стандарту первой категории;
- соответствует стандарту общей (базовой) категории;
- не соответствует ни одному из стандартов. В этом случае будет выдан сертификат соответствия с указанием категоричности стандарта. Отказ в выдаче сертификата возникает лишь в случае, когда объект не соответствует ни одному из стандартов.

При разработке простых или групповых стандартов следует исходить не только из содержания их требований, но и учитывать виды корректирующих воздействий, которые принимаются на основе использования стандарта. Если аппарат корректирующих воздействий строится только на ответственности, нужно использовать простые виды стандартов. Тогда соответствие стандарту не влечет за собой наступление ответственности. Групповые стандарты следует применять, когда корректирующие воздействия основаны на балансе ответственности и поощрений. В этом случае ответственность наступает при невыполнении требований базового стандарта. При соответствии базовому стандарту не применяются ни различные виды ответственности, ни поощрения. При соответствии какому-либо стандарту более высокого иерархического уровня используется система поощрений (чаще всего в виде повышения тарифов на услуги или стоимости продукции). В этой связи становится понятным, что технологические стандарты должны быть простыми, а структурно-организационные, профессиональные стандарты – групповыми.

Сравнение достоинств и недостатков различных средств контроля качества медицинской помощи позволяет сделать некоторые выводы:

1. Медицинские стандарты – более объективное средство контроля по сравнению с экспертной оценкой (что является их достоинством). Кроме того, они характеризуются высокой пропускной способностью.

2. К недостаткам стандартов можно отнести следующее:

- создание и использование стандартов требует значительно больших средств по сравнению с экспертной оценкой. Кроме того, необходим регулярный пересмотр содержательной части стандартов;
- при формировании медицинских стандартов следует принимать во внимание «выполняемость» требований стандарта (т.е. обязательные требования не должны быть завышенными для большинства ЛПУ, медицинских работников и т.д.). С другой стороны, требования стандартов должны учитывать современные достижения науки и техники.

3. Не по всем составляющим качества медицинской помощи можно разработать стандарты, учитывать все многообразие влияющих факторов.

Таблица 20.1 Используемые и оптимальные средства контроля различных компонентов качества

Компонент качества и уровень его оценки	Используемое средство контроля	Оптимальные средства контроля
Возможности ЛПУ	Экспертная оценка	Групповые структурно-организационные стандарты
Профессиональные качества медицинского работника	Экспертная оценка, простые профессиональные стандарты	Групповые и профессиональные стандарты
Технология лечения конкретного больного	Экспертная оценка	Простые технологические стандарты и экспертная оценка
Результаты лечения конкретного больного	Экспертная оценка	Простые технологические стандарты и экспертная оценка
Результаты лечения всех пациентов ЛПУ	Показатели деятельности ЛПУ	Показатели деятельности ЛПУ
Результаты медицинского обслуживания	Показатели здоровья населения	Показатели здоровья населения Социологические опросы

4. Формирование и использование статистических показателей (деятельности ЛПУ, здоровья населения) как средства контроля качества не требуют значительных расходов, также им свойственна известная объективность. Определенным недостатком является то, что область применения показателей довольно узка.

5. К достоинствам экспертной оценки как средству контроля качества относится то, что ее использование требует меньших средств (по сравнению с разработкой медицинских стандартов), а также присущий ей дифференцированный подход (возможность учесть все многообразие факторов, влияющих на качество оказания медицинской помощи в каждом конкретном случае). К недостаткам же можно отнести значительную степень субъективизма (по сравнению и со стандартами, и с показателями) и «низкую пропускную способность».

В таблице 20.1 перечислены компоненты качества медицинской помощи и уровни его оценки. Каждому из них соответствуют используемые в настоящее время и оптимальные средства контроля.

Возможности учреждения оказывать медицинские услуги должного качества (один из уровней оценки структурного качества) в настоящее время оцениваются в процессе аккредитации на основе экспертной оценки.

Аккредитация медицинских учреждений – это определение их соответствия установленным стандартам.

В Санкт-Петербурге, в ряде других регионов используется система оценки, базирующаяся на 3 категориях: подразделения ЛПУ в результате аккредитации могут быть сертифицированы на высшую, первую или вторую категории (либо ему откажут в сертификации).

Профессиональные качества медицинского работника оцениваются в процессе аттестации и сертификации персонала.

Качество лечения всех пациентов ЛПУ и результаты медицинского обслуживания населения на конкретной территории оцениваются на основе использования показателей деятельности ЛПУ и показателей здоровья населения. В последнее время более широкое применение находят социологические опросы пациентов как средство контроля качества результата, в частности, определение степени удовлетворенности пациентов.

Основными *элементами механизма обеспечения качества* медицинской помощи являются:

– сбор и анализ информации;
– принятие управленческих решений (корректирующих воздействий), направленных на создание благоприятных условий для оказания качественной медицинской помощи;
– контроль за реализацией принятых решений.

Последний элемент схож с первым, поскольку предусматривает сбор и анализ информации.

Все многообразие корректирующих воздействий можно свести к 2 разновидностям: ответственности и поощрениям. При этом обеспечение структурного качества и качества результата следует основывать преимущественно на мерах поощрительного характера, технологическом качестве.

Таким образом, *страховые медицинские организации*, используя в качестве средств контроля технологические стандарты и экспертную оценку, призваны контролировать качество технологии лечения конкретного пациента и отчасти качество результата. Анализируются, прежде всего, случаи отклонения выполненных лечебно-диагностических мероприятий от требований технологических стандартов. При этом названные случаи в дальнейшем подвергаются экспертной оценке, а управленческие решения возможны в форме ответственности (штрафных санкций).

Территориальные органы лицензирования и аккредитации контролируют структурное качество медицинской помощи. Средствами контроля выступают структурно-организационные стандарты – групповые для аккредитации ЛПУ, вошедших в систему ОМС, и простые для аккредитации учреждений, предоставляющих услуги только по свободным ценам; для первых управленческие решения предусматривают и ответственность – в виде отказа в сертификации при несоответствии базовому стандарту, и поощрения – в виде повышения тарифов на услуги. Для учреждений, не вошедших в ОМС, предусмотрена только ответственность в случае несоответствия стандарту.

Профессиональные медицинские ассоциации контролируют профессиональные качества конкретных медицинских работников. Последние являются элементом структурного качества. В качестве средств контроля выступают групповые профессиональные стандарты. Соответствие более высоким стандартам и соответственно присвоение более высокой категории влечет получение надбавок к должностному окладу. В случае

соответствия базовому стандарту нет ни ответственности, ни поощрений, отсутствие этого соответствия влечет отказ в сертификации.

Общественные объединения потребителей – субъект потребительского звена – осуществляет контроль всех трех компонентов качества медицинской помощи. Анализ нормативной базы и опыта их деятельности свидетельствует, что инспектирование они будут осуществлять преимущественно по заявлениям конкретных пациентов, а не в пользу неопределенного круга потребителей.

Органы управления здравоохранением, относясь к внешнему звену, призваны осуществлять контроль за качеством результата медицинской помощи населению территории и всем больным, пролеченным в каждом ЛПУ за отчетный период. Средствами контроля выступают показатели здоровья населения и показатели деятельности ЛПУ. Анализ этих показателей позволяет органам управления осуществлять оперативное управление и определять перспективы развития здравоохранения.

Медицинское учреждение – единственный представитель внутреннего звена, осуществляет контроль за всеми тремя компонентами качества медицинской помощи (в наибольшей степени – технологического). Для сбора информации используются как разнообразная документация, заполняемая в ЛПУ, так и документы, составленные по результатам проверки ЛПУ субъектами других звеньев. Основные средства контроля: экспертная оценка, показатели деятельности, социологические опросы.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования формирует правила взаимодействия субъектов на соответствующей территории и осуществляет контроль за рациональным использованием средств, направляемых на обязательное медицинское страхование.

Таким образом, существующая система контроля качества медицинской помощи является важным этапом его обеспечения и совершенствования.

Контрольно-разрешительные механизмы в здравоохранении

Обязанность государства гарантировать безопасность медицинской помощи и многоукладность экономики здравоохранения являются предпосылками формирования контрольно-разрешительных механизмов в здравоохранении.

Анализ мирового и отечественного опыта позволяет выделить следующие группы контрольно-разрешительных механизмов в здравоохранении:

- процедуры лицензирования медицинской, фармацевтической и иных видов деятельности, осуществляемых в сфере охраны здоровья;
- аккредитации учреждений различных систем здравоохранения;

- контроля профессиональных качеств медицинских работников;
- сертификации лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники;
- лицензирования, аттестации и аккредитации образовательных учреждений, реализующих программы дипломной и последипломной подготовки медицинских работников.

К контрольно-разрешительным механизмам следует, прежде всего, отнести процедуры *лицензирования*. В отечественной системе охраны здоровья лицензируются следующие виды деятельности:

- медицинская деятельность;
- фармацевтическая деятельность;
- производство лекарственных средств;
- производство медицинской техники;
- деятельность по распространению лекарственных средств и изделий медицинского назначения;
- техническое обслуживание медицинской техники (за исключением случая, если указанная деятельность осуществляется для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя);
- деятельность по оказанию протезно-ортопедической помощи;
- культивирование растений, используемых для производства наркотических средств и психотропных веществ;
- деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ (разработка, производство, изготовление, переработка, хранение, перевозки, отпуск, реализация, распределение, приобретение, использование, уничтожение), внесенных в список II в соответствии с Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах»;
- деятельность, связанная с оборотом психотропных веществ (разработка, производство, изготовление, переработка, хранение, перевозки, отпуск, реализация, распределение, приобретение, использование, уничтожение), внесенных в список III в соответствии с Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах»;
- деятельность, связанная с использованием возбудителей инфекционных заболеваний;
- производство дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств.

Таким образом, согласно законодательству, подлежат лицензированию 12 видов деятельности, так или иначе связанных со здравоохранением. Нижеследующие материалы посвящены, прежде всего, лицензированию медицинской деятельности.

Правовой основой лицензирования медицинской деятельности являются:

1. Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 08.08.01 г. №128-ФЗ (с изменениями от 04.05.08).

2. Положение о лицензировании медицинской деятельности, утвержденное Постановлением Правительства РФ от 22.01.07 г. №30.

3. Нормативные документы федеральных органов исполнительной власти (приказы Министерства здравоохранения РФ, государственные и отраслевые стандарты, постановления Правительства РФ и др.), определяющие содержание лицензионных требований и условий по каждому виду медицинской деятельности.

4. Территориальное законодательство.

Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

– устанавливает общие принципы, правила и порядок лицензирования;
– дает определения основным понятиям;
– определяет перечень лицензируемых видов деятельности согласно Закону:

лицензия – специальное разрешение на осуществление конкретного вида деятельности при обязательном соблюдении лицензионных требований и условий, выданное лицензирующим органом юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю;

лицензирование – мероприятия, связанные с:
– предоставлением лицензий;
– переоформлением документов, подтверждающих наличие лицензий;
– приостановлением действия лицензий в случае административного приостановления деятельности лицензиатов за нарушение лицензионных требований и условий;
– возобновлением или прекращением действия лицензий;
– аннулированием лицензий;
– контролем лицензирующих органов за соблюдением лицензиатами при осуществлении лицензируемых видов деятельности соответствующих лицензионных требований и условий;
– ведением реестров лицензий, а также предоставлением в установленном порядке заинтересованным лицам сведений из реестров лицензий и иной информации о лицензировании;

лицензионные требования и условия – совокупность установленных положениями о лицензировании конкретных видов деятельности, требований и условий, выполнение которых лицензиатом обязательно при осуществлении лицензируемого вида деятельности;

соискатель лицензии – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, обратившийся в лицензирующий орган с заявлением о предоставлении лицензии на осуществление конкретного вида деятельности;

лицензиат – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, имеющий лицензию на осуществление конкретного вида деятельности;

лицензирующий орган – федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие лицензирование в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Положение о лицензировании медицинской деятельности:

1. Настоящее Положение определяет порядок лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой на территории Российской Федерации юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями.

2. Лицензирование медицинской деятельности осуществляют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в части деятельности, осуществляемой организациями муниципальной и частной систем здравоохранения (за исключением деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи), а также Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития – в части деятельности, осуществляемой организациями государственной системы здравоохранения, а также деятельности, осуществляемой организациями муниципальной и частной систем здравоохранения по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (далее – лицензирующие органы).

3. Лицензия на осуществление медицинской деятельности (далее – лицензия) предоставляется на 5 лет. Срок действия лицензии может быть продлен в порядке, предусмотренном для переоформления лицензии.

4. Медицинская деятельность предусматривает выполнение работ (услуг) по оказанию доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной, высокотехнологичной, скорой и санаторно-курортной медицинской помощи в соответствии с перечнем согласно приложению (далее – работы (услуги).

Этапы лицензирования медицинской деятельности

I этап: представление соискателем лицензии документов в лицензирующий орган.

Соискатель лицензии подает в лицензирующий орган:

Заявление о выдаче лицензии. Только с момента подачи заявления юридическое лицо или индивидуальный предприниматель получают статус соискателя лицензии. В заявлении соискатель лицензии указывает виды работ (услуг) по перечню согласно приложению к Положению о лицензировании медицинской деятельности и документы (копии документов), указанные в пункте 1 статьи 9 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности»:

а) копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности;

б) копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя;

в) 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);

г) копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг);

д) копии регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на используемую медицинскую технику;

е) 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;

ж) копию выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности.

II этап: проведение проверки соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям и условиям. В течение этого этапа производится проверка полноты и достоверности сведений о соискателе лицензии, содержащихся в представленных в соответствии с Положением о лицензировании медицинской деятельности документах, а также проверка возможности выполнения соискателем лицензии лицензионных требований и условий.

III этап: принятие лицензирующим органом решения о выдаче или отказе в выдаче лицензии. Решение о предоставлении или об отказе в предоставлении лицензии принимается verte.

IV этап: уведомление соискателя лицензии о принятом решении.

Уведомление об отказе в выдаче лицензии направляется (вручается) в письменной форме с указанием причин отказа. Основанием для отказа в выдаче лицензии являются:

- наличие в документах, представленных соискателем лицензии, недостоверной или искаженной информации;
- несоответствие соискателя лицензии, принадлежащих ему или используемых им объектов лицензионным требованиям и условиям.

Лицензионные требования и условия определены Положением о лицензировании медицинской деятельности (см. приложение).

V этап (в случае отказа): ***проведение независимой экспертизы.*** Необходимо отметить, что пятый и шестой этапы лицензирования в случае отказа в выдаче лицензии могут отсутствовать – оба или какой-либо

один из них. В случае отказа соискатель вправе требовать проведения независимой экспертизы. В этом случае представители лицензирующего органа не входят в состав экспертной группы.

VI этап (в случае отказа): ***судебное разбирательство.*** Соискатель лицензии вправе обжаловать принятое решение в судебном порядке.

В лицензии указываются виды медицинской деятельности, разрешенные к осуществлению.

Контроль за деятельностью лицензиатов. Лицензирующий орган является контрольным органом, и он вправе проводить проверки соответствия деятельности лицензиата лицензионным требованиям и условиям. Обычно осуществляется 3 вида проверок:

- плановые проверки;
- внеплановые проверки (по жалобам граждан, организаций и обращениям других контрольных и надзорных органов);
- поисковый контроль – установление факта деятельности организаций без лицензии или с окончанием срока действия лицензии для последующего уведомления налоговых и правоохранительных органов.

По результатам проверки лицензирующий орган, после рассмотрения вопроса в порядке, установленном Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях, вправе:

- выносить решения, обязывающие лицензиата устранить выявленные нарушения, устанавливать сроки устранения таких нарушений;
- выносить предупреждения лицензиату;
- приостановить действие лицензии;
- направить в суд заявление об аннулировании лицензии.

Лицензирующие органы вправе приостанавливать действие лицензии в случае выявления лицензирующими органами неоднократных нарушений или грубого нарушения лицензиатом лицензионных требований и условий. Срок приостановления лицензии не может превышать шесть месяцев. В случае, если в установленный срок лицензиат не устранил указанные нарушения, лицензирующий орган обязан обратиться в суд с заявлением об аннулировании лицензии.

Лицензиат обязан уведомить в письменной форме лицензирующий орган об устранении им нарушений, повлекших за собой приостановление действия лицензии. Лицензирующий орган, приостановивший действие лицензии, принимает решение о возобновлении ее действия и сообщает об этом в письменной форме лицензиату в течение трех дней после получения соответствующего уведомления и проверки устранения лицензиатом нарушений, повлекших за собой приостановление действия лицензии. Плата за возобновление действия лицензии не взимается. Срок действия лицензии на время приостановления ее действия не продлевается.

Аннулирование лицензии возможно только в судебном порядке. Лицензия может быть аннулирована решением суда на основании заяв-

ления лицензирующего органа в случае, если нарушение лицензиатом лицензионных требований и условий повлекло за собой нанесение ущерба правам, законным интересам, здоровью граждан, обороне и безопасности государства, культурному наследию народов Российской Федерации.

Порядок продления срока действия лицензии на осуществление медицинской деятельности аналогичен порядку его выдачи. В случае, если за время действия лицензии не зафиксированы нарушения лицензионных требований и условий, продление срока действия лицензии осуществляется в порядке, установленном для ее переоформления.

Таким образом, нормативная база в целом достаточно четко определяет порядок лицензирования медицинской деятельности. Установлено, что этот вид деятельности подлежит лицензированию, определено, что его лицензирование осуществляет лицензирующий орган субъекта Российской Федерации, описаны этапы лицензирования с указанием максимальной продолжительности отдельных этапов, утвержден перечень видов медицинской деятельности, подлежащих лицензированию, определены основания для отказа в выдаче лицензии и т.д. Безусловно, имеются отдельные проблемы в осуществлении лицензирования медицинской деятельности. Однако значительно большие трудности правового и организационного характера выявляются при осуществлении *аккредитации медицинских учреждений*.

Помимо лицензирования медицинской деятельности и аккредитации медицинских учреждений к контрольно-разрешительным механизмам в здравоохранении относятся процедуры *контроля профессиональных качеств медицинских работников*. Под профессиональными качествами медицинского работника понимаются уровень его теоретических знаний, сумма умений, навыков выполнения конкретных лечебно-диагностических манипуляций. В настоящее время контроль профессиональных качеств медицинских работников осуществляется с помощью двух процедур (см. главу «Медицинские кадры»):

– аттестации персонала;
– сертификации персонала.

Глава 21
ЭКСПЕРТИЗА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Предмет и задачи врачебно-трудовой экспертизы

Врачебно-трудовая экспертиза (ВТЭ) – область медицинских и научных знаний, изучающая трудоспособность человека при наличии у него заболевания, травмы, увечья, анатомического дефекта, беременности, а также некоторых других причин, регламентированных законодательством по государственному социальному страхованию и преследующих социально-профилактические цели (уход за больным членом семьи, санаторно-курортное лечение, карантин, стационарное протезирование и др.).

Основные задачи врачебно-трудовой экспертизы:

- научно обоснованная оценка трудоспособности трудящихся при различных заболеваниях, травмах, увечьях, анатомических дефектах;
- установление факта временной нетрудоспособности и освобождение от работы в связи с наличием социальных и медицинских показаний, предусмотренных законодательством;
- определение характера нетрудоспособности (временная, стойкая, полная или частичная);
- установление причины временной или стойкой нетрудоспособности для определения размеров пособий, пенсий и других видов социального обеспечения;
- рациональное трудоустройство работающих, не имеющих признаков инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в облегчении труда в своей профессии;
- определение трудовых рекомендаций инвалидам, позволяющих использовать их остаточную трудоспособность;
- изучение причин заболеваемости и инвалидности для разработки медицинских, социальных и профилактических мероприятий;
- определение различных видов социальной помощи работающим при временной нетрудоспособности и инвалидам;
- проведение социально-трудовой реабилитации. Правильное решение вопросов ВТЭ требует знания определенных понятий.

Под *трудоспособностью* принято понимать такое состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества.

Под *нетрудоспособностью* следует понимать состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда полностью или частично, в течение ограниченного времени, или постоянно невозможно.

Нетрудоспособность может быть временной и стойкой.

Временная нетрудоспособность (ВН) – состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. носят обратимый характер. Установление факта ВН является медицинским действием, так как оно направлено на устранение неблагоприятных факторов и означает начало лечения.

Различают полную и частичную временную нетрудоспособность.

Полная нетрудоспособность – полная невозможность выполнения любого труда на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения.

Частичная нетрудоспособность – временная нетрудоспособность в отношении своей обычной профессиональной работы при сохранении способности выполнять другую работу с иным облегченным режимом или уменьшенным объемом.

Инвалидность – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Стойкое (постоянное или длительное) нарушение трудоспособности также может быть полным или частичным, т.е. в виде утраты трудоспособности или значительного ее ограничения. Стойкое нарушение трудоспособности среди других ограничений жизнедеятельности является одним из критериев инвалидности и может служить основанием для ее установления. Решение об инвалидности принимается в процессе медико-социальной экспертизы по направлению врачей ЛПУ в учреждениях МСЭ.

В установлении факта инвалидности принимают участие врачи лечебно-профилактических учреждений (выявляют признаки инвалидности) и врачи-эксперты МСЭ (устанавливают факт стойкого нарушения трудоспособности).

Из приведенных выше основных определений различных видов нетрудоспособности следует, что болезнь и нетрудоспособность не являются понятиями идентичными. При наличии болезни человек может быть трудоспособным, если заболевание не препятствует выполнению профессионального труда, и нетрудоспособным – если выполнение работы затруднено или невозможно.

При определении трудоспособности необходимо учитывать как медицинские, так и социальные критерии.

Медицинские критерии включают своевременно поставленный полный клинический диагноз с учетом выраженности морфологических изменений, тяжести и характера заболевания, наличия декомпенсации и ее стадии, осложнений, определение клинического ближайшего и отдаленного прогноза.

Социальные критерии отражают все, что связано с профессиональной деятельностью больного: характеристику преобладающего напряжения (физического или нервно-психического), организацию, периодичность и ритм работы, нагрузку на отдельные органы и системы, наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей.

Установление факта нетрудоспособности имеет важное юридическое значение, так как оно гарантирует гражданину соответствующие права: при временной утрате трудоспособности – на освобождение от работы и получение пособия за счет средств обязательного государственного социального страхования, а при инвалидности – на пенсию за счет средств Пенсионного фонда России.

Положение об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях

Экспертиза временной нетрудоспособности – вид медицинской деятельности, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществления профессиональной деятельности, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится в связи с болезнью, увечьем, беременностью, родами, уходом за членом семьи, протезированием, санаторно-курортным лечением и в иных случаях, установленных законодательством. Право на проведение экспертизы временной нетрудоспособности и выдачу документов, подтверждающих временную утрату трудоспособности, имеют лечащие врачи лечебно-профилактических учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения на основании полученной учреждением лицензии на проведение экспертизы временной нетрудоспособности. Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой вне учреждения, должны иметь лицензию на основной вид медицинской деятельности и проведение экспертизы ВН, а также удостоверение (свидетельство) об окончании курса повышения квалификации по экспертизе временной нетрудоспособности.

В отдельных случаях (в труднодоступных отдаленных районах, в районах Крайнего Севера и др.) по решению органа управления здравоохранением проведение экспертизы временной нетрудоспособности может быть разрешено среднему медицинскому работнику.

Не имеют права на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, медицинские работники:

– учреждений скорой медицинской помощи;

– учреждений переливания крови;
– учреждений судебно-медицинской экспертизы;
– бальнеогрязелечебниц и городских курортных водогрязелечебниц;
– домов отдыха и туристических баз;
– учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей;
– центров медицины катастроф;
– врачебно-физкультурных диспансеров;
– приемных отделений больничных учреждений;
– центров медицинской профилактики.

Контроль за соблюдением инструкции по экспертизе временной нетрудоспособности в государственных, муниципальных и частных лечебно-профилактических учреждениях, а также частнопрактикующими врачами осуществляется органом управления здравоохранением соответствующего уровня, профессиональной медицинской ассоциацией, исполнительным органом Фонда социального страхования РФ. В осуществлении контроля могут участвовать комиссии по аккредитации и лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности и подразделения территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Функции лечащего врача:

– определяет признаки ВН на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов;
– в первичных медицинских документах фиксирует данные, необходимые для постановки диагноза, формулирует диагноз заболевания с учетом степени функциональных нарушений, осложнений и степени их тяжести;
– назначает дополнительные исследования и консультации, лечебно-оздоровительные мероприятия;
– определяет сроки ВН (с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующего заболевания и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах);
– выдает листок нетрудоспособности (справку) и назначает дату очередного посещения врача, фиксируя ее в первичной медицинской документации;
– при последующих осмотрах отражает динамику заболевания, эффективность лечения, обосновывает продление сроков освобождения пациента от работы;
– своевременно направляет пациента для консультации на ВК;
– при нарушении назначенного лечебно-охранительного режима (в том числе при алкогольном опьянении) делает соответствующую запись в листке нетрудоспособности и в истории болезни (амбулаторной карте) с указанием даты и вида нарушения;

– выявляет признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности, своевременно организует направление пациента на ВК и медико-социальную экспертизу (МСЭ);
– осуществляет диспансеризацию длительно и часто болеющих пациентов (граждан, имеющих в год 4 и более случаев и 40 дней ВН по одному заболеванию или 6 случаев и 60 дней с учетом всех заболеваний);
– при восстановлении трудоспособности и выписке на работу отражает в первичных медицинских документах объективный статус и аргументированное обоснование закрытия листка нетрудоспособности;
– анализирует причины заболеваемости с ВН и первичного выхода на инвалидность.

Функции заведующего отделением стационара, поликлиники:

– осуществляет постоянный контроль за исполнением лечащими врачами функций по проведению лечебно-диагностического процесса и экспертизы ВН, выдачей документов, удостоверяющих ВН, своевременным и правильным направлением пациентов на ВК и на МСЭ;
– проводит экспертную оценку качества оказания медицинской помощи пациентам на разных сроках лечения с обязательным личным осмотром и записью в первичных медицинских документах;
– проводит экспертную оценку медицинской документации по окончании периода ВН или при переводе пациента на другой этап лечения;
– совместно с лечащим врачом направляет больного на ВК и МСЭ;
– контролирует своевременность повышения квалификации лечащих врачей по вопросам экспертизы ВН;
– анализирует ежемесячно причину и сроки временной нетрудоспособности, первичного выхода на инвалидность и клинико-экспертные ошибки.

На должность заместителя руководителя медицинской организации по экспертизе временной нетрудоспособности назначается специалист, имеющий высшее медицинское образование и прошедший специализацию по экспертизе временной нетрудоспособности. Заместитель руководителя организации по временной нетрудоспособности (ЭВН) является заместителем председателя врачебной комиссии по экспертизе временной нетрудоспособности, а также по определению профессиональной пригодности некоторых категорий работников и решению иных медико-социальных вопросов.

При отсутствии указанной должности в штатном расписании медицинской организации выполнение функциональных обязанностей заместителя руководителя медицинской организации по экспертизе временной нетрудоспособности возлагается на заместителя руководителя медицинской организации по медицинской части или руководителя медицинской организации.

Основными задачами заместителя руководителя медицинской организации по ЭВН являются:

- контроль за организацией и проведением экспертизы временной нетрудоспособности в медицинской организации;
- проведение анализа заболеваемости населения с временной утратой трудоспособности, первичного выхода на инвалидность, обеспечение разработки и реализации мероприятий по их снижению;
- участие в подготовке документов, регламентирующих организацию и проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- оценка экспертной деятельности лечащих врачей и организации работы по экспертизе временной нетрудоспособности заведующих отделениями;
- контроль за обоснованностью выдачи и продления листков нетрудоспособности;
- обеспечение повышения квалификации специалистов медицинской организации по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности;
- организация врачебных конференций по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;
- принятие участия в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;
- внесение в установленном порядке предложений по вопросам, входящим в его компетенцию;
- контроль за ведением медицинской документации, статистического учета и отчетности по курируемым разделам работы;
- осуществление взаимодействия с бюро медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, исполнительными органами Фонда социального страхования РФ, другими медицинскими организациями и учреждениями социальной защиты населения по вопросам, относящимся к его компетенции.

Руководитель учреждения здравоохранения:

- является ответственным за экспертизу ВН в учреждении, издает приказы по ее организации и проведению;
- организует учет и отчетность по ВН;
- утверждает состав ВК и положение о регламенте ее работы;
- назначает лиц, ответственных за учет, получение, хранение и расходование бланков документов, удостоверяющих ВН, создает условия для их оформления и выдачи;
- определяет потребность в бланках листков нетрудоспособности;
- принимает меры дисциплинарного и материального воздействия к работникам, допустившим клинико-экспертные ошибки, нарушения правил хранения, учета, оформления и выдачи документов, удостоверяющих ВН, порядка проведения экспертизы ВН (а при

необходимости в установленном порядке направляет материалы в следственные органы для привлечения виновных к уголовной ответственности).

Порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность

Документами, удостоверяющими временную нетрудоспособность и подтверждающими временное освобождение от работы (учебы), являются листок временной нетрудоспособности и, в отдельных случаях, справки установленной формы, выдаваемые гражданам при заболеваниях и травмах на период медицинской реабилитации, при необходимости ухода за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом, на период карантина, при отпуске по беременности и родам, при протезировании в условиях протезно-ортопедического стационара.

Листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом при предъявлении документа, удостоверяющего личность пациента, после личного осмотра и подтверждается записью в медицинской документации.

Листок нетрудоспособности является многофункциональным документом, служащим основанием для:

– освобождения от работы в случае ВН (юридическая функция);
– начисления пособия по ВН (финансовая функция). Кроме того, листок нетрудоспособности предписывает определенный вид лечебно-охранительного режима (медицинская функция) и является первичным документом для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) (статистическая функция).

Для того чтобы листок нетрудоспособности выполнял эти функции, необходимо точно соблюдать правила его оформления.

Лицевая сторона бланка листка нетрудоспособности заполняется лечащим врачом (в отдельных случаях – средним медицинским работником), оборотная сторона – администрацией предприятия (учреждения, организации), на котором работает пациент.

Записи в листке нетрудоспособности (справке) производятся синими, фиолетовыми, черными чернилами, на русском языке. Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью *«исправленному верить»*, подписью лечащего врача и печатью ЛПУ. На бланке допускается не более двух исправлений.

В зависимости от того, выдается листок нетрудоспособности впервые или является продолжением, в корешке и на бланке листка нетрудоспособности подчеркивается соответствующая запись (*«первичный»* или *«продолжение листка»*). При выдаче «продолжения» в нем указываются номер предыдущего листка нетрудоспособности и дата выдачи первичного листка нетрудоспособности. В случае, если гражданин работает у нескольких работодателей, выдается соответствующее количество листков нетрудоспособности по каждому месту работы.

В корешке листка нетрудоспособности записываются:
– фамилия, имя, отчество пациента (полностью);
– возраст;
– домашний адрес;
– место работы;
– фамилия лечащего врача;
– дата выдачи листка нетрудоспособности;
– подпись пациента, получившего листок нетрудоспособности.

На бланке листка нетрудоспособности записываются:
– название лечебно-профилактического учреждения, его адрес (для частнопрактикующего врача – фамилия, имя, отчество, номер лицензии);
– фамилия, имя, отчество (полностью), пол, возраст пациента;
– полное наименование места работы.

Если гражданин работает у нескольких работодателей, на первом бланке подчеркивается слово «основные», на остальных листках нетрудоспособности – «по совместительству», и проставляется серия и номер листка нетрудоспособности по основному месту работы.

С целью сохранения врачебной тайны графы «диагноз» и «заключительный диагноз» не заполняются.

В графе «причина нетрудоспособности» подчеркивается и ниже записывается: соответствующий вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту, карантин, уход за больным, уход за ребенком, санаторно-курортное лечение, дородовый или послеродовый отпуск) и дополнительные сведения, приведенные на бланке в скобках.

В графе «режим» отмечается вид предписанного лечебно-охранительного режима: «стационарный», «амбулаторный», «санаторный».

В графе «отметка о нарушении режима» ставятся дата нарушения и его вид:
– несоблюдение предписанного режима;
– несвоевременная явка на прием к врачу;
– выход на работу без выписки врачом;
– самовольный уход из ЛПУ;
– выезд на лечение в другой административный район без разрешения врача;
– отказ от направления или несвоевременная явка на медико-социальную экспертизу.

В случае продолжения нетрудоспособности у пациента продление листка (справки) осуществляется со дня явки на прием к врачу; если пациент признан трудоспособным, в графе «приступить к работе» отмечается «явился (дата) трудоспособным», а при отказе от направления на МСЭ – «от освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией отказался».

В разделе «освобождение от работы» записывается арабскими цифрами, с какого числа, месяца, года и прописью по какое число и месяц

включительно освобождается от работы пациент. Разборчиво указываются специальность врача, его фамилия и ставится подпись. При коллегиальном продлении указываются фамилии членов врачебной комиссии (не менее трех) и ставятся их подписи.

В графе «приступить к работе» отмечается дата восстановления трудоспособности следующим днем после осмотра и признания пациента трудоспособным. Указываются другие случаи завершения листка нетрудоспособности: дата смерти, дата регистрации документа МСЭ при установлении группы инвалидности. Листок нетрудоспособности не может быть закрыт по просьбе пациента или по требованию администрации с места его работы.

В случае сохраняющейся нетрудоспособности в листке нетрудоспособности подчеркивается «продолжение», записываются дата и номер нового листка, в котором (в корешке и в верхней части бланка) подчеркивается «продолжение листка нетрудоспособности №» и указывается номер первичного листка.

При утере листка нетрудоспособности дубликат выдается лечащим врачом при наличии справки с места работы о том, что пособие по данному листку не выплачено. В верхнем углу бланка записывается «дубликат», в разделе «освобождение от работы» одной строкой записывается весь период нетрудоспособности, заверяется лечащим врачом и заместителем руководителя лечебного учреждения по клинико-экспертной работе. Одновременно соответствующая запись делается в медицинской документации и проставляется номер выданного листка нетрудоспособности с указанием номера и серии утерянного листка нетрудоспособности.

Печать ЛПУ (для иногородних – гербовая) или частнопрактикующего врача ставится в правом верхнем и нижнем углах бланка при выписке на работу или продолжении листка нетрудоспособности. При продолжении лечения в другом лечебном учреждении соответствующая запись в листке нетрудоспособности заверяется подписью лечащего врача, заместителя руководителя по клинико-экспертной работе (в сложных и конфликтных случаях – тремя членами ВК), печатью учреждения, выдавшего листок нетрудоспособности.

Номера бланков листков нетрудоспособности, дата их выдачи, дата продления или выписки на работу записываются в амбулаторной карте (истории болезни).

Основные положения о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан

Листок нетрудоспособности выдается:

- гражданам РФ, иностранным гражданам, в том числе стран СНГ, лицам без гражданства, беженцам и вынужденным переселенцам,

работающим на предприятиях, в организациях и учреждениях РФ независимо от форм собственности;
– гражданам, у которых нетрудоспособность или отпуск по беременности и родам наступили в течение 30 календарных дней после прекращения работы по трудовому договору, служебной или иной деятельности;
– гражданам, признанным безработными и состоящим на учете в территориальных органах труда и занятости населения (в графе «место работы» указывается: состоит на учете в территориальных органах труда и занятости населения);
– адвокатам, индивидуальным предпринимателям, членам родовых семейных общин, представителям малочисленных народов Севера, осуществляющим уплату взносов в фонд социального страхования.

Гражданам, находящимся вне постоянного места жительства, листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом, установившим факт нетрудоспособности, с разрешения администрации с учетом дней, необходимых для проезда к месту жительства.

Документы, подтверждающие временную нетрудоспособность российских граждан в период их пребывания за границей, по возвращении подлежат замене на листок нетрудоспособности лечащим врачом с утверждением его администрацией ЛПУ.

1. Порядок выдачи листка нетрудоспособности (справки) при заболеваниях и травмах в амбулаторных учреждениях.

При заболеваниях и травмах лечащий врач выдает листок нетрудоспособности единолично и единовременно на срок до 10 календарных дней и продлевает его единолично на срок до 30 календарных дней с учетом утвержденных Минздравсоцразвития России ориентировочных сроков временной нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах.

Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой вне ЛПУ, также имеют право единолично выдавать документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, на срок не более 30 дней.

Средний медицинский работник, имеющий право выдавать листок нетрудоспособности, единолично и единовременно выдает его на срок до 5 дней и продлевает до 10 дней, в исключительных случаях после консультации с врачом ближайшего ЛПУ – сроком до 30 дней.

При сроках ВУТ более 30 дней решение вопроса дальнейшего лечения и продления листка нетрудоспособности осуществляется ВК.

По решению ВК при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть продлен до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 мес., а в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) – не более 12 мес., с периодичностью продления ВК не реже, чем через 30 дней.

По истечении этого срока больной должен быть направлен на медико-социальную экспертизу.

При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе и наличии признаков стойкого ограничения трудоспособности больной может быть направлен на МСЭ вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не более 4 мес.

Частнопрактикующий врач при необходимости продления листка нетрудоспособности свыше 30 дней направляет пациента для консультации и решения вопроса о дальнейшем лечении на ВК учреждения здравоохранения, обеспечивающего его (пациента) медицинской помощью в соответствии с программой обязательного медицинского страхования.

При заболеваниях (травмах) и лечении в амбулаторных учреждениях листок нетрудоспособности открывается в день установления нетрудоспособности (в том числе в праздничные и выходные дни). Эта дата указывается в графе «выдан», не допускается выдача листка нетрудоспособности за прошедшие дни, когда больной еще не был освидетельствован врачом. Лишь в исключительных случаях по решению ВК листок нетрудоспособности может быть выдан за прошедший период.

Больным, обратившимся за медицинской помощью в конце рабочего дня, листок трудоспособности, по их желанию, может быть выдан со следующего календарного дня.

При обращении пациентов в нерабочее для амбулаторно-поликлинических учреждений время за медицинской помощью на станции скорой медицинской помощи и в приемные отделения больниц документы, удостоверяющие нетрудоспособность, не выдаются. Врачами, фельдшерами станций скорой медицинской помощи и приемных отделений больниц больному выдается справка произвольной формы с указанием даты и времени обращения, диагноза, проведенных обследований, состояния трудоспособности, оказанной медицинской помощи. При сменном характере работы в случае нетрудоспособности пациента на момент обращения на основании этой справки врачом амбулаторно-поликлинического учреждения выдается листок нетрудоспособности за прошедший период, но не более 3 дней. По показаниям листок нетрудоспособности продлевается в установленном порядке.

Лицам, направленным здравпунктом в ЛПУ и признанным нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдается с момента обращения в здравпункт.

При стационарном лечении в графе «находился в стационаре» указывается время лечения в больнице, режим – «стационарный», «амбулаторный», «санаторный».

При выписке из стационара листок нетрудоспособности выдается на весь период стационарного лечения (для иногородних – с учетом дней для проезда к месту жительства), при сохранении нетрудоспособности может быть продлен еще до 10 дней.

В случае длительного стационарного лечения и необходимости представления листка нетрудоспособности к оплате в графах «освобождение от работы» и «находился в стационаре» проставляются соответствующие

сроки лечения, в графе «приступить к работе» записывается «продолжает болеть». При выписки из стационара ему выдается новый бланк, являющийся продолжением ранее выданного. При этом в графе «находился в стационаре» записывается общая длительность стационарного лечения, а в графе «освобождение от работы» – сроки за минусом дней, указанных в ранее выданном листке, и с учетом дней, необходимых для проезда к месту жительства и (или) амбулаторного лечения.

Больным, нуждающимся в лечении в специализированных медицинских учреждениях, лечащие врачи выдают листок нетрудоспособности с последующим направлением в учреждение соответствующего профиля для продолжения лечения.

При амбулаторном лечении больных на период инвазивных методов обследования и лечения (эндоскопические исследования с биопсией, химиотерапия по интермиттирующему типу, гемодиализ и др.) листок нетрудоспособности, по решению ВК, может выдаваться прерывисто, на дни явки в ЛПУ. В этих случаях в листке нетрудоспособности указываются дни проведения процедур, и освобождение от работы производится только на эти дни.

Лицам, направленным на консультацию (обследование, лечение) в ЛПУ за пределы административного района, листок нетрудоспособности выдается на число дней, необходимых для проезда, и продлевается на общих основаниях.

Женщине, находящейся в отпуске по уходу за ребенком и работающей на условиях неполного рабочего дня или на дому, листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

Листок нетрудоспособности не выдается при наступлении временной нетрудоспособности вследствие заболевания или травмы:

- в отпуске без сохранения содержания;
- в отпуске по беременности и родам;
- в частично оплачиваемом отпуске по уходу за ребенком (исключения см. выше).

Листок нетрудоспособности выдается со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся нетрудоспособности.

Кроме того, листок нетрудоспособности не выдается:

- гражданам, самостоятельно обратившимся за консультативной помощью; проходящим исследования в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях по направлению военных комиссариатов, следственных органов, прокуратуры и суда (выдается справка произвольной формы);
- студентам и учащимся высших и средних учебных заведений (для освобождения их от учебы в случае заболевания выдается справка установленной формы №95-у);
- на период проведения медицинских осмотров в отделениях профпатологии больниц и клиник НИИ гигиены труда и профзаболеваний.

*2. **Временная нетрудоспособность в связи с беременностью и родами.***

По беременности и родам листок нетрудоспособности выдается врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии – врачом, ведущим общий прием. Выдача листка нетрудоспособности производится с 30 нед. беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 – до родов и 70 – после родов).

В листке нетрудоспособности в графе «диагноз» указывается срок беременности на момент обращения, в графе «заключительный диагноз» – предполагаемая дата родов, в графе «вид нетрудоспособности» – «отпуск по беременности и родам», в графе «режим» – «амбулаторный + стационарный», в графе «освобождение от работы» – суммарная продолжительность отпуска одной строкой. Листок нетрудоспособности подписывается лечащим врачом и заведующим женской консультацией (для не посещавших женскую консультацию и иногородних – заведующим отделением родильного дома). При отсутствии указанных должностных лиц подпись единолично ставит лечащий врач или фельдшер-акушер.

При многоплодной беременности и родах листок нетрудоспособности выдается с 28 нед. беременности, при этом общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет 194 дня.

При осложненных родах листок нетрудоспособности выдается дополнительно на 16 календарных дней ЛПУ, где произошли роды. В этих случаях общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет 156 календарных дней.

При многоплодной беременности и осложненных родах на дополнительные дни послеродового периода выдается новый бланк.

При родах, наступивших до 30 нед. беременности, и рождении живого ребенка листок нетрудоспособности выдается на 15 календарных дней, а в случае рождения мертвого ребенка или его смерти в течение 7 дней после родов – на 86 календарных дней.

При наступлении беременности у женщины в период частично оплачиваемого отпуска или дополнительного отпуска без сохранения заработной платы по уходу за ребенком листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

В случае, когда женщина по каким-то причинам не использовала свое право на своевременное оформление отпуска по беременности и родам или при наступлении преждевременных родов листок нетрудоспособности на весь период отпуска по беременности и родам выдается женской консультацией или родильным домом. Одновременно женской консультацией и родильным домом листок нетрудоспособности не выдается.

При операции прерывания беременности листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях, предусмотренных порядком выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах (см. выше).

Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 нед., по социальным показа-

ниям – при сроке беременности до 22 нед., а при наличии медицинских показаний и согласия женщины – независимо от срока беременности.

Перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности включает:

– наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав;
– беременность в результате изнасилования;
– пребывание женщины в местах лишения свободы;
– наличие инвалидности I–II группы инвалидности у мужа или смерть мужа во время беременности.

Женщине, усыновившей новорожденного ребенка, листок нетрудоспособности выдает стационар по месту его рождения на 70 календарных дней со дня рождения.

Листок нетрудоспособности на дородовый отпуск продолжительностью 90 дней выдается женщинам, проживším (работавшим) в зоне отселения и проживающим в зоне с правом на отселение, а также в населенных пунктах, подвергшихся радиоактивному загрязнению и в зонах с льготным социально-экономическим статусом. Общая продолжительность отпуска по беременности и родам в этих случаях составляет 160 дней.

При операции «подсадка эмбриона» листок нетрудоспособности выдается оперирующим врачом на период с момента госпитализации до установления факта беременности.

3. Временная нетрудоспособность в связи с уходом за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом.

Листок нетрудоспособности по уходу за больным выдается лечащим врачом одному из членов семьи (опекуну), непосредственно осуществляющему уход.

Листок нетрудоспособности выдается по уходу:

– за взрослым членом семьи и больным подростком старше 15 лет, получающими лечение в амбулаторно-поликлинических условиях, сроком до 3 дней, по решению ВК – до 7 дней;
– за ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания;
– за ребенком старше 7 лет – на срок до 15 дней;
– за ребенком до 7 лет при стационарном лечении на весь срок лечения, старше 7 лет – на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания;
– за детьми до 15 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита, страдающими тяжелыми заболеваниями крови, злокачественными заболеваниями, ожогами, – на весь срок лечения в стационаре.

В листке нетрудоспособности записывается возраст лица, за которым осуществляется уход.

В случае болезни матери, находящейся в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет, листок нетрудоспособности выдается лицу, фактически осуществляющему уход за ребенком, учреждением, в котором лечится мать, сроком до 5 дней, по решению ВК – до 10 дней, а в исключительных случаях – на весь период, в течение которого она не сможет осуществлять уход.

При одновременном заболевании двух и более детей по уходу за ними выдается один листок нетрудоспособности.

При разновременном заболевании нескольких детей по уходу за ними второй листок нетрудоспособности выдается только после закрытия первого без учета дней, совпавших с днями освобождения от работы по первому листку нетрудоспособности.

При заболевании ребенка в период, не требующий освобождения матери от работы (очередной или дополнительный отпуск, отпуск по беременности и родам, выходные и праздничные дни и др.), листок нетрудоспособности по уходу ведется со дня, когда она должна приступить к работе, без учета дней от начала заболевания.

Листок нетрудоспособности не выдается по уходу:

– за хроническими больными в период ремиссии;
– в период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания;
– за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении;
– в период отпуска по беременности и родам;
– в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком.

4. Временная нетрудоспособность в связи с карантином.

Листок нетрудоспособности выдается врачом-инфекционистом или лечащим врачом по представлению врача-эпидемиолога при необходимости временного отстранения от работы лиц, контактировавших с инфекционными больными, или вследствие бактерионосительства. Продолжительность карантина определяется утвержденными сроками изоляции. В листке нетрудоспособности указывается режим «домашний».

По уходу за здоровым ребенком до 7 лет или недееспособным членом семьи на основании справки врача-эпидемиолога листок нетрудоспособности выдается одному из работающих членов семьи на весь период карантина.

Работникам предприятий общественного питания, водоснабжения, детских учреждений при наличии у них гельминтоза листок нетрудоспособности выдается на весь период дегельминтизации.

5. Временная нетрудоспособность при протезировании.

При протезировании в условиях стационара протезно-ортопедического предприятия листок нетрудоспособности выдается на весь период пребывания в стационаре и проезда к месту лечения и обратно. В графе «находился в стационаре» отмечаются сроки пребывания в стационаре,

а в графе «освобождение от работы» записываются сроки протезирования с учетом дней, необходимых для проезда, в графе «вид нетрудоспособности» делается запись «протезирование».

Воинам-интернационалистам, направленным в установленном порядке на протезирование, листок нетрудоспособности выдается на весь период протезирования с учетом дней, необходимых для проезда к месту лечения и обратно.

Листок нетрудоспособности при протезировании граждан в амбулаторно-поликлинических условиях не выдается.

6. Временная нетрудоспособность при санаторно-курортном лечении и медицинской реабилитации.

На весь период санаторно-курортного лечения с учетом дней проезда листок нетрудоспособности выдается:

- гражданам, направленным в клиники реабилитации НИИ курортологии и физиотерапии по решению ВК;
- при направлении в санаторий лиц, пострадавших в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием в период временной нетрудоспособности (до направления в МСЭ).

Листок нетрудоспособности выдается лечебно-профилактическим учреждением до отъезда в санаторий по предоставлении путевки (курсовки) и справки администрации о длительности очередного и дополнительного отпусков. В графе «режим» указывается «санаторный», «вид нетрудоспособности» – «санаторно-курортное лечение», дата начала, окончания и номер путевки, место нахождения санатория.

При направлении в центры реабилитации больных непосредственно из больничных учреждений листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом центра на весь срок долечивания и реабилитации.

При направлении больных в санаторий из больничных учреждений после перенесенного острого инфаркта миокарда, аортокоронарного шунтирования, оперативного вмешательства по поводу аневризмы сердца, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, удаления желчного пузыря листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом санатория на весь период долечивания.

При направлении на лечение в реабилитационное отделение санатория из больничного учреждения в графе «приступить к работе» записываются – «долечивание в санатории» и дата начала путевки. В графе «выдано продолжение листка» указывается номер нового бланка, который ведется в стационаре на период долечивания, отмечается причина нетрудоспособности – «заболевание», режим – «санаторный», в графе «освобождение от работы» – дата начала путевки.

Дальнейшее его оформление осуществляется врачами реабилитационного отделения: в графе «находился в стационаре» указываются сроки пребывания в санатории, в графе «освобождение от работы» – по какое число находился в санатории, в графе «приступить к работе» – «продолжить лечение по месту жительства».

При лечении в реабилитационном центре листок нетрудоспособности оформляется так же, как при лечении в амбулаторно-поликлиническом или стационарном ЛПУ.

7. Особенности оформления временной нетрудоспособности в иных случаях.

Листок нетрудоспособности больным хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией не выдается при отказе от стационарного лечения и при лечении в условиях анонимности.

При привлечении больных хроническим алкоголизмом в период стационарного лечения к труду в листке нетрудоспособности в графе «вид нетрудоспособности» указываются сроки работы (работал с ... по ...).

При направлении по решению суда на судебно-медицинскую экспертизу или судебно-психиатрическую экспертизу гражданам, признанным нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдается со дня поступления на экспертизу.

При косметических операциях, произведенных по медицинским показаниям (которые определяются решением ВК), а также при осложнениях, возникших вследствие косметических операций (в том числе произведенных без медицинских показаний), листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

8. Порядок учета и хранения документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность.

Бланки листков нетрудоспособности и справок установленной формы (ф. №095-у) являются документами строгой отчетности. Ответственность за получение, хранение и распределение бланков, а также за учет и отчетность по ним несут руководители и главные бухгалтеры органов и учреждений здравоохранения. Бланки документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, должны храниться в несгораемых шкафах специальных помещений, опечатываемых в нерабочее время.

Обеспечение бланками листков нетрудоспособности осуществляется за счет Фонда социального страхования РФ.

Органы управления здравоохранением и лечебно-профилактические учреждения должны вести точный количественный учет прихода, наличия и расхода бланков. Для этих целей ведется книга учета бланков листков нетрудоспособности с пронумерованными страницами и записью на последней странице: наименование учреждения, количество страниц и печать учреждения. Записи в книге ведутся в хронологическом порядке при совершении операций лицом, ответственным за получение и хранение бланков документов, удостоверяющих ВН.

Использование бланков листков нетрудоспособности внутри учреждения фиксируется в книге регистрации распределения бланков.

Все документы о получении бланков и документы по их расходу нумеруются в хронологическом порядке и хранятся в папках отдельно друг от друга. На документах должна быть отметка о записи в книгу.

Медицинские работники ЛПУ получают бланки листков нетрудоспособности под расписку от лиц, ответственных за их хранение и распределение, отчитываются о расходовании документов, сдавая корешки ранее полученных бланков. За сохранность полученных бланков медицинские работники несут личную ответственность.

Учет справок в связи с болезнью студентов, учащихся техникумов, профессионально-технических училищ, школ (ф. №095-у) ведется отдельно.

Учет бланков листков нетрудоспособности, выдаваемых врачами (фельдшерами), производится в журналах регистрации (ф. №036-у).

Испорченные бланки документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, хранятся в отдельной папке с описью, в которой указываются фамилия, имя, отчество врача: дата сдачи, номера и серии испорченных бланков. Уничтожение этих документов производится по акту комиссией, созданной по приказу руководителя учреждения, в конце календарного года. Корешки испорченных и использованных бланков хранятся в течение 3 лет, после чего ликвидируются.

ЛПУ обязаны предоставить в вышестоящие органы управления здравоохранением отчеты-заявки (отчет составляется главным бухгалтером) о фактическом расходовании бланков один раз в квартал, 5 числа каждого месяца, следующего за отчетным кварталом.

Органы управления здравоохранением ежегодно представляют в Фонд социального страхования РФ поквартальную заявку на бланки листков нетрудоспособности на следующий год до 1 февраля текущего года. Заявка подписывается руководителем органа управления здравоохранением или его заместителем по лечебным вопросам и согласовывается с территориальным исполнительным органом Фонда социального страхования России.

Медико-социальная экспертиза

Медико-социальная экспертиза – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев в порядке, определяемом Правительством РФ.

Медико-социальная экспертиза осуществляется федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, подведомственными уполномоченному органу, определяемому Правительством Российской Федерации. Решение учреждения медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами

государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Учреждения медико-социальной экспертизы: структура, организация деятельности

Согласно Закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995 г.) и Постановлению Правительства Российской Федерации «О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» (2004 г.), формируются государственные учреждения медико-социальной экспертизы, на которые возлагаются соответствующие задачи и функции.

К федеральным государственным учреждениям МСЭ относятся Федеральное бюро МСЭ и главные бюро МСЭ, имеющие филиалы – бюро МСЭ в городах и районах.

Бюро МСЭ выполняет следующие функции:

- проводит освидетельствование граждан для установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности (в том числе степени ограничения способности к трудовой деятельности) и их реабилитационного потенциала;
- разрабатывает и корректирует индивидуальные программы реабилитации инвалидов, в том числе определяет виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации;
- устанавливает факт наличия инвалидности, группу, причины, срок и время наступления инвалидности, степень ограничения способности к трудовой деятельности;
- определяет степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);
- определяет причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки;
- дает гражданам, проходящим освидетельствование, разъяснения по вопросам медико-социальной экспертизы;
- участвует в разработке программ реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов;
- формирует в рамках обслуживаемой территории банк данных о гражданах, прошедших медико-социальную экспертизу, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории;
- представляет в соответствующие военные комиссариаты сведения обо всех случаях признания инвалидами военнообязанных и граждан призывного возраста.

Главное бюро МСЭ выполняет, кроме указанных, следующие функции:

– рассматривает жалобы граждан, проходящих освидетельствование, на решения бюро и в случае признания их обоснованными изменяет либо отменяет решения бюро;
– проводит по собственной инициативе (в порядке контроля) повторное освидетельствование граждан, прошедших освидетельствование в бюро, и при наличии оснований изменяет либо отменяет решения бюро;
– проводит освидетельствование граждан, обжаловавших решения бюро, а также по направлению бюро в сложных случаях.

Федеральное бюро МСЭ рассматривает жалобы граждан на решения главных бюро, может при этом проводить освидетельствование граждан, обжаловавших решения главных бюро, и в случае признания их обоснованными изменяет или отменяет решения главных бюро; а также проводит освидетельствования граждан по направлению главных бюро в особо сложных случаях. Кроме того, Федеральное бюро может проводить научные исследования и осуществляет мероприятия по повышению квалификации специалистов в области МСЭ.

Федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы для осуществления своих полномочий имеют право:

– направлять граждан, проходящих медико-социальную экспертизу, на обследование в лечебно-профилактические учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения, в том числе реабилитационные, в целях уточнения клинико-функционального диагноза и профессиональных возможностей;
– запрашивать у организаций независимо от организационно-правовой формы и формы собственности сведения, необходимые для выполнения полномочий, возложенных на федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы.

Первичным звеном в системе учреждений МСЭ, осуществляющим экспертное обслуживание взрослого и детского населения, являются бюро МСЭ (филиал главного бюро). В штатный норматив бюро МСЭ, как правило, входят 3 врача различных специальностей, специалист по реабилитации, по социальной работе и психолог; при необходимости могут быть введены другие специалисты.

Учреждения МСЭ осуществляют свою деятельность во взаимодействии с органами и учреждениями социальной защиты населения, здравоохранения, образования, службы занятости, общественных организаций инвалидов; могут привлекать консультантов по медицинским и социальным вопросам. Специалисты бюро МСЭ оказывают консультативную помощь врачам ЛПУ, знакомят их с нормативными и методическими материалами, участвуют в совместных совещаниях и семинарах по вопросам МСЭ и реабилитации инвалидов.

Порядок направления на медико-социальную экспертизу

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (2006) гражданин направляется на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, независимо от ее организационно-правовой формы, органом, осуществляющим пенсионное обеспечение либо органом социальной защиты населения.

В случае, если организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, либо орган социальной защиты населения отказали гражданину в направлении на медико-социальную экспертизу, ему выдается справка, на основании которой гражданин (его законный представитель) имеет право обратиться в бюро самостоятельно.

Медицинская организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

Основанием для направления на МСЭ являются: установление инвалидности при наличии ее признаков, окончании срока инвалидности; установление степени ограничения способности к трудовой деятельности, степени утраты профессиональной трудоспособности; досрочное переосвидетельствование инвалида в связи с утяжелением состояния; разработка или корректировка индивидуальной программы реабилитации.

При этом в направление на МСЭ, форма которого утверждена Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (учетная форма №088/у-06), вносятся сведения о развитии заболевания, течении, частоте и длительности временной нетрудоспособности, данные клинического обследования, диагноз, клинический прогноз, реабилитационный потенциал и прогноз, а также рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации, проведенные лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия. Направление подписывается председателем врачебной комиссии и членами комиссии, скрепляется печатью лечебного учреждения.

Порядок проведения МСЭ. Медико-социальная экспертиза гражданина проводится в бюро по месту жительства (по месту пребывания).

Медико-социальная экспертиза может проводиться на дому в случае, если гражданин не может явиться в бюро по состоянию здоровья, что подтверждается заключением организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, или в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно по решению соответствующего бюро.

Медико-социальная экспертиза проводится по заявлению гражданина (его законного представителя) на имя руководителя бюро МСЭ.

К заявлению прилагаются: направление на МСЭ, медицинские документы, подтверждающие нарушение здоровья больного, а также документы, необходимые для принятия решения о причине инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности, по другим вопросам экспертизы.

В проведении медико-социальной экспертизы гражданина, кроме специалистов бюро, принимающих экспертное решение, по приглашению руководителя бюро могут участвовать с правом совещательного голоса представители государственных внебюджетных фондов, службы по труду и занятости, а также специалисты соответствующего профиля (консультанты). Специалисты, проводящие МСЭ, рассматривают представленные сведения (клинико-функциональные, социально-бытовые, профессионально-трудовые, психологические и другие данные), проводят личный осмотр больного, оценивают степень ограничения его жизнедеятельности и коллегиально обсуждают полученные результаты.

В случае признания больного инвалидом оформляется справка МСЭ, подтверждающая факт инвалидности; руководитель бюро МСЭ объявляет экспертное решение гражданину. Больному, направленному на МСЭ с листком нетрудоспособности, бюро МСЭ указывает в листке нетрудоспособности дату начала экспертизы (дату поступления в бюро МСЭ заявления больного с прилагаемыми документами), дату ее окончания, а также принятое экспертное решение: «признан инвалидом I (II или III) группы», либо «инвалидом не признан». В случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается день поступления в бюро заявления гражданина о проведении медико-социальной экспертизы. В случае признания больного инвалидом лечебное учреждение закрывает листок нетрудоспособности этим днем. В случае признания пациента трудоспособным засчитываются все дни освидетельствования, со следующего дня он выписывается на работу. При необходимости долечивания листок нетрудоспособности продлевается в обычном порядке.

По результатам экспертизы бюро МСЭ также оформляется «обратный талон» (отрывная часть направления на МСЭ), который возвращается в ЛПУ; в нем указываются диагноз, виды и степень нарушения функций и ограничений жизнедеятельности, группа, причина инвалидности (а для лиц до 18 лет – решение о признании ребенка инвалидом), дата очередного переосвидетельствования; вносятся рекомендации по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалида либо указываются причины отказа в установлении инвалидности.

Лицу, не признанному инвалидом, по его желанию может быть выдана справка произвольной формы о результатах освидетельствования.

Порядок обжалования решений бюро МСЭ: гражданин (или его законный представитель) может обжаловать решение бюро МСЭ в главном бюро МСЭ в месячный срок; решение главного бюро может быть

месячный срок обжаловано в Федеральном бюро МСЭ (Москва). Решение бюро, главного бюро и Федерального бюро МСЭ может быть обжаловано в суде.

Определение инвалидности

Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Признание лица инвалидом осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (2006) и «Классификациями и критериями, используемыми при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (2005).

Условиями признания гражданина инвалидом являются:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Наличие одного из указанных условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом.

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

К основным видам нарушений функций организма человека относятся:

- нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);
- нарушения языковых и речевых функций (нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушения голосообразования и пр.);

– нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
– нарушения статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);
– нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;
– нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяются четыре степени их выраженности: 1 степень – незначительные нарушения, 2 степень – умеренные нарушения, 3 степень – выраженные нарушения, 4 степень – значительно выраженные нарушения.

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся: способность к самообслуживанию; способность к самостоятельному передвижению; способность к ориентации; способность к общению; способность контролировать свое поведение; способность к обучению; способность к трудовой деятельности (табл. 21.1).

Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяется, исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту) биологического развития человека.

Критерии определения групп инвалидности

В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности.

Критерием для определения *первой группы инвалидности* является нарушение здоровья человека со стойким, значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности 3 степени (способности к самообслуживанию, способности к передвижению, способности к ориентации, способности к общению, способности контролировать свое поведение) или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Критерием для установления *второй группы инвалидности* является нарушение здоровья человека со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих

Таблица 21.1 Основные категории жизнедеятельности человека

Классификация основных категорий жизнедеятельности	Классификация ограничений жизнедеятельности по степени выраженности
1. Способность к самообслуживанию (способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены)	1 степень – способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств; 2 степень – способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств; 3 степень – неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц
2. Способность к самостоятельному передвижению (способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом)	1 степень – способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств; 2 степень – способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств; 3 степень – неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц
3. Способность к обучению (способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми)	1 степень – способность к обучению, а также к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий; 2 степень – способность к обучению только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий; 3 степень – неспособность к обучению
4. Способность к трудовой деятельности (способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы)	1 степень – способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации; 2 степень – способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях труда, с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц; 3 степень – неспособность к трудовой деятельности или невозможность (противопоказанность) трудовой деятельности

Таблица 21.1 (окончание)

5. Способность к ориентации (способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения)	1 степень – способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств; 2 степень – способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств; 3 степень – неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц
6. Способность к общению (способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации)	1 степень – способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации; использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи; 2 степень – способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств; 3 степень – неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц
7. Способность контролировать свое поведение (способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм)	1 степень – периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции; 2 степень – постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц; 3 степень – неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц

категорий жизнедеятельности 2 степени (способности к самообслуживанию, способности к передвижению, способности к ориентации, способности к общению, способности контролировать свое поведение, способности к обучению 3 или 2 степени; способности к трудовой деятельности 3 или 2 степени) или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Критерием для определения *третьей группы инвалидности* является нарушение здоровья человека со стойким, умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению способности к трудовой деятельности 1 степени или ограничению следующих категорий жизнедеятельности 1 степени (способности к самообслуживанию, способности к передвижению, способности к ориентации, способности к общению, способности контролировать свое поведение, способности к обучению) в их различных сочетаниях и вызывающее необходимость его социальной защиты.

При установлении гражданину группы инвалидности одновременно определяется степень ограничения его способности к трудовой деятель-

ности (3, 2 или 1 степень ограничения) либо группа инвалидности устанавливается без ограничения способности к трудовой деятельности.

Категория *«ребенок-инвалид»* определяется при наличии ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), вызывающих необходимость социальной защиты.

Сроки установления инвалидности

Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп – на 1 год.

Степень ограничения способности к трудовой деятельности (отсутствие ограничения способности к трудовой деятельности) устанавливается на такой же срок, что и группа инвалидности.

Категория «ребенок-инвалид» устанавливается на 1 или 2 года либо до достижения гражданином возраста 18 лет.

Без указания срока переосвидетельствования (ребенку-инвалиду – до достижения возраста 18 лет) инвалидность устанавливается в случае выявления в ходе осуществления реабилитационных мероприятий невозможности устранения или уменьшения степени ограничения жизнедеятельности гражданина, вызванного стойкими необратимыми морфологическими изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма (не позднее 4 лет после первичного признания его инвалидом), а также не позднее 2 лет после первичного признания инвалидом – при наличии заболевания, дефекта, необратимых морфологических изменений, нарушения функций органов и систем согласно перечню, утвержденному Постановлением Правительства Российской Федерации №247 (2008 г.).

Определение причины инвалидности

При установлении инвалидности учреждение МСЭ решает также вопрос о причине инвалидности, которая определяет особенности мер социальной защиты (размер пенсии, льготы и ряд других). Устанавливаются следующие причины инвалидности:

- *«общее заболевание»:* определяется в тех случаях, когда инвалидность явилась следствием различных заболеваний или увечий, но не стоит в прямой зависимости от профессионального заболевания, трудового увечья, военной травмы или заболевания, полученного в период военной службы, и не связана с катастрофой на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска и иными обстоятельствами;
- *«трудовое увечье»:* определяется у граждан, инвалидность которых наступила вследствие повреждения здоровья, связанного с несча-

стным случаем на производстве. Указанная причина инвалидности устанавливается как по прямым последствиям несчастного случая на производстве, так и по различным его осложнениям и последствиям, отдаленным по времени от несчастного случая, независимо от срока обращения гражданина в федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы;

– *«профессиональное заболевание»:* определяется у граждан, инвалидность которых наступила вследствие острых и хронических профессиональных заболеваний (отравлений). Указанная причина инвалидности определяется как по прямым последствиям профессионального заболевания, так и по его осложнениям, обусловившим наступление инвалидности;

– *«инвалид с детства»:* определяется у граждан старше 18 лет, когда инвалидность вследствие заболевания, травмы или дефекта, возникшего в детстве, наступила до достижения 18 лет. Указанная причина инвалидности может быть определена и в том случае, если по клиническим данным, этиопатогенезу заболеваний или по последствиям травм и врожденным дефектам, подтвержденным данными лечебных учреждений, у инвалида в возрасте до 18 лет (до 1 января 2000 года – в возрасте до 16 лет) имелись признаки стойких ограничений жизнедеятельности;

– *«военная травма»:* определяется у граждан, уволенных с военной службы (далее – бывших военнослужащих), в случаях, если инвалидность бывших военнослужащих наступила вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных при защите Родины, в том числе в связи с пребыванием на фронте, прохождением военной службы на территориях других государств, где велись боевые действия, или при исполнении иных обязанностей военной службы;

– *«заболевание получено в период военной службы»:* определяется в случаях, если инвалидность бывшего военнослужащего наступила вследствие заболевания, полученного в период военной службы, вследствие увечья (ранения, травмы, контузии), полученного в результате несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы (служебных обязанностей), либо заболевания, не связанного с исполнением обязанностей военной службы (служебных обязанностей).

Кроме перечисленных в бюро МСЭ могут быть установлены (в зависимости от соответствующих обстоятельств) и другие причины инвалидности: инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны; инвалидность (заболевание, увечье), связанная с аварией на Чернобыльской АЭС; инвалидность (заболевание, увечье), связанная с последствиями радиационных воздействий; инвалидность (заболева-

ние, увечье), связанная с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска.

Учреждения МСЭ осуществляют также *определение степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний* – в соответствии с «Правилами установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации (2000 г.). Степень утраты профессиональной трудоспособности выражается в процентах и устанавливается в пределах от 10 до 100 процентов: 100 процентов (при полной утрате трудоспособности); 70–90 процентов (если пострадавший может выполнять работу лишь в специально созданных условиях); 40–60 процентов (при возможности работы в обычных производственных условиях с выраженным снижением квалификации либо с уменьшением объема работы); 10–30 процентов (если пострадавший может продолжать профессиональную деятельность с умеренным или незначительным снижением квалификации, либо при изменении условий труда со снижением заработка, или если выполнение работы требует большего напряжения, чем прежде).

При установлении степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавшего определяется также его нуждаемость в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и составляется программа реабилитации пострадавшего (ПРП), в которой определяются конкретные виды, формы, объемы необходимых реабилитационных мероприятий и сроки их проведения.

Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается на шесть месяцев, один год или два года; в случае необратимых последствий повреждения здоровья со стойким нарушением профессиональных способностей – бессрочно. Нуждаемость пострадавшего в тех или иных видах реабилитации бессрочно не устанавливается.

Реабилитация инвалидов

Реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

В соответствии с классификацией ВОЗ, выделяют три основных вида (направления) реабилитации:

– медицинскую реабилитацию;

– профессиональную реабилитацию;
– социальную реабилитацию.

Медицинская реабилитация – комплекс лечебных мер воздействия, направленных на восстановление нарушенных или утраченных функций и здоровья больных и инвалидов. Цель ее – устранение или ослабление последствий болезни, травмы или увечья до полного или частичного восстановления или компенсации нарушений в психическом, физиологическом и анатомическом состоянии больного. Согласно Закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», это направление включает в себя восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение.

Профессиональная реабилитация – система государственных и общественных мер, направленных на возвращение или включение инвалида в общественно-полезный труд в соответствии с состоянием его здоровья, трудоспособности, личными склонностями и желаниями. Система мер профессиональной реабилитации включает: профессиональную ориентацию; подготовку инвалида к профессиональному труду (включая профессиональное обучение); подготовку производства к использованию труда инвалидов (с созданием соответствующих условий их трудовой деятельности); мероприятия по обеспечению занятости (трудоустройству) инвалидов; мероприятия по производственной адаптации – закреплению инвалидов на производстве.

Инвалиды в зависимости от степени выраженности ограничений в трудовой деятельности могут продолжать работать в обычных или специально созданных условиях. В обычных условиях (на обычных предприятиях и обычных рабочих местах вместе со здоровыми работниками) осуществляется трудоустройство инвалидов с 1 степенью ограничения к трудовой деятельности. В специально созданных условиях осуществляется трудоустройство инвалидов со 2 степенью ограничения способности в трудовой деятельности: на специальных рабочих местах; в спеццехах, спецучастках, на специализированных предприятиях, предназначенных для труда инвалидов; на дому.

Инвалидам предоставляются гарантии трудовой занятости в соответствии с трудовой рекомендацией учреждения МСЭ (заключением о рекомендуемом характере и условиях труда). Помощь инвалидам в трудоустройстве, в соответствии с Законом «О занятости населения в РФ», оказывают органы и учреждения службы занятости населения, которые регистрируют инвалидов (при предъявлении справки МСЭ и индивидуальной программы реабилитации) в целях поиска подходящей работы, а также в качестве безработных.

Социальная реабилитация – система мер, включающих социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию, а также физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт. Социаль-

вая реабилитация является важным условием для последующего включения или возвращения инвалида в обычные условия жизни в соответствии с возрастом, образовательным уровнем и способностями, занимаемым в обществе положением.

В комплексе социальной реабилитации выделяют следующие меры и услуги: информационная и консультативная помощь, обучение инвалида основным социальным навыкам (личной гигиены, самообслуживания, передвижения, общения); обеспечение техническими средствами реабилитации и обучение инвалидов пользованию ими; приспособление жилых помещений и жилой обстановки к потребностям инвалида; социально-психологическая помощь и поддержка; обучение навыкам организации и проведения отдыха, досуга, занятий спортом и другими видами рекреационной деятельности.

Основным документом, на основании которого инвалид может получить необходимые ему реабилитационные услуги, является *индивидуальная программа реабилитации (ИПР)*, которая разрабатывается для него в учреждении МСЭ.

ИПР составляется и реализуется только при согласии инвалида (или его законного представителя). Для инвалида ИПР имеет рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. ИПР инвалида может включать как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно, так и реабилитационные мероприятия, в оплате которых может принять участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. Если предусмотренное ИПР техническое или иное средство либо услуга не могут быть предоставлены инвалиду или если инвалид приобрел соответствующее средство либо оплатил услугу за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости технического или иного средства, услуги, которые должны быть предоставлены инвалиду бесплатно.

Формы ИПР инвалида и ИПР ребенка-инвалида утверждены приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (2008 г.). ИПР состоит из паспортной части, а также специальных разделов: мероприятия медицинской реабилитации, мероприятия профессиональной реабилитации (для взрослых); мероприятия социальной реабилитации, технические средства реабилитации и услуги по реабилитации; а также заключение о выполнении ИПР. В ИПР ребенка-инвалида представлен также самостоятельный раздел: мероприятия психолого-педагогической реабилитации.

ИПР разрабатывается специалистами учреждений МСЭ с учетом рекомендаций, содержащихся в направлении на МСЭ. В случае необходимости к разработке ИПР могут привлекаться в качестве консультантов специалисты не только учреждений здравоохранения, но и службы

занятости населения, социальной защиты населения, образования и других, осуществляющих деятельность в сфере реабилитации.

Порядок и условия реализации ИПР. Реализацию ИПР осуществляют организации, предприятия, учреждения (лечебно-профилактические, образовательные и другие) независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности, учреждения государственной службы реабилитации инвалидов; перечень учреждений-исполнителей ИПР определяется на региональном уровне. Координация реализации ИПР и оказание необходимого содействия инвалиду осуществляются органом социальной защиты населения. Оценка результатов проведения мероприятий, предусмотренных ИПР, осуществляется специалистами учреждений МСЭ.

Глава 22

ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В 1999 г. Государственной Думой принят Федеральный закон Российской Федерации «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Закон направлен на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

Первый раздел закона раскрывает содержание понятия «санитарно-эпидемиологическое благополучие населения» и определяет комплекс мер по его обеспечению. Под санитарно-эпидемиологическим благополучием населения понимается такое состояние общественного здоровья и среды обитания людей, при котором отсутствует опасное и вредное влияние ее факторов на организм человека и имеются благоприятные условия для его жизнедеятельности. Основой обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения является реализация государственных, региональных и местных программ по укреплению здоровья населения и профилактике заболеваний, по оздоровлению среды обитания человека и условий его жизнедеятельности.

Во втором разделе закона определены права и обязанности граждан, предприятий, организаций, защита и гарантии прав в вопросах санитарно-эпидемиологического благополучия.

Третий раздел включает общие требования к обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения при планировке и застройке населенных пунктов, выпуске продукции и разработке новых технологий, организации хозяйственно-питьевого водоснабжения и эксплуатации источников водопользования, утилизации производственных и бытовых отходов, гигиеническом воспитании и образовании граждан.

В четвертом разделе определены организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, санитарная охрана территории страны; меры в отношении больных инфекционными заболеваниями; гигиеническое воспитание населения.

Пятый раздел закона раскрывает государственное регулирование в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование; разработку и введение в действие санитарных правил сани-

тарно-эпидемиологической экспертизы, государственной регистрации веществ и продукции.

В шестом разделе закона представлена структура Госсанэпидслужбы, определены уровни управления, порядок финансирования и материально-технического обеспечения ее учреждений, описаны права должностных лиц службы; полномочия главных санитарных врачей и их заместителей.

Седьмая глава посвящена ответственности за нарушения санитарного законодательства.

В восьмом разделе указываются нормативные документы, которые утратили силу в связи с принятием Федерального закона.

Структура, задачи и функции Государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 года №314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти», Постановлением Правительства Российской Федерации от 6 апреля 2004 года №154 была создана служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор).

В субъектах РФ созданы территориальные управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора), в состав которых в форме слияния вошли бывшие территориальные управления Государственной инспекции по торговле, качеству товаров и защите прав потребителей.

Роспотребнадзор РФ возглавляет главный государственный санитарный врач. Руководитель территориального управления Роспотребнадзора является главным государственным санитарным врачом по городу (например, Санкт-Петербургу) или краю, области.

В городах и районах образованы территориальные отделы территориального управления Роспотребнадзора, начальники которых являются соответственно заместителями главного государственного санитарного врача по городу (Москва, Санкт-Петербург), области или краю.

В целях обеспечения деятельности органов (территориальных управлений Роспотребнадзора), осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, создано 90 федеральных государственных учреждений здравоохранения – центров гигиены и эпидемиологии, подведомственных Роспотребнадзору, путем реорганизации в форме слияния 2218 федеральных государственных учреждений – центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Основными задачами территориального управления Роспотребнадзора являются:

- осуществление государственного надзора и контроля за исполнением требований законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и в сфере защиты прав потребителей;
- предупреждение вредного воздействия на человека факторов среды обитания;
- профилактика инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) населения.

Территориальное управление в соответствии с возложенными на него задачами выполняет следующие функции:

1. Осуществляет государственный надзор и контроль за исполнением обязательных требований законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей:

1.1. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор:

- при разработке схем градостроительного планирования развития территорий, генеральных планов городских и сельских поселений, проектов планировки общественных центров, жилых районов, магистралей городов, при размещении объектов гражданского, промышленного и сельскохозяйственного назначения и установлении их санитарно-защитных зон, при выборе земельных участков под строительство, а также при проектировании, строительстве, реконструкции, техническом перевооружении, расширении, консервации и ликвидации промышленных, транспортных объектов, зданий и сооружений культурно-бытового назначения, жилых домов, объектов инженерной инфраструктуры и благоустройства и иных объектов;
- за проектной документацией о планировке и застройке городских и сельских поселений, строительстве, реконструкции, техническом перевооружении, расширении, консервации и ликвидации объектов, а также за предоставлением земельных участков под строительство, вводом в эксплуатацию построенных и реконструированных объектов;
- за производством, транспортировкой, хранением, применением (использованием) и утилизацией продукции производственно-технического назначения, в случаях, когда требуется непосредственное участие человека, и товаров для личных и бытовых нужд граждан;
- за производством, транспортировкой, закупкой, хранением, реализацией и применением (использованием) потенциально опасных для человека химических, биологических веществ и отдельных видов продукции после их государственной регистрации;

– за производством, применением (использованием) и реализацией населению новых видов продукции (впервые разрабатываемых или внедряемых), новыми технологическими процессами производства продукции;
– за радиационной безопасностью, в том числе дозами облучения населения и персонала от техногенных, природных, медицинских источников ионизирующих излучений;
– за реализацией населению продукции, ввозимой на территорию Российской Федерации гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами, а также ее применением (использованием) в промышленности, сельском хозяйстве, гражданском строительстве, на транспорте;
– за производством, транспортировкой, хранением, применением (использованием), реализацией и утилизацией продукции производственно-технического назначения, товаров для личных и бытовых нужд, пищевых продуктов, пищевых добавок, продовольственного сырья, потенциально опасных для человека химических, биологических веществ и отдельных видов продукции;
– за организацией питания населения в специально оборудованных местах (столовых, ресторанах, кафе, барах и других), в том числе за приготовлением пищи и напитков, их хранением и реализацией населению, для предотвращения возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений);
– за организацией питания в дошкольных и других образовательных учреждениях, лечебно-профилактических учреждениях, оздоровительных учреждениях и учреждениях социальной защиты;
– за водными объектами, используемыми для питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения, купания, занятий спортом, отдыха и в лечебных целях, в том числе водными объектами, расположенными в черте городских и сельских поселений;
– за осуществлением эксплуатации централизованных, нецентрализованных, домовых распределительных, автономных систем питьевого водоснабжения населения и систем питьевого водоснабжения на транспортных средствах индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами, осуществляющими эксплуатацию централизованных, нецентрализованных, домовых распределительных, автономных систем питьевого водоснабжения населения и систем питьевого водоснабжения на транспортных средствах;
– за состоянием атмосферного воздуха по критериям безопасности и (или) безвредности для человека в городских и сельских поселениях, на территориях промышленных организаций, а также воздуха в рабочих зонах производственных помещений, жилых и других помещениях (местах постоянного или временного пребывания человека);

– за состоянием почвы по критериям безопасности и (или) безвредности городских и сельских поселений и сельскохозяйственных угодий;
– за условиями и способами сбора, использования, обезвреживания, транспортировки, хранения и захоронения отходов производства и потребления;
– за содержанием жилых помещений;
– за санитарно-эпидемиологическим состоянием лечебно-профилактических учреждений;
– за эксплуатацией производственных, общественных помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта;
– за деятельностью или работой отдельных цехов, участков, сооружений, оборудования, транспорта, выполнением отдельных видов работ и оказанием услуг;
– за условиями труда, рабочими местами и трудовыми процессами, технологическим оборудованием, организацией рабочих мест, коллективными и индивидуальными средствами защиты работников, режимом труда, отдыха и бытовым обслуживанием работников в целях предупреждения травм, профессиональных заболеваний, инфекционных заболеваний и заболеваний (отравлений), связанных с условиями труда;
– за условиями работы с биологическими веществами, биологическими и микробиологическими организмами и их токсинами, в том числе условиями работы в области генной инженерии, и с возбудителями инфекционных заболеваний;
– за условиями работы с машинами, механизмами, установками, устройствами, аппаратами, которые являются источниками физических факторов воздействия на человека (шума, вибрации, ультразвуковых, инфразвуковых воздействий, теплового, ионизирующего, неионизирующего и иного излучения), использованием машин, механизмов, установок, устройств и аппаратов, а также производством, применением (использованием), транспортировкой, хранением и захоронением радиоактивных веществ, материалов и отходов, являющихся источниками физических факторов воздействия на человека;
– за использованием программ, методик и режимов воспитания и обучения, технических, аудиовизуальных и иных средств обучения и воспитания, учебной мебели, а также учебников и иной издательской продукции;
– за дошкольными и другими образовательными учреждениями независимо от организационно-правовых форм;
– за проведением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на профилактику инфекционных и паразитарных заболеваний;

1.2. государственный контроль за соблюдением законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, регулирующих отношения в области защиты прав потребителей;

1.3. контроль за соблюдением правил продажи отдельных, предусмотренных законодательством Российской Федерации, видов товаров, выполнением работ, оказанием услуг;

1.4. осуществляет в установленном порядке проверку деятельности юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан по выполнению требований законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, законодательства в области защиты прав потребителей, правил продажи отдельных видов товаров.

2. На основании результатов санитарно-эпидемиологических экспертиз, расследований, обследований, исследований, испытаний и токсикологических, гигиенических и иных видов оценок выдает санитарно-эпидемиологические заключения по:

2.1. генеральным планам городов, районной планировке и застройке населенных пунктов, размещению объектов промышленности, проектам норм проектирования, выбору земельных участков под строительство, технико-экономическим обоснованиям, проектам строительства, реконструкции и модернизации объектов и их пусковых комплексов, зданий, сооружений, транспортных средств и вводу их в эксплуатацию;

2.2. проектам округов и зон санитарной охраны водных объектов, используемых для питьевого, хозяйственно-бытового водоснабжения и в лечебных целях, прибрежных районов морей, округов санитарной (горно-санитарной) охраны курортов и лечебно-оздоровительных местностей, санитарно-защитных зон;

2.3. производству, применению (использованию) и реализации населению новых видов продукции (впервые разрабатываемых и внедряемых);

2.4. условиям специального водопользования, проектам нормативов выбросов вредных веществ в атмосферу и сбросов в водоемы;

2.5. условиям производства, применения, хранения, транспортировки и захоронения радиоактивных веществ и других источников ионизирующих излучений, а также применения источников электромагнитных излучений;

2.6. условиям производства, хранения, транспортировки и применения медицинских иммунобиологических препаратов;

2.7. условиям производства, хранения, транспортировки, поставки, продажи, применения, утилизации или уничтожения продукции производственно-технического назначения и товаров для бытовых (личных) нужд граждан;

2.8. программам, методикам и режимам воспитания, общего и профессионального обучения граждан;

2.9. использованию технических, аудиовизуальных и иных средств обучения и воспитания, учебной мебели, а также учебников и иной издательской продукции.

3. Организует и проводит социально-гигиенический мониторинг.

4. Формирует перечень мероприятий, проводимых федеральными государственными учреждениями, осуществляющими свою деятельность в целях обеспечения государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации (далее – федеральные государственные учреждения), и проводит контроль за их исполнением, в том числе за:

4.1. деятельностью по выявлению и установлению причин и условий возникновения и распространения инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний, а также массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) людей, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека, путем проведения специальных санитарно-эпидемиологических расследований, установления причинно-следственных связей между состоянием здоровья и средой обитания человека;

4.2. проведением санитарно-эпидемиологических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение, выявление и ликвидацию последствий чрезвычайных ситуаций, в том числе связанных с применением с террористической целью биологических, химических и иных факторов, представляющих чрезвычайную опасность для населения;

4.3. проведением мероприятий, направленных на выявление и устранение влияния вредных и опасных факторов среды обитания на здоровье человека;

4.4. аттестацией работников, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения;

4.5. проведением лабораторных исследований и испытаний;

4.6. проведением санитарно-эпидемиологических экспертиз, расследований, обследований, токсикологических, гигиенических и иных видов оценок;

4.7. проведением социально-гигиенического мониторинга;

4.8. проведением эпидемиологического мониторинга за инфекционными и паразитарными заболеваниями.

5. Подготавливает ежегодные государственные доклады о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения и о защите прав потребителей.

6. Осуществляет ведение государственных статистических форм учета и отчетности.

7. Информирует органы исполнительной власти города, органы местного самоуправления, а также население о возникновении инфек-

ционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), состоянии среды обитания, проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях и о мерах по защите прав потребителей.

8. Осуществляет деятельность по организации работы территориальных отделов.

Центр гигиены и эпидемиологии (далее – Центр) является некоммерческой организацией – федеральным государственным учреждением здравоохранения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (далее – Федеральная служба).

Центр входит в единую федеральную централизованную систему органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Структура, задачи, функции, порядок деятельности Центра утверждаются Федеральной службой.

Задачей Центра является профессиональное и иное обеспечение деятельности территориального управления в пределах прав и полномочий, определенных уставом Центра.

Для решения предусмотренных настоящим уставом задач Центр осуществляет следующие полномочия:

1. Обеспечивает деятельность территориального управления по осуществлению надзора и контроля при проведении проверок соблюдения и выполнения юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями и гражданами требований законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и в сфере защиты прав потребителей, правил продажи отдельных видов товаров, выполнения работ и оказания услуг.

2. Выполняет определяемый территориальным управлением перечень и объем мероприятий и работ по обеспечению государственного санитарно-эпидемиологического надзора, контроля в сфере защиты прав потребителей и соблюдения правил продажи отдельных видов товаров, выполнения работ, оказания услуг.

3. Проводит на основании решения территориального управления необходимые для осуществления надзора и контроля исследования, испытания, измерения, экспертизы и иные виды оценок, в том числе связанные с лицензированием деятельности, использованием возбудителей инфекционных заболеваний и деятельности в области использования источников ионизирующего излучения, а также регистрацией:

– впервые внедряемых в производство и ранее не использовавшихся химических, биологических веществ и изготовляемых на их основе препаратов, потенциально опасных для человека (кроме лекарственных средств), отдельных видов продукции, представляющих потенциальную опасность для человека (кроме лекарственных средств);

– отдельных видов продукции, в том числе пищевых продуктов, впервые ввозимых на территорию Российской Федерации;

– лиц, пострадавших от радиационного воздействия и подвергшихся радиационному облучению в результате чернобыльской и других радиационных катастроф и инцидентов.

4. Организует во исполнение решения территориального управления необходимые научные исследования по вопросам осуществления надзора и контроля в установленной сфере деятельности.

5. Принимает участие в выявлении и установлении причин и условий возникновения и распространения инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний, а также массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) людей, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека, путем проведения специальных санитарно-эпидемиологических расследований, установления причинно-следственных связей между состоянием здоровья и средой обитания человека.

6. Осуществляет государственный учет инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваний, пищевых отравлений, других заболеваний и отравлений людей, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека, представляет в территориальное управление государственную и иную отчетную документацию по всем видам деятельности в полном объеме утвержденных форм.

7. Обеспечивает проведение социально-гигиенического мониторинга, оценку риска воздействия вредных и опасных факторов среды обитания на здоровье человека.

8. Проводит статистическое наблюдение в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в том числе ведение реестров заболеваемости, в сфере защиты прав потребителей, контроль за соблюдением правил продажи отдельных видов товаров, ведение учета и отчетности.

9. Вносит в территориальное управление предложения об осуществлении мероприятий, направленных на выявление и устранение влияния вредных и опасных факторов среды обитания на здоровье человека.

10. Центр имеет право:

10.1. привлекать в установленном порядке для выполнения работ и оказания услуг на договорной основе граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц;

10.2. приобретать, арендовать или использовать имущество граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в соответствии с законодательством Российской Федерации;

10.3. осуществлять по договорам возмездного характера с гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами следующие приносящие доход виды деятельности:

10.3.1. проведение санитарно-эпидемиологических экспертиз, обследований, исследований, испытаний, а также токсикологических, гигие-

нических и иных видов оценок и выдачу по их результатам экспертных заключений по нормам проектирования, схемам градостроительного планирования развития территорий, генеральным планам городских и сельских поселений, проектам планировки общественных центров, жилых районов, магистралей городов, размещению объектов гражданского, промышленного и сельскохозяйственного назначения и установлению их санитарно-защитных зон, выбору земельных участков под строительство, а также проектированию, строительству, реконструкции, техническому перевооружению, расширению, консервации и ликвидации промышленных, транспортных объектов, зданий и сооружений культурно-бытового назначения, жилых домов, объектов инженерной инфраструктуры и благоустройства и иных объектов (далее – объекты).

Центр вправе в установленном порядке создавать свои филиалы на территории субъекта Российской Федерации. Филиалы являются обособленными подразделениями и осуществляют деятельность от имени Центра на основании положения.

Руководство филиалом осуществляет руководитель филиала – главный врач, который действует на основании положения о филиале и доверенности, выданной главным врачом Центра.

Роль врачей-гигиенистов и эпидемиологов в проведении первичной и вторичной профилактики

Основное направление деятельности лечебно-профилактического учреждения – проведение мер индивидуальной профилактики (выявление ранних стадий заболеваний при профилактических осмотрах и диспансеризации, прививки, медицинское воспитание населения и др.). Санитарно-эпидемиологическая служба решает вопросы общественной профилактики, осуществляя санитарный надзор за объектами национального хозяйства для предупреждения ситуаций, нарушающих здоровые условия жизни населения (условия труда, быта, питания, состояние окружающей среды и др.).

Первичная профилактика (медико-социальная, активная) направлена на предупреждение развития заболеваний путем разработки и внедрения научно обоснованных принципов труда, быта, отдыха и питания населения. В реализации задач первичной профилактики определенное место занимает и деятельность ЛПУ (активное наблюдение за состоянием здоровья здоровых людей, индивидуальные рекомендации по здоровому образу жизни, повышению иммунитета к заболеваниям и др.).

Санитарные врачи участвуют в проведении профилактики по основным направлениям: 1) санитарно-гигиеническое (создание здоровых условий жизни, оздоровление природной и производственной среды); 2) формирование здорового образа жизни; 3) фукционально-биологическое (выявление и устранение биологических факторов риска); 4) лечебно-оздоровительное. Важными компонентами первичной про-

филактики являются диспансеризация здоровых лиц и проведение мероприятий по созданию невосприимчивости населения к заболеваниям.

Индивидуальный учет и постоянное активное наблюдение за перенесшими предусматривают участие санитарного врача в оздоровлении образа жизни, рациональном трудоустройстве, при восстановительно-реабилитационных мероприятиях.

Деятельность санэпидслужбы по контролю за санитарным состоянием ЛПУ

Проведение центрами гигиены и эпидемиологии совместно с лечебно-профилактическими учреждениями санитарно-противоэпидемических мероприятий является обязательным и регламентируется общими приказами и положениями. В обязанности поликлиники, амбулатории входит следующее:

1. Обеспечение ранней диагностики инфекционных заболеваний.

2. Принятие необходимых мер для своевременной госпитализации инфекционных больных, а в случае оставления больного с легким течением заболевания на дому – его лечение, взятие материала для лабораторного исследования, контроль за соблюдением противоэпидемического режима. Сообщение в центр обо всех случаях нарушения режима и невыполнения противоэпидемических требований больными, оставленными для лечения на дому.

3. Подача в центр по месту жительства экстренного извещения на каждого выявленного инфекционного больного или подозреваемого на инфекционное заболевание.

4. Регистрация в специальном журнале всех выявленных больных или подозреваемых на инфекционное заболевание.

5. Проведение профилактических прививок, регистрация в журнале.

6. Проведение мероприятий по дегельминтизации населения.

7. Участие в проведении среди населения занятий по вопросам профилактики инфекционных заболеваний, общественной и личной гигиены.

8. В обязанности поликлиники, амбулатории, станции (отделения) скорой медицинской помощи входит немедленное извещение соответствующего центра обо всех случаях оказания первой помощи при пищевых отравлениях и токсикоинфекциях. Медицинский персонал обязан собрать рвотные и каловые массы (или промывные воды) и остатки подозреваемой пищи, направить собранный материал в бактериологическую лабораторию.

Обязанности сотрудников центра:

1. Учет инфекционных заболеваний, систематическое изучение санитарно-эпидемического состояния обслуживаемого района, разработка планов мероприятий по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями.

2. Подготовка и проведение совещаний и конференций медицинских работников по вопросам эпидемиологии, профилактики инфекционных заболеваний.

3. Снабжение ЛПУ бактерийными и вирусными препаратами для проведения профилактических прививок, контроль за надлежащим хранением бактерийных препаратов и правильным их использованием.

4. Эпидемиологическое расследование в очаге инфекционного заболевания (в том числе и при внутрибольничном заражении) и лабораторное обследование контактных лиц о целью выявления источников инфекции, носителей и больных со стертыми и атипичными формами заболеваний.

5. Эвакуация инфекционных больных.

6. Методическое руководство и контроль за проведением профилактических прививок.

7. Принятие необходимых мер при нарушении противоэпидемического режима больными с легкой формой инфекционных заболеваний, оставленными для лечения на дому.

8. Контроль за соблюдением в стационарах должного противоэпидемического режима, за условиями и порядком приема пациентов, при изоляции и выписке инфекционных больных, за стерилизацией медицинского, лабораторного и другого инструментария, за обеззараживанием инфицированного материала, посуды, белья и др.

9. Проведение текущей и заключительной дезинфекции в очагах заболеваний.

Взаимодействие санэпидслужбы с ведомствами и учреждениями

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается совместными усилиями органов власти и управления, хозяйствующих субъектов, общественных организаций и граждан. Госсанэпидслужба осуществляет координацию, организацию и надзор за проведением комплекса санитарно-гигиенических, противоэпидемических и оздоровительных мероприятий по охране здоровья населения и среды обитания человека. Цели, задачи и функции центров предопределяют необходимость широких контактов со всеми участниками этого процесса. Взаимодействующие с учреждениями Госсанэпиднадзора структуры условно можно разделить на следующие группы:

1. Органы власти (администрация территории).

2. Надзорные и контрольные органы (ведомственная санэпидслужба, территориальные органы по охране окружающей среды, территориальные подразделения Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии, Минздравсоцразвития РФ, Министерство внутренних дел, Прокуратура России, Министерство сельского хозяйства, Росгидромет и др.).

3. Хозяйствующие субъекты всех форм собственности (промышленные предприятия, лечебно-профилактические учреждения, детские учреждения, предприятия общественного питания, торговли и др.).

4. Общественные организации и граждане (общественные движения, деятельность которых направлена на охрану здоровья населения и окружающей среды, профессиональные союзы, общества Красного Креста, благотворительные фонды и др.).

По вопросам охраны окружающей среды, проведения противоэпидемических мероприятий (прививочная работа, карантинные мероприятия и др.), предупреждения и лечения инфекционных заболеваний, строительства крупных дорогостоящих объектов и приема их в эксплуатацию, выбора водоисточника, отвода земельного участка, сброса сточных вод, захоронения токсических и радиоактивных отходов и другим ведомственные санитарные службы подчиняются органам Госсанэпиднадзора и отчитываются перед ними.

Обязанности предприятий и организаций по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения

В соответствии с Законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» предприятия и организации обязаны:

- обеспечивать соблюдение действующего санитарного законодательства и установленных санитарных правил, осуществлять производственный контроль за выполнением санитарных правил;
- разрабатывать и проводить гигиенические и противоэпидемические мероприятия, направленные на предупреждение и ликвидацию загрязнения окружающей природной среды, оздоровление условий труда, быта и отдыха населения, предупреждение возникновения и распространения заболеваний;
- своевременно информировать органы и учреждения Госсанэпиднадзора об аварийных ситуациях, остановках производства, нарушениях технологических процессов, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения;
- выполнять постановления, распоряжения и предписания должностных лиц органов и учреждений Госсанэпидслужбы;
- применять меры материального стимулирования, направленные на повышение заинтересованности трудовых коллективов и отдельных работников в соблюдении требований санитарного законодательства и санитарных правил;
- создавать условия для поддержания и повышения уровня здоровья своих работников и населения для предупреждения заболеваний и формирования здорового образа жизни людей;

– осуществлять гигиеническое обучение и воспитание своих работников и населения, направленные на повышение санитарной культуры и ведение здорового образа жизни;
– обеспечивать реализацию прав граждан и других субъектов, правовых отношений, предоставленных им настоящим законом.

Административно-правовые основы деятельности центров гигиены и эпидемиологии

Санитарные органы обязаны оформлять свои действия распорядительного характера в виде письменных документов, относящихся к категории административно-правовых актов или индивидуальных актов управления. В этой форме санитарные органы выполняют функции, возложенные на них законом.

К индивидуальным актам управления относятся:
– акты, содержащие распоряжения, но без элементов принуждения (акты санитарного обследования, предписания, планы-задания и др.);
– акты административного принуждения (определение сроков исполнения и исполнителя, запрет на реализацию, отстранение от работы, запрет на финансирование или функционирование и др.);
– акты разрешительные (заключение на право функционирования, разрешение на выдачу сертификата и лицензии, прием объекта в эксплуатацию и др.);
– акты юрисдикционные (по разрешению споров, заключение по жалобе, заключение комиссии арбитражного суда и др.).

Административно-правовые меры воздействия подразделяются на пресекательно-предупредительные, предупредительные и меры административного взыскания.

Пресекательно-предупредительные меры принуждения направлены на прекращение имеющихся санитарно-эпидемиологических нарушений с целью предотвращения еще более вредных последствий (запрещение использования токсических веществ, пестицидов, стимуляторов роста сельскохозяйственных растений и животных и др.).

К предупредительным мерам относятся:
– временное или постоянное отстранение от работы лиц, являющихся больными или бактерионосителями и могущих быть источниками распространения инфекционных болезней;
– проведение обязательной госпитализации инфекционных больных, представляющих опасность для окружающих;
– наложение карантина на лиц, находящихся в контакте с инфекционными больными;
– проведение обязательной дезинфекции предметов, находящихся в пользовании больного и представляющих опасность распростра-

нения инфекции, а также помещений, где находился больной, и окружающей территории;
- проведение профилактических прививок;
- обязательное прохождение медицинского осмотра лицами, занятыми на пищевых предприятиях, в детских коллективах и др.

Уклонение или отказ лица от проведения предупредительных мер служит основанием для применения других мер административного принуждения: пресекательно-принудительных (принудительная госпитализация, принудительное проведение прививок) и мер административных взысканий (штрафы за уклонение от профилактических прививок, осмотров и др.).

Меры административного взыскания служат не только средством устранения санитарно-эпидемиологических нарушений, но и средством наказания нарушителей с целью недопущения в будущем. За нарушение санитарно-противоэпидемических и санитарно-гигиенических норм предусмотрены административное взыскание в виде штрафа или передача дел в административные комиссии, органы прокуратуры и др.

Виды ответственности за санитарные правонарушения. Обжалование действий должностных лиц

Ответственность за нарушение санитарного законодательства предусматривается ст. 55–57 Закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Должностные лица и граждане, допустившие санитарное правонарушение, могут быть привлечены к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности.

Дисциплинарная ответственность подразумевает наложение на должностных лиц и работников предприятий дисциплинарных взысканий, предусмотренных законодательством России, вплоть до отстранения от работы, освобождения от занимаемой должности и увольнения. Руководители предприятий и организаций обязаны налагать дисциплинарные взыскания на должностных лиц и работников, совершивших санитарное правонарушение, по представлению главного государственного санитарного врача или его заместителя.

В порядке *административной ответственности* за совершение санитарного правонарушения к должностным лицам и гражданам могут быть применены административные взыскания в виде предупреждения и штрафа. Штраф налагается постановлением главного государственного санитарного врача или его заместителя в размере не более суммы трехмесячного дохода на должностных лиц; на работающих граждан – не более суммы месячного дохода.

Уголовная ответственность наступает за совершение санитарных правонарушений, повлекших или могущих повлечь за собой возникновение массовых заболеваний, отравлений и смерть людей. Должност-

ные лица и граждане подлежат уголовной ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Предприятия и организации несут *экономическую ответственность* за нарушение санитарного законодательства. Предприятия, допустившие загрязнение окружающей среды, выпуск и (или) реализацию продукции, употребление (использование) которой привело к возникновению массовых инфекционных или неинфекционных заболеваний или отравлений людей, по постановлению главного государственного санитарного врача или его заместителя обязаны: уплатить штраф в доход местного бюджета; возместить затраты лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений на оказание медицинской помощи больным, проведение гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Постановление главного государственного санитарного врача (или его заместителя) о наложении штрафа может быть обжаловано у вышестоящего главного государственного санитарного врача (или у его заместителя) или в районном (городском) суде, решение которого является окончательным.

Постановление о наложении предупреждения может быть обжаловано у вышестоящего главного государственного санитарного врача или у его заместителя, после чего жалоба может быть подана в районный (городской) суд, решение которого является окончательным. Жалоба может быть подана в течение 10 дней с момента вынесения постановления и рассматривается вышестоящим главным государственным санитарным врачом в 10-дневный срок со дня ее поступления.

Глава 23

МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ

В условиях реформирования системы здравоохранения среди неотложных задач на первый план выдвигаются кадровое обеспечение происходящих преобразований, наращивание и рациональное использование человеческих ресурсов. В связи с этим особую важность приобретает определение целей, задач и приоритетов работы с медицинскими кадрами.

Известно, что качество медицинской помощи определяется не только адекватностью организационных форм, состоянием материально-технической базы здравоохранения, но и наличием квалифицированных специалистов.

Медицинские кадры являются главной, наиболее ценной и значимой частью ресурсов здравоохранения. Эффективное функционирование как всей системы здравоохранения в целом, так и отдельных ее структурных подразделений обеспечивается именно кадровыми ресурсами. Это определяет кадровую политику как один из приоритетов в развитии здравоохранения. Стратегия кадровой политики строится с учетом особенностей национального здравоохранения, оптимальных мер по управлению персоналом и накопленного мирового опыта.

Постоянный анализ состава и структуры медицинских кадров, тенденций в изменении их численности, обеспеченности ими населения, соотношения между отдельными их категориями, демографические характеристики являются основной информационной базой для определения потребности общества и системы здравоохранения в медицинских кадрах, планирования до- и последипломной подготовки, решения целого ряда управленческих задач.

Обеспеченность медицинскими кадрами

Под общей потребностью в медицинском персонале понимается абсолютное количество должностей, обеспечивающее все виды медицинской деятельности, включая управление, медицинскую науку, подготовку кадров.

Закономерным и целесообразным является дифференцированный подход к общегосударственным показателям потребности с учетом специфики различных территорий страны: возрастно-половой структуры

населения, соотношения численности городских и сельских жителей, особенностей региональной патологии, уровня промышленного и экономического развития региона, имеющегося кадрового и материально-технического потенциала здравоохранения.

По данным на 2006 г. в системе здравоохранения России было занято 4,57 млн человек, в том числе 702 тыс. врачей и 1,55 млн человек сестринского персонала.

На протяжении нескольких десятилетий общей стратегической линией кадровой политики здравоохранения России являлось неуклонное наращивание численности медицинских кадров. В результате такой политики наша страна вышла на первое место в мире по числу врачей и обеспеченности ими населения. Так, в период 1988–1992 гг. обеспеченность врачами на 10 тыс. населения в стране составила 46,9. В США, Канаде, Норвегии, Финляндии этот показатель в 2 раза меньше; в Великобритании и целом ряде других стран – в 3 раза меньше. В 2006 г. показатель обеспеченности врачами всех специальностей на 10 тыс. населения в среднем по России составлял 49,4.

Характеристика кадрового обеспечения в целом по стране не дает представления о состоянии этой проблемы по отдельным регионам. Кадровые ресурсы отдельных регионов значительно различаются. Наблюдается, в частности, чрезмерная концентрация медицинских работников в крупных городах. Так, в Москве показатель обеспеченности врачами в 2006 г. составлял 78,6, в Санкт-Петербурге – 83,5; в то же время в Ленинградской области на 10 тыс. населения приходилось только 31,2 врача. Тревожная ситуация складывается в кадровом обеспечении сельского населения. На селе все показатели обеспеченности значительно ниже, чем в городах, и сохраняется тенденция к их дальнейшему ухудшению. Так, в ряде сельских районов показатель обеспеченности врачами едва достигает 10 на 10 тыс. населения. В сельской местности отмечается наибольшая текучесть кадров из-за неудовлетворенности условиями работы и быта. По тем же причинам продолжается отток специалистов из районов Севера.

Остается неудовлетворительным показатель соотношения врачей и средних медработников. По оценке Минздрава РФ, этот показатель должен составлять 1:4–1:5. Анализ динамики его изменения за последние годы выявляет стойкую тенденцию к снижению. Так, если в 1994 г. соотношение числа врачей и медицинских сестер составляло 1:3, то в 2006 г. – уже 1:2,2. Проблема кадрового дисбаланса не является специфической для нашей страны, тем не менее в развитых странах показатель соотношения врачей и среднего медицинского персонала значительно выше, чем в России, и составляет 1:4 и более.

Обращает на себя внимание тот факт, что более 15% средних медработников заняты не в системе Минздрава РФ, а в ведомственных службах здравоохранения. Просматривается весьма тревожная тенденция к сокращению как общей численности среднего медицинского персонала, так и специалистов этой категории в системе Минздрава РФ.

Продолжается и отток врачей из учреждений здравоохранения в страховые организации, хозрасчетные и частные медицинские фирмы.

Следует учитывать, что количество врачей и высокая обеспеченность ими на 10 тыс. населения не являются гарантией качества медицинской помощи и хороших показателей здоровья населения. Решающими факторами здесь остаются качество подготовки специалистов, эффективность модели финансирования, доля расходов на здравоохранение и оплата труда врача.

Таким образом, при кажущемся перепроизводстве врачей в России имеется отчетливый дефицит медицинских кадров. Основная причина – недостаточное финансирование отрасли. Россия опережает экономически развитые страны по обеспеченности врачами, но отстает по доле государственных расходов на здравоохранение. Зарплата российского врача значительно (в десятки, сотни раз) ниже, чем в развитых странах. Что же касается медицинских сестер, то высокий коэффициент «выбывания» их из профессии обусловлен тяжелыми условиями труда при низкой зарплате и растущей ответственности, отсутствием перспектив продвижения по службе, а также профессиональной неудовлетворенностью, падением социального статуса профессии. В течение последних 20 лет в нашей стране практически исчезла категория младшего медицинского персонала. Таким образом, медсестры были вынуждены взять на себя еще и вспомогательные технические функции, не требующие профессиональной сестринской компетенции. В свою очередь, во врачебной деятельности увеличилась доля тех видов медицинских услуг, которые должны выполнять хорошо подготовленные сестры.

Одно из приоритетных направлений кадровой политики в области здравоохранения – реорганизация системы и значительное улучшение качества подготовки средних медицинских работников с постепенным увеличением их доли в структуре медицинского персонала, повышением материального и правового статуса специалистов сестринского дела в системе медицинских технологий с передачей им части функций, выполняемых в настоящее время врачом.

В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации говорится, что система планирования и распределения кадрового потенциала подлежит реорганизации. Соотношение врач – медицинский работник среднего звена должно измениться в сторону увеличения числа последних.

Система подготовки медицинских кадров в России

В основу разрабатываемой концепции подготовки медицинских и фармацевтических кадров в новых социально-политических и экономических условиях закладывается государственная политика в области образования, предопределенная Законом Российской Федерации «Об образовании», принятым в 1992 г. и дополненным в 1996 г.

Конечной целью реформы высшего медицинского и фармацевтического образования является подготовка творчески мыслящего, конкурентоспособного специалиста в области медицинской помощи и лекарственного обеспечения населения.

В Концепции очередного этапа реформирования системы образования сказано, что в настоящее время назрела настоятельная необходимость использования новых экономических принципов в образовательной политике и существенного расширения основ рыночной экономики в сфере образования. Многие кадровые проблемы в здравоохранении являются следствием государственного субсидирования медицинского образования. Если будущие врачи сами полностью или частично оплачивают свое обучение, то взамен государственных субсидий на образование можно было бы выплачивать ссуды студентам, ориентируясь на поощрение выбора рода занятий, отвечающего государственным интересам. Это позволит обеспечить целевое распределение и использование квалифицированных кадров и, кроме того, даст значительную экономию государственных средств. На безвозмездной основе такие ссуды целесообразно было бы предоставлять выпускникам, давшим согласие работать в таких приоритетных сферах, как, например, сельское здравоохранение.

Возникшее на рынке медицинского труда новое понятие конкуренции и повышение спроса на опытных высококвалифицированных специалистов осложнили трудоустройство выпускников медицинских вузов и обострили необходимость опережающего переобучения и перепрофилирования в соответствии с потребностью в новых врачебных специальностях. В условиях современных рыночных отношений возросла ценность гибких мобильных специалистов, готовых занять «рыночную нишу», действовать в соответствии с переменами. Основа конкурентоспособности медицинского работника – постоянное повышение профессионализма в сочетании с социальной мобильностью.

Эффективность обучения и конечный результат профессиональной подготовки медицинских кадров зависят, с одной стороны, от единства личностных и деятельностных характеристик обучающегося, с другой – от преемственности пред- и последипломной подготовки.

Сложившаяся система медицинского образования имеет богатые традиции, научную основу, большой практический опыт, современные программы и учебные планы, а также современную техническую базу и систему контроля знаний и навыков. Это позволяет эффективно осуществлять подготовку и усовершенствование медицинских работников.

С 2003 г. Россия стала участником Болонского процесса. Болонская декларация была подписана в Болонье (Италия) в июне 1999 г.

Болонской декларацией предусмотрено создание к 2010 году гармонизированного общеевропейского пространства высшего образования. Основными задачами Болонского процесса являются:

– формирование системы зачетных единиц (кредитов);

– создание единой системы, контролирующей качество образования (международной системы аккредитации вузов), образовательных стандартов;
– введение единого общеевропейского приложения к диплому;
– создание условий для свободного перемещения студентов и специалистов внутри Европы;
– возможность перехода на двухступенчатую модель обучения: бакалавриат – магистратура (на некоторых факультетах).

Одним из важнейших направлений Болонского процесса является введение системы зачетных единиц – кредитов. На этапе додипломного образования 1 кредит соответствует 36 академическим часам, а на этапе последипломного образования 1 кредит равен одному академическому часу. Кредиты можно считать своеобразным эквивалентом оценки образования. В кредитах будет исчисляться объем всех видов учебной работы, а накапливаемые баллы позволят накапливать кредиты как на уровне додипломного, так и на уровне последипломного образования. Сумма полученных баллов должна учитываться при сертификации и получении врачебных категорий.

Додипломное медицинское образование

Подготовка специалистов с высшим образованием

Высшее образование является исторически сформировавшимся социальным институтом, ответственным за наследование, накопление и воспроизводство профессиональных теоретических и практических знаний, умений и навыков.

Медицинские вузы России, благодаря апробированной временем организации обучения врачей в тесной связи с лечебной работой в учреждениях здравоохранения, достаточно точно представляют комплекс требований, которым должны удовлетворять молодые врачи, приступающие к самостоятельной работе в больницах и поликлиниках. Вуз дает выпускникам исходный профессиональный уровень, формирует готовность к непрерывному профессиональному совершенствованию.

В начале XXI в. происходит изменение модели образования, основным элементом которого должен стать проблемно-ориентированный профессионализм.

Следует отметить, что из всех основных профессиональных групп специальностей спрос населения на высшее медицинское образование и потребность народного хозяйства страны во врачах продолжают расти.

В настоящее время в систему высшего медицинского и фармацевтического образования России входят 48 государственных медицинских и фармацевтических вузов, в том числе 14 университетов, 31 академия, 3 института, 14 медицинских факультетов университетов, а также 8 него-

сударственных медицинских вузов и факультетов, имеющих лицензию на право ведения образовательной деятельности.

В январе 1995 г. утвержден государственный образовательный стандарт по всем специальностям подготовки в вузах Минздрава России. В соответствии с приказом Госкомвуза России об итоговой государственной аттестации выпускников вузов с 1996/1997 учебного года в Российской Федерации впервые введена итоговая аттестация выпускников медицинских вузов.

Научно-технический прогресс требует постоянного расширения содержательной стороны высшего медицинского образования, что приводит к появлению в медицинских вузах все новых и новых учебных дисциплин и курсов. В начале XX в. врачебное образование в России было 5-летним и включало 30 дисциплин. К 1960-м годам, когда число изучаемых дисциплин возросло до 45, был осуществлен переход на 6-летнее обучение. Сегодня число изучаемых в медицинском вузе дисциплин и курсов достигло 54, а число учебных часов осталось прежним.

Традиционно в медицинских и фармацевтических вузах ведется подготовка по следующим специальностям: «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», «медико-профилактическое дело», «фармация». В 1991 г. Минздравом России было принято решение о подготовке в вузах специалистов по новым специальностям: «спортивная медицина», «экономика и управление здравоохранением», «медицинская психология», «медицинская сестра с высшим образованием», «социальный работник». Технические вузы осуществляют подготовку специалистов по специальностям «биотехнические и медицинские аппараты и системы» и «инженерное дело в медико-биологической практике».

Тенденция появления новых дисциплин и курсов в учебных планах будет сохраняться и дальше. В этих условиях в целях совершенствования профессиональной подготовки оправданным представляется разделение подготовки специалиста на два этапа: додипломная (общеврачебная) подготовка – 6 лет и последипломная (профессиональная) подготовка – от 1 года до 4 лет.

Принято решение об отмене субординатуры на этапе додипломного образования и продлении обучения в клинической ординатуре от 2 до 5 лет в зависимости от специальностей, предусмотренных утвержденной Минздравом России номенклатурой.

В последние годы произошли существенные изменения в технологии обучения. Современные технические средства обучения позволяют использовать проекционную аппаратуру, видеотехнику и компьютерные системы, что значительно расширяет возможности учебного процесса.

Серьезную проблему, требующую дальнейшей разработки и внедрения в практику, представляет система контроля знаний и навыков как в процессе обучения, так и по его окончании. С этой целью вузами осуществляется разработка тестовых заданий для оценки знаний студентов по дисциплинам на различных этапах обучения, что учитывается при

аккредитации вузов. Наличие пакета тестовых заданий по дисциплинам позволяет обеспечить необходимый контроль за уровнем знаний и умений.

Подготовка специалистов со средним профессиональным образованием

В систему среднего медицинского образования России входят 442 учебных заведения, в том числе 340 медицинских училищ, 47 колледжей и 14 училищ при вузах. Подготовка специалистов со средним медицинским образованием осуществляется в них по 10 специальностям: лечебное дело, акушерское дело, гигиена, санитария и эпидемиология, ортопедическая стоматология, сестринское дело, лабораторная диагностика, медицинская оптика, монтаж и техническое обслуживание медицинской техники.

Введен в действие государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования, устанавливающий государственные требования к минимуму содержания и уровню подготовки выпускников по специальности «сестринское дело». Установлены сроки обучения по специальности «медицинская сестра»: на базе полного среднего образования – 2 года 10 мес., на базе основного общего образования – 3 года 10 мес.

В подготовке сестринских кадров, отвечающих современным международным требованиям, наибольшее значение имеет создание отдельных моделей врачебного и сестринского образования, базирующихся на различных научных теориях; формирование многоуровневой системы сестринского образования, определяющей высшее сестринское образование как важнейшее условие для работы менеджером, администратором, преподавателем, клиническим специалистом и исследователем в области сестринского дела.

Проведение эффективных преобразований в сестринском деле возможно лишь при последовательном осуществлении государством системы мер, обеспечивающих приоритетное развитие этой области здравоохранения на основе всесторонней, комплексной, научно обоснованной концепции, и создании необходимых условий для повышения статуса медицинской сестры в обществе.

Последипломное медицинское образование

Сертификация и аттестация медицинских кадров

Развитие медицинской науки, все увеличивающийся объем информации, углубление дифференциации и специализации медицинской помощи населению делают необходимым регулярное повышение уровня профессиональных знаний медицинских работников. После

окончания учебного заведения профессиональное совершенствование медицинского работника продолжается в течение всей жизни. Основной задачей, согласно определению, принятому ВОЗ еще в 1980 г., является постоянное повышение компетентности медицинского персонала в повседневной работе. Непрерывное образование – это процесс, призванный помочь медицинским работникам адаптироваться к изменениям, происходящим в медицинской науке и практике, а также в управлении здравоохранением. Непрерывное медицинское образование должно обеспечивать получение дополнительных знаний на любом этапе медицинской подготовки. При этом объем и степень усвоенного материала зависят прежде всего от уровня профессиональной подготовки специалиста. Именно исходя из этого необходимо строить непрерывное усовершенствование на государственном уровне; при этом важно учитывать потребности общества и системы здравоохранения, что имеет особо существенное значение в период реформ.

Конечная цель непрерывного медицинского образования – постоянное улучшение качества профилактической и лечебной помощи.

Первостепенное значение имеет непрерывное обучение медицинских работников первичного звена. По мнению экспертов ВОЗ, модели непрерывного образования должны быть переориентированы именно таким образом.

Ранее существовавшая система последипломного профессионального образования и аттестации медицинских и фармацевтических кадров была ориентирована на узкую специализацию. Сегодня же запросы практики здравоохранения диктуют необходимость возрождения опыта, накопленного историей медицинского образования в нашей стране, использования положительного опыта учебных заведений зарубежных стран по комплексной подготовке, переподготовке и повышению квалификации медицинских работников.

В настоящее время существует большое количество видов последипломной подготовки врачей. Все эти варианты подготовки постоянно модифицируются, совершенствуются, претерпевают изменения вследствие того, что система последипломного образования является очень динамичной и развивающейся. Система послевузовского профессионального образования включает 7 учебных заведений (академий и институтов) усовершенствования врачей и более 40 факультетов при медицинских вузах. Кроме этого, послевузовское профессиональное образование врачи получают в НИИ медицинского профиля, научных центрах и ассоциациях при наличии у последних лицензии на право ведения образовательной деятельности. Система дополнительного профессионального обучения работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием представлена 41 училищем повышения квалификации.

По мнению ряда специалистов, целесообразно изменение ныне действующей структуры учебных заведений дополнительного образования

включающей в себя как самостоятельные академии и институты последипломного обучения, так и сеть факультетов усовершенствования врачей в медицинских вузах. Будущее здесь именно за факультетами вузов. Об этом свидетельствуют наметившаяся в последнее время тенденция увеличения количества слушателей на факультетах усовершенствования врачей и определенное уменьшение их количества в академиях и институтах последипломного образования.

Основными документами, регламентирующими порядок последипломной подготовки врачей, являются ФЗ РФ от 19.07.1996 г. «О высшем и послевузовском профессиональном образовании», Приказ МЗ СР РФ от 11.03.2008 г. №112-н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации». В них определена номенклатура специальностей и определен образовательный ценз для каждой специальности, т.е. минимальный уровень последипломной подготовки, требуемый для допуска врача к самостоятельной работе в избранной им сфере медицины.

В соответствии с действующими нормативными документами в России к медицинской и (или) фармацевтической деятельности допускаются лица, получившие высшее и (или) среднее профессиональное образование и имеющие диплом и сертификат специалиста. Диплом – документ о специальности, уровне образования, подготовки и квалификации, выдаваемый образовательным учреждением профессионального образования различных организационно-правовых форм, имеющим лицензию на право ведения образовательной деятельности, выданную государственным органом управления образованием или по его поручению местным органом управления образованием по месту нахождения образовательного учреждения на основании заключения экспертной комиссии. После окончания медицинского вуза выпускник должен пройти в системе последипломного профессионального образования одну из следующих форм обучения: 1) интернатура (1 год); 2) ординатура (2–3 года), 3) образовательно-профессиональная программа по специальности (курсы или циклы усовершенствования со сдачей сертификационного экзамена, 1–4 года); 4) аспирантура (3 года).

Выпускники медицинских вузов проходят постдипломное обучение в следующем порядке.

По большинству основных лечебных специальностей (около 25) и всем стоматологическим специальностям минимальным уровнем последипломной подготовки является *интернатура*. В соответствии с «Положением об интернатуре» проведение этого вида обучения должно проводиться в крупных государственных лечебных учреждениях, утвержденных местными органами управления здравоохранением в качестве баз для подготовки врачей-интернов по данной специальности. Длительность обучения в интернатуре составляет 11 мес. Цель обучения в интернатуре – приобретение в полном объеме системати-

зированных теоретических знаний и необходимых профессиональных практических навыков для выполнения работы в должности врача. За время прохождения интернатуры врачи-интерны проходят две аттестации на профильной кафедре вуза, осуществляющего курацию подготовки молодого специалиста, а по окончании обучения они имеют право сдать квалификационный экзамен для получения сертификата специалиста по данной специальности.

Сертификат специалиста – документ единого образца, подтверждающий соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам. Сертификат свидетельствует о достижении специалистом определенного уровня теоретических знаний, практических умений и навыков, достаточных для самостоятельной профессиональной (медицинской или фармацевтической) деятельности.

Сертификат специалиста выдают государственные медицинские образовательные и научно-исследовательские учреждения, осуществляющие последипломную подготовку специалистов.

При этих учреждениях создаются экзаменационные квалификационные комиссии, которые и проводят проверочные испытания (экзамены) соискателя сертификата.

Для получения сертификата специалист должен предоставить в экзаменационную комиссию следующие документы:

1. Заявление.
2. Копию диплома об окончании медицинского или фармацевтического учебного заведения (факультета).
3. Копию диплома или удостоверения о прохождении повышения квалификации и специальности.
4. Копию диплома о присвоении квалификации исследователя после окончания аспирантуры.
5. Копии дипломов кандидата (доктора) медицинских (фармацевтических) наук и о ученом звании (старший научный сотрудник, доцент, профессор).
6. Копии ранее выданных сертификатов.
7. Послужной список (выписка из трудовой книжки).

Специалистам, успешно сдавшим экзамен, выдается сертификат.

Для получения права самостоятельной работы по основной специальности интернатура является достаточным минимальным уровнем последипломного обучения. Однако, если врач хочет освоить одну из специальностей, требующих углубленной подготовки, то он должен пройти двухэтапное обучение: I этап – интернатура (или клиническая ординатура, аспирантура) по основной специальности, II этап – профессиональная переподготовка (первичная специализация), клиническая ординатура или аспирантура по избранной узкой специальности. Последовательность и соответствие базовой и узкой специальностей строго регламентированы: например, углубленной подготовке по специальности «нефрология» должно предшествовать обучение в интернатуре по спе-

циальности «терапия»; первичную специализацию по специальности «колопроктология» могут проходить врачи, успешно прошедшие первый этап обучения по специальности «хирургия», и т.д. Выпускники стоматологических факультетов могут проходить подготовку по узким стоматологическим специальностям (терапевтическая, хирургическая, ортопедическая или детская стоматология, ортодонтия) только после получения сертификата по специальности «стоматология».

По большинству специальностей, требующих углубленной подготовки, минимальным курсом обучения на втором этапе является профессиональная переподготовка, т.е. *первичная специализация*. Длительность такого курса обучения составляет не менее 500 учебных часов (в зависимости от специальности – от 3,5 до 6 мес. и более). Профессиональную переподготовку специалистов имеют право проводить только государственные учебные заведения, имеющие лицензию на проведение последипломной подготовки по данной специальности. По некоторым специальностям (например, сердечно-сосудистой хирургии, челюстно-лицевой хирургии) минимальным уровнем подготовки на втором этапе обучения является клиническая ординатура, в связи с чем длительность последипломного обучения этих специалистов в настоящее время составляет не менее 3 лет: 1 год в интернатуре по основной специальности и 2 года – в клинической ординатуре по узкой специальности. Начиная с 2000 г. эта последовательность последипломной подготовки по ряду специальностей является обязательной.

Врачи, успешно закончившие II этап обучения, имеют право на получение второго сертификата по специальности, соответствующей профилю подготовки на этом этапе. При этом каждая из внесенных в номенклатуру специальностей требует прохождения отдельного курса обучения. Одновременное получение сертификатов по нескольким специальностям (даже близким, например «эндокринология» и «диабетология») действующими нормативными документами не предусмотрено.

Сертификат специалиста дает врачу право самостоятельной работы по специальности. Раз в пять лет все врачи должны проходить среднесрочные циклы тематического усовершенствования (длительностью не менее 144 учебных часов) и повторно сдавать экзамен на подтверждение сертификата специалиста в любом имеющем соответствующую лицензию государственном вузе на территории Российской Федерации.

Вопросы специализации и усовершенствования тесно связаны с сертификацией и аттестацией медицинского и фармацевтического персонала. Сертификация медицинского и фармацевтического персонала была предусмотрена ст. 54 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и введена в отрасли Приказом Минздравмедпрома России №286 от 19.12.1994 г.

В связи с изданием постановления Минтруда Российской Федерации и Госкомитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии

и сертификации №21/9 от 20.04.97 «О развитии системы сертификации персонала в Российской Федерации» Минздрав России совместно с Минтруда РФ решает вопросы совершенствования и развития системы сертификации медицинских и фармацевтических работников.

Согласно ст. 63 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», неотъемлемым правом медицинских и фармацевтических работников является «получение квалификационных категорий в соответствии с полученным уровнем теоретической и практической подготовки».

С этой целью в системе здравоохранения России многие годы успешно функционирует система аттестации специалистов на соответствующую квалификационную категорию.

Аттестация врачей и средних медицинских работников является важным этапом в совершенствовании профессионального уровня работников здравоохранения и направлена на повышение профессиональной ответственности за выполнение ими функциональных обязанностей.

Организация аттестационной работы рассматривается как один из механизмов государственного контроля за расстановкой и использованием медицинских кадров, уровнем и качеством оказания медицинской помощи населению.

Аттестация проводится по желанию специалиста и является добровольной.

К аттестации на квалификационную категорию допускаются:

– лица, имеющие высшее и среднее медицинское и фармацевтическое образование и получившие право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в учреждениях здравоохранения независимо от форм собственности;
– лица с высшим немедицинским образованием, допущенные в установленном порядке к медицинской деятельности и занимающие врачебные и провизорские должности в учреждениях здравоохранения;
– эпидемиологи, биологи, зоологи, энтомологи, работающие в учреждениях здравоохранения на соответствующих должностях (при участии в работе комиссии специалистов этих профилей).

В соответствии с Приказом МЗ Российской Федерации №314 от 9.08.2001 г. «О порядке получения квалификационных категорий» определены порядок получения специалистами квалификационных категорий, а также структура и основные функции аттестационных комиссий.

При получении квалификационной категории оцениваются профессиональная квалификация, компетентность, а также способность выполнять служебные обязанности в соответствии с занимаемой должностью. Квалификация специалиста определяется по трем квалификационным категориям: второй, первой и высшей.

Специалист может получить квалификационную категорию по специальностям, соответствующим как основной, так и совмещаемой должностям. Квалификационная категория действительна в течение пяти лет со дня издания приказа о ее присвоении.

Специалисты, изъявившие желание получить квалификационную категорию, подают в аттестационную комиссию заявление, заполненный аттестационный лист и отчет о работе за последние три года – для специалистов с высшим профессиональным образованием, и за последний год – для работников со средним профессиональным образованием, утвержденный руководителем организации, в которой работает специалист. За три месяца до окончания срока действия квалификационной категории специалист может подать в аттестационную комиссию заявление о подтверждении имеющейся квалификационной категории или получении более высокой.

Специалист имеет право:

- Получить квалификационную категорию в аттестационной комиссии.
- Ознакомиться с представленными на него в аттестационную комиссию документами.
- Получить от руководителя разъяснения в письменном виде в случае отказа руководителя подписать отчет о работе.
- Пройти повышение квалификации по специальности.
- Обратиться с заявлением в центральную аттестационную комиссию или орган, при котором создана аттестационная комиссия, в случае несогласия с решением аттестационной комиссии.

В целях реализации права на получение квалификационной категории создаются аттестационные комиссии:

- Центральная аттестационная комиссия – Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.
- Аттестационные комиссии – органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах Российской Федерации, Федеральным управлением медико-биологических и экстремальных проблем при Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации.
- Аттестационные комиссии в учреждениях здравоохранения, научных и образовательных медицинских учреждениях – Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, другими министерствами и ведомствами по подчиненности.

Аттестационная комиссия:

- Определяет порядок, процедуры и методы работы комиссии.
- Привлекает независимых специалистов для дачи заключений на отчеты о работе.
- Рассматривает представленные документы в течение двух месяцев со дня их поступления (регистрации).

– Принимает решения о присвоении, подтверждении или снятии квалификационных категорий.
– Дает рекомендации по дальнейшей профессиональной подготовке специалиста.
– Выдает удостоверение установленного образца и при необходимости выписку из приказа о получении квалификационной категории.
– Ведет делопроизводство.

Оценка квалификации и рекомендации по дальнейшей профессиональной подготовке специалиста принимаются голосованием при наличии не менее 2/3 числа членов утвержденного состава аттестационной комиссии. Результаты определяются большинством голосов от числа присутствующих членов.

При равенстве голосов решение считается принятым в пользу специалиста.

Орган, при котором создана аттестационная комиссия, в течение одного месяца издает приказ о присвоении квалификационной категории, который доводится до сведения специалиста и руководителя учреждения здравоохранения.

При присвоении квалификационной категории рекомендуется соблюдать последовательность присвоения категорий (вторая, первая, высшая).

Вторая квалификационная категория может присваиваться врачам, имеющим стаж работы по аттестуемой специальности не менее 5 лет, первая – не менее 7 лет, высшая – не менее 10 лет.

В отдельных случаях специалисту с учетом его высокой теоретической и практической подготовки по избранной специальности, хороших показателей в работе может присваиваться более высокая квалификационная категория без установленных требований к стажу работы.

Специалистам, имеющим ученую степень доктора медицинских наук и занятым на лечебно-профилактической работе в учреждениях здравоохранения, научно-исследовательских и учебных заведениях, заочно присваивается высшая квалификационная категория по соответствующей специальности на основании представления руководителя учреждения, в котором работает доктор наук.

Специалистам, которым по результатам аттестации (переаттестации) присвоена квалификационная категория, выдается удостоверение установленного образца.

Переаттестация на подтверждение имеющейся квалификационной категории проводится каждые пять лет в обязательном порядке.

В случае отказа специалиста от очередной переаттестации присвоенная ранее квалификационная категория утрачивается с момента истечения пятилетнего срока ее присвоения.

В последние годы резко повысилась заинтересованность специалистов в получении квалификационной категории. С целью совершенст-

вования системы аттестации на присвоение квалификационных категорий впервые разработаны и утверждены номенклатура специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала и перечень соответствия специальностей должностям. Разработаны квалификационные характеристики и положения о специалистах в соответствии с номенклатурой (по 26 специальностям), что позволило упорядочить и унифицировать работу аттестационных комиссий, установить твердую регламентацию, способствующую рациональному использованию и расстановке кадров среднего звена.

Пересматриваются квалификационные характеристики и положения врачей-специалистов. В настоящее время номенклатура врачебных специальностей включает 70 пунктов. За последнее десятилетие введены новые специальности: диабетология, общая практика (семейная медицина), аллергология и иммунология, гериатрия, челюстно-лицевая хирургия, сурдология – оториноларингология, трансфузиология, клиническая фармакология и детская онкология.

Создаются новые учебные программы, разрабатываются квалификационные характеристики специалистов, соответствие которым должно явиться критерием для выдачи врачам соответствующих сертификатов. Для унификации процедуры аттестационного экзамена создан банк тестовых заданий по каждой специальности.

Особое внимание уделяется сертификационным (аттестационным) циклам для специалистов, имеющих стаж практической работы и врачебные категории. Эти циклы продолжительностью не менее 2 мес. организуются преимущественно в вузах на факультетах последипломного профессионального образования. Они могут проводиться в виде прерывистых очных и заочно-очных циклов. Учебные планы должны составляться с учетом требований к каждой квалификационной категории. В процедуре аттестации активное участие должны принимать представители органов управления здравоохранением и врачебных ассоциаций.

Еще одной важной проблемой является ресертификация – аттестация специалистов, имеющих высшую аттестационную категорию. Для указанной группы врачей могут быть предложены критерии, подтверждающие их активную работу по повышению профессионального мастерства: участие в конгрессах и съездах, публикации, преподавательская и научно-исследовательская работа и др. Возможна также организация специальных трех-четырехнедельных циклов усовершенствования.

Врач общей практики (семейный врач) и его роль в системе медицинской помощи

Важнейшей задачей текущего момента реформирования здравоохранения является повышение качества оказания первичной медико-сани-

тарной помощи населению. Эту задачу предстоит решить в первую очередь через систему подготовки специалистов общей (семейной) медицинской практики.

Врач общей практики – это специалист, широко ориентированный в основных медицинских специальностях и способный оказать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях независимо от возраста и пола пациентов. Перечень практических навыков, которыми должен владеть врач общей практики, определяется Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №237 от 28.03.92 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)».

В условиях Российской Федерации сложились два пути подготовки врача общей практики. Один из них – подготовка в течение 2–3 лет по специальной программе на основе базового медицинского образования. Другой путь – переподготовка стажированных врачей разных специальностей (в первую очередь терапевтов и педиатров). Для этих целей могут быть использованы циклы тематического усовершенствования в медицинских вузах, академиях последипломного образования, институтах и факультетах усовершенствования врачей. При этом используется очная подготовка продолжительностью циклов от 1 до 3 мес. либо очно-заочная – от 3 до 6 мес.

Должность врача общей практики могут занимать специалисты с высшим медицинским образованием, аттестованные по программе врача общей практики, получившие сертификат и подтверждающие его каждые пять лет.

Врачи общей практики должны работать совместно с сестрами общей практики, подготовка которых начата в колледжах и медицинских училищах.

Специальность «врач общей практики (семейный врач)» внесена в номенклатуру врачебных специальностей, а должность «врач общей практики (семейный врач)» – в номенклатуру врачебных должностей в учреждениях здравоохранения.

Предстоит четко определить место врача общей практики в системе первичной медико-санитарной помощи, обозначить механизм его взаимодействия с другими специалистами, создать нормативно-правовой регламент взаимодействия врача общей практики с органами здравоохранения и страховыми медицинскими организациями. Необходимо изучить реальную потребность в таких специалистах, задействовать контрактно-договорную систему найма на работу врача общей практики, определить экономические аспекты его работы, решить вопросы оснащения его рабочего места и другие важные вопросы организации общеврачебной практики в отечественном здравоохранении.

Особенности подготовки руководящих кадров здравоохранения

Отечественная школа повышения квалификации руководителей органов и учреждений здравоохранения имеет свою историю и положительные традиции. Однако реформирование здравоохранения в условиях перехода страны к рыночной экономике и новой социально-политической формации, децентрализация системы управления, развитие многоукладности и альтернативных форм в организационно-правовой и экономической деятельности медицинских учреждений обусловливают необходимость подготовки нового типа руководителя здравоохранения.

Проблема подготовки организаторов (менеджеров) здравоохранения имеет большую важность и актуальность. Минимальная потребность в администраторах и менеджерах с учетом реформирования системы, постоянного роста негосударственных учреждений и организаций, связанных с оказанием медицинской помощи, составляет, по оценкам экспертов, 6 должностей на 10 тыс. населения. Фактическая же обеспеченность организаторами здравоохранения (включая руководителей крупных подразделений лечебно-профилактических учреждений, заведующих отделениями, менеджеров коммерческих фирм и компаний) в настоящее время значительно ниже. Потребность в последипломной подготовке специалистов по государственному менеджменту в здравоохранении удовлетворяется только на 2%, а по рыночному – на 0,02% (!).

В отечественном здравоохранении сложилась парадоксальная ситуация. Для представителей клинических и фармацевтических специальностей в высшей медицинской школе имеются четко продуманные, научно обоснованные программы их подготовки как в вузе, так и в системе последипломного образования, и без прохождения как минимум двухлетней ординатуры практикующий врач не может стать пульмонологом, нефрологом, эндокринологом или каким-либо другим специалистом. В то же время руководители приобретают свои управленческие навыки лишь непосредственно в лечебно-профилактических учреждениях. Руководителем любого уровня – от главного врача районной больницы до начальника департамента здравоохранения города и даже области – может быть назначен врач-клиницист, имеющий первую или высшую категорию по одной из терапевтических или хирургических специальностей, но не прошедший специальной подготовки по управлению здравоохранением. Это положение необходимо изменить. Особо актуальной для отрасли является первичная (базовая) подготовка организаторов (менеджеров) здравоохранения нового поколения. Путь к должности руководителя нужно начинать в медицинском вузе, где будущий главный врач должен пройти клиническую ординатуру по специальности «общественное здоровье и здравоохранение». На руководящие посты следует назначать только лиц, прошедших специальную подготовку в области управления. Необходима существенная оптими-

зация системы последипломной подготовки руководителей органов и учреждений здравоохранения. Целостная система подготовки специалистов по управлению здравоохранением на различных уровнях позволит оптимизировать управление в современных условиях. Формирующиеся рыночные отношения требуют от руководителей здравоохранения приобретения новых знаний, умений и навыков, которые включают эффективное применение механизма многоканального финансирования, экономичное использование ограниченных ресурсов здравоохранения, перераспределение функций между первичной и специализированной медицинской помощью, профилактикой, лечением и реабилитацией.

Программы последипломного профессионального обучения организаторов здравоохранения всех уровней управления постепенно совершенствуются с учетом предъявляемых к ним требований. При этом в корректируемых программах и учебных планах приоритеты отдаются вопросам экономики и финансирования, менеджменту, маркетингу, законодательству и т.д. Начиная с 1996 г., реализуется программа последипломной подготовки руководителей территориальных органов здравоохранения на базе Российской медицинской академии последипломного образования и Института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко РАМН. При создании современных программ последипломной подготовки руководителей здравоохранения всех уровней используется как зарубежный опыт менеджмента, так и богатый отечественный практический опыт. На базе Московской медицинской академии им.И.М.Сеченова на протяжении ряда лет успешно функционирует факультет управления здравоохранением, который готовит организаторов здравоохранения – менеджеров по самым современным программам, рассчитанным на 2-летний курс последипломного обучения (в ординатуре).

Подобная программа 2-летнего последипломного обучения организаторов здравоохранения – специалистов в области управления, экономики, маркетинга и т.д. утверждена ученым советом Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова и успешно реализуется в этом вузе на базе кафедры общественного здоровья и здравоохранения с 1999 г.

Таким образом, одним из важнейших факторов, обеспечивающих развитие системы здравоохранения страны, должна стать достаточная профессиональная компетентность лиц, принимающих управленческие решения, которым доверяются ресурсы, власть, судьбы трудовых коллективов и здоровье населения больших территорий. При этом обязательным условием совершенствования системы подготовки руководящих кадров является ее солидное научное сопровождение. В связи с этим первостепенное внимание должно уделяться вопросам преподавания организационных, управленческих, экономических основ здравоохранения, подготовке и усовершенствованию кадров преподавателей.

Особенности подготовки медицинских кадров в зарубежных странах

Современная политика развития кадров строится во многих странах на совместной ответственности как государства, так и общества, включая профессиональные медицинские ассоциации. Усилия правительств сосредоточены на том, чтобы регулировать, определять, удовлетворять реальные потребности в кадрах здравоохранения, а также поддерживать, направлять и контролировать мероприятия в области обучения и подготовки кадров. Политика направляется на удовлетворение потребности в квалифицированных и опытных медицинских кадрах в соответствии с развитием медицинской науки и технологии. Развитие кадров здравоохранения базируется на принципах равного распределения и развития возможностей обеспечения работой. Процесс управления развитием кадровых ресурсов основывается на понимании необходимости межсекторального сотрудничества, привлечения населения для участия в формировании кадровой политики здравоохранения и соответствующих планов. Развитие кадров включает в себя элементы планирования, подготовки и управления на разных уровнях.

Современные проблемы развития кадров здравоохранения в большинстве стран мира, как и в России, связаны, во-первых, с дефицитом персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, во-вторых – с избытком специалистов узкого профиля и, в-третьих, с чрезмерной концентрацией медицинских работников в крупных городах. Избыток врачей по сравнению со средним медицинским персоналом и врачей-специалистов по сравнению с врачами общего профиля приводит прежде всего к удорожанию медицинской помощи как для пациентов, так и для общества в целом.

Важным механизмом регулирования общего количества медицинских работников является система лицензирования, существенно различающаяся в разных странах.

В США лицензии на право заниматься врачебной практикой выдаются властями отдельных штатов. Получить лицензию может человек, закончивший медицинский факультет или медицинскую школу в США и проработавший 1 год в госпитале интерном или сдавший письменные экзамены. Лица, получившие медицинское образование за пределами США, должны сдать квалификационные экзамены и пройти завершающий курс обучения в одной из американских больниц.

Выпускники медицинских факультетов Великобритании проходят первоначальную регистрацию в Главном медицинском управлении и годичную интернатуру в своем университете, после чего проводится окончательная итоговая регистрация. Лица, имеющие иностранные дипломы (кроме граждан тех стран, с которыми у Великобритании существуют специальные соглашения), должны пройти аттестацию.

В Германии к самостоятельной врачебной практике допускаются лица, прошедшие апробацию в медицинском экзаменационном отделе здоровья после окончания одно- или двухгодичной интернатуры. Этими правами пользуются выпускники вузов не только Германии, но и других стран Европейского союза. Если медицинский диплом получен в стране, не входящей в ЕС, врач обычно получает временную лицензию, которую можно продлевать; постоянная лицензия может быть выдана обладателю иностранного диплома только в особых случаях.

В Австрии для получения лицензии врача общей практики необходимо пройти трехгодичную интернатуру. Для получения лицензии врача узкой специализации нужно иметь 6 лет практического медицинского стажа. Иностранные врачи могут работать только в специализированных учреждениях здравоохранения.

Во Франции выпускники национальных медицинских факультетов регистрируются в управлении Департамента санитарии и социального обеспечения и подают прошение в совет Департамента по медицине, чтобы сведения о них были внесены в регистр. Лица, не имеющие французских дипломов или дипломов стран ЕС, должны сдать экзамены авторитетной комиссии, после чего могут обратиться за разрешением на практику.

В Швейцарии врач должен зарегистрироваться в том кантоне, где собирается работать. Лица, не имеющие швейцарского диплома, к частной врачебной практике не допускаются.

В Швеции для получения лицензии выпускникам университетов необходимо пройти интернатуру продолжительностью 21 мес. Признаются лицензии, выданные в Финляндии, Дании, Исландии и Норвегии.

В Финляндии молодые специалисты получают лицензии после прохождения годичной интернатуры. Те, кто получил образование в других странах, должны пройти дополнительные курсы обучения.

В Канаде выпускники медицинских факультетов сдают экзамены в Медицинском совете Канады, а затем регистрируются в медицинских отделах провинций. Перед лицензированием необходимо пройти одно-, двухгодичную интернатуру.

В Японии все выпускники обязаны сдать квалификационные экзамены. Иностранцы должны заплатить определенную сумму, чтобы получить допуск к экзаменам.

Что касается врачей-специалистов, то во многих странах подготовка их ограничена. Число официально признанных специальностей колеблется от 20 до 28 (в России – 70); номенклатура включает, как правило, врачей общей практики, терапевтов, педиатров, хирургов, ортопедов, гинекологов, урологов, неврологов, психиатров, окулистов, оториноларингологов, дерматологов, рентгенологов, врачей-лаборантов. Мировой опыт свидетельствует, что оптимальным можно признать такое соотношение, при котором доля специалистов составляет около 25% от общего количества врачей; в России же этот показатель равен 50,5%.

Обращает на себя внимание тот факт, что во многих странах медицинские работники после получения субсидированного образования обязаны проработать определенное количество времени в сельской местности. Задача укомплектования сельских медицинских учреждений квалифицированным врачебным и средним медицинским персоналом трудноразрешима из-за таких негативных факторов, как профессиональная изоляция, неудовлетворительные жилищные условия, отсутствие возможностей дополнительной работы и другие неудобства. С целью усиления привлекательности рабочих мест в учреждениях сельского здравоохранения используются разнообразные стимулы: дифференциация оплаты, ссуды на устройство, оплата расходов на продолжение обучения; после определенного числа лет работы на селе медицинским работникам предоставляются стипендии для дальнейшего обучения.

На протяжении последних 30 лет в большинстве промышленно развитых стран происходило усиление роли менеджеров и экономистов в сфере здравоохранения. Во многих странах клиниками руководят не врачи, а профессиональные администраторы. Потребность в квалифицированных руководителях возрастает по мере перехода систем здравоохранения к децентрализованному управлению медицинскими учреждениями. С другой стороны, при тенденции к созданию интегрированной системы здравоохранения и переходу от платы за обслуживание к подушевому финансированию возрождается практика назначения на административные должности врачей, поскольку они становятся служащими в системе здравоохранения. Такая политика имеет место в США в последние годы.

В «Стратегическом плане» (1997), разработанном в США Министерством здравоохранения и социальных служб, подчеркивается, что работники здравоохранения в XXI в. должны оказывать качественную медицинскую помощь, основанную на принципах концепции ВОЗ «Здоровье для всех», владеть культурой соблюдения права на здоровье и принципов медицинской этики. Национальная политика в области подготовки кадров предусматривает также подготовку руководителей и усиление менеджерских возможностей медицинского персонала. Те же тенденции характерны для других развитых стран.

Международное сотрудничество в области кадровой политики

Всемирная организация здравоохранения, определяя стратегии кадровой политики здравоохранения в XXI в., акцентирует внимание на усилении сочетаемости между системой оказания медицинской помощи, функциями общественного здравоохранения и процессом развития и практикой медицинского образования. Большое внимание ВОЗ уделяет переориентации медицинского образования и практики здравоохра-

нения на достижение целей стратегии «Здоровье для всех», обеспечение доступности медицинской помощи всему населению и на ее соответствие реальным потребностям общества.

Сохраняют свою актуальность рекомендации относительно конкретных целей и направленности реформ в области медицинского образования, содержащиеся в «Эдинбургской декларации» Всемирной федерации медицинского образования. Сформулированные в ней основные цели подготовки врачей предполагают, что врач должен быть внимательным и чутким собеседником, хорошим диагностом и высококвалифицированным клиницистом. В программы подготовки врачей предлагается включить такие вопросы, как обеспечение справедливости в оказании медицинской помощи, гуманизация медицинского обслуживания и нормализация стоимости медицинской помощи для общества. Одной из центральных задач названа подготовка научных медицинских кадров.

В 1998 г. в Париже состоялась Всемирная конференция по высшему образованию, участники которой приняли план приоритетных действий, необходимых для развития высшего образования. Это, в первую очередь, расширение доступа в вузы, а также адекватное бюджетное обеспечение системы высшего образования правительствами всех стран.

Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации определяет следующие основные направления развития международных отношений в сфере подготовки кадров: 1) восстановление профессиональных медицинских связей со странами СНГ и 2) активизацию работы по заключению международных соглашений Российской Федерации о взаимопризнании медицинских дипломов и других документов о профессиональной подготовке, а также стажировке специалистов, подготовке врачей и медицинских сестер за рубежом по принципу обмена. Подчеркивается необходимость использования зарубежного опыта (наряду с отечественным) для совершенствования системы здравоохранения, в том числе и кадровой политики.

Основные направления совершенствования кадровой политики здравоохранения России

В утвержденной Правительством Российской Федерации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации сформулированы основные цели национальной кадровой политики в стране.

1. Усовершенствование системы планирования, прогнозирования и мониторинга подготовки специалистов здравоохранения, способных реализовать стоящие перед системой здравоохранения задачи, в том числе по таким новым направлениям, как врач общей практики, клинический фармаколог, медицинский психолог, медицинская сестра с высшим образованием, специалист по социальной работе, экономист здравоохранения, менеджер здравоохранения.

2. Совершенствование системы итоговой государственной аттестации выпускников медицинских и фармацевтических образовательных учреждений, а также сертификации специалистов отрасли.

3. Изменение соотношения между количеством врачей и средних медицинских работников в сторону увеличения числа последних.

4. Формирование органами здравоохранения целевых заказов на подготовку специалистов.

5. Реформирование системы оплаты труда работников здравоохранения с учетом его сложности, количества и качества оказания лечебно-профилактической помощи.

6. Обеспечение охраны труда медицинских работников.

В качестве задач кадровой политики в здравоохранении России предлагается:

- обеспечение оптимального подбора, расстановки и использования имеющихся кадров здравоохранения;
- разработка и оптимизация программ подготовки, поддержания и развития компетентности персонала здравоохранения и преподавателей;
- оптимизация сети учебных заведений и использование международных учебных ресурсов.

Глава 24

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ РФ И КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО СЕКТОРА

Нормативно-правовая база обращения лекарственных средств

Одной из важнейших проблем здравоохранения является удовлетворение потребностей населения в современных, высокоэффективных лекарственных препаратах и изделиях медицинского назначения.

Внедрение рыночных отношений в экономику страны обусловило существенное реформирование фармацевтического сектора. В 2000 г. на территории России функционировало около 600 предприятий, имеющих лицензию на производство лекарственных средств, и лишь 52 из них имели государственную форму собственности, а остальные являлись коммерческими организациями с различной организационно-правовой формой.

К сожалению, большинство отечественных предприятий характеризуются относительно небольшой мощностью, высокими издержками производства, низким уровнем производительности труда и маркетинга, устаревшей номенклатурой продукции. По этим причинам значительная часть отечественных лекарственных препаратов не может конкурировать с современными зарубежными аналогами.

Серьезной проблемой отечественного фармацевтического производства является и то, что в конце XX в. были закрыты многие предприятия, производившие субстанции для лекарственных средств, что привело к усилению зависимости отечественных предприятий от поставок фармацевтических субстанций из-за рубежа.

Следует отметить и еще одну проблему. В зарубежных странах важнейшим элементом контрольно-разрешительной системы в фармации являются «Правила организации производства и контроля качества лекарственных средств» (GMP). Разработанный в России на их основе стандарт отрасли ОСТ 42-510-98 был введен приказом МЗ РФ в 1999 г., однако значительная часть предприятий требованиям данного стандарта не соответствует.

Не менее важной проблемой в настоящее время является снижение доступности лекарственных средств для значительной части населения в связи с многократным увеличением цен, что обусловлено не только коммерциализацией фармацевтических предприятий и аптечных орга-

низаций, но и наличием сети организаций-посредников. Решение этой проблемы осуществляется по нескольким направлениям, среди которых в первую очередь необходимо отметить создание системы тендерных закупок лекарственных средств. Кроме того, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 29.03.99 г. №347 и Приказом МЗ РФ от 26.01.2000 №30, Департаменту государственного контроля качества, эффективности, безопасности лекарственных средств и медицинской техники предписывается обеспечить процедуру государственной регистрации отпускных цен производителей на лекарственные средства, включенные в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств». Большое значение для улучшения лекарственной помощи населению имеет и совершенствование законодательной базы, регламентирующей производство лекарственных средств и лекарственное обеспечение населения.

В современных условиях основными концептуальными направлениями совершенствования лекарственного обеспечения населения Российской Федерации являются:

– создание оптимальных моделей ценообразования и закупок эффективных и безопасных лекарственных средств;
– разработка стратегии, направленной на обеспечение рационального использования лекарственных средств врачами и пациентами;
– содействие развитию отечественного производства фармацевтических препаратов;
– обеспечение контроля за качеством, безопасностью и эффективностью отечественных и импортных лекарственных средств;
– стимулирование иностранных инвестиций в российский фармацевтический сектор.

Основополагающим документом в сфере обращения лекарственных средств является Федеральный закон «О лекарственных средствах» (от 22.06.98 г.), основной целью которого является регулирование отношений, возникающих в связи с разработкой, производством, изготовлением, доклиническими и клиническими исследованиями лекарственных средств, контролем их качества, эффективности, безопасности, торговлей лекарственными средствами. Закон включает 13 глав и 47 статей.

Государственное регулирование отношений, возникающих в среде обращения лекарственных средств, осуществляется путем:

1) государственной регистрации лекарственных средств;

2) лицензирования деятельности в сфере обращения лекарственных средств;

3) адаптации и сертификации специалистов, занятых в сфере обращения лекарственных средств;

4) государственного контроля производства, изготовления, качества, эффективности, безопасности лекарственных средств.

Государственной регистрации подлежат:

1) новые лекарственные средства;

2) новые комбинации зарегистрированных ранее лекарственных средств;

3) лекарственные средства, зарегистрированные ранее, но произведенные в других лекарственных формах, с новой дозировкой или другим составом вспомогательных веществ;

4) воспроизведенные лекарственные средства (лекарственные средства, поступившие в обращение после истечения срока действия исключительных патентных прав на оригинальные лекарственные средства, поступившие в обращение с зарегистрированными собственными названиями).

Государственную регистрацию лекарственных средств проводит федеральный орган контроля качества лекарственных средств в срок, не превышающий шесть месяцев со дня подачи заявления о государственной регистрации лекарственных средств.

В Российской Федерации должны быть зарегистрированы и ввозимые лекарственные средства.

Все лекарственные средства, произведенные на территории Российской Федерации и ввозимые на ее территорию, подлежат государственному контролю.

В соответствии с федеральными законами «О лекарственных средствах» и «О лицензировании» лицензированию в Российской Федерации подлежат:

- производство лекарственных средств (лицензия выдается предприятию-производителю федеральным органом исполнительной власти, в компетенцию которого входит данный вид лицензирования);
- внешнеторговая деятельность с лекарственными средствами (за исключением ввоза лекарственных средств, предназначенных для использования физическими лицами, прибывающими на территорию РФ, работниками дипломатического корпуса или представителями международных организаций, аккредитованных в РФ, лечения пассажиров транспортного средства, прибывающего в Россию);
- оптовая торговля лекарственными средствами (лицензия выдается федеральным органом исполнительной власти или органом исполнительной власти субъекта РФ);
- фармацевтическая деятельность аптечных учреждений (лицензия выдается органом исполнительной власти субъекта РФ; в Санкт-Петербурге – Лицензионной палатой);
- проведение клинических исследований лекарственных средств (лицензия выдается федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения).

На основании Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью лекарственная помощь оказывается бесплатно в стационарах как

финансируемых за счет бюджета, так и за счет средств ОМС в рамках Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.

При амбулаторном лечении бесплатное или льготное лекарственное обеспечение охватывает только группы населения и пациентов с заболеваниями, определенными постановлением Правительства РФ. В соответствии с Приказом МЗ РФ от 26.01.2000 г. №30 нормативные документы (формуляры), регулирующие лекарственное обеспечение медицинских учреждений и льготных категорий населения, действующие в субъектах РФ, должны включать ассортимент лекарственных средств не менее Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.

В настоящее время действует Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утвержденный Приказом МЗ РФ от 26.01.2000 г. №30. Перечень включает 344 лекарственных средства. В Перечне указывают международное название лекарственного средства или комплексный препарат, а также лекарственные формы.

Основным гарантом высокого качества производства, эффективности и безопасности применения лекарственных средств является стандартизация лекарственного обеспечения. К документам в области стандартизации лекарственного обеспечения прежде всего относится Государственная фармакопея, включающая общие фармацевтические статьи и фармакопейную статью на лекарственное средство.

Одним из основных способов упорядочения лекарственного обеспечения является внедрение ограничительных лекарственных формуляров, обязательных для применения в лечебно-профилактических учреждениях.

Лекарственный формуляр представляет собой утвержденный список основных лекарственных средств, отобранных уполномоченными экспертами на основе результатов клинического и фармакоэкономического анализа. Использование формулярных списков лекарственных средств, составленных в рамках ограниченного определенными требованиями ассортимента, позволяет в значительной мере совершенствовать систему лекарственного обеспечения медицинских учреждений, в том числе и за счет проведения конкурсного отбора поставщиков и закупок лекарственных средств по конкурентоспособным ценам.

Важным этапом создания лекарственных формуляров является отбор лекарственных препаратов. Для проведения научно обоснованного отбора лекарственных средств, подлежащих включению в формуляр, систематизации и выделения объемов приоритетных затрат целесообразно использовать методы ABC- и VEN- анализа. ABC-анализ позволяет получить объективную картину расходования финансовых средств лечебно-профилактического учреждения, а VEN-анализ позволяет устанавливать приоритеты отбора лекарственных препаратов в соответствии с их делением на жизненно важные (vital), необходимые (essential) и второстепенные (non-essential).

Основой АВС-анализа является классификация всех лекарственных средств по их годовому потреблению, стоимость одной лекарственной единицы умножается на объем годового потребления. Классификация производится следующим образом:

- препараты класса А, составляющие 10–20% лекарственных наименований, на которые было потрачено 70–80% всех средств, выделенных на приобретение лекарств;
- препараты класса В, составляющие 20–25% всех препаратов, на которые было израсходовано 15–20% бюджета на лекарственные средства;
- препараты класса С, составляющие 60–80% лекарственных средств, на которые было израсходовано 5–10% статьи бюджета на лекарственные средства.

АВС-анализ используется для того, чтобы при принятии решения об отборе и закупках лекарственных средств препараты группы А пользовались приоритетом.

При проведении VEN-анализа, как уже отмечалось, все лекарственные средства делятся на три группы:

- жизненно важные лекарственные средства (vital): препараты, которые потенциально призваны спасать жизнь или при прекращении приема которых возможны серьезные побочные эффекты отмены, и поэтому их регулярный прием жизненно необходим;
- необходимые (основные) лекарственные средства (essential): препараты, которые являются эффективными при лечении менее серьезных заболеваний;
- второстепенные лекарства (non-essential): препараты для легких или самостоятельно проходящих заболеваний, лекарства сомнительной эффективности и медикаменты, требующие больших затрат, при этом дающие весьма спорный терапевтический эффект.

Основной целью сочетания двух описанных методов является исключение или значительное сокращение второстепенных препаратов из групп «А» и «В».

Наряду с АВС-анализом и VEN-анализом в фармакоэкономике широко используется и частотный анализ, представляющий собой ретроспективную оценку частоты применения того или иного лекарственного средства и определение препаратов, на которые уходит основная доля расходов.

С 1997 г. в штатное расписание крупных ЛПУ введены штатные должности врачей – клинических фармакологов.

Врач – клинический фармаколог осуществляет следующие функции:

1. Консультация больных с целью рационализации проводимой им фармакотерапии с учетом тяжести течения заболевания, состояния функциональных систем, генетических и возрастных особенностей, данных лекарственного фармакокинетического мониторинга.

2. Участие в курации больных, у которых диагностированы неблагоприятные побочные реакции лекарственных препаратов или отмечена резистентность к проводимой фармакотерапии.

3. Участие в назначении лекарственных средств в случаях, установленных действующими нормативными правовыми актами, а также:

– при назначении антиконвульсантов, препаратов железа для внутривенного введения, назначении антибиотиков II ряда (резерва), комбинаций лекарственных средств, усиливающих частоту нежелательных явлений;
– при заболеваниях, протекающих с нарушением функции почек, печени и др., изменяющих фармакокинетику лекарственных средств;
– при наличии фармакогенетических особенностей у пациента.

4. Участие в консилиумах при разборе тяжелых больных. Экспертная оценка качества фармакотерапии, проведенная после консультации больного или участия в консилиуме, должна быть отражена в протоколе консультации (приложение №4 к Приказу МЗ РФ от 22.10.03 г. №494 «О совершенствовании деятельности врачей – клинических фармакологов»).

5. Контроль своевременности проведения фармакокинетического лекарственного мониторинга лекарственных средств с узким терапевтическим индексом (стрептомицин, гентамицин, тобрамицин, сизомицин, амикацин, ванкомицин, левомицетин (у недоношенных новорожденных), амфотерицин В, дигоксин (при необходимости), хинидин, новокаинамид, пропафенон, прокаинамид (у лиц с повышенным ацетилированием и при нарушении функции почек), фенобарбитал, карбамазепин, вальпроевая кислота, метотрексат, фуросемид (у недоношенных новорожденных).

6. Организация работы комиссии по составлению лекарственного формуляра и формулярного перечня медицинского учреждения, участие в формировании протоколов ведения и стандартов лечения больных.

7. Разработка программы оценки использования лекарственных средств и контроль за ее исполнением.

8. Участие в работе врачебной комиссии (ВК).

9. Участие в ведомственной экспертизе качества проведенной фармакотерапии (помимо текущего участия в рационализации фармакотерапии и контроля в случаях, оговоренных выше, ретроспективный анализ не менее 5% историй болезни и амбулаторных карт всех пролеченных больных). Экспертная оценка качества фармакотерапии должна быть отражена в карте экспертной оценки лекарственной терапии (приложение №4 к Приказу МЗ РФ №494). Результаты проведенной экспертизы, а также отсутствие информирования о случаях возникновения неблагоприятных побочных реакций должны быть учтены при внутри- и вневедомственной экспертизе уровня качества лечения.

10. С целью рационализации использования выделяемых финансовых средств:
- организация и участие в проведении клинико-экономического анализа применения лекарственных средств согласно установленным требованиям;
- проведение 1 раз в год ABC/VEN-анализа и доведение его результатов до сведения руководства лечебно-профилактического учреждения для принятия решения.

11. Организация в лечебно-профилактическом учреждении здравоохранения системы информации по выбору лекарственных средств, режиму их дозирования, взаимодействию, прогнозируемым побочным эффектам, доведение информации до медицинского персонала и пациентов о терапевтической и экономической целесообразности различной лекарственной терапии.

12. Организация конференций по вопросам применения лекарственных средств, их побочным эффектам и лекарственному взаимодействию, включая организацию образовательных программ и школ для пациентов.

13. Организация регистрации неблагоприятных побочных реакций и проведение анализа возникших побочных эффектов лекарственных средств, а также осуществление контроля за своевременным информированием в установленном порядке центров по регистрации неблагоприятных побочных реакций о зарегистрированных побочных эффектах лекарственных средств.

14. Организация разборов сложных случаев и ошибок по применению лекарственных средств.

15. Составление ежегодных отчетов о проведенной работе по утвержденной форме (приложение №3 к Приказу МЗ РФ №494) и передача их руководителю учреждения.

Порядок льготного и бесплатного обеспечения населения РФ при амбулаторном лечении

В соответствии с действующим законодательством право на бесплатное получение лекарственных средств и изделий медицинского назначения по рецептам врачей имеют следующие группы населения:

1. Участники Гражданской и Великой Отечественной войн (все лекарственные средства, минеральные воды, за исключением стеклянной тары, медицинские пиявки, телескопические очки, моче- и калоприемники, лечебные пояса, магнитофорные аппликаторы, противоболевые стимуляторы, эластичные бинты и чулки, перевязочные материалы для хирургических больных, лекарственные растительные средства, очки для коррекции зрения лицам, имевшим ранения, связанные с повреждением орбиты глаза и прилегающей к ней области,

бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов, за исключением протезов из драгоценных металлов).

2. Родители и жены военнослужащих, погибших вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при защите страны или при исполнении иных обязанностей военной службы либо вследствие заболевания, связанного с пребыванием на фронте (все лекарственные средства).

3. Лица, работавшие на предприятиях, в учреждениях и организациях г. Ленинграда в период блокады с 8.09.41 г. по 27.01.44 г. и награжденные медалью «За оборону Ленинграда», и лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» (все лекарственные средства, бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов, за исключением протезов из драгоценных металлов).

4. Герои Советского Союза, Герои Российской Федерации, полные кавалеры ордена Славы (все лекарственные средства).

5. Бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны (все лекарственные средства).

6. Ветераны боевых действий на территориях других государств (все лекарственные средства, бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов, за исключением протезов из драгоценных металлов).

7. Дети первых трех лет жизни, а также дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет (все лекарственные средства).

8. Инвалиды I группы, неработающие инвалиды II группы, дети-инвалиды в возрасте до 16 лет (все лекарственные средства, средства медицинской реабилитации, моче- и калоприемники и перевязочные средства по медицинским показаниям).

9. Граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы, а также лица, получившие или перенесшие лучевую болезнь или ставшие инвалидами вследствие радиационных аварий и их последствий на других (кроме Чернобыльской АЭС) атомных объектах гражданского или военного назначения (все лекарственные средства, бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов, за исключением протезов из драгоценных металлов).

10. Малочисленные народы Севера, проживающие в сельской местности районов Крайнего Севера и приравненных к ним территориях (все лекарственные средства).

11. Отдельные группы населения, страдающие гельминтозами (противоглистные лекарственные препараты).

Кроме того, лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врача бесплатно пациентам, страдающим некоторыми заболеваниями.

I. Лекарственные средства для лечения только данного заболевания отпускаются по рецептам врача бесплатно больным:
- детским церебральным параличом;
- лучевой болезнью;

– системными хроническими заболеваниями кожи;
– бронхиальной астмой;
– инфарктом миокарда (первые шесть месяцев);
– миопатиями;
– мозжечковой атаксией Мари.

II. Бесплатно отпускаются по рецептам врача все лекарственные средства больным:
– СПИД и ВИЧ-инфицированным;
– онкологическими заболеваниями (инкурабельным больным бесплатно и перевязочные средства);
– лепрой;
– диабетом (все лекарственные средства, этиловый спирт по 100 г в месяц, инсулиновые шприцы и иглы, средства диагностики);
– психическими заболеваниями (инвалидам I и II групп, а также больным, работающим в лечебно-производственных предприятиях);
– шизофренией и эпилепсией.

III. По рецептам врача бесплатно отпускаются некоторые лекарственные препараты больным:
– гепатоцеребральной дистрофией и фенилкетонурией (белковые гидролизаты, ферменты, психостимуляторы, витамины, безбелковые продукты питания);
– муковисцидозом – больным детям (ферменты);
– острой перемежающейся порфирией (анальгетики, β-блокаторы, фосфаден, рибоксин, андрогены, аденил);
– гематологическими заболеваниями, гемобластозами, цитопенией, наследственными гемопатиями (цитостатики, иммунодепрессанты, иммунокорректоры, стероидные и нестероидные гормоны, антибиотики и другие препараты для лечения данных заболеваний и коррекции осложнений их лечения);
– туберкулезом (противотуберкулезные препараты, гепатопротекторы);
– тяжелой формой бруцеллеза (антибиотики, анальгетики, нестероидные и стероидные противовоспалительные препараты);
– ревматизмом, ревматоидным артритом, системной красной волчанкой, болезнью Бехтерева (стероидные гормоны, цитостатики, препараты коллоидного золота, противовоспалительные нестероидные препараты, антибиотики, антигистаминные препараты, сердечные гликозиды, коронаролитики, мочегонные, антагонисты кальция, препараты калия, хондропротекторы);
– после операции по протезированию клапанов сердца (антикоагулянты);
– при пересадке органов и тканей (иммунодепрессанты, цитостатики, стероидные гормоны, противогрибковые, противогерпетические и противовирусные препараты, антибиотики, уросептики,

антикоагулянты, дезагреганты, коронаролитики, антагонисты кальция, препараты калия, гипотензивные препараты, спазмолитики, диуретики, гепатопротекторы, ферменты поджелудочной железы);
- гипофизарным нанизмом (анаболические стероиды, соматотропный гормон, половые гормоны, инсулин, тиреоидные препараты, поливитамины);
- с преждевременным половым развитием (стероидные гормоны, парлодел, андрокур);
- рассеянным склерозом, миастенией (антихолинэстеразные лекарственные средства, стероидные гормоны);
- болезнью Паркинсона (противопаркинсонические лекарственные средства);
- с хроническими урологическими заболеваниями (катетеры Пеццера);
- сифилисом (антибиотики, препараты висмута);
- глаукомой, катарактой (антихолинэстеразные, холиномиметические, дегидратационные, мочегонные средства);
- аддисоновой болезнью (гормоны коры надпочечников, минерало- и глюкокортикоиды).

Право на получение лекарственных препаратов по рецептам врача с 50% скидкой при амбулаторном лечении имеют следующие категории населения:
- пенсионеры, получающие пенсию по старости, инвалидности или по случаю потери кормильца в минимальных размерах;
- работающие инвалиды II группы;
- инвалиды III группы, признанные в установленном порядке безработными (кроме лекарственных средств имеют право на приобретение с 50% скидкой моче- и калоприемников и перевязочных средств по медицинским показаниям);
- граждане (в том числе временно направленные и командированные, включая военнослужащих и военнообязанных), принимавшие в 1988–1990 гг. участие в работах по ликвидации последствий чернобыльской катастрофы в пределах зоны отчуждения или занятые в этот период на эксплуатации или других работах на Чернобыльской АЭС;
- лица, подвергшиеся политическим репрессиям в виде лишения свободы, ссылки, высылки, направленные на спецпоселения, привлеченные к принудительному труду в условиях ограничения свободы; лица, признанные пострадавшими от политических репрессий, включая граждан из числа репрессированных на территории РФ по признакам национальной и иной принадлежности*;

* Имеют льготы при условии, если они имеют инвалидность или являются пенсионерами и постоянно проживают на территории РФ.

– военнослужащие, в том числе уволенные в запас (отставку), проходившие военную службу в период с 22.06.41 г. по 03.09.45 г. в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, и награжденные медалью «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» или медалью «За победу над Японией»*;
– лица, работавшие в годы Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, строительстве оборонительных сооружений, морских баз, аэродромов и других военных объектах в пределах тыловых границ действующих фронтов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог; члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств; лица, привлекавшиеся к сбору боеприпасов и военной техники, разминированию объектов и территорий;
– лица, проработавшие в тылу в период с 22.06.41 г. по 9.05.45 г. не менее шести месяцев, исключая период работы на временно оккупированных территориях СССР, либо проработавшие менее шести месяцев и награжденные орденами и медалями СССР за самоотверженный труд в годы Великой Отечественной войны**.

Порядок выписывания рецептов на лекарственные средства на льготных условиях

В соответствии с Приказом МЗ РФ от 23.08.99 №328 рецепты на лекарства для получения в аптеках бесплатно или с 50% скидкой от их стоимости имеют право выписывать лечащие врачи государственных или муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений.

Выписывание льготных рецептов врачами стационаров, а также врачами поликлиник в период нахождения больных в стационаре не допускается.

Частнопрактикующим врачам запрещается выписывать рецепты на получение лекарственных средств на льготных условиях, за исключением тех случаев, когда частнопрактикующие врачи работают по договору с территориальным органом управления здравоохранением или фондом ОМС и оказывают медицинскую помощь льготным категориям граждан в рамках Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

Право выписывать рецепты для получения в аптеке лекарственных средств имеют также:
– в пределах своей компетенции врачи, работающие в поликлинике по совместительству;

* В годы Великой Отечественной войны.
** Имеют право также на бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (за исключением протезов из драгоценных металлов).

– врачи ведомственных поликлиник федерального (субъекта Федерации) подчинения категориям граждан, имеющим льготный статус по профессиональному признаку*, расходы на бесплатное лекарственное обеспечение которых покрываются за счет средств федерального бюджета, и иным категориям граждан, расходы на бесплатное лекарственное обеспечение которых покрываются за счет средств бюджетов различных уровней и ОМС – по согласованию и в порядке, определяемом органами исполнительной власти субъекта РФ; если в бюджетах соответствующих министерств и ведомств не выделены финансовые средства на эти цели.

В особых случаях (при отсутствии врача в ЛПУ, расположенном в сельской местности) по решению органа управления здравоохранением субъекта РФ рецепты для получения в аптеке лекарственных средств на льготных условиях могут быть выписаны самостоятельно ведущим прием фельдшером, акушеркой, а в отдельных случаях – зубным врачом.

Льготные рецепты на лекарственные средства выписываются лечащим врачом поликлиники самостоятельно в соответствии со стандартами и в рамках территориального формуляра, за исключением случаев выписывания рецептов по решению ВК или на основании рекомендации врача-специалиста.

По решению ВК выписывание льготных рецептов осуществляется лечащим врачом поликлиники:

– на дорогостоящие лекарственные препараты, стоимость которых (на курс лечения в случаях острых заболеваний или на один месяц лечения хронических заболеваний при необходимости проведения постоянной/длительной поддерживающей терапии) превосходит четыре минимальных размера оплаты труда (МРОТ);
– на психотропные, сильнодействующие и ядовитые вещества, анаболические гормоны;
– на наркотические средства больным, не страдающим онкологическими/гематологическими заболеваниями;
– на лекарственные средства одному больному одномоментно в количестве пяти и более или свыше десяти в течение одного месяца;
– на лекарственные препараты согласно формулярам аналоговой замены в случаях нетипичного течения болезни при наличии осложнений основного заболевания или сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных средств, а также при непереносимости или отсутствии в аптеке лекарственных средств, входящих в территориальный формуляр.

* Военнослужащие и ветераны военной службы, судьи, в том числе вышедшие в отставку, и члены их семей, работники органов и учреждений прокуратуры, в том числе вышедшие на пенсию, и члены их семей, сотрудники органов внутренних дел, налоговой полиции и др.

Выписывание льготных рецептов лечащим врачом поликлиники на основании рекомендации врача-специалиста осуществляется:

- на наркотические средства и противоопухолевые препараты онкологическим/гематологическим больным (по рекомендации онколога и (или) гематолога);
- на иммуномодуляторы (после проведения лучевой и (или) химиотерапии, пересадки костного мозга (по рекомендации онколога и (или) гематолога); больным СПИД или другими тяжелыми нарушениями иммунитета (по рекомендации иммунолога), после пересадки органов и тканей (по рекомендации трансплантолога);
- на противотуберкулезные препараты (по рекомендации фтизиатра);
- на противодиабетические (больным сахарным диабетом) и прочие лекарственные средства, влияющие на эндокринную систему (по рекомендации эндокринолога).

При отсутствии указанных специалистов выписывание льготных рецептов в этих случаях производится лечащим врачом по решению ВК поликлиники.

Для получения в аптеке лекарственных средств без оплаты или с 50% скидкой предназначены бланки рецепта ф. №148-1/у-88. Причем для льготного или бесплатного отпуска лекарственных средств рецепт оформляется в 2 экземплярах. На рецепте указывается номер телефона, по которому работник аптеки может согласовать с лечащим врачом (ВК поликлиники) синонимическую замену лекарственного препарата, стоимость которого более чем на 30% превышает стоимость выписанного лекарственного препарата в случае его отсутствия в аптеке.

На одном бланке ф. №148-1/у-88 разрешается выписывать одно наименование лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету.

При заполнении бланка необходимо подчеркнуть форму оплаты (бесплатно или с 50% скидкой).

Наркотические средства и психотропные вещества списка II выписываются по льготным категориям граждан на специальных рецептурных бланках на наркотическое средство, имеющих штамп ЛПУ, серийный номер и степени защиты, дополнительно к специальному бланку выписывается рецепт ф. №148-1/у-88. Наркотические средства выписываются льготным контингентам при наличии прикрепления к аптеке письменным распоряжением руководителя ЛПУ, обновляемым ежемесячно.

Приказом МЗ РФ №328 от 23.08.99 г. установлен срок действия льготного рецепта – до 1 мес., за исключением рецептов на наркотические средства и психотропные вещества списка II (5 дней), на содержащие психотропные средства списка III, сильнодействующие, ядовитые вещества, лекарственные средства: апоморфина гидрохлорид, атропина сульфат, гоматропина гидробромин, дикаин, серебра нитрат, пахикарпина гидройодид, анаболические гормоны (10 дней).

Назначение лекарственных препаратов для льготного отпуска отражается в медицинской карте амбулаторного больного с указанием номера рецепта, наименования препарата, разовой дозы, способа и кратности введения, количества лекарственного средства.

Порядок приобретения лекарственных средств за счет собственных средств граждан

В настоящее время большинство граждан РФ при амбулаторном лечении должны приобретать лекарственные препараты за счет собственных средств как при рецептурном, так и при безрецептурном их отпуске. Перечень лекарственных средств, подлежащих безрецептурному отпуску, определяется соответствующим приказом МЗ РФ*.

Назначение лекарственных средств при амбулаторном и стационарном лечении в лечебно-профилактическом учреждении (медицинской организации), независимо от организационно-правовой формы, производится врачом, непосредственно осуществляющим ведение больного (далее лечащий врач), в том числе частнопрактикующим, имеющим лицензию на медицинскую деятельность, выданную в установленном порядке.

При оказании скорой и неотложной медицинской помощи лекарственные средства назначаются врачом выездной бригады скорой медицинской помощи или врачом отделения неотложной помощи (помощи на дому) амбулаторно-поликлинического учреждения.

Лекарственные средства могут быть назначены специалистом со средним медицинским образованием (зубным врачом, фельдшером, акушеркой) в соответствии со ст. 54 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и в порядке, определенном инструкцией (утверждена Приказом МЗ РФ от 23.08.99 г. №328).

Во время нахождения больного на стационарном лечении назначение лекарственных средств, в том числе рекомендованных врачами-консультантами, производится единолично лечащим врачом, за исключением случаев, требующих согласования.

Согласование с заведующим отделением, а в экстренных случаях – с ответственным дежурным врачом или другим лицом, уполномоченным приказом главного врача лечебно-профилактического учреждения, а также с клиническим фармакологом необходимо в случаях:

1) одномоментного назначения пяти и более лекарственных препаратов одному больному;

2) назначения наркотических средств, психотропных, сильнодействующих и ядовитых веществ, анаболических гормонов, а также дорогостоящих лекарственных средств, стоимость которых на 1 курс лечения превышает четыре минимальных размера оплаты труда;

* Приказ МЗ РФ от 19.07.96 г. №287 «О перечне лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача».

3) назначения лекарственных препаратов согласно аналоговым формулярам в связи с отсутствием в лечебно-профилактическом учреждении лекарственных средств, входящих в территориальный формуляр;

4) назначения лекарственных средств сверх территориального формуляра при нетипичном течении болезни, наличии осложнений основного заболевания и (или) сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных средств, а также при непереносимости лекарственных средств, входящих в территориальный формуляр.

Назначение лекарственных средств в этих случаях фиксируется в медицинских документах больного и заверяется подписью лечащего врача (дежурного врача) и заведующего отделением (ответственного дежурного врача или другого уполномоченного лица).

Послеоперационным больным, а также при оказании экстренной медицинской помощи больным с болевым и иным шоком (кардиогенным, гемотрансфузионным и др.), анурией и другими остро развившимися состояниями назначение лекарственных средств в случаях, указанных в пп. а–г, осуществляется врачом единолично. Обоснованность назначения лекарственных средств в этих случаях подтверждается ответственным дежурным врачом или другим уполномоченным лицом в медицинских документах больного и заверяется его подписью в срок не позднее 1 сут.

В лечебно-профилактических учреждениях, в которых работает один врач (участковая больница, родильный дом, расположенные в сельской местности, и др.), назначение лекарственных средств в случаях, указанных в пп. а–г, осуществляется врачом единолично, фиксируется в медицинских документах больного. При этом текущий и плановый контроль за обоснованностью фармакотерапии производится соответствующим органом управления здравоохранением в порядке, установленном Минздравсоцразвития России и иными нормативными актами по здравоохранению субъекта Российской Федерации.

Назначение нижеперечисленных специальных лекарственных препаратов больному, находящемуся в неспециализированном стационаре/отделении, а также амбулаторным больным осуществляется только лечащим врачом по согласованию с врачом-специалистом, а при отсутствии последних – по решению ВК, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.

Назначение нижеперечисленных специальных лекарственных препаратов больному, находящемуся в неспециализированном стационаре/отделении, а также амбулаторным больным осуществляется только лечащим врачом по согласованию с врачом-специалистом, а при отсутствии последних – по решению ВК, о чем делается соответствующая запись в истории болезни:

– иммунодепрессантов – гематологом и (или) онкологом (после пересадки костного мозга); трансплантологом (после пересадки органов и тканей); ревматологом и иными специалистами;

– иммуностимуляторов – иммунологом (больным СПИД или другими тяжелыми нарушениями иммунитета);
– противоопухолевых – гематологом и (или) онкологом;
– противотуберкулезных – фтизиатром;
– противодиабетических (больным сахарным диабетом) и прочих лекарственных средств, влияющих на эндокринную систему, – эндокринологом, за исключением случаев:

а) одномоментного внутривенного или внутриартериального введения лекарственных средств, содержащих более 10 г глюкозы в пересчете на чистую глюкозу, когда назначение инсулина производится по согласованию с заведующим отделением, врачом отделения интенсивной терапии или реаниматологом, в экстренных случаях – ответственным дежурным;

б) назначения кортикостероидов больным с острой сосудистой/сердечно-сосудистой недостаточностью различного генеза, если доза вводимого препарата не превышает курсовую терапевтическую дозу.

Назначение кортикостероидов, входящих в традиционные схемы химиотерапевтического лечения онкологических/гематологических больных, больных, страдающих ревматологическими заболеваниями и т.п., осуществляется по согласованию с соответствующим врачом-специалистом.

Запрещается выписывать рецепты:
– на лекарственные средства, не разрешенные к медицинскому применению Минздравсоцразвития России;
– при отсутствии медицинских показаний;
– на лекарственные средства, используемые только в лечебно-профилактических учреждениях (эфир наркозный, хлорэтил, фентанил, сомбревин, калипсол, фторотан, кетамин и др.);
– на наркотические средства и психотропные вещества списка II Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (далее – наркотические средства и психотропные вещества списка II);
– для больных наркоманией,
– частнопрактикующими врачами.

Назначение лекарственных средств, разрешенных к применению в России, за исключением наркотических и психотропных веществ списка II, а также за исключением выписывания рецептов по льготной стоимости или бесплатно (при отсутствии договора на оказание медицинской помощи по программе государственных гарантий) может осуществляться и частнопрактикующими врачами.

На рецептурных бланках частнопрактикующих врачей в верхнем левом углу типографским шрифтом или штампом должны быть указаны их адрес, номер лицензии, дата ее выдачи, срок действия и наименование организации, выдавшей ее.

В настоящее время используются три вида рецептурных бланков:
– специальные бланки на наркотические лекарственные средства;
– рецепты ф. №148-1/у-88 – для выписывания психотропных веществ списка III, лекарственных средств, входящих в списки сильнодействующих, ядовитых веществ ПККН* (апоморфина гидрохлорида, атропина сульфата, гомеатропина гидробромида, серебра нитрат, дикаина, пахикарпина гидройодида, анаболических гормонов), а также для льготного и бесплатного отпуска лекарств;
– рецепты ф. №107/у для выписывания остальных лекарственных средств.

Необходимо отметить, что в соответствии с действующим законодательством в аптеках и лечебно-профилактических учреждениях предметно-количественному учету подлежат:

1. Наркотические лекарственные средства и психотропные вещества.
2. Лекарственные средства, входящие в список I «Сильнодействующие вещества».
3. Лекарственные средства, входящие в список II «Ядовитые вещества».
4. Апоморфин гидрохлорид, атропина сульфат, гоматропина гидрохлорид, пахикарпина гидройодид (списки А и Б).
5. Этиловый спирт.

Правовые основы оборота наркотических средств и психотропных веществ

Правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности устанавливаются Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах» (№3-ФЗ от 08.01.98г.).

Лица, признанные виновными в совершении преступлений в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ, подлежат наказанию в соответствии с Уголовным кодексом Российской Федерации.

В соответствии со ст. 2 ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры включаются в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, и в зависимости от применяемых государством мер контроля вносятся в следующие списки:
– список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен в соответствии

* ПККН – постоянный комитет по контролю за наркотиками.

с законодательством РФ и договорами Российской Федерации (список I);
- список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством и международными договорами Российской Федерации (список II);
- список психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии с законодательством и международными договорами Российской Федерации (список III);
- список прекурсоров, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством и международными договорами Российской Федерации (список IV).

Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержден Постановлением Правительства РФ от 30.06.98 г. №681.

Допуск лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами осуществляется руководителями организаций (учреждений, предприятий) или лицами, их замещающими, при этом в трудовой договор (контракт) включаются взаимные обязательства администрации и лица, связанного с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

К работе с наркотическими средствами и психотропными веществами не допускаются лица:
- не достигшие 18-летнего возраста;
- имеющие непогашенную или неснятую судимость за преступление средней тяжести либо преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических и психотропных веществ;
- которым предъявлено обвинение в совершении преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ;
- больные наркоманией, токсикоманией и хроническим алкоголизмом, признанные в установленном порядке непригодными к выполнению работ, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

С целью получения этих сведений руководитель организации направляет соответствующие запросы в органы внутренних дел по месту нахождения данной организации с приложением анкеты лица, оформляемого на работу с наркотическими средствами и психотропными веществами, и в учреждение здравоохранения по месту жительства этого лица.

На основании полученных сведений работником, ведущим кадровую работу в организации, составляется письменное заключение о

возможности допуска лица к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, которое утверждается руководителями организации. До утверждения этого документа подписание трудового договора (контракта) не допускается.

Учет, хранение, выписывание и использование наркотических средств и психотропных веществ в стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях

В каждом лечебно-профилактическом учреждении создается постоянно действующая комиссия, уполномоченная приказом руководителя учреждения проводить не реже одного раза в месяц проверку целесообразности назначения лечащими врачами наркотических лекарственных средств, а также состояния хранения, учета и расходования наркотических лекарственных средств и специальных рецептурных бланков.

Для обеспечения лечебно-диагностического процесса лечебно-профилактические учреждения получают лекарственные средства из аптечного учреждения (организации) согласно требованиям.

Требования на наркотические средства, психотропные вещества и лекарственные средства, содержащие эти группы препаратов, с указанием концентрации выписываются на отдельных бланках требований для каждой группы препаратов со штампом, круглой печатью ЛПУ и подписью руководителя учреждения или его заместителя по медицинской части. Лечебно-профилактические учреждения при составлении заявок на наркотические средства должны руководствоваться расчетными нормативами, утвержденными ПККН.

Требования на лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету, в том числе наркотические средства и психотропные средства, выписываются в 5 экземплярах (из них 2 экземпляра остаются в ЛПУ, 3 экземпляра – в аптеке).

В лечебно-профилактических учреждениях, не имеющих аптек, наркотические средства и психотропные вещества выписывает главная (старшая) медсестра по отдельным требованиям, утвержденным руководителем ЛПУ, получает их из аптеки и выдает в отделения (кабинеты).

На аптеки ЛПУ распространяются правила хранения, учета и отпуска наркотических лекарственных средств, предусмотренных для аптечных учреждений (организаций).

ЛПУ, не имеющие своих аптек, должны получать наркотические лекарственные средства только в виде готовых лекарственных форм, изготовленных промышленностью или аптекой.

Лекарства, содержащие наркотические лекарственные средства, полученные из аптек, должны иметь на этикетке обозначения: «внутреннее», «наружное», «для инъекций», «глазные капли» и т.д., название или номер

аптеки, изготовившей лекарство, наименование отделения (кабинета), состав лекарства в соответствии с прописью, указанной в требовании ЛПУ, дату изготовления, номер анализа, срок годности и подпись лиц (изготовлявшего, проверявшего и отпустившего лекарство из аптеки).

При отсутствии на упаковках лекарств, содержащих наркотическое лекарственное средство, перечисленных обозначений хранение и применение их в ЛПУ не разрешается. Расфасовка, переливание и перекладывание в тару отделения (кабинета), а также замена этикеток категорически запрещается.

На этикетках всех лекарств, содержащих наркотические лекарственные средства, должен быть поставлен штамп черной тушью «яд».

Ответственными за хранение и выдачу наркотических лекарственных средств являются руководитель ЛПУ или его заместители, а также лица, уполномоченные на то приказом по учреждению.

В отделениях и кабинетах ЛПУ все наркотические лекарственные средства подлежат предметно-количественному учету. Учет осуществляется в отдельной книге, пронумерованной, прошнурованной, опломбированной и скрепленной подписью руководителя ЛПУ.

Учет психотропных веществ осуществляется по утвержденной форме для учета лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету.

Наркотические лекарственные средства должны храниться в закрытых, опечатанных и опломбированных сейфах. На внутренней стороне дверки сейфа должен находиться перечень наркотических лекарственных средств с указанием величин суточных и разовых доз.

Наркотические средства для парентерального, внутреннего и наружного применения должны храниться раздельно.

Запасы наркотических лекарственных средств в отделениях (кабинетах) определяются руководителями ЛПУ и не должны превышать 3-дневной потребности в них, а в аптеках ЛПУ – месячной потребности. Для оказания экстренной медицинской помощи в вечернее и ночное время по жизненным показаниям разрешается создавать в приемных отделениях стационаров пятидневный резерв наркотических лекарственных средств. Указанный резерв может быть использован по разрешению ответственного дежурного врача во всех подразделениях стационара*.

Пероральный прием наркотических лекарственных средств должен производиться только в присутствии медицинской сестры.

В местах хранения и на постах дежурных врачей и сестер должны быть таблицы разовых и суточных доз наркотических лекарственных средств, а также противоядий при отравлениях ими.

При стационарном лечении назначение наркотических средств и психотропных веществ осуществляется по согласованию с заведующим отделением, а в экстренных случаях – с ответственным дежурным врачом.

* Приказ МЗ РФ №330 от 12.11.97.

Инкурабельным онкологическим больным, находящимся в хосписе или больнице сестринского ухода, изменение дозы и (или) наименования наркотического средства может производиться медицинской сестрой, руководящей этим учреждением, по согласованию с врачом-онкологом. Все изменения фиксируются в медицинской документации больного и заверяются подписью этого врача в срок не позднее 5 дней с момента внесения изменений.

В особых случаях (проживание в сельской местности, где находится только участковая больница и (или) родильный дом, не имеющие врача) по решению органа управления здравоохранением Российской Федерации самостоятельно работающим фельдшеру или акушерке таких больничных учреждений предоставляется право назначения наркотических препаратов:

- онкологическим больным с выраженным болевым синдромом согласно рекомендациям специалиста-онколога;
- препараты кодеина больным с выраженным кашлевым синдромом – на срок не более 5 дней с последующей консультацией, в случае необходимости, у врача-специалиста;
- при оказании экстренной медицинской помощи находящимся в этих учреждениях больным (пациенткам родильных домов) в случаях возникновения болевого шока при травмах, инфарктах, осложнениях в родах и иных острых заболеваниях и состояниях.

Перечень таких учреждений и порядок назначения наркотических средств в этих случаях определяются органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Использованные ампулы из-под наркотических лекарственных средств лечащие или дежурные врачи обязаны сдавать в этот же день, за исключением выходных и праздничных дней, заместителю руководителя по лечебной части, а в ЛПУ, где эта должность отсутствует, – руководителю. Уничтожение использованных ампул производится комиссией под председательством руководителя учреждения с оформлением соответствующего акта.

При амбулаторном лечении в соответствии с «Инструкцией о порядке назначения лекарственных средств и выписывания рецептов на них», утвержденной Приказом Минздрава России от 23.08.99 г. №328, назначение наркотических средств производится лечащим врачом по решению ВК:

- онкологическим больным с выраженным болевым синдромом согласно рекомендации специалиста-онколога (при его отсутствии – на основании одного решения ВК);
- больным с выраженным болевым синдромом неопухолевого генеза;
- больным с выраженным кашлевым синдромом (препараты кодеина).

В особых случаях (проживание в сельской местности, где находятся только ЛПУ, не имеющие врача) по решению органа управления здра-

здравоохранением субъекта Российской Федерации самостоятельно ведущим амбулаторный прием фельдшеру или акушерке таких учреждений предоставляется право назначения наркотических препаратов:

- онкологическим больным с выраженным болевым синдромом согласно рекомендации онколога;
- больным с выраженным кашлевым синдромом – на срок не более 7 дней с последующим направлением, в случае необходимости, на консультацию к врачу-специалисту.

Назначение наркотических средств может также производиться врачом (фельдшером) выездной бригады скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи в случаях возникновения болевого синдрома при травмах, инфарктах и иных острых заболеваниях и состояниях.

Рецепты на наркотические средства и психотропные вещества списка II выписываются с учетом возможности получения по ним лекарственных средств только в течение ближайших 5 дней, на содержащие психотропные вещества списка III – в течение 10 дней с момента выписки.

Рецепты на производные барбитуровой кислоты, эфедрин, псевдоэфедрин в чистом виде и в смеси с другими лекарственными веществами для лечения больных с затяжными и хроническими заболеваниями могут выписываться на курс лечения до 1 мес. В этих случаях на рецептах должна быть надпись «по специальному назначению», скрепленная подписью врача и печатью ЛПУ «для рецептов».

Нормы выписывания и отпуска наркотических анальгетиков для инкурабельных онкологических/гематологических больных, которым требуются для обезболивания большие дозы лекарственных средств, а также в исключительных случаях: невозможности выписывания рецептов на другое наркотическое средство и (или) получения его аптечной организацией в течение ближайших 5 дней (праздничные дни и т.д.) – количество выписываемых в одном рецепте наркотических средств, сильнодействующих анальгетиков (буторфанол, трамадол и др.) и производных барбитуровой кислоты при выписывании рецепта и отпуска из аптеки может быть увеличено, но не более чем в пять раз по сравнению со средней терапевтической дозой.

Запрещается выписывать рецепты на наркотические средства и психотропные вещества списка II:

- для больных наркоманией;
- частнопрактикующим врачам;
- на лекарственные средства, используемые только в лечебно-профилактических учреждениях (фентанил, сомбревин, калипсол, кетамин)*.

* А также на эфир наркозный, хлорэтил, фторотан.

Для прикрепления больного к аптеке по месту жительства на обеспечение его наркотическими средствами оформляется письменное распоряжение руководителя ЛПУ, которое обновляется ежемесячно.

Выписывание лекарственных средств, входящих в список III Перечня наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров осуществляется на бланках рецепта формы №148-1/у-88, который заверяется печатью ЛПУ «для рецептов».

Наркотические средства и психотропные вещества списка III должны выписываться гражданам на специальном бланке розового цвета на бумаге с водяными знаками, имеющими штамп ЛПУ и серийный номер.

Учет специальных рецептурных бланков на наркотические лекарственные средства ведется в специальном журнале: пронумерованном, прошнурованном, опломбированном и скрепленном подписью руководителя.

Специальные рецептурные бланки на наркотические лекарственные средства при поступлении в лечебно-профилактические учреждения принимаются комиссией, назначенной руководителем учреждения, и согласно акту приемной комиссии приходуются в журнале по учету специальных рецептурных бланков на наркотические лекарственные средства.

Приказом руководителя учреждения назначается лицо, ответственное за получение, хранение, учет и отпуск специальных рецептурных бланков на наркотические лекарственные средства.

Запас специальных рецептурных бланков в ЛПУ на текущие нужды не должен превышать месячной потребности. Их хранение осуществляется только в закрытом и опломбированном сейфе, ключ от которого должен находиться у руководителя учреждения или лица, уполномоченного им на это приказом по учреждению.

Лечащему врачу разрешается выдавать при наличии показаний специальный рецептурный бланк (бланки) на наркотические лекарственные средства для конкретного больного, но не более 10 специальных рецептурных бланков единовременно*.

Рецепт на наркотическое средство и психотропные вещества списка II должен быть написан шариковой ручкой, рукой врача, подписавшего его, и заверен его личной печатью. Кроме того, этот рецепт подписывается главным врачом поликлиники или его заместителем, или заведующим отделением и заверяется круглой печатью поликлиники.

Названия наркотических средств и психотропных веществ пишутся в начале рецепта, затем все остальные ингредиенты.

При выписывании наркотического средства или психотропного вещества в дозе, превышающей высший однократный прием, врач должен написать дозу этого вещества прописью и поставить восклицательный знак.

* Приложение 5 к Приказу Минздрава России №328 от 23.08.99 г.

Исправления в рецепте не допускаются. Все неправильно выписанные рецепты остаются в аптеке, погашаются штампом «рецепт недействителен», регистрируются в специальном журнале, а информация о них передается руководителю соответствующего ЛПУ для принятия мер дисциплинарного воздействия к работникам, нарушающим правила выписывания рецептов.

Назначение наркотических лекарственных средств и психотропных веществ лечащие врачи обязаны оформить записями в истории болезни с указанием № рецепта, наименования лекарственной формы, его количества и дозировки.

На основании пункта 3.6 Приказа МЗ СССР от 29.01.87 г. №149 – ДСП лечащим врачам амбулаторно-поликлинических учреждений разрешено повторно выписывать наркотические средства только после сдачи больными или их родственниками использованных ампул в количестве, соответствующем выписанному в предыдущий раз, за исключением двухдневного запаса, который должен быть сдан при последующем обращении за наркотическими средствами.

С целью предупреждения неправильного использования наркотических лекарственных средств, оставшихся после смерти больных на дому, руководители учреждений должны организовать учет сданных родственниками неиспользованных рецептов и остатков наркотических лекарственных средств. Приказом по ЛПУ прием у родственников умершего онкологического больного неиспользованных рецептов, остатков лекарственных средств, содержащих наркотические лекарственные средства, возлагается на работника, ответственного за оформление свидетельств о смерти.

Данный работник должен провести сверку расхода препарата с момента получения очередного рецепта, записанного в амбулаторную карту. Количество сданных рецептов и препаратов, их наименование и лекарственные формы (ампулы, таблетки, порошки) регистрируются в специальном журнале, пронумерованном, прошнурованном, подписанном руководителем учреждения и скрепленном круглой печатью.

Сданные рецепты и препараты подлежат хранению в сейфе до их уничтожения.

По мере накопления порошков, таблеток и ампулированных наркотических средств не позднее 30-го числа каждого месяца в присутствии постоянно действующей комиссии лечебно-профилактического учреждения по контролю за учетом и расходованием наркотических лекарственных средств производится их уничтожение: порошков и таблеток – путем сжигания, ампулированных препаратов – раздавливанием.

В «Журнале учета неиспользованных наркотических лекарственных средств и рецептов для их выписывания» делается отметка о количестве уничтоженных лекарств. Об уничтожении составляется акт по соответствующей форме, который утверждается главным врачом ЛПУ.

В случае хищения или кражи наркотических средств из аптечных и лечебно-профилактических учреждений составляется внеочередное донесение по утвержденной форме. Экстренное извещение направляется в Постоянный комитет по контролю наркотиков, Министерство здравоохранения и социального развития РФ с приложением копии донесения в территориальные органы управления внутренних дел.

Списки сильнодействующих (список I) и ядовитых веществ (список II) утверждаются ПККН.

Списки составляются с учетом:

- списков А и Б, издаваемых Министерством здравоохранения и социального развития РФ;
- особенностей фармакологического действия соответствующих веществ и лекарственных средств на практике;
- данных из практики судебно-следственных органов, связанных с противоправными действиями с веществами и лекарственными средствами, не отнесенными к наркотическим;
- соответствующих положений и требований международных конвенций и протоколов, в первую очередь Конвенции о психотропных веществах 1971 г. и Конвенции ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 г.

Списки сильнодействующих и ядовитых веществ не преследуют задач списков А и Б лекарственных средств и не вносят в них изменений.

Списки А и Б включают только разрешенные лекарственные средства, тогда как списки сильнодействующих и ядовитых веществ охватывают широкий круг веществ синтетических и природных, в том числе и исключенных из ведомственного реестра, лекарственных средств.

Для выписывания и отпуска ядовитых и сильнодействующих веществ предназначены бланки рецепта ф. №148-1/у-88. Название сильнодействующих и ядовитых веществ пишется в начале рецепта, а затем – все остальные ингредиенты.

При выписывании ядовитых и сильнодействующих веществ в дозе, превышающей высший однократный прием, доза вещества пишется прописью и ставится восклицательный знак.

На одном бланке ф. №148-1/у-88 разрешается выписывать только одно наименование ядовитого или сильнодействующего лекарственного средства.

Рецепты на ядовитые и сильнодействующие вещества выписываются с учетом возможности их получения в аптеке в течение 10 дней с момента выписки.

Рецепты на производные барбитуровой кислоты, эфедрин, псевдоэфедрин в чистом виде и в смеси с другими лекарственными веществами для лечения больных с затяжными и хроническими заболеваниями

могут выписываться на курс лечения до 1 мес., на клофелин в таблетках – до 2 мес.

В этих случаях на рецептах должна быть надпись «по специальному назначению», скрепленная подписью врача и печатью ЛПУ «для рецептов».

На сильнодействующие и ядовитые вещества, получаемые из аптек, распространяются требования, предъявляемые к наркотическим средствам.

На этикетках лекарств, содержащих ядовитые лекарственные средства, должен быть проставлен штамп черной тушью «А», а на этикетках лекарств, содержащих сильнодействующие лекарственные средства, – штамп красной тушью «Б».

Ядовитые лекарственные средства должны храниться под замком в металлическом или деревянном шкафу, на внутренней дверце которого должны быть надпись «А» и перечень ядовитых веществ с указанием высших разовых или суточных доз.

Сильнодействующие лекарственные средства должны храниться в отдельном (деревянном) шкафу под замком.

Ключи от шкафов «А» и «Б» хранятся у лиц, ответственных за хранение ядовитых и сильнодействующих веществ, а на ночь передаются дежурному врачу, о чем делается соответствующая запись в специальном журнале.

Запасы ядовитых веществ в отделениях и кабинетах не должны превышать 5-дневной потребности в них, а сильнодействующих – 10-дневной потребности.

В местах хранения и на постах дежурных врачей и сестер должна быть в наличии таблица противоядий при отравлениях.

Глава 25

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Анализ состояния общественного здоровья населения России в настоящее время свидетельствует о его катастрофическом состоянии. Угрожающие темпы роста смертности привели к резкому сокращению средней продолжительности предстоящей жизни.

Рост уровня заболеваемости и смертности регистрируется по большинству социально значимых болезней, что обусловлено последствиями социально-экономической нестабильности в стране. Здоровье населения напрямую зависит от уровня цивилизации, социально-экономического развития страны, правовой культуры и ответственности граждан за личное здоровье. Общественное здоровье, являясь реальным результатом социально-экономического развития, выступает в то же время и естественным условием его дальнейшего развития.

Как известно, здоровье населения обусловлено в 50% и более условиями и образом жизни, в 18–22% – состоянием окружающей среды, в 20% – генетическими факторами и лишь в 8–10% – состоянием здравоохранения.

Таким образом, ведущую роль в формировании здоровья населения играет образ жизни.

Медико-социальные аспекты образа жизни населения

Нередко происходит смешение понятий «образ жизни» и «условия жизни». Между тем условия жизни – по существу все опосредующие и обусловливающие образ жизни факторы, определяющие его или сопутствующие ему. К их числу следует относить материальные, социальные, политические, духовно-нравственные, культурные и другие условия, определяющие образ жизни, а также природные условия, которые, не являясь определяющими, оказывают влияние, подчас очень существенное, на образ жизни. Условия жизни – это материальные и нематериальные факторы, воздействующие на образ жизни: образ жизни – деятельность, активность людей, которые определенным образом реагируют на условия жизни, используют их.

Таким образом, образ жизни можно определить как систему наиболее существенных, типичных характеристик деятельности, активности людей, в единстве их количественных и качественных сторон, являю-

щихся отражением уровня развития производительных сил и производственных отношений.

С образом жизни связывают и такие понятия, как «уклад жизни», «уровень жизни», «качество жизни», «стиль жизни». Эти термины получили самое широкое распространение, некоторые из них могут применяться при условии их правильного, научно обоснованного толкования. Образ жизни включает, обобщает 4 категории: экономическую – «уровень жизни», социологическую – «качество жизни», социально-психологическую – «стиль жизни» и социально-экономическую – «уклад жизни».

Уровень жизни характеризуют размер национального дохода, приходящийся на душу населения, общий объем благ и услуг, потребляемых населением за год, доля питания в структуре потребления. Надо иметь в виду, что уровень жизни характеризует жизнедеятельность людей лишь в сфере потребления.

Однако уровень жизни нельзя оценивать или рассматривать лишь на основе средних показателей. Реальная картина раскрывается с помощью дифференцированных данных, относящихся к различным слоям и группам населения.

Под укладом жизни обычно понимают порядок общественной жизни, быта, культуры, в рамках которых проходит жизнедеятельность людей. Термин «стиль жизни», как правило, относят к индивидуальным особенностям поведения как одного из проявлений жизнедеятельности, активности. Сюда же причисляют и индивидуальные особенности образа мыслей, стиля мышления.

Термин «качество жизни» широко используется западными философами и социологами, однако все чаще встречается и в нашей литературе. При использовании этого термина следует иметь в виду качественную сторону условий жизни – качество жилищных условий, питания, уровень комфорта, удовлетворенность работой, общением и т.д.* Понятно, что такое определение не заменяет понятия «образ жизни».

Поскольку деятельность людей, их активность проявляется в самых различных и многочисленных сферах, чрезвычайно сложно выделить наиболее существенные показатели, критерии образа жизни. Но вместе с тем это чрезвычайно важно, потому что без научно обоснованной системы показателей образа жизни мы не можем изучать влияние образа жизни на здоровье различных групп населения. В самом широком понимании выделяют две основные сферы деятельности: производственную и внепроизводственную, каждая из которых включает целый ряд показателей.

В структуру образа жизни входят:

1. Трудовая деятельность, условия труда, профессиональная и социальная активность работающих.

* В контексте настоящей главы нам представляется более уместным и логичным следующее определение термина «качество жизни» – это степень восприятия, ощущения отдельными индивидуумами (группами лиц) удовлетворения своих потребностей и самореализации (Жуковский Г.С. и др., 2000).

2. Хозяйственно-бытовая деятельность, вид жилища, жилая площадь, бытовые условия, затраты времени на бытовую деятельность и др.

3. Рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой.

4. Социализаторская деятельность в семье (уход за детьми, престарелыми родственниками).

5. Планирование семьи и взаимоотношения членов семьи.

6. Медико-социальная активность (отношение к здоровью, медицине, установка на здоровый образ жизни).

Что же формирует здоровый образ жизни, который является, с одной стороны, аспектом образа жизни, а с другой – здоровья?

В отличие от социологического определения образа жизни, в медико-гигиеническом толковании здорового образа жизни более выражено конкретное содержание: деятельность в основном разворачивается на микросоциальном уровне (индивид, группа), сильнее отражена повседневная жизнь человека.

Здоровый образ жизни – это такие способы активной биосоциальной деятельности людей, которые в максимальной и непосредственной степени укрепляют здоровье населения при наличии благоприятных материальных и общественных условий.

Международный терминологический словарь «Санитарное просвещение» дает такое понятие: «здоровый образ жизни» – гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

По мнению академика РАМН Ю.П.Лисицына, в здоровом образе жизни обнаруживается относительное единство и согласованность трех уровней жизнедеятельности человека: социального, психологического и биологического. Это понятие нельзя свести к отдельным формам медико-социальной активности, но в то же время они отражают те или иные стороны здорового образа жизни.

Основные факторы риска образа жизни и их медико-социальное значение

На здоровье населения оказывает влияние целый ряд таких отрицательных факторов образа жизни, как курение и употребление алкоголя, неправильное питание, адинамия и гиподинамия, употребление наркотиков и злоупотребление лекарствами, вредные условия труда, стрессовые ситуации, неблагоприятные материально-бытовые условия, непрочность семей, одиночество, низкий образовательный и культурный уровень, чрезмерно высокая степень урбанизации. Все это – факторы риска, т.е. факторы, которые гипотетически связаны с развитием того или иного заболевания и ассоциируются как с большим распро-

странением, так и с повышенной вероятностью возникновения новых случаев заболеваний. Как правило, действует не один из этих факторов, а несколько. Остановимся на некоторых из них.

Как, к примеру, на здоровье влияет урбанизация? Это концентрация промышленных предприятий, чрезвычайно развитая сеть транспорта и связи, ускоренный темп питания. В результате урбанизации меняется климат городов, загрязняется окружающая среда, увеличивается шум, растет психоэмоциональная напряженность жизни.

Первая проблема крупного города – это нейропсихическое состояние человека. Эмоциональные стрессы, угнетенное состояние, тоска, страх, депрессия, тревога и другие эмоциональные проявления еще в древности привлекали внимание медиков. При этих состояниях легче возникают и тяжелее протекают гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенные болезни, болезни кожи и обмена веществ, не говоря уже о неврозах и психических расстройствах.

Социально-гигиеническая проблема психологического фактора риска при урбанизации состоит в разработке мер общественной психопрофилактики.

Вторая проблема крупного города – это рост заболеваемости болезнями сердечно-сосудистой, нервной системы, органов дыхания, гриппом и инфекционными заболеваниями, язвенной болезнью желудка и травматизма. Эти нозологические формы встречаются у городских жителей в 2–4 раза чаще, чем у сельских.

Третья проблема города – это гиподинамия. Еще в середине XIX в. машины и устройства, созданные человеком, производили не более 4% вырабатываемой энергии. В настоящее время лишь 1% энергии вырабатывается мускульной силой, остальные 99% – результат механизации и автоматизации. В результате энергетический природный потенциал человека оказался ненужным. Автобус, трамвай, троллейбус, лифт, кресло приводят в конечном итоге к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, болезней нервной системы, суставов, связок, позвоночника. Неизбежные следствия ослабления мышечной активности – артриты, артрозы и частые мучительные страдания по поводу поясничных болей.

Еще один фактор риска возникновения важнейших заболеваний – питание. Здесь мы выделяем такие проблемы, как несбалансированное и некачественное питание, недо- и переедание.

Несбалансированность питания заключается в несоответствии между энергопоступлением и энерготратами, в неадекватной структуре питания, в том числе в нарушении соотношения основных компонентов питания (белки, жиры, углеводы, минеральные соли, витамины), в несоответствии времени приема пищи и ее объема индивидуальным биоритмологическим особенностям.

Прежде чем говорить о сбалансированности питания населения, нужно знать данные о потреблении продуктов питания в нашей стране.

Если мы сравним эти данные с материалами по другим развитым странам, то сравнение будет не в нашу пользу.

Динамика потребления продуктов питания также не совсем благоприятна: за последние годы отмечается увеличение потребления хлебобулочных продуктов. Такие белоксодержащие продукты, как мясо и мясопродукты, мы употребляем на 7% ниже рекомендуемых норм, овощей, фруктов и ягод – на 30%.

В настоящее время в развитых странах от 20 до 50% здоровых людей и до 60% больных страдают избытком массы тела и ожирением. В 85% случаев ожирение является алиментарным, т.е. связанным с ошибками в питании. Поэтому в последние годы там отмечено резкое снижение потребления сливочного масла (на 38%), яиц (примерно на 20%), жирного молока (на 47%), сахара (на 23%). Преимущественно углеводистая модель питания привела к избыточной массе тела у четверти населения нашей страны (у 28% городских и 22% сельских жителей, причем не только у взрослых).

Ожирение сегодня становится одним из самых распространенных (и, увы, не безвредных) заболеваний. К сожалению, последствия возникновения у людей избыточного веса в нашей стране традиционно недооценивались. Различными формами ожирения в России страдает около 60% населения.

Лишний вес – это база для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонии, диабета, заболеваний опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы, ряда онкологических заболеваний.

Актуальна и проблема недоедания. Анемии, склонность к инфекционным заболеваниям, дистония, гиповитаминоз становятся результатом постоянного недоедания. Несбалансированное питание в первую очередь отражается на детях, молодежи, студентах. К росту важнейших заболеваний ведет и низкое качество пищи.

Нормализация обмена веществ и регуляция массы тела способствовали бы увеличению средней продолжительности жизни на 8–10 лет, в то время как избавление от рака способствовало бы увеличению средней продолжительности жизни на 4–6 лет.

В настоящее время Всемирной организацией здравоохранения установлены 7 основных факторов в области питания, направленных на преодоление риска несбалансированного питания:

- избегать переедания, а при избыточной массе тела снижать энергетическое потребление и увеличивать энергозатраты;
- увеличить потребление сложных углеводов и «натуральных» сахаров (фруктозы, лактозы) до 48% общей калорийности;
- снизить потребление рафинированных сахаров до 10% в общей калорийности;
- уменьшить потребление жира до 30% в общей калорийности за счет ограничения потребления мяса, яиц, использования обезжиренного молока;

– снизить потребление насыщенных жиров до 10% общего энергетического потребления;
– уменьшить потребление холестерина в день до 300 мг;
– ограничить потребление натрия, снизив прием соли до 5 г в день.

Следующий фактор риска нездоровья – это курение. В настоящее время курение превратилось в массовую эпидемию. Курят мужчины, курят женщины и дети. У нас в стране курят 64% мужчин и 11% женщин. В США курит 28% взрослого населения. Доля курящих женщин составляет от 10% в Испании до 49% в Дании. Доля курящих мужчин в мире колеблется от 43% в Великобритании до 75% в Польше. Больше и чаще курят лица молодого возраста и лица с низким уровнем образования. Установлена интересная закономерность: среди мужчин – чем ниже уровень квалификации, тем больше доля курильщиков; среди женщин – прямо противоположная тенденция, т.е. курящих женщин больше среди образованных и с высоким уровнем материального дохода. В последние годы у нас не наблюдается снижение числа курящих. В США произошло снижение с 40 до 23%. Вместе с тем, в последнее время снижается возраст начала курения: до 10–11 лет.

Наблюдается тенденция уменьшения числа курильщиков с возрастом: в возрасте 20–24 года курят 78% мужчин и 15% женщин, в возрасте 50 и более лет число курящих мужчин снижается в 1,5 раза (до 55%), а женщин почти в 5 раз (до 3%).

Установлено, что курение сокращает продолжительность жизни на 8–15 лет. Курение приводит к преждевременной смертности, учащает случаи внезапной смерти. Среди курящих уровень смертности на 70% выше, чем среди некурящих. Кроме того, курение является основной причиной возникновения ряда грозных заболеваний: злокачественных новообразований трахеи, бронхов и легких, губ, пищевода, полости рта и глотки, гортани; эмфиземы и хронической обструктивной болезни легких; ишемической болезни сердца.

Смертность курящих от некоторых причин значительно превышает смертность некурящих. Так, курящие в 14 раз чаще умирают от хронического бронхита, в 8 раз чаще от рака легких, в 4 раза чаще от рака пищевода. По данным ВОЗ, в Европе ежегодно умирают от курения 1,2 млн человек. Из-за болезней, связанных с курением, ежесуточно умирают 1000 американцев.

В настоящее время с курением связывают 90% всех смертельных исходов от рака легких и бронхов, 85% – от бронхита и эмфиземы легких, 70%– от рака полости рта, 50% – от рака поджелудочной железы, 47% – от рака мочевого пузыря, 30% – от рака пищевода, 20% – от рака почек.

Следующий фактор риска – употребление алкоголя.

В различных странах насчитывается от 1 до 10% больных хроническим алкоголизмом. Однако это далеко не полные сведения, поскольку гораздо больше злоупотребляющих не регистрируются, никем и нигде не учитываются. Распространенность алкоголизма учитывается по кос-

венным данным – производству алкогольных напитков, числу лиц, состоящих на учете в медицинских учреждениях, уровню и структуре потребления спиртных налитков, величине медицинских и экономических потерь вследствие пьянства и алкоголизма.

Самый высокий уровень потребления алкоголя на душу населения отмечается в Германии – 12,1 л, во Франции – 11,9 л, Италии – 11 л абсолютного алкоголя, несмотря на то, что в этих странах уровень потребления алкоголя за последние 27 лет снизился.

По данным мировой статистики, 15% мужчин и 5% женщин регулярно употребляют алкоголь. Из этого числа 3–6% становятся больными хроническим алкоголизмом. В США, по данным опроса института Гэллапа, 68% населения злоупотребляют спиртным.

Чаще употребляют алкоголь лица трудоспособного возраста, рабочие по сравнению со служащими, жители больших городов, лица с низким уровнем образования, разведенные.

С биологической точки зрения женщины более уязвимы, чем мужчины, по отношению к алкоголю. Так, если у мужчин процесс привыкания к алкоголю, заканчивающийся полной зависимостью от него, длится 10–15 лет, то у женщин он занимает всего 3–4 года. В одном и том же возрасте, при одинаковой массе тела, одинаковом потреблении алкоголя содержание алкоголя в крови у женщин всегда выше по сравнению с мужчинами, у них быстрее возникают тяжелые органические поражения. Тем не менее число пьющих женщин постоянно растет. Об этом свидетельствуют приводимые во Франции данные о соотношении мужчин и женщин, страдающих алкоголизмом: в 1790 г. – 1 женщина на 10 мужчин; в 1990 г. – 1 женщина на 2,3 мужчин.

Изучая алкоголизм как социально-гигиеническую проблему, Ю.П.Лисицын и Н.Я.Копыт классифицировали население на 3 группы:

1-я – лица, употребляющие алкогольные напитки редко, не чаще одного раза в месяц, и лица, не употребляющие спиртные напитки вообще;

2-я – лица, употребляющие алкогольные напитки умеренно (1–3 раза в месяц, но не чаще 1 раза в неделю);

3-я – злоупотребляющие алкоголем – чаще одного раза в неделю:

а) без признаков алкоголизма, т.е. лица, потребляющие алкоголь часто (несколько раз в неделю) в больших количествах;

б) с небольшими признаками алкоголизма – при наличии психической зависимости и изменений реактивности, чувствительности организма к алкоголю (влечение к алкоголю и состоянию опьянения, утрата контроля за качеством потребляемых напитков, повышение толерантности, восприимчивости и т.п.);

в) с выраженными признаками алкоголизма, когда появляются признаки физической зависимости от алкоголя, в частности, абстинентный синдром и другие симптомы, вплоть до серьезных психических нарушений (алкогольный психоз).

Таким образом, в основе этой классификации лежит медико-социальный подход с использованием комплекса критериев: частоты и количества потребляемых алкогольных напитков, наличия и степени выраженности признаков психической и физической зависимости от алкоголя.

Изучение распространенности алкоголизма среди рабочих промышленных предприятий Москвы с использованием вышеуказанной классификации показало, что алкогольные напитки употребляли практически все мужчины (99,8%) и подавляющее большинство женщин (95%). Злоупотребляющих оказалось 18,8% (36,7% мужчин и 1,9% женщин). Среди злоупотребляющих алкоголем рабочих половина имели признаки хронического алкоголизма. Из числа лиц с выраженными признаками алкоголизма лишь 2/3 состояли на учете в психоневрологическом диспансере, а из числа лиц с начальными признаками алкоголизма ни один рабочий не считал себя больным и не состоял на учете.

Проблемы, связанные с употреблением алкоголя, затрагивают не только самих пьющих, но также их семьи, окружение, общество.

Неизбежно отрицательное влияние употребления алкоголя на показатели здоровья. Так, злоупотребление алкоголем, по данным американских авторов, сокращает среднюю продолжительность жизни на 20 лет. Уровень смертности систематически пьющих в 2–3 раза выше, чем непьющих.

Структура причин смертности у лиц, злоупотребляющих алкоголем, имеет свои особенности.

В структуре причин смертности мужчин, злоупотребляющих алкоголем, на I месте стоят несчастные случаи, отравления и травмы (почти половина всех случаев смерти); на II месте – сердечно-сосудистые заболевания (30%); на III месте – злокачественные новообразования.

Имеются различия в уровне и структуре заболеваемости лиц, злоупотребляющих алкоголем. Уровень общей заболеваемости у больных, злоупотребляющих алкоголем, в 1,3 раза выше по сравнению с заболеваемостью всего населения.

Общеизвестны многочисленные данные о связи злоупотребления алкоголем с бытовым и производственным травматизмом, отравлениями, убийствами и самоубийствами, со многими заболеваниями, психическими расстройствами.

Значительное распространение в последнее время в нашей стране получили *наркомания и токсикомания*. По официальным сведениям, на учете состоят 130 тыс. человек, употребляющих наркотики, из них 52 тысячи признаны наркоманами. Токсикоманов насчитывается 22 тыс. Общий уровень наркомании составляет 3,4 на 100 тыс. населения, а токсикомании – 1,0 случая на 100 тыс. населения.

В связи со значительным загрязнением окружающей среды возрастает значение такого фактора, как *экологическое поведение*. По данным национального ракового центра США, 15% всех заболеваний раком вызваны *загрязнением окружающей среды*. По данным ВОЗ, не менее

20% всех больных хроническим бронхитом и эмфиземой легких, проживающих в городах, своим страданием обязаны загрязнению воздуха в них. Одна больничная койка из каждых четырех в мире занята больными, ставшими жертвами загрязнения воды.

Мы остановились лишь на некоторых факторах риска, и действуют эти факторы не изолированно, а взаимосвязанно. Это значительно усиливает их неблагоприятный эффект на здоровье. Так, курение повышает риск онкологического заболевания в 1,5 раза, злоупотребление алкоголем – в 1,2 раза, а совместное воздействие этих факторов повышает риск онкологического заболевания в 6 раз.

Тем не менее вычленение отдельных факторов риска оправдано не только в медицинском, но и в организационном плане, так как определение ведущего звена возникновения и развития заболеваний позволяет правильно и эффективно осуществлять меры профилактики и раннего лечения, сосредоточить усилия и средства на ограничение действия определенных факторов риска. Например, благодаря кампании сокращения и прекращения курения среди различных групп населения (например, врачей Великобритании, США) значительно сокращена (на 40% и более) смертность от злокачественных опухолей легких и бронхов.

По этому же пути идут ученые кардиологического научного Центра РАМН, разработавшие программу вторичной профилактики болезней сердца и сосудов, включающую устранение факторов риска, а также медикаментозные средства снижения артериальной гипертензии.

Одним из важнейших критериев здорового образа жизни является медицинская (профилактическая) активность, которая складывается из отношения к своему здоровью и здоровью других людей, выполнения медицинских рекомендаций, посещения медицинских учреждений, осмотров, диспансеризации. Это степень реализации медицинских знаний в повседневной жизни человека. Профилактическая активность – это комплексный показатель, при оценке которого учитывается наличие или отсутствие вредных для здоровья привычек: курения, употребления алкоголя, гиподинамии, соблюдения режима труда, отдыха, питания, правил техники безопасности, раннее обращение к врачу с профилактической целью, выполнение медицинских предписаний и назначений.

Таким образом, в современных условиях снижение заболеваемости и смертности, улучшение здоровья в значительно большей степени зависят от изменений образа жизни, условий жизни, окружающей среды, чем от специфических медицинских функций (лечение, медицинская профилактика, медицинская реабилитация).

Сегодня терпит крах система здравоохранения, которая ставит своей задачей лечение болезней только с помощью лекарственных препаратов, забывая о таком действенном средстве профилактики и лечения заболеваний, как физическая культура, здоровый образ жизни, труда и отдыха.

Профилактика и ее основные виды

Принцип профилактики наиболее полно отражает гуманистическое содержание и социальное предназначение медицинской деятельности.

Понятие о профилактике. Основные ее принципы и виды

Термин «профилактика» (prevention) можно определить как «действия, направленные на уменьшение вероятности возникновения заболевания или нарушения, прерывание или замедление прогрессирования заболевания, уменьшение вероятности нетрудоспособности».

Профилактика – составная часть медицины. Социальное профилактическое направление в деле охраны и укрепления здоровья народа включает в себя медицинские, санитарно-технические, гигиенические и социально-экономические мероприятия. Создание системы предупреждения заболеваний и устранение факторов риска являются важнейшей социально-экономической и медицинской задачей государства. Выделяют индивидуальную и общественную профилактику. В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 вида профилактики.

Первичная профилактика – это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды и др.). К первичной профилактике относят социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию и др. Профилактическая деятельность обязательна для всех медицинских работников. Не случайно поликлиники, больницы, диспансеры, родильные дома называются лечебно-профилактическими учреждениями.

Вторичная профилактика – это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

Ряд специалистов предлагают термин *«третичная профилактика»* как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем) реабилитацию.

Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является формирование у населения медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни.

Основные методы и формы пропаганды здорового образа жизни

Цель пропаганды здорового образа жизни – формирование гигиенического поведения населения, базирующегося на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение и укрепление здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

Для реализации этой цели должны быть решены следующие задачи:

- обеспечение необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;
- стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;
- вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;
- организация всенародного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах.

Санитарное просвещение – это раздел здравоохранения, содержанием которого являются гигиеническое обучение и воспитание населения.

Повышение уровня санитарной культуры населения, проведение мероприятий, способствующих сохранению и укреплению здоровья, должны основываться на следующих принципах:

- научность (пропаганда тех сведений и положений, которые являются научным знанием, прочно установленным и утвержденным в науке);
- правдивость и объективность;
- дифференцированность и целенаправленность;
- массовость;
- систематичность и последовательность;
- комплексность (т.е. пропаганда здорового образа жизни должна вестись не только медиками, но и психологами, социологами и др.);
- связь с жизнью общества, профильность.

Важнейшими направлениями воспитания санитарно-гигиенических навыков, пропаганды санитарно-гигиенических медицинских знаний, формирования здорового образа жизни можно считать следующие:

1. Пропаганда факторов, способствующих сохранению здоровья: гигиена труда, рациональное питание, гигиена отдыха, оптимальный двигательный режим, физкультура и спорт, гигиена супружеских отношений, закаливание, личная гигиена, медико-социальная активность, психогигиена, гигиена окружающей среды.

2. Пропаганда профилактики факторов, пагубно влияющих на здоровье: злоупотребление спиртными напитками, наркотиками; курение; соблюдение некоторых этнических обрядов и привычек, религиозно-культовые отправления.

Формирование здорового образа жизни, в частности осуществление первичной профилактики, требует совместных усилий государственных, общественных организаций, медицинских учреждений, самого населения. Именно в таком направлении должна действовать государственная комплексная программа по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, разработанная Центром медицинской профилактики и другими научными учреждениями.

Формирование здорового образа жизни – это основное направление первичной профилактики.

Для каждого медицинского работника пропаганда здорового образа жизни является важным и необходимым разделом работы, его профессиональной обязанностью.

С 1.01.89 г. реорганизована служба санитарного просвещения и создана служба формирования здорового образа жизни, а дома санитарного просвещения преобразованы в центры здоровья, затем в центры медицинской профилактики.

Пропаганда медицинских знаний бывает трех типов: 1) массовая, 2) групповая, 3) индивидуальная.

Все врачи, фельдшеры, акушерки, медицинские сестры кроме повседневной индивидуальной санитарно-просветительной работы с больными и посетителями лечебно-профилактических учреждений должны уделять ежедневно часть рабочего времени массовой и групповой пропаганде медицинских и гигиенических знаний среди населения.

Общую организацию и руководство пропагандой здорового образа жизни и гигиеническим воспитанием населения осуществляет МЗиСР России, в котором есть отдел профилактики и сектор здорового образа жизни.

В областях и городах имеются центры медицинской профилактики. Структурная организация центров соответствует их функциям и включает следующие основные отделы: организационно-методический, организационно-пропагандистский, редакционно-издательский и консультационно-оздоровительный.

В центре медицинской профилактики организованы кабинеты: рационального питания, физической культуры, психогигиены и гигиены умственного труда, гигиены быта, профилактики вредных для здоровья привычек, семейных отношений, генетики (брака и семьи), профессионального ориентирования, релаксации (аутотренинга), а также фитологический кабинет.

В составе территориальных поликлиник, поликлинических отделений центральных районных (городских) больниц, медико-санитарных частей организуется отделение (кабинет) медицинской профилактики.

Организационно-методическое руководство деятельностью отделения осуществляет центр медицинской профилактики совместно с главным врачом лечебно-профилактического учреждения.

Отделение возглавляет врач (фельдшер), имеющий соответствующую подготовку в области медицинской профилактики (желательно на базе Академии постдипломного образования или на курсах в центре медицинской профилактики) и обладающий организаторскими способностями.

Заведующий отделением непосредственно подчинен главному врачу лечебно-профилактического учреждения.

Основные задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики

1. Обеспечение взаимодействия лечебно-профилактического учреждения с территориальным центром медицинской профилактики.

2. Организационно-методическое обеспечение деятельности медицинских работников лечебно-профилактического учреждения по выявлению факторов риска, коррекции образа жизни, пропаганде медицинских и гигиенических знаний и здорового образа жизни.

3. Осуществление информационного обеспечения специалистов и различных групп населения по вопросам охраны здоровья, в том числе и через средства массовой информации.

4. Изучение и оценка знаний вопросов профилактики и здорового образа жизни у прикрепленного населения в соответствии с характером и особенностями работы различных отделений и кабинетов лечебно-профилактического учреждения.

5. Внедрение научно обоснованных мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний, медицинским проблемам формирования здоровья, гигиеническому обучению и воспитанию населения с учетом показателей заболеваемости прикрепленного контингента.

6. Координация и обеспечение консультативно-оздоровительной деятельности по вопросам сохранения и укрепления здоровья прикрепленного населения.

7. Организация, контроль и анализ деятельности медицинских работников лечебно-профилактического учреждения по вопросам сохранения и укрепления здоровья, снижения преждевременной смертности и выхода на инвалидность, по выявлению факторов риска, коррекции образа жизни, пропаганде медицинских и гигиенических знаний.

В соответствии с основными задачами отделение (кабинет) медицинской профилактики:

Осуществляет взаимодействие с центром медицинской профилактики по вопросам:

– подготовки сотрудников ЛПУ по разделу здорового образа жизни и гигиенического обучения и воспитания, а также усовершенствования знаний и внедрения новых методов профилактики заболеваний;

– приобретения и распространения инструктивно-методических документов по сохранению и укреплению здоровья, наглядных пособий санитарно-просветительного характера (включая видеофильмы) среди работников и населения (организованного и неорганизованного);
– организации и проведения акций профилактической направленности среди прикрепленного населения;
– создания банка санпросветлитературы, лекций, бесед, статей медицинского профиля из периодической печати и т.д. для использования в работе;
– внедрения новых методов профилактической направленности в деятельность ЛПУ при работе с населением;
– организации лекториев, школ, семинаров для различных групп населения по вопросам охраны здоровья;
– рецензирования текстов лекций, бесед, викторин и других материалов, подготовленных работниками ЛПУ.

Проводит работу с сотрудниками ЛПУ:
– обобщает индивидуальные планы работы по вопросам, входящим в задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики;
– оказывает организационно-методическую и консультативную помощь при подготовке радиопередач, лекций, бесед и т.д.;
– контролирует и анализирует деятельность медицинских работников по разделу гигиенического обучения, воспитания, сохранения и укрепления здоровья;
– принимает отчеты о проделанной работе, составляет сводный статистический отчет по ЛПУ, результаты доводит до сведения главного врача;
– сдает годовой отчет в центр медицинской профилактики в установленные сроки.

Проводит работу с пациентами лечебно-профилактического учреждения:
– инструментальные исследования (антропометрия, измерение артериального давления, взвешивание и пр.);
– сбор анамнестических данных для выявления факторов риска, а также тестирование;
– выдачу рекомендаций по коррекции здорового образа жизни;
– организует учет профилактических осмотров, а также осуществляет учет и контроль за проведением профилактических прививок;
– разъясняет целесообразность проведения прививочной кампании;
– организует лектории, школы, семинары для различных групп населения по вопросам охраны, сохранения и укрепления здоровья, обеспечивает их проведение как в организационно-методическом плане, так и в санитарно-просветительной литературе.

В центрах гигиены и эпидемиологии санитарно-просветительную работу по вопросам гигиены и эпидемиологии проводит каждый меди-

цинский работник. Ответственный за этот раздел работы (врач или средний медицинский работник) осуществляет организующую, координирующую и контролирующую функции в области пропаганды здорового образа жизни, гигиенического обучения и воспитания населения.

Медицинские работники должны квалифицированно использовать все доступные и необходимые методы и средства гигиенического обучения и воспитания. Под словом «методы» в данном случае понимают три основных способа ведения пропаганды: устный, печатный, изобразительный (наглядный) и их комбинации, и соответственно обозначают: метод устной пропаганды, метод печатной пропаганды и т.д.

Термин «средства» (или формы) объединяет всю совокупность конкретных приемов ведения работы, инструментарий (публикации в печати, кинодемонстрации, плакаты и пр.), используемый в процессе массового, группового и индивидуального воздействия на население. Они входят в состав каждого из методов, отражая его главную характерную особенность.

К средствам метода устной пропаганды относятся: популярная лекция (эпизодическая, цикловая), агитационно-информационное выступление, беседа (групповая, индивидуальная), вечер (час) вопросов и ответов, дискуссия, викторина, конференция, занятие (курсовое, кружковое), вводный инструктаж. Таким образом, к средствам устной пропаганды относятся средства, при использовании которых имеется непосредственный контакт с аудиторией (лекция, беседа, вечер вопросов и ответов, диспут, агитационные или информационные выступления) и средства, при использовании которых непосредственный контакт с аудиторией отсутствует (радиовыступление, выступление по телевидению, запись выступлений, лекций на пленке, пластинке).

Лекция – наиболее распространенное средство устной пропаганды, освещающее какую-либо одну тему, один вопрос в определенный отрезок времени, имеющее форму монолога. Лекция состоит из трех частей: введения, изложения основного материала и заключения.

Беседа – эффективное средство устной пропаганды. Позволяет установить тесный контакт с аудиторией за счет небольшого числа участников (до 25–30 человек). В процессе беседы в обсуждение темы вовлекается возможно большее число слушателей.

Вечер вопросов и ответов – это та же беседа, но здесь задает вопросы аудитория, а ведущий отвечает. Успешное проведение вечера зависит от степени подготовленности ведущего. Вопросы либо собираются заранее, либо задаются на самом вечере.

Дискуссия – активная проработка темы в достаточно подготовленной группе. Может быть проведена кружковая подготовка с аудиторией, интересующейся отдельными вопросами. Она предполагает углубленное изучение материала на определенную тему.

Гигиеническое обучение и воспитание населения осуществляются также посредством программ на центральном и местном радиовеща-

нии и телевидении (это лекции, беседы, выступления, час «вопросов и ответов» и т.д.). Такие передачи, как правило, проходят в определенные дни и часы.

Метод устной пропаганды является одним из ведущих и наиболее эффективным методом пропаганды здорового образа жизни. Это самый популярный, экономичный, простой и доступный в организационном отношении метод.

Метод печатной пропаганды включает средства: брошюра, буклет, бюллетень, журнал, календарь, статья, книга, листовка, лозунг, памятка, стенная газета.

Метод печатной пропаганды предоставляет большие возможности для пропаганды санитарно-гигиенических знаний, методов индивидуальной и групповой профилактики заболеваний, оздоровления окружающей среды и т.д. среди широких слоев населения. Данный метод делится на две основные группы:

1) средства печатной пропаганды, создаваемые силами собственного коллектива медицинских работников (рукописные лозунги, доски вопросов и ответов, санитарные стенные газеты, санитарные бюллетени, статьи и заметки в периодических изданиях);

2) печатная продукция (печатный лозунг, брошюра, памятка, листовка, газетные и журнальные публикации).

Среди многих ценных качеств средств метода печатной пропаганды наиболее важными являются: большой тираж печатных изданий; охват широких слоев населения; возможность неоднократного прочитывания, способствующего лучшему усвоению; точность изложения.

Наиболее простое средство печатной информации – лозунг. Это призыв выполнять те или иные советы с ярким и лаконичным текстом, выразительно освещающим самую суть проблемы.

Листовка рассчитана на широкий круг читателей, имеет ярко выраженный агитационный характер.

Памятка – научно популярная книжка, к ней предъявляются те же требования, что и к лекции. На промышленных предприятиях большим успехом пользуются передвижные цеховые библиотечки, составленные из брошюр на медицинские темы.

Доска вопросов и ответов состоит из вопросов читателей и ответов врачей-специалистов. При доске должен быть специальный ящик для вопросов. Ответы даются краткие, научно подготовленные.

Санитарная стенная газета выпускается в лечебно-профилактических учреждениях, медсанчастях промышленных предприятий, школах и других учебных заведениях.

Санитарный бюллетень выпускается в любых учреждениях медицинскими работниками и санитарной общественностью. Он должен быть хорошо оформлен, к нему предъявляются следующие требования: красочность, привлекательность, броскость, конкретность темы, интересное содержание.

Метод изобразительной (наглядной) пропаганды включает в себя:

1) плоскостные средства: плакат, рисунок, схема, чертеж, план, диаграмма, картограмма, фотография, фотолитовыставка, слайд крупномасштабный, слайд-серия, диапозитив (серия для секции), диафильм, кинофильм, видеофильм;

2) объемные средства: муляж, макет, модель, фантом, диарама, скульптура, чучело;

3) натуральные объекты (используемые как наглядные пособия и как экспонаты для выставок): макропрепарат, микропрепарат, образец (растительного, животного мира, изделия, продукты и др.);

4) комбинированные средства: вагон-выставка, праздник здоровья, театр, кукольный театр, агитбригады;

5) технические средства пропаганды: фильмоскоп, киноаппарат, эпидиаскоп, магнитофон, видеомагнитофон, проигрыватель, озвученные диапозитивы.

Наглядный метод – самый многообразный по числу входящих в него средств.

Натуральные объекты – наиболее действенное средство в силу его достоверности. К таким объектам относятся: микроскопические препараты, макроскопические и натуральные объекты, предметы ухода за ребенком, наборы витаминных препаратов, средства для оказания первой помощи и др.

Если нет возможности демонстрировать натуральные объекты, используют их воспроизведения – объемные и плоскостные. К объемным воспроизведениям относятся: муляж (отличается большей точностью воспроизведения); модель (воспроизводит объект в измененном, уменьшенном или увеличенном виде); макет (приближенное воспроизведение натуры); скульптура, барельеф, горельеф (используются для музейного оформления).

К плоскостным изобразительным средствам относятся плакаты (средства агитации с ярким рисунком и кратким текстом). Основными требованиями к содержанию плаката являются: актуальность тематики, ее социально значимый характер, злободневность, важность для предполагаемой аудитории. Различают три основных типа сюжета: положительный, отрицательный, двойной.

Требования к тексту плаката: 1) доходчивость (краткость, удачная лексико-синтаксическая структура, смысловая точность, смысловая связь изображения и текста); 2) выразительность (применение изобразительно-выразительных средств языка).

В гигиеническом обучении и воспитании может быть использован также комбинированный метод массовой информации, когда происходит одновременное воздействие слухового и сильного зрительного раздражения для хорошего восприятия аудиторией. Используются театральные постановки (например, кукольный театр), кинофильмы (санитарно-просветительные фильмы), эстрада, телевидение и др.

Глава 26

УЧАСТИЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Профессиональные союзы (профсоюзы)

Среди различных общественных организаций, задействованных в охране здоровья населения, особое место занимают профессиональные союзы (профсоюзы).

Профсоюз – добровольное общественное объединение граждан, связанных общими производственными, профессиональными интересами по роду их деятельности, создаваемое в целях представительства и защиты их социально-трудовых прав и интересов.

Выделяют разные типы профессиональных союзов:

- *первичная профсоюзная организация* – добровольное объединение членов профсоюза, работающих, как правило, на одном предприятии, в одном учреждении, одной организации независимо от форм собственности и подчиненности, действующее на основании положения, принятого им в соответствии с уставом, или на основании общего положения о первичной профсоюзной организации соответствующего профсоюза;
- *общероссийский профсоюз* – добровольное объединение членов профсоюза – работников одной или нескольких отраслей деятельности, связанных общими социально-трудовыми и профессиональными интересами, действующее на всей территории Российской Федерации или на территориях более половины субъектов Российской Федерации либо объединяющее не менее половины общего числа работников одной или нескольких отраслей деятельности;
- *общероссийское объединение (ассоциация) профсоюзов* – добровольное объединение общероссийских профсоюзов, территориальных объединений (ассоциаций) организаций профсоюзов, действующее на всей территории Российской Федерации или на территориях более половины субъектов Российской Федерации;
- *межрегиональный профсоюз* – добровольное объединение членов профсоюза – работников одной или нескольких отраслей деятельности, действующее на территориях менее половины субъектов Российской Федерации;
- *межрегиональное объединение (ассоциация) организаций профсоюзов* – добровольное объединение межрегиональных профсоюзов

и (или) территориальных объединений (ассоциаций) организаций профсоюзов, действующее на территориях менее половины субъектов Российской Федерации;

– *территориальное объединение (ассоциация) организаций профсоюзов* – добровольное объединение организаций профсоюзов, действующее, как правило, на территории одного субъекта Российской Федерации либо на территории города или района;

– *территориальная организация профсоюза* – добровольное объединение членов первичных профсоюзных организаций одного профсоюза, действующее на территории одного субъекта Российской Федерации, либо на территориях нескольких субъектов Российской Федерации, либо на территории города или района.

Необходимо отметить, что профсоюзы независимы в своей деятельности от органов исполнительной власти, органов местного самоуправления, работодателей, их объединений (союзов, ассоциаций), политических партий и других общественных объединений, им не подотчетны и не подконтрольны.

Основные права профсоюзных организаций в России регламентируются специальным Федеральным законом «О профессиональных союзах, их правах и гарантиях деятельности» (ФЗ №10 от 12.01.96 г. в ред. от 24.01.2002 г. №3-П).

Ниже представлены основные права и задачи профсоюзов.

1. Право профсоюзов на представительство и защиту социально-трудовых прав и интересов работников.

Профсоюзы, их объединения (ассоциации), первичные профсоюзные организации и их органы представляют и защищают права и интересы членов профсоюзов по вопросам индивидуальных трудовых и связанных с трудом отношений, а в области коллективных прав и интересов – указанные права и интересы работников независимо от членства в профсоюзах в случае наделения их полномочиями на представительство в установленном порядке.

1.1. Проекты законодательных актов, затрагивающих социально-трудовые права работников, рассматриваются федеральными органами государственной власти с учетом предложений общероссийских профсоюзов и их объединений (ассоциаций).

Проекты нормативных правовых актов, затрагивающих социально-трудовые права работников, рассматриваются и принимаются органами исполнительной власти, органами местного самоуправления с учетом мнения соответствующих профсоюзов.

Профсоюзы вправе выступать с предложениями о принятии соответствующими органами государственной власти законов и иных нормативных правовых актов, касающихся социально-трудовой сферы.

1.2. Системы оплаты труда, формы материального поощрения, размеры тарифных ставок (окладов), а также нормы труда устанавливаются работодателями, их объединениями (союзами, ассоциациями) по

согласованию с соответствующими профсоюзными органами и закрепляются в коллективных договорах, соглашениях.

1.3. Профсоюзные представители вправе беспрепятственно посещать организации и рабочие места, где работают члены соответствующих профсоюзов, для реализации уставных задач и предоставленных профсоюзам прав.

2. Право профсоюзов на содействие занятости.

Профсоюзы вправе принимать участие в разработке государственных программ занятости, предлагать меры по социальной защите членов профсоюзов, высвобождаемых в результате реорганизации или ликвидации организации, осуществлять профсоюзный контроль за занятостью и соблюдением законодательства в области занятости.

3. Право профсоюзов, первичных профсоюзных организаций на ведение коллективных переговоров, заключение соглашений, коллективных договоров и контроль за их выполнением.

Профсоюзы, их объединения (ассоциации), первичные профсоюзные организации и их органы имеют право на ведение коллективных переговоров, заключение соглашений и коллективных договоров от имени работников в соответствии с федеральным законом.

Первичные профсоюзные организации, профсоюзы, их объединения (ассоциации) вправе осуществлять профсоюзный контроль за выполнением коллективных договоров, соглашений. В случае нарушения работодателями, их объединениями (союзами, ассоциациями), органами исполнительной власти и органами местного самоуправления условий коллективного договора, соглашения первичные профсоюзные организации, профсоюзы, объединения (ассоциации) профсоюзов и их органы вправе направлять им представление об устранении этих нарушений, которое рассматривается в недельный срок. В случае отказа устранить эти нарушения или недостижения соглашения в указанный срок разногласия рассматриваются в соответствии с федеральным законом.

4. Право профсоюзов на участие в урегулировании коллективных трудовых споров.

Профсоюзы вправе участвовать в урегулировании коллективных трудовых споров, имеют право на организацию и проведение в соответствии с федеральным законом забастовок, собраний, митингов, уличных шествий, демонстраций, пикетирования и других коллективных действий, используя их как средство защиты социально-трудовых прав и интересов работников.

5. Право профсоюзов на информацию.

5.1. Для осуществления своей деятельности профсоюзы вправе бесплатно и беспрепятственно получать от работодателей, их объединений (союзов, ассоциаций), органов государственной власти и органов местного самоуправления информацию по социально-трудовым вопросам.

5.2. Профсоюзы имеют право пользоваться государственными средствами массовой информации в порядке, определяемом договорами

с их учредителями, а также могут быть учредителями средств массовой информации в соответствии с федеральным законом.

6. Право профсоюзов на участие в подготовке и повышении квалификации профсоюзных кадров.

Профсоюзы вправе создавать образовательные и научно-исследовательские учреждения, осуществлять подготовку, переподготовку, повышение квалификации профсоюзных кадров и обучение профсоюзных работников и членов профсоюза.

7. Право профсоюзов на осуществление профсоюзного контроля за соблюдением законодательства о труде.

Профсоюзы имеют право на осуществление профсоюзного контроля за соблюдением работодателями, должностными лицами законодательства о труде, в том числе по вопросам трудового договора (контракта), рабочего времени и времени отдыха, оплаты труда, гарантий и компенсаций, льгот и преимуществ, а также по другим социально-трудовым вопросам в организациях, в которых работают члены данного профсоюза, и имеют право требовать устранения выявленных нарушений. Работодатели, должностные лица обязаны в недельный срок с момента получения требования об устранении выявленных нарушений сообщить профсоюзу о результатах его рассмотрения и принятых мерах.

8. Права профсоюзов в области охраны труда и окружающей природной среды.

Профсоюзы осуществляют профсоюзный контроль за состоянием охраны труда и окружающей природной среды через свои органы, уполномоченных (доверенных) лиц по охране труда, а также собственные инспекции по охране труда, действующие на основании положений, утверждаемых профсоюзами. В этих целях они имеют право беспрепятственно посещать организации независимо от форм собственности и подчиненности, их структурные подразделения, рабочие места, где работают члены данного профсоюза, участвовать в расследовании несчастных случаев на производстве (работе), защищать права и интересы членов профсоюза по вопросам условий труда и безопасности на производстве (работе), возмещения вреда, причиненного их здоровью на производстве (работе), а также по другим вопросам охраны труда и окружающей природной среды в соответствии с федеральным законодательством.

В случаях выявления нарушений, угрожающих жизни и здоровью работников, профсоюзные органы и организации, профсоюзные инспекторы по охране труда вправе потребовать от работодателя немедленного устранения этих нарушений и одновременно обратиться в Федеральную инспекцию труда для принятия неотложных мер.

9. Другие права профсоюзов.

9.1. Профсоюзы вправе участвовать в выборах органов государственной власти и органов местного самоуправления в соответствии с федеральным законодательством и законодательством субъектов Российской Федерации.

9.2. Профсоюзы имеют равные с другими социальными партнерами права на паритетное участие в управлении государственными фондами социального страхования, занятости, медицинского страхования, пенсионным и другими фондами, формируемыми за счет страховых взносов, а также имеют право на профсоюзный контроль за использованием средств этих фондов. Уставы (положения) этих фондов утверждаются по согласованию с общероссийскими объединениями (ассоциациями) профсоюзов либо с соответствующими общероссийскими профсоюзами.

9.3. Профсоюзы осуществляют организацию и проведение оздоровительных мероприятий среди членов профсоюза и их семей. Размеры средств на эти цели определяются органом управления (правлением) Фонда социального страхования Российской Федерации по представлению соответствующих профсоюзов.

9.4. Профсоюзы вправе осуществлять взаимодействие с органами государственной власти, органами местного самоуправления, объединениями (союзами, ассоциациями) и организациями по развитию санаторно-курортного лечения, учреждений отдыха, туризма, массовой физической культуры и спорта.

Общества Красного Креста

Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца – одна из самых массовых общественных организаций в мире.

Свою историю Красный Крест начинает в середине XIX в., когда во многих странах Европы были созданы общества попечения о больных и раненых воинах. Созданный в 1863 г. в Женеве Международный комитет помощи раненым воинам, ставший впоследствии Международным комитетом Красного Креста (1880), объединил локальные, порой плохо связанные между собой движения в одно целое, имеющее уникальные основополагающие принципы, цели и эмблему. При его активном участии в Швейцарии в 1864 г. была подписана I Женевская конвенция об улучшении участи раненых больных в действующих армиях. Это соглашение вошло в историю под названием Женевской конвенции.

Конференция утвердила эмблему обществ и отличительный знак санитарной службы армий. Из уважения к инициатору созыва конференции такой эмблемой стал красный крест на белом фоне – обратное цветовое изображение национального флага Швейцарии. По этой эмблеме и сами гуманные общества получили название «Общество Красного Креста». Позже к этому движению присоединились Турция и Иран. В силу религиозных соображений они не могли принять знак креста. Для этих стран отличительными знаками были утверждены «Красный Полумесяц» (для Турции) и «Красный Лев и Солнце» (для Ирана). В настоящее время знаком Красного Полумесяца пользуются большинство стран, где исповедуется мусульманство.

Россия присоединилась к Женевской конвенции в 1867 г., этот год считается годом рождения Российского общества Красного Креста (РОКК). В первые годы существования РОКК главной задачей общества было оказание помощи раненым только в военное время. Однако по мере накопления материальных средств, появления сети лечебных и других специальных учреждений у большого числа его членов, главным идеологом которых стал Н.И.Пирогов, сформировалось убеждение, что необходимо не только сосредоточиться на потребностях военного времени, но стараться и в мирной жизни удовлетворять чрезвычайные и повседневные нужды населения, так как это способствовало бы повышению авторитета РОКК и доверия к нему. Предпосылками появления этого направления деятельности общества послужил голод, охвативший в 1891–1892 гг. почти все губернии России. Тогда Российский Красный Крест собрал огромную сумму пожертвований, передав ее в виде хлеба, горячей пищи, одежды и семян для будущих посевов пострадавшему населению. Одновременно пришлось бороться с эпидемиями тифа, холеры, дифтерии и проказы в южных губерниях страны, оказывать помощь пострадавшим от землетрясения на Кавказе.

У истоков формирования РОКК стояли общины сестер милосердия, способствовавшие его обеспечению квалифицированными и подготовленными кадрами– медсестрами, сиделками, врачами. На протяжении многих лет активное участие в работе Российского Красного Креста принимали знаменитые русские врачи Н.В.Склифосовский, Н.И.Пирогов, Н.А.Вельяминов, С.П.Боткин, С.И.Спасокукоцкий.

В результате дореволюционный Красный Крест был одним из самых крупных и активных в Европе: на 1 января 1917 г. в его штате насчитывалось 2500 врачей, 20 000 сестер милосердия, более 50 000 санитаров, на фронтах было развернуто 685 000, а в тылу – 482 000 коек.

Настоящим испытанием для РОКК стала гражданская война – только в результате ее первых 2 лет в стране насчитывалось более 1,5 млн изувеченных и хронических больных. В этот период были сформированы и отправлены на фронт 439 лечебных, профилактических, санитарных учреждений, организован сбор средств внутри страны и за рубежом (в результате было собрано 28 млн руб. золотом) для оказания помощи голодающему населению в Поволжье, значительные силы были брошены на борьбу с эпидемиями, антисанитарией.

Развивалось и крепло движение обществ Красного Креста и Красного Полумесяца на Украине, в Белоруссии, Армении, Грузии, Азербайджане. В 1923 г. после подписания Декларации об объединении был образован Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР.

По окончании гражданской войны и ликвидации голода в Поволжье деятельность Красного Креста была направлена на решение острых социальных проблем, восстановление сети медицинских учреждений, организацию противоэпидемических мероприятий. Общество помога-

ло создавать санитарные учреждения, запасы оборудования и перевязочных средств. Им была организована массовая подготовка сестринских кадров – к началу 1941 г. их число уже составило 52 800.

1933 г. стал годом рождения под эгидой Красного Креста санитарной авиации, сыгравшей важную роль в развитии экстренной медицинской помощи населению в труднодоступных районах. Создавались новые лечебно-профилактические учреждения для детей и взрослых на Крайнем Севере, санитарные поезда и амбулатории, больницы, диспансеры и санатории, пионерские лагеря (с 1925 по 1927 г. открыты 12 лагерей, в том числе и всем известный «Артек»), пункты первой помощи в колхозах, на заводах и дорогах. Эти учреждения во многом позволили обеспечить повышение уровня здоровья населения и помогли формированию сети медицинских учреждений. В 1937 г. 6111 лечебно-профилактических учреждений общества были безвозмездно переданы государству. В тот же период Красный Крест начал работу по формированию донорских кадров. Значительные силы были направлены на профилактику инфекционной патологии.

Во всех странах Красный Крест создавался под лозунгом оказания помощи раненым, но никогда эта деятельность не достигала такого широкого размаха, как в период Великой Отечественной войны. В то время общество вынесло на своих плечах груз массовой подготовки санитарных и сестринских кадров, обучения населения, общественной помощи раненым в госпиталях; пропаганды донорства, акушерско-гинекологической помощи женщинам, сражающимся на полях войны, помощи эвакуированному населению и беженцам из районов боевых действий, борьбы с эпидемиями. Тысячи медсестер, подготовленных всего за 5,5 мес., работали в госпиталях, военно-санитарных поездах, войсковых частях. Сандружинницы (имея за плечами всего лишь 2,5 мес. подготовки) оказывали первую помощь и выносили раненых с поля боя, обученные по программам ГСО и БГСО миллионы добровольцев ухаживали за ранеными в госпиталях, устраивали для них концерты, помогали писать письма, стирали и шили постельное белье и одежду. Тысячи литров крови добровольных доноров спасали жизни воинов, возвращая их в ряды армии. В 1944 г. Президиум Верховного Совета СССР утвердил нагрудный знак «Почетный донор СССР», который на протяжении многих лет от лица государства вручал Красный Крест. По инициативе его комитетов организовывались участки, на которых выращивались овощи и фрукты для детских домов и приютов, создавались специальные шефские фонды и комиссии. Активисты общества оказывали первую помощь пострадавшим от бомбежек, помогали при эвакуации населения. На освобожденную территорию направлялись представители Красного Креста, организовывалась доставка одежды и питания для населения, противоэпидемические отряды обследовали и дезинфицировали жилища, оказывали медицинскую помощь, строили бани и колодцы, следили за качеством питьевой воды.

В послевоенный период особого внимания заслуживает участие Красного Креста в массовом общественном движении по благоустройству населенных пунктов, профилактике заболеваний, повышению уровня санитарной культуры. Важную роль в этом направлении деятельности (а именно она в послевоенные годы стала приоритетной для общества) продолжал играть санитарный актив. Теперь он был представлен кружками по обучению первой помощи, санитарными дружинницами, санитарными уполномоченными и т.д. В середине 1950-х годов санитарный актив насчитывал несколько миллионов человек. Красный Крест вел активную совместную работу с Институтом санитарного просвещения Минздрава СССР по изданию листовок, плакатов, таблиц и других материалов профилактической направленности, пропаганде донорства. Отвечая на потребности общества в оказании надомной медико-социальной помощи инвалидам и нетрудоспособным гражданам, Красный Крест создает патронажную службу медсестер, переименованную в 1988 г. в Службу милосердия РОКК. Создание похожей государственной структуры стало возможным лишь в 1970-е годы и продолжается по сей день.

Сегодня основные усилия РОКК реализуются в нескольких направлениях.

1. Оказание медико-социальной помощи слабозащищенным слоям населения: одиноким пожилым людям, инвалидам, многодетным семьям. Эти мероприятия осуществляются с помощью патронажных сестер, оказывающих помощь на дому, а также в специальных центрах (комнатах) медико-социальной помощи РОКК.

2. Помощь детям. Под покровительством РОКК находятся дети-сироты, дети – жертвы национальных конфликтов, дети из неблагополучных и малообеспеченных семей. Детям предоставляются горячее питание, одежда, обувь, проводятся медицинские осмотры, оказывается психологическая помощь. Опытные педагоги помогают осваивать школьную программу.

3. Помощь беженцам. РОКК осуществляет программу оказания многосторонней помощи беженцам и вынужденным переселенцам, которая включает в себя:

– медицинскую помощь;
– лекарственную помощь;
– социальную, психологическую и юридическую помощь;
– профессиональное обучение;
– обучение детей мигрантов (прежде всего русскому языку).

4. Обучение населения приемам оказания первой медицинской помощи. Такая программа проводится с 1995 г. и предусматривает создание учебно-методических центров, подготовку инструкторов, методистов, издание специальных учебно-методических пособий для передачи знаний и навыков широким слоям населения.

Аналогичным образом проводится обучение населения основам ухода за больными на дому.

5. Борьба против туберкулеза. В этом направлении основными задачами для РОКК являются:

– просвещение населения по вопросам заболевания туберкулезом и его профилактика;
– контролируемое лечение и социальная поддержка больных туберкулезом из числа наиболее социально уязвимых групп населения силами сестер милосердия РОКК;
– помощь противотуберкулезным диспансерам в вопросах первичного выявления и амбулаторного лечения больных туберкулезом.

6. Профилактика ВИЧ/СПИДа среди молодежи.

В рамках этого направления осуществляется подготовка добровольцев-инструкторов для проведения занятий в общеобразовательных учреждениях.

7. Донорство. Данная программа ставит перед собой задачу привлечения в ряды безвозмездных доноров и укрепления сотрудничества РОКК и государственной службы крови России, организации и пропаганды безвозмездного донорства на региональном уровне.

Профессиональные медицинские ассоциации

Профессиональные медицинские ассоциации играют значительную роль в здравоохранении многих стран. Основная их задача – обеспечение различных нематериальных потребностей медицинских работников. В отличие от профессиональных союзов круг вопросов, решаемых профессиональными ассоциациями, лежит в основном вне сферы трудовых отношений.

С каждым годом эти организации играют все большую роль в реформировании отечественного здравоохранения, совершенствовании его на региональном, местном и учрежденческом уровнях.

Профессиональные медицинские объединения и ассоциации призваны решать следующие задачи:

1. Выступать с законодательной и нормотворческой инициативами, направленными на разработку новых и совершенствование действующих законодательных и нормативных актов в области охраны здоровья населения и развития здравоохранения.

2. Проводить информационно-пропагандистскую деятельность, разъясняя широким слоям медицинской общественности стратегию и тактику развития здравоохранения, тем самым обеспечивая обратную связь с управленческими структурами, что повышает эффективность процесса управления.

3. Принимать участие в формировании кадрового состава системы здравоохранения, создавая квалификационные комиссии, а также участвуя в работе аттестационных комиссий при органах управления здравоохранением.

4. Осуществлять общественный контроль за соблюдением обязательств со стороны органов власти и управления, территориальных фондов ОМС по отношению к медицинским учреждениям при реализации программ государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью.

5. Участвовать в процессе управления качеством медицинской помощи в виде:

- содействия органам и учреждениям здравоохранения, территориальным фондам ОМС и другим субъектам здравоохранения в формировании единой политики управления качеством медицинской помощи.
- организации и проведения независимых медицинских экспертиз в сложных, конфликтных случаях.
- обобщения передового опыта по применению новых технологий внутреннего контроля качества медицинской помощи и распространения его среди медицинских учреждений.
- повышения мотивации персонала медицинских учреждений в повышении качества медицинской помощи.

6. Проводить мероприятия по правовой и социальной защите медицинских и фармацевтических работников.

7. Осуществлять информационную поддержку членов организации прежде всего с целью распространения передового опыта (организация конференций, семинаров, создание информационных сайтов, издание профессиональных журналов и т.д.).

К сожалению, пока не все из перечисленных направлений деятельности профессиональных ассоциаций развиты в нашей стране в полной мере. Кроме того, имеющиеся медицинские общественные организации раздроблены, малочисленны (за редким исключением). Всего на 2001 г. в России было зарегистрировано 96 общественных медицинских организаций, действующих на федеральном и региональном уровнях, при этом между собой они практически никак не взаимодействуют. В связи с этим в стране назрела необходимость создания единой врачебной организации, которая могла бы более активно участвовать в решении вопросов постдипломного обучения, улучшения качества медицинской помощи и других вопросах развития здравоохранения.

Глава 27

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ. МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В настоящее время за рубежом существуют различные системы охраны здоровья населения. Все страны выделяют на здравоохранение определенный процент от валового национального продукта (ВНП). Так, в США расходы на здравоохранение составляют около 14% ВНП, в Великобритании – 6%, в странах Европейского союза в среднем – 8%. Следует подчеркнуть, что в экономически развитых странах предусматривается значительное финансирование здравоохранения, которое ежегодно растет. В странах Центральной и Восточной Европы, а также в развивающихся странах, напротив, финансирование здравоохранения недостаточное.

Системы здравоохранения в экономически развитых странах

С точки зрения организационно-финансовых особенностей можно выделить три основные системы здравоохранения экономически развитых стран: государственную, страховую и частнопредпринимательскую.

Государственная система здравоохранения финансируется преимущественно (до 90%) из бюджетных источников. Действует в Великобритании, Дании, Ирландии.

Страховая система здравоохранения финансируется за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан и субсидий государства. Финансирование из внебюджетных фондов медицинского страхования преобладает в Германии (78%), Италии (87%), Франции (71%), Швеции (91%), Японии (73%).

Частнопредпринимательская система финансируется главным образом за счет взносов по добровольному медицинскому страхованию и реализации платных медицинских услуг населению. Такая система действует в США, Израиле, Южной Корее, Нидерландах.

Ни одна из вышеназванных систем организации здравоохранения не является идеальной, и ни одна не существует в чистом виде. Финансовое обеспечение систем здравоохранения в развитых странах осуществляется из различных источников: государственного бюджета, средств

Таблица 27.1 Соотношение источников финансирования здравоохранения в ряде зарубежных стран

Страна	Источники финансирования здравоохранения, %			
	Субсидии государства	Взносы предпринимателей	Страховые взносы граждан	Прямые доплаты граждан
Бельгия	27	50	2	21
Германия	14,2	72,5	6,4	6,9
Франция	1,8	73	3,7	21,5
Великобритания	78	10	3,8	8,2
Италия	36,2	45,5	3,3	15
Швеция	71	18,4	2	8,6
Швейцария	34	28,7	16,6	20
США	41,8	1,2	30,8	26,2

предприятий и взносов частных лиц. Существуют лишь отличия в их структуре (табл. 27.1). Поэтому правильнее говорить о преимущественно государственной, преимущественно страховой и преимущественно частной системах здравоохранения.

Рассмотрим каждую модель более подробно.

Государственная система здравоохранения

Государственная система здравоохранения обеспечивает равенство граждан в получении медицинской помощи. При такой системе основная часть медицинских учреждений принадлежит государству. Управление здравоохранением осуществляют центральные и местные органы. За счет государства ведется строительство медицинских учреждений – больниц, поликлиник и др., приобретается медицинское оборудование. Государство обеспечивает подготовку медицинских кадров – врачей, медицинских сестер, планирует развитие сети лечебно-профилактических учреждений в стране. Государство финансирует текущее содержание медицинских учреждений, развитие медицинской науки, проведение профилактических мероприятий; обеспечивает бесплатную медицинскую помощь населению.

Государственная (бюджетная) система финансируется из общих налоговых поступлений в государственный бюджет. Все средства формируются в центральном бюджете и распределяются сверху вниз по управленческой вертикали. Такое централизованное финансирование позволяет сдерживать рост стоимости лечения. Кроме того, бюджетные ограничители заставляют медиков экономить, ограничивают масштабы использования дорогостоящей и не всегда нужной техники, снижают вероятность злоупотреблений, значительно реже встречаются случаи навязывания пациентам ненужных процедур, манипуляций, лекарств с целью получения дополнительного дохода.

Однако, поскольку финансирование здравоохранения является одной из статей государственного бюджета, оно зависит от других статей и, более того, конкурирует с ними. Правительство не всегда располагает возможностью расширения фондов здравоохранения. И если выделенных сумм недостаточно для удовлетворения потребностей, то возможности привлечения дополнительных средств весьма ограничены.

Из-за недостатка ресурсов страны с бюджетным финансированием здравоохранения намного уступают в технической оснащенности медицины государствам с таким же уровнем социально-экономического развития, но с другим финансированием (страховым или частным). Не хватает современного оборудования, новейших медицинских учреждений с современными технологиями; пациенты зачастую вынуждены ждать очереди на госпитализацию; существует значительный разрыв между первичной медицинской помощью, общей практикой, госпиталями, местными службами здравоохранения. Кроме того, государственное здравоохранение неподотчетно населению: налогоплательщики не располагают информацией о том, на что и сколько расходуется средств, отсутствуют четкие критерии качества медицинской помощи. Система здравоохранения оценивает себя сама, а публикуемые сведения в основном нацелены на пропаганду достижений. Общественность не имеет механизмов воздействия на систему здравоохранения.

Для того чтобы устранить или смягчить эти недостатки, в странах с государственной системой здравоохранения проводятся реформы по внедрению экономических методов управления, прежде всего медицинского страхования.

Примером страны с государственной системой организации здравоохранения является *Великобритания*. Здесь в результате проведенной в 1948 г. реформы здравоохранения создана общенациональная государственная служба здравоохранения, предоставившая практически всему населению бесплатную медицинскую помощь (пациенты оплачивают только лекарства, очки, половину стоимости лечения у стоматолога, некоторые услуги в больницах).

Здравоохранение на 85–87% обеспечивается государственным бюджетом; остальные средства идут из частных источников и добровольного медицинского страхования. Бюджет составляется из налогов предприятий и граждан, распределяется в соответствии с решениями парламента правительством через министерство здравоохранения.

Действуют государственные целевые фонды поддержки: фонд №1 – охраны здоровья матери и ребенка (в возрасте до 1 года), фонд №2 – подростковый, фонд №3 – организации медицинской помощи населению в экстремальных условиях, фонд №4 – медицинской помощи ветеранам и др.

Более трети имеющихся в стране врачей работают в системе общей практики, треть – в госпиталях и треть – в муниципальных учреждени-

ях. В госпиталях и местных службах персонал получает фиксированную зарплату; в секторе общей практики оплата производится по принципу капитации (per capita), т.е. за каждого пациента, «приписанного» к врачу или группе врачей (в Великобритании распространена групповая практика; группе врачей предоставлены права фондодержателя). Консультации специалистов проводятся в амбулаториях госпиталей. На стационарное лечение пациентов обычно направляет врач общей практики.

Несмотря на известные преимущества английской системы здравоохранения (семейное обслуживание, выполнение значительной части услуг, которые обычно оказываются в стационарах или в амбулаториях стационаров, высокая квалификация и хорошая организация труда медицинского персонала), она имеет существенные недостатки, которые вынуждены признавать сами врачи и администраторы. Прежде всего – нехватка ресурсов. Более скромное, чем в других странах, финансирование здравоохранения (не более 6,5% ВНП) обусловливает нехватку дорогостоящего оборудования и сдерживает внедрение высоких медицинских технологий. Так, число компьютерных томографов на 1 млн жителей составляет в Великобритании 2,7, в то время как в Бельгии – 6,4, в Германии – 7,7, в Нидерландах– 3,6. Частота гемодиализа в Великобритании 200 на 1 млн жителей, в Германии – 300, в Бельгии – 394. Еще сильнее отставание от США. Например, хирургических операций на коронарной артерии английские врачи делают в 10 раз меньше (в расчете на душу населения), чем американские. Особенно велик разрыв по тем видам медицинской помощи, которые оказываются не по жизненным показаниям, а определяют качество жизни (например, операция артропластики бедра для устранения хромоты).

Другой часто отмечаемый недостаток британской системы здравоохранения – это излишняя централизация и монополизация управления.

В соответствии с реформой, проводимой в стране в последние годы, усиливаются финансовые и административные права руководителей госпиталей, прежде всего в районах (графствах); организуется допуск средств социального медицинского страхования; предусматриваются меры интеграции первичной и стационарной медицинской помощи; усиливается самоуправление больниц, в них создаются доверительные (трастовые) советы; активизируется профилактическая работа.

Страховая система здравоохранения

Страховая система здравоохранения наиболее распространена в мире. Эта система также управляется государственными органами власти, но финансируется, как правило, из трех источников: отчисления из заработной платы, отчисления из доходов (налогов) предпринимателей и субсидии государства. Размер отчислений в разных странах различен, но

обычно за счет первых двух источников обеспечивается большая часть расходов на здравоохранение. Государство платит в фонды социального страхования существенно меньше, чем работодатели и застрахованные, и расходуются бюджетные средства в основном на общенациональные медицинские программы и финансирование общегосударственных учреждений. Страховыми средствами не исчерпываются все ресурсы: часть их (20–30%) восполняется за счет добровольного страхования, частных, благотворительных и других источников. Более того, обязательное медицинское страхование не обеспечивает 100% потребности застрахованных в медицинской помощи: часть расходов оплачивает сам застрахованный, либо за него платит предприятие, благотворительный фонд и др. Но большая часть расходов на медицинскую помощь все же поступает из средств обязательного социального страхования. Вследствие этого обстоятельства система здравоохранения в тех странах, где существует такой механизм, названа страховой медициной.

Страховые фонды формируются на целевой основе и рассчитаны на определенный круг лиц, участвующих в соответствующей страховой программе. Такая система имеет свои преимущества. Прежде всего целевое финансирование обеспечивает более весомые позиции здравоохранения. Эти взносы идут не в общий бюджет, а непосредственно на нужды охраны здоровья и обеспечивают плательщикам твердую гарантию возвратности этих средств. Целевой характер финансирования позволяет более гибко и оперативно (в сравнении с государственной системой) реагировать на расширение потребностей в медицинской помощи.

Целевые взносы являются обязательными для всех получателей доходов и уплачиваются в виде определенного процента от заработной платы. Объем медицинских услуг не зависит от материального достатка и размеров взносов в страховые фонды. В результате богатый платит за бедного, здоровый – за больного, молодой – за старого, т.е. действует принцип общественной солидарности.

В большинстве развитых стран системы медицинского страхования охватывают от 70 до 100% населения, т.е. практически всех лиц наемного труда и их иждивенцев, пенсионеров, студентов, мелких предпринимателей. Лишь небольшая часть наиболее обеспеченных граждан лечится за свой счет.

Таким образом, можно выделить следующие характерные черты страховой медицины: во-первых, участие в формировании страховых фондов трудящихся граждан совместно с предпринимателями и государством; во-вторых, государственное управление этими фондами; в-третьих, распределение фондов независимо от заработка получателей доходов, а также от размера их взносов.

В некоторых странах развито добровольное медицинское страхование. В этом случае гражданин самостоятельно заключает договор со страховой компанией, вносит определенную сумму финансовых

средств и получает медицинскую помощь за счет страховой компании. Добровольное медицинское страхование бывает разное: на случай госпитализации, ухода за больными на дому, при онкологических заболеваниях, травмах и др.

Интересен опыт медицинского страхования в *Германии*, накопленный за более чем столетний период (первые страховые законы были приняты в 1883 г. канцлером О.Бисмарком). В случае болезни медицинская помощь оказывается бесплатно для застрахованных и членов их семей. Средний страховой взнос составляет 6,5% от заработной платы работника, столько же платит и работодатель. Финансирование здравоохранения Германии обеспечивается на 60% за счет фондов обязательного медицинского страхования, на 10% – за счет добровольного медицинского страхования, на 15% – из средств государственного бюджета. Обязательным медицинским страхованием охвачено 90% населения, остальные 10% пользуются добровольным медицинским страхованием. Существует балльная система цен на медицинские услуги. Сумма баллов на каждый вид медицинских услуг фиксирована и представлена в справочнике. Цена балла меняется в соответствии с конъюнктурой рынка медицинских услуг.

Во *Франции* медицинское страхование включено в государственную систему социального страхования, обязательного для всех рабочих и служащих. Ежемесячные отчисления предприятий и организаций на страхование составляют 36% фонда оплаты труда, при этом 6,5% удерживается из зарплаты работников, а остальное оплачивает работодатель. Медицинским страхованием во Франции охвачено более 80% населения. По данным Института здравоохранения, медицинские расходы французов в настоящее время составляют 19,3% семейного бюджета (для сравнения: расходы на жилье – 17,3%; на питание – 13,8%). Цены на медицинские услуги устанавливаются соглашением между государственной организацией социального страхования «Securite sociale» и лечебными учреждениями, врачами. Так, консультация врача стоит 90 франков. Пациент оплачивает всю сумму и получает квитанцию, по которой «Securite sociale» возмещает ему 75% расходов. Остальные 25% могут быть возмещены, если пациент застрахован еще и в какой-либо частной компании. Расходы на медикаменты также возмещаются в пределах 70–90% их стоимости, установленной соглашением «Securite sociale». Цены на медицинские услуги ежегодно растут, следовательно, увеличиваются суммы страховых взносов. Контракты по медицинскому страхованию облагаются 9% налогом.

60% граждан Франции дополнительно обращаются к услугам частных страховых компаний.

Модели медицинского страхования, действующие во Франции и Германии, типичны для большинства европейских стран.

В *Японии* с 1961 г. введено общенациональное страхование здоровья, и в настоящее время финансирование здравоохранения осуществляется

главным образом за счет фондов страхования. Большинство населения Японии застраховано либо по территориальному, либо по производственному принципу.

Территориальный принцип применяется, как правило, в отношении неработающих (инвалидов и др.), а также в отношении мелких собственников и членов их семей. Они платят страховые взносы в Ассоциацию национального страхования здоровья. Размер взноса зависит от величины дохода, места жительства, состава семьи. Пособия предоставляются в виде денежных выплат и льготной медицинской помощи. Предусмотрены льготы для застрахованных: они составляют до 90% стоимости медицинских услуг. Пациенты полностью оплачивают стоимость лекарств, пост частной медицинской сестры, пребывание в отдельной больничной палате. Тарифы на медицинские услуги фиксированы и утверждаются Министерством здравоохранения и социального обеспечения.

Производственный принцип страхования охватывает лиц наемного труда и их иждивенцев. Для работников средних и мелких предприятий страховщиком выступает само государство. Администрация и работники крупного предприятия или нескольких предприятий одной отрасли могут создать страховое общество.

По закону о благосостоянии престарелых лица старше 60 лет имеют право на ежегодное бесплатное медицинское освидетельствование, для них бесплатна консультативная и сестринская помощь. Пациенты старше 70 лет обеспечиваются полностью бесплатным медицинским обслуживанием.

Кроме того, в Японии есть общественные фонды, финансирующие мероприятия по профилактике туберкулеза, психических, инфекционных, наследственных заболеваний и компенсирующие ущерб, причиненный здоровью граждан загрязнением окружающей среды.

Частнопредпринимательская система здравоохранения

Частнопредпринимательская система здравоохранения полностью подчинена интересам рынка, и в основе деятельности большинства медицинских учреждений лежат коммерческие принципы. Здравоохранение финансируется главным образом из личных средств населения, и медицинская помощь предоставляется преимущественно на платной основе. При этом здравоохранение является не только видом медицинской деятельности, но и бизнесом: врач продает медицинские услуги, а пациент их покупает. Медицинская услуга является таким же товаром, как и другие потребительские блага.

Медицинскую помощь населению, как правило, оказывают частнопрактикующие врачи, которые ведут прием в своих частных кабинетах и получают плату за свой труд непосредственно от пациента (гонорар) или через страховую организацию. Кабинет, приемная, оборудование,

инструменты – все это личная собственность врача. Работодатель и работник, руководитель и исполнитель совмещаются в одном лице. Творческие мотивы и профессиональные обязательства дополняются экономическими стимулами.

Даже в формальном отношении врач частной практики не является наемным служащим. Действуя на договорной основе, он обладает определенной автономией: может оговаривать перечень оказываемых услуг, работать по совместительству в больнице, набирать помощников и оплачивать их труд.

Однако, работая в одиночку, врач не в состоянии обеспечить комплексное обследование и лечение, консультации у врачей-специалистов. В последние годы получила распространение система групповой практики, когда в одном помещении принимают больных несколько (обычно 5–7) врачей, в том числе врачи-специалисты. Групповая практика позволяет врачам совместно приобретать дорогостоящее оборудование, нанимать сестринский персонал.

Цены на медицинские услуги растут очень быстро, значительно обгоняя рост цен на потребительские и другие услуги. Поэтому жители стран с частнопредпринимательской системой здравоохранения предпочитают страховаться, затрачивая на приобретение медицинских полисов частных страховых компаний в среднем более 10% чистого дохода семьи. Таким образом, объем и качество медицинской помощи определяются денежными средствами, которые пациент может израсходовать. Люди с плохим состоянием здоровья и высокой вероятностью заболевания обычно страхуются на большую сумму и могут рассчитывать на оплату более значительных счетов за лечение.

Именно эта зависимость объема медицинской помощи от размеров взноса, т.е. от платежеспособности человека, отличает частное медицинское страхование, при котором каждый платит за себя, от социального, при котором действует принцип общественной солидарности.

Преимущественно частнопредпринимательская система здравоохранения характерна для *Соединенных Штатов Америки*.

Система здравоохранения США – страны с наиболее выраженными капиталистическими отношениями и рыночной экономикой – сложилась в условиях практически свободного рынка. Профессиональные медицинские ассоциации имели огромную власть, не допуская государственного вмешательства. В стране применяются два типа частного медицинского страхования: индивидуальное и групповое. Групповым страхованием охвачено 74% рабочих и служащих частного сектора экономики и 80% государственного сектора. За счет средств этого вида страхования оплачивается более трети всех медицинских услуг, прежде всего самых дорогих – больничных (более 35%) и почти половина внебольничной врачебной помощи.

В стране более 2000 страховых медицинских компаний. Из них две самые крупные, занимающиеся преимущественно страхованием боль-

ничной и внебольничной помощи, – «Синий крест» и «Синий щит». В США нет единого добровольного медицинского страхования. Есть разные его виды – на больничную помощь, амбулаторную, врачебную, сестринскую, хирургическую и др. Даже если застраховаться на все виды медицинской помощи, это не гарантирует стопроцентной оплаты за медицинскую помощь: часть выплат все равно должен нести застрахованный.

Стоимость медицинского обслуживания растет быстрыми темпами, и реальный объем и доступность медицинской помощи для большинства граждан сокращаются: они оплачивают 3/4 стоимости услуг частнопрактикующих врачей, полностью – лечение у стоматологов, приобретение лекарств, очков, протезов и послебольничный уход на дому. Особенно высоки расходы, связанные с госпитализацией и проведением сложных операций.

Из федерального бюджета, бюджетов штатов, местных органов управления финансируются принятые в 1965 г. программы «Медикэр» (Medicare) и «Медикэйд» (Medicaid).

«Медикэр» – это единая общегосударственная программа медицинской помощи для престарелых (старше 65 лет) и потерявших трудоспособность людей. Программа предусматривает выплату пенсий по инвалидности в течение 2 и более лет, обязательное страхование пожилых людей на случай госпитализации; им предоставляются больничное и послебольничное обслуживание, уход на дому, место в хосписе. Вторая часть программы предполагает дополнительное добровольное страхование, по условиям которого государство покрывает 80% стоимости лечения, а остальные 20% оплачивают сами пациенты. Программа «Медикэр» обеспечивает страховки для 13% населения страны.

«Медикэйд» – государственная программа медицинской помощи семьям с низким доходом. Она охватывает 10% населения. Программа «Медикэйд» субсидируется федеральным правительством, но регулируется законами штатов. Семья имеет право на получение льгот по программе «Медикэйд», если ее доход ниже определенного уровня, устанавливаемого каждым штатом. Малоимущим людям предоставляется бесплатная медицинская помощь по программе «Медикэйд», если они имеют детей, либо являются беременными, слепыми, нетрудоспособными или людьми пожилого возраста. И все же около 60% тех, кто живет ниже официального уровня бедности, не охвачены программой. «Медикэйд» покрывает расходы на профилактическое лечение, лечение острых заболеваний и долговременную медицинскую помощь. Реализация программы требует больших финансовых затрат в связи с тем, что растет число малоимущих граждан, нуждающихся в бесплатной помощи.

Даже после введения в действие программ «Медикэр» и «Медикэйд» значительная часть населения США, не входившего в категории престарелых и малоимущих, в течение долгого времени не могла позволить

себе медицинскую помощь в необходимом объеме. Начиная с 1960-х годов, все большее распространение получали «организации по поддержанию здоровья» (Health Maintenance Organizations). По сути, эти организации являются страховыми компаниями, работающими в условиях жесткой конкуренции по различным схемам. Они занимаются страхованием преимущественно по основным видам внебольничной, наиболее массовой помощи. Интересной является новая концепция, по которой работают эти организации, – «управляемая медицинская помощь» (managed care). Поскольку организации, поддерживающие здоровье, являются плательщиками за все виды медицинских услуг, предоставляемых застрахованным, посредством правильного менеджмента им удается снижать расходы – за счет проведения профилактики (в случаях, когда это затратно-эффективно), лечения в амбулаторных условиях вместо стационарных, избежания неэффективных и неоправданных назначений. Эти организации пользуются поддержкой многих общественных ассоциаций, местной администрации и спонсоров; они обслуживают уже более 35 млн граждан США.

Расходы на здравоохранение в США превышают 14% от ВНП; сумма, выделяемая ежегодно на эти цели, достигла 1000 млрд долларов (более 3000 долларов на человека). При этих высочайших в мире расходах показатели здоровья населения страны относительно невысоки. Продолжительность жизни белого населения меньше, чем в большинстве европейских стран; что же касается чернокожих американцев, то показатели продолжительности их жизни сравнимы со странами Восточной Европы. При том, что медицина США является самой передовой в мире, 15% населения не имеют возможности пользоваться ее услугами, а еще 15% застрахованы неадекватно.

Таким образом, огромные расходы на здравоохранение в США не приносят адекватных результатов, проблема доступности медицинской помощи остается нерешенной. В связи с этим всеми признано, что американская система здравоохранения нуждается в реформировании.

В настоящее время США делают решительный шаг в сторону социального страхования в медицине, которое в предстоящие годы призвано стать основой всей системы здравоохранения страны.

Медицинским страхованием, которое обеспечит примерно одинаковое обслуживание как самых богатых, так и самых бедных, будет охвачено все население. Участвовать в оплате предоставляемых услуг будут все застрахованные. Часть расходов понесут предприниматели. Источники бюджетного финансирования пока окончательно не определены.

Реформа не ликвидирует свободную практику врачей. Однако те из них, кто будет обслуживать застрахованных, должны стать участниками одного из страховых пулов, в которые будут объединены независимые частные страховые компании. При этом не исключено, что врачи из системы всеобщего медицинского страхования будут переведены на зарплату, прямо не связанную с доходами от обслуживания пациентов.

Тем не менее, большинство врачей высказываются в поддержку реформы, так как издержки при существующем порядке в виде бюрократических проволочек, уязвимости перед частными страховыми компаниями и судебными исками пациентов, дороговизны больничных коек стали перевешивать прежние преимущества свободной врачебной практики.

Таким образом, во многих экономически развитых зарубежных странах основными принципами здравоохранения являются следующие:

1. Содействие расширению государственного характера здравоохранения; всемерное расширение бесплатной, общедоступной медицинской помощи.

2. Сочетание различных систем здравоохранения: государственной, медицинского страхования и частнопредпринимательской.

3. Совершенствование первичной амбулаторной медицинской помощи, которая в большинстве стран оказывается семейными врачами.

4. Развитие профилактического направления путем разработки государственных программ профилактики заболеваний; борьба за здоровый образ жизни.

Основные направления реформирования систем здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы

Бывшие социалистические страны Центральной и Восточной Европы, а также новые независимые государства, входившие ранее в состав СССР, переживают период глобальных преобразований во всех сферах жизни, включая здравоохранение. При прежней системе медицинская помощь была всеобщей и бесплатной, но существовало немало проблем. Сегодня эти проблемы резко обострились в связи с нехваткой средств, вызванной экономическим кризисом. Почти все показатели здоровья населения в этих странах существенно ниже, чем в развитых государствах.

Новые правительства стран, о которых идет речь, одобрили идеи свободной рыночной экономики. Поэтому начавшиеся реформы здравоохранения заключаются в приватизации, децентрализации, страховании и сокращении государственного финансирования.

В начале 1990-х годов в странах Центральной и Восточной Европы были составлены планы децентрализации или даже приватизации служб здравоохранения.

В Чехии приватизация не только стимулируется, но и регламентируется. Основной принцип регламентации – создание новой системы, основанной на медицинском страховании и финансировании медико-санитарных учреждений из различных источников. К концу 1992 г. было подано 6000 предложений о приватизации. Передача собственности осуществляется путем аукциона, открытого конкурса или создания

акционерного общества. Однако те медицинские учреждения, которые имеют особое значение для общественного здравоохранения, приватизации не подлежат.

В системе медико-санитарной помощи в Венгрии в прошлом делался акцент на стационарную и специализированную помощь, высока была степень госпитализации. Одним из первых шагов к реформе здравоохранения в этой стране было введение в 1991 г. национальных средств общественного здравоохранения и медицинской инспекции. Нынешняя система имеет структуру общественного здравоохранения трех ступеней: городские и областные учреждения и национальные центры. Все они подчинены Министерству благосостояния. Новая система медицинской помощи базируется на страховании. Работающие граждане сами платят страховые взносы, за пенсионеров платит Пенсионный фонд, за безработных — Фонд солидарности. Нуждающихся в социальной поддержке определяют органы местного самоуправления. Их медицинское обслуживание оплачивается из государственного бюджета; соответствующая статья бюджета утверждается ежегодно. Таким образом, все население Венгрии охвачено этой системой. В услуги, предоставляемые в рамках медицинского страхования, входят медико-санитарная помощь, родовспоможение, до- и послеродовый уход, диспансеризация, субсидии на медикаменты и выплаты социального характера (бюллетени, пенсии по инвалидности, оплата декретных отпусков).

В 1992 г. было принято законодательство, предусматривающее свободный выбор врача. Это был первый шаг к семейной медицине и экономической конкуренции. Была также установлена временная контрактная система, регулирующая отношения между семейными врачами и фондами медицинского страхования. В группе, обслуживаемой по семейному принципу, должно быть не менее 1700 взрослых и 800 детей. Зарплата семейным врачам в Венгрии начисляется в зависимости от стажа врача и показателей (баллов) результативности, которые определяются числом и типом пациентов. Контроль за практикой осуществляет фонд медицинского страхования. За пределами новой системы медицинской помощи находятся стоматология и сестринское обслуживание.

Новая система финансирования имеет и отрицательные стороны: она слишком усложнена из-за двойного руководства (фонд медицинского страхования и местные органы управления здравоохранением); позволяет заключать контракты с врачами, не имеющими достаточного опыта; не обеспечивает качества медицинской помощи и не способствует ее преемственности.

В Польше реформа осуществляется по образцу службы здравоохранения Великобритании. В 1992 г. здесь вступил в силу закон об учреждении медико-санитарной помощи, который предусматривает меры по исправлению недостатков старой системы и стимулирует улучшение

медицинской помощи. Новый закон позволяет частному сектору вступать в конкуренцию за государственные средства; контракты обеспечивают равенство всех секторов и таким образом ограничивают монополию поставщиков медицинских услуг. Однако пока еще не сформулированы необходимые регламентирующие акты, что задерживает применение закона. Нет определенности и в том, как следует финансировать медицинскую помощь и управлять реформированной системой здравоохранения. Пока еще государство несет ответственность за предоставление бесплатной медицинской помощи. Однако из-за недостатка ресурсов бесплатная помощь не всегда возможна. Подготовлено законодательство, которое определяет, будет ли медицинская услуга бесплатной или пациенту придется частично оплачивать ее – в соответствии с фиксированным перечнем цен. Большинство услуг остаются бесплатными. Кроме того, указаны льготные категории больных.

Реформируется и фармацевтический сектор. 88% аптек в Польше приватизировано, что резко повысило их доходность. В соответствии с новым законодательством на большинство основных лекарственных средств установлены минимальные цены, на так называемые дополнительные лекарства введена 30-процентная дотация, остальные медикаменты оплачиваются полностью.

Реформы здравоохранения, проводимые в странах Центральной и Восточной Европы, пока не дали большого эффекта, но уже накоплен некоторый положительный опыт.

Организация здравоохранения в развивающихся странах

К развивающимся странам относятся страны Африки, Восточного Средиземноморья и Латинской Америки.

Для этих стран характерны следующие особенности: низкий уровень материально-бытовых условий (до 40% населения живет ниже уровня бедности, отмечается неудовлетворительное состояние жилищ, отсутствие в большинстве случаев санитарно-бытовых удобств, несбалансированное питание, недостаток доброкачественной питьевой воды); низкий уровень производственных условий (преобладание ручного труда, работа на открытом воздухе, использование детского труда); низкий образовательный уровень (в городах до 20%, а в сельской местности до 80–90% жителей не имеют образования); высокий удельный вес сельского населения (60–95%); широкое распространение религиозных и национальных обрядов; низкая плотность населения; плохое сообщение между населенными пунктами.

В развивающихся странах сегодня существуют все перечисленные выше системы здравоохранения – государственная, страховая и частно-предпринимательская – с преобладанием одной из них в зависимости

от политического и социально-экономического строя. В большинстве стран Восточного Средиземноморья и Африки принята за основу частно-государственная модель организации здравоохранения. В странах Латинской Америки в большей степени развита частнопредпринимательская система.

Медицинские службы развивающихся стран, унаследованные от колониальных режимов и не получающие достаточных средств, в 1950–1960-е годы испытали на себе влияние советской системы здравоохранения. Значительные средства выделялись университетским госпиталям в крупных городах; это практически лишало субсидий медицинские службы сельской местности и препятствовало развитию первичной медицинской помощи.

В 1980-х годах под влиянием программ ВОЗ первичной медицинской помощи стало уделяться больше внимания. К достижениям этого периода следует отнести улучшение санитарной обстановки, значительное увеличение охвата населения вакцинацией, сокращение рождаемости, широкое применение оральной регидратационной терапии, предотвращающей смертельный исход при диарейных заболеваниях.

Вместе с тем повышение темпов урбанизации (к 2000 г. 41% населения всех развивающихся стран проживает в городах), все более широкое распространение западного образа жизни ведут к росту заболеваемости неинфекционной патологией. На фоне огромных потерь от туберкулеза, малярии, других инфекционных болезней набирает силу эпидемия СПИДа; это тяжелым бременем ложится на систему здравоохранения, и без того испытывающую недостаток средств. При этом постоянно опережающими темпами растет и стоимость медикаментов и медицинских технологий.

Многие развивающиеся страны тратят на здравоохранение менее 4% своего небольшого национального дохода (например, Эфиопия – 3,8%, Судан – 3,5%, Нигерия – 3,1%), причем большая часть этих сумм идет на обустройство дорогостоящих больниц в наиболее крупных городах. Отсутствие необходимых средств усиливает необходимость создания общенациональной системы медицинского страхования, способной охватить большую часть населения медицинским обслуживанием и обеспечить дополнительный приток средств на развитие здравоохранения.

Международное сотрудничество в области здравоохранения

В настоящее время активно работают более 200 международных медицинских организаций и ассоциаций, в том числе правительственные международные агентства: Организация Объединенных Наций (ООН), Международная организация труда (МОТ), Международный детский

фонд (ЮНИСЕФ), Организация объединенных наций по науке и культуре (ЮНЕСКО), Международная продовольственная организация (ФАО), Международное агентство по атомной энергии (МАГАТЭ) др. Крупнейшей международной медицинской организацией является Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ).

Всемирная организация здравоохранения

Основной целью деятельности ВОЗ является достижение всеми народами 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, а также указано на нерасторжимую связь здоровья с укреплением международной безопасности и развитием науки.

Всемирная организация здравоохранения была создана после второй мировой войны. В 1946 г. в Нью-Йорке по решению ООН была созвана международная конференция по здравоохранению, в которой участвовали делегаты из 51 страны, а также представители международных организаций. На конференции был разработан Устав ВОЗ, который вступил в силу 7 апреля 1948 г., и с этого дня ВОЗ вошла в число международных организаций «семьи ООН» в качестве специализированного агентства ООН по здравоохранению. Этот день ежегодно отмечается как Всемирный день здоровья.

В настоящее время членами ВОЗ являются 164 государства. ВОЗ сотрудничает почти со 180 международными организациями, агентствами, ассоциациями.

Структура ВОЗ

Высшим органом ВОЗ является Всемирная ассамблея здравоохранения, которая состоит из делегатов, представляющих государства-члены ВОЗ. От каждой страны выделяется не более трех делегатов, один из которых является главой делегации. Делегаты, как правило, являются сотрудниками ведомства здравоохранения своей страны. Они должны обладать высокой квалификацией и специальными знаниями в области здравоохранения. Делегатов обычно сопровождают советники, эксперты и технический персонал.

Очередные сессии Ассамблеи созываются ежегодно. Ассамблея определяет направления деятельности ВОЗ, рассматривает и утверждает планы работы, бюджет, принимает новых членов, назначает генерального директора ВОЗ, решает вопросы сотрудничества с другими организациями. Кроме того, Ассамблея ВОЗ рассматривает рекомендации ООН по вопросам здравоохранения и представляет доклады о их выполнении.

Между сессиями Ассамблеи высшим органом ВОЗ является исполнительный комитет, который собирается на очередные сессии 2 раза в год. В состав исполкома входят 30 членов-представителей государств. Члены исполкома избираются на 3 года.

Центральный административный орган ВОЗ – секретариат, возглавляемый генеральным директором, который избирается Ассамблеей по представлению исполнительного комитета сроком на 5 лет.

Секретариат ВОЗ имеет децентрализованную структуру. Штаб-квартира расположена во «Дворце здоровья» в Женеве. Работает 6 региональных бюро: для стран Европы – в Копенгагене, Америки – в Вашингтоне, стран Восточного Средиземноморья – в Александрии (Египет), Юго-Восточной Азии – в Дели, Западной части Тихого океана – в Маниле (Филиппины), стран Африки южнее Сахары – в Браззавиле (Конго). В штаб-квартире и региональных бюро постоянно работают более 4,5 тысячи сотрудников.

Бюджет ВОЗ

Деятельность ВОЗ обеспечивается регулярным бюджетом, составляющимся из членских взносов государств. Более 2/3 всего бюджета платят развитые страны; максимальные взносы поступают от США (более 25% всего регулярного бюджета), России, Германии, Великобритании, Канады и др. Бюджет на два года планирования деятельности организации достигает почти 900 млн долларов.

Большая часть бюджета ВОЗ ассигнуется в развивающиеся страны. В распоряжение европейского регионального бюро предоставляется около 6% бюджета.

Кроме того, деятельность ВОЗ финансирует также Добровольный фонд укрепления здоровья, учрежденный в 1960 г. Этот фонд складывается из пожертвований и добровольных взносов стран-членов ВОЗ. Внебюджетные ассигнования ежегодно увеличиваются и приближаются к величинам регулярного бюджета.

Функции ВОЗ

Согласно Уставу ВОЗ функционирует как руководящий и координирующий орган в международной работе по здравоохранению.

ВОЗ разрабатывает и совершенствует международные стандарты, номенклатуру и классификации в области здравоохранения и медицины, содействует их распространению.

Кроме того, ВОЗ проводит медицинские исследования, оказывает содействие правительствам стран в укреплении национального здравоохранения. ВОЗ содействует принятию и выполнению международных конвенций, соглашений и правил в области здравоохранения.

Направления деятельности ВОЗ

- Укрепление и совершенствование служб здравоохранения.
- Предупреждение и борьба с инфекционными и неинфекционными заболеваниями.
- Охрана и оздоровление окружающей среды.
- Охрана здоровья матери и ребенка.
- Подготовка медицинских кадров.
- Санитарная статистика.
- Развитие медико-биологических исследований.

Всемирная организация здравоохранения внесла огромный вклад в улучшение состояния здоровья человечества. Она удовлетворила потребность мирового сообщества в единой межправительственной организации, охватывающей весь мир и занимающейся всем комплексом проблем здравоохранения.

ВОЗ принадлежит важная роль в успешном решении ряда проблем международного и национального здравоохранения. По ее инициативе и при активной поддержке нашей страны и других государств была осуществлена глобальная кампания по ликвидации оспы в мире; распространенность малярии сократилась не менее чем в 2 раза; успешно осуществляются программа иммунизации против 6 инфекционных заболеваний, организация выявления и борьбы с ВИЧ, создание научных и справочных центров во многих странах, организация служб первичной медико-санитарной помощи, медицинских школ и учебных курсов и многое другое.

С 1981 г. ВОЗ действует, руководствуясь общей стратегией, которая была определена как «достижение здоровья для всех». Организация играет ведущую роль в решении проблем охраны здоровья во всем мире.

Приложения

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
О ЛИЦЕНЗИРОВАНИИ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Принят
Государственной Думой
13 июля 2001 года
Одобрен
Советом Федерации
20 июля 2001 года

(в ред. Федеральных законов от 13.03.2002 №28-ФЗ,
от 21.03.2002 №31-ФЗ, от 09.12.2002 №164-ФЗ,
от 10.01.2003 №17-ФЗ, от 27.02.2003 №29-ФЗ,
от 11.03.2003 №32-ФЗ, от 26.03.2003 №36-ФЗ,
от 23.12.2003 №185-ФЗ, от 02.11.2004 №127-ФЗ,
от 21.03.2005 №20-ФЗ, от 02.07.2005 №80-ФЗ,
от 31.12.2005 №200-ФЗ, от 27.07.2006 №156-ФЗ,
от 04.12.2006 №201-ФЗ, от 29.12.2006 №244-ФЗ,
от 29.12.2006 №252-ФЗ, от 05.02.2007 №13-ФЗ,
от 19.07.2007 №134-ФЗ, от 19.07.2007 №135-ФЗ,
от 19.07.2007 №136-ФЗ, от 04.11.2007 №250-ФЗ,
от 08.11.2007 №258-ФЗ, от 01.12.2007 №318-ФЗ,
от 06.12.2007 №334-ФЗ, от 04.05.2008 №59-ФЗ)

Статья 1. Сфера применения настоящего Федерального закона

1. Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие между федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями в связи с осуществлением лицензирования отдельных видов деятельности в соответствии с перечнем, предусмотренным пунктом 1 статьи 17 настоящего Федерального закона.

2. Действие настоящего Федерального закона не распространяется на следующие виды деятельности:

деятельность кредитных организаций;

деятельность, связанная с защитой государственной тайны;

деятельность в области производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртсодержащей продукции;

деятельность в области связи;

биржевая деятельность;

деятельность в области таможенного дела;

нотариальная деятельность;

страховая деятельность;

(в ред. Федеральных законов от 11.03.2003 №32-ФЗ, от 06.12.2007 №334-ФЗ)

деятельность профессиональных участников рынка ценных бумаг;

осуществление внешнеэкономических операций;

абзац утратил силу. – Федеральный закон от 08.11.2007 №258-ФЗ;

приобретение оружия и патронов к нему;

использование результатов интеллектуальной деятельности лицами, обладающими правами на такое использование в силу федерального закона или договора;

(в ред. Федерального закона от 04.05.2008 №59-ФЗ)

использование орбитально-частотных ресурсов и радиочастот для осуществления телевизионного вещания и радиовещания (в том числе вещания дополнительной информации);

использование природных ресурсов, в том числе недр, лесов, объектов растительного и животного мира;

(в ред. Федерального закона от 04.12.2006 №201-ФЗ)

деятельность, работы и услуги в области использования атомной энергии;

образовательная деятельность;

деятельность инвестиционного фонда;

(абзац введен Федеральным законом от 06.12.2007 №334-ФЗ)

деятельность по управлению инвестиционными фондами, паевыми инвестиционными фондами и негосударственными пенсионными фондами;

(абзац введен Федеральным законом от 06.12.2007 №334-ФЗ)

деятельность специализированного депозитария инвестиционных фондов, паевых инвестиционных фондов и негосударственных пенсионных фондов;

(абзац введен Федеральным законом от 06.12.2007 №334-ФЗ)

деятельность негосударственных пенсионных фондов по пенсионному обеспечению и пенсионному страхованию.

(абзац введен Федеральным законом от 06.12.2007 №334-ФЗ)

Статья 2. Основные понятия

В целях настоящего Федерального закона применяются следующие основные понятия:

лицензия – специальное разрешение на осуществление конкретного вида деятельности при обязательном соблюдении лицензионных тре-

бований и условий, выданное лицензирующим органом юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю;

лицензируемый вид деятельности – вид деятельности, на осуществление которого на территории Российской Федерации требуется получение лицензии в соответствии с настоящим Федеральным законом;

лицензирование – мероприятия, связанные с предоставлением лицензий, переоформлением документов, подтверждающих наличие лицензий, приостановлением действия лицензий в случае административного приостановления деятельности лицензиатов за нарушение лицензионных требований и условий, возобновлением или прекращением действия лицензий, аннулированием лицензий, контролем лицензирующих органов за соблюдением лицензиатами при осуществлении лицензируемых видов деятельности соответствующих лицензионных требований и условий, ведением реестров лицензий, а также с предоставлением в установленном порядке заинтересованным лицам сведений из реестров лицензий и иной информации о лицензировании;

(в ред. Федерального закона от 02.07.2005 №80-ФЗ)

лицензионные требования и условия – совокупность установленных положениями о лицензировании конкретных видов деятельности требований и условий, выполнение которых лицензиатом обязательно при осуществлении лицензируемого вида деятельности;

лицензирующие органы – федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие лицензирование в соответствии с настоящим Федеральным законом;

лицензиат – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, имеющие лицензию на осуществление конкретного вида деятельности;

соискатель лицензии – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, обратившиеся в лицензирующий орган с заявлением о предоставлении лицензии на осуществление конкретного вида деятельности;

реестр лицензий – совокупность данных о предоставлении лицензий, переоформлении документов, подтверждающих наличие лицензий, приостановлении и возобновлении действия лицензий и об аннулировании лицензий.

Статья 3. Основные принципы осуществления лицензирования

Основными принципами осуществления лицензирования являются:

обеспечение единства экономического пространства на территории Российской Федерации;

установление единого перечня лицензируемых видов деятельности;

установление единого порядка лицензирования на территории Российской Федерации;

установление лицензионных требований и условий положениям о лицензировании конкретных видов деятельности;

гласность и открытость лицензирования;

соблюдение законности при осуществлении лицензирования.

Статья 4. Критерии определения лицензируемых видов деятельност

К лицензируемым видам деятельности относятся виды деятельно сти, осуществление которых может повлечь за собой нанесение ущерб правам, законным интересам, здоровью граждан, обороне и безопасно сти государства, культурному наследию народов Российской Федера ции и регулирование которых не может осуществляться иными метода ми, кроме как лицензированием.

Статья 5. Определение полномочий Правительства Российско Федерации при осуществлении лицензирования

В целях обеспечения единства экономического пространства на тер ритории Российской Федерации Правительство Российской Федераци в соответствии с определенными Президентом Российской Федераци основными направлениями внутренней политики государства:

утверждает положения о лицензировании конкретных видов дея тельности;

определяет федеральные органы исполнительной власти, осуществ ляющие лицензирование конкретных видов деятельности;

устанавливает виды деятельности, лицензирование которых осу ществляется органами исполнительной власти субъектов Российско Федерации.

Статья 6. Полномочия лицензирующих органов

1. Лицензирующие органы осуществляют следующие полномочия:

предоставление лицензий;

переоформление документов, подтверждающих наличие лицензий

приостановление действия лицензий в случае административно приостановления деятельности лицензиатов за нарушение лицензион ных требований и условий и возобновление действия лицензий;

(в ред. Федерального закона от 02.07.2005 №80-ФЗ)

абзац утратил силу с 1 июля 2007 года. – Федеральный закон с 02.07.2005 №80-ФЗ;

прекращение действия лицензий в случае, предусмотренном пунк том 3 статьи 13 настоящего Федерального закона;

(в ред. Федерального закона от 02.07.2005 №80-ФЗ)

ведение реестров лицензий, предоставление заинтересованны лицам сведений из реестров лицензий и иной информации о лицензи ровании;

(в ред. Федерального закона от 02.07.2005 №80-ФЗ)

контроль за соблюдением лицензиатами при осуществлении лицензируемых видов деятельности соответствующих лицензионных требований и условий;

обращение в суд с заявлениями об аннулировании лицензий.

(абзац введен Федеральным законом от 02.07.2005 №80-ФЗ)

Порядок осуществления полномочий лицензирующих органов устанавливается положениями о лицензировании конкретных видов деятельности.

2. Лицензирующие органы формируют открытые и общедоступные государственные информационные ресурсы, содержащие сведения из реестров лицензий, положения о лицензировании конкретных видов деятельности, а также технические регламенты и иные нормативные правовые акты Российской Федерации, устанавливающие обязательные требования к лицензируемым видам деятельности, за исключением случаев, если в интересах сохранения государственной или служебной тайны свободный доступ к таким ресурсам в соответствии с законодательством Российской Федерации ограничен.

(п. 2 в ред. Федерального закона от 02.07.2005 №80-ФЗ)

Статья 7. Действие лицензии

1. На каждый вид деятельности, указанный в пункте 1 статьи 17 настоящего Федерального закона, предоставляется лицензия.

Вид деятельности, на осуществление которого предоставлена лицензия, может выполняться только получившим лицензию юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем.

2. Деятельность, на осуществление которой лицензия предоставлена федеральным органом исполнительной власти или органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, может осуществляться на всей территории Российской Федерации. Деятельность, на осуществление которой лицензия предоставлена лицензирующим органом субъекта Российской Федерации, может осуществляться на территориях иных субъектов Российской Федерации при условии уведомления лицензиатом лицензирующих органов соответствующих субъектов Российской Федерации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Статья 8. Срок действия лицензии

Срок действия лицензии не может быть менее чем пять лет. Срок действия лицензии по его окончании может быть продлен по заявлению лицензиата.

Продление срока действия лицензии осуществляется в порядке переоформления документа, подтверждающего наличие лицензии.

Положениями о лицензировании конкретных видов деятельности может быть предусмотрено бессрочное действие лицензии.

Статья 9. Принятие решения о предоставлении лицензии

1. Для получения лицензии соискатель лицензии направляет или представляет в соответствующий лицензирующий орган заявление о предоставлении лицензии, в котором указываются:

полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, место его нахождения, адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, который намерен осуществлять заявитель, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица и данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц, – для юридического лица;

фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, место его жительства, адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, который намерен осуществлять заявитель, данные документа, удостоверяющего его личность, основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, – для индивидуального предпринимателя;

идентификационный номер налогоплательщика и данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе;

лицензируемый вид деятельности в соответствии с пунктом 1 статьи 17 настоящего Федерального закона, который соискатель лицензии намерен осуществлять.

К заявлению о предоставлении лицензии прилагаются:

копии учредительных документов (с представлением оригиналов в случае, если верность копий не засвидетельствована в нотариальном порядке) – для юридического лица;

документ, подтверждающий уплату государственной пошлины за рассмотрение лицензирующим органом заявления о предоставлении лицензии;

копии документов, перечень которых определяется положением о лицензировании конкретного вида деятельности и которые свидетельствуют о наличии у соискателя лицензии возможности выполнения лицензионных требований и условий, в том числе документов, наличие которых при осуществлении лицензируемого вида деятельности предусмотрено федеральными законами.

Лицензирующий орган не вправе требовать от соискателя лицензии представления документов, не предусмотренных настоящим Федеральным законом.

Заявление о предоставлении лицензии и прилагаемые к нему документы в день поступления в лицензирующий орган принимаются по

описи, копия которой с отметкой о дате приема указанных заявления и документов направляется (вручается) соискателю лицензии.

Лицензирующий орган проводит проверку полноты и достоверности сведений о соискателе лицензии, содержащихся в представленных соискателем лицензии заявлении и документах, а также проверку возможности выполнения соискателем лицензии лицензионных требований и условий в порядке, предусмотренном статьей 12 настоящего Федерального закона.

(п. 1 в ред. Федерального закона от 02.07.2005 №80-ФЗ)

2. Лицензирующий орган принимает решение о предоставлении или об отказе в предоставлении лицензии в срок, не превышающий сорока пяти дней со дня поступления заявления о предоставлении лицензии и прилагаемых к нему документов. Указанное решение оформляется соответствующим актом лицензирующего органа.

(в ред. Федерального закона от 02.07.2005 №80-ФЗ)

Более короткие сроки принятия решения о предоставлении или об отказе в предоставлении лицензии могут устанавливаться положениями о лицензировании конкретных видов деятельности.

Лицензирующий орган обязан в указанный срок уведомить соискателя лицензии о принятии решения о предоставлении или об отказе в предоставлении лицензии.

Уведомление о предоставлении лицензии направляется (вручается) соискателю лицензии в письменной форме.

(в ред. Федерального закона от 02.11.2004 №127-ФЗ)

Уведомление об отказе в предоставлении лицензии направляется (вручается) соискателю лицензии в письменной форме с указанием причин отказа, в том числе реквизитов акта проверки возможности выполнения соискателем лицензии лицензионных требований и условий, если причиной отказа является невозможность выполнения соискателем лицензии указанных требований и условий.

(в ред. Федерального закона от 02.07.2005 №80-ФЗ)

В течение трех дней после представления соискателем лицензии документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление лицензии, лицензирующий орган бесплатно выдает лицензиату документ, подтверждающий наличие лицензии.

(в ред. Федерального закона от 02.11.2004 №127-ФЗ)

В случае утраты документа, подтверждающего наличие лицензии, лицензиат имеет право на получение дубликата указанного документа, который предоставляется ему на основании заявления в письменной форме.

(в ред. Федерального закона от 02.07.2005 №80-ФЗ)

Лицензиат имеет право на получение заверенных лицензирующим органом копий документа, подтверждающего наличие лицензии.

(абзац введен Федеральным законом от 02.07.2005 №80-ФЗ)

Дубликат или копия подтверждающего наличие лицензии документа предоставляется лицензиату за плату в размере десяти рублей.

(абзац введен Федеральным законом от 02.07.2005 №80-ФЗ)

3. Основанием отказа в предоставлении лицензии является:

наличие в документах, представленных соискателем лицензии, недостоверной или искаженной информации;

несоответствие соискателя лицензии, принадлежащих ему или используемых им объектов лицензионным требованиям и условиям.

Не допускается отказ в выдаче лицензии на основании величины объема продукции (работ, услуг), производимой или планируемой для производства соискателем лицензии.

4. Соискатель лицензии имеет право обжаловать в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, отказ лицензирующего органа в предоставлении лицензии или его бездействие.

5. Лицензиат обязан сообщить в лицензирующий орган об изменении сведений об адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности в срок не позднее чем через пятнадцать дней со дня такого изменения.

(п. 5 введен Федеральным законом от 02.07.2005 №80-ФЗ)

Пункт 6 статьи 9 вступил в силу по истечении девяноста дней после дня официального опубликования Федерального закона от 02.07.2005 №80-ФЗ.

6. По заявлению соискателя лицензии или лицензиата в отношении отдельных видов деятельности, лицензирование которых осуществляется в целях защиты имущественных прав и законных интересов граждан, может применяться упрощенный порядок лицензирования при условии заключения соискателем лицензии или лицензиатом договора страхования гражданской ответственности либо при наличии у лицензиата сертификата соответствия осуществляемого им лицензируемого вида деятельности международным стандартам.

Порядок лицензирования (общий порядок лицензирования или упрощенный порядок лицензирования) или возврат к применяемому ранее порядку лицензирования выбирается соискателем лицензии или лицензиатом самостоятельно.

Соискатель лицензии, изъявивший желание осуществлять лицензируемый вид деятельности и выбравший упрощенный порядок лицензирования, представляет в соответствующий лицензирующий орган заявление и документы, предусмотренные пунктом 1 настоящей статьи, за исключением документов, перечень которых определяется положением о лицензировании конкретного вида деятельности, а также копию договора страхования гражданской ответственности (с представлением оригинала в случае, если верность копии не засвидетельствована в нотариальном порядке).

В случае применения упрощенного порядка лицензирования решение о предоставлении лицензии или об отказе в ее предоставлении при

нимается лицензирующим органом в срок, не превышающий пятнадцати дней со дня поступления заявления о предоставлении лицензии и прилагаемых к нему документов.

Лицензиат, изъявивший желание перейти на упрощенный порядок лицензирования, направляет или представляет в соответствующий лицензирующий орган заявление о переходе на упрощенный порядок лицензирования с приложением копии договора страхования гражданской ответственности или копии сертификата соответствия осуществляемого им лицензируемого вида деятельности международным стандартам (с представлением оригинала в случае, если верность копии не засвидетельствована в нотариальном порядке).

Плановые проверки соответствия деятельности лицензиата, выбравшего упрощенный порядок лицензирования, лицензионным требованиям и условиям не проводятся.

Срок действия договора страхования гражданской ответственности или срок действия сертификата соответствия осуществляемого лицензиатом лицензируемого вида деятельности международным стандартам должен быть не меньше срока действия лицензии.

Лицензиат обязан уведомить лицензирующий орган о прекращении действия договора страхования гражданской ответственности или сертификата соответствия осуществляемого лицензиатом лицензируемого вида деятельности международным стандартам либо о продлении срока действия указанного договора в течение пятнадцати дней со дня прекращения действия указанных документов или продления срока действия договора.

В случае прекращения действия договора страхования гражданской ответственности или сертификата соответствия осуществляемого лицензиатом лицензируемого вида деятельности международным стандартам лицензиат имеет право осуществлять лицензируемый вид деятельности, к которому применяется общий порядок лицензирования, до истечения срока действия лицензии.

Упрощенный порядок лицензирования может применяться при условии заключения соискателем лицензии или лицензиатом договора страхования гражданской ответственности либо при наличии у лицензиата сертификата соответствия осуществляемого им лицензируемого вида деятельности международным стандартам в отношении лицензирования следующих видов деятельности:

Статья 17.1. Ответственность должностных лиц лицензирующих органов при осуществлении лицензирования конкретных видов деятельности

(введена Федеральным законом от 02.07.2005 №80-ФЗ)

1. Должностные лица лицензирующих органов в случае ненадлежащего исполнения своих обязанностей при осуществлении лицензирования конкретных видов деятельности и в случае совершения противо-

правных действий (бездействия) несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. О мерах, принятых в отношении виновных в нарушении законодательства Российской Федерации должностных лиц лицензирующих органов, лицензирующие органы в течение тридцати дней обязаны сообщить юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю, права и законные интересы которых нарушены.

Статья 18. Переходные положения

1. Федеральные законы и иные нормативные правовые акты, регулирующие порядок лицензирования отдельных видов деятельности, за исключением видов деятельности, предусмотренных пунктом 2 статьи 1 настоящего Федерального закона, действуют в части, не противоречащей настоящему Федеральному закону, и подлежат приведению в соответствие с настоящим Федеральным законом.

2. Лицензирование видов деятельности, не указанных в пункте 1 статьи 17 настоящего Федерального закона, прекращается со дня вступления в силу настоящего Федерального закона.

3. Утратил силу. – Федеральный закон от 02.07.2005 №80-ФЗ.

4. Утратил силу. – Федеральный закон от 02.07.2005 №80-ФЗ.

5. С 1 января 2006 года прекращается лицензирование следующих указанных в пункте 1 статьи 17 настоящего Федерального закона видов деятельности:

сюрвейерское обслуживание морских судов в морских портах;

деятельность по техническому обслуживанию и ремонту подвижного состава на железнодорожном транспорте;

деятельность по техническому обслуживанию и ремонту технических средств, используемых на железнодорожном транспорте;

абзац утратил силу. – Федеральный закон от 31.12.2005 №200-ФЗ;

деятельность по разведению племенных животных (за исключением случая, если указанная деятельность осуществляется для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя);

деятельность по производству и использованию племенной продукции (материала) (за исключением случая, если указанная деятельность осуществляется для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя);

абзац утратил силу. – Федеральный закон от 31.12.2005 №200-ФЗ;

деятельность по производству элитных семян (семян элиты);

осуществляемая в море деятельность по приемке и транспортировке уловов водных биологических ресурсов, включая рыб, а также других водных животных и растений.

(п. 5 введен Федеральным законом от 02.07.2005 №80-ФЗ)

5.1. С 1 июля 2006 года прекращается лицензирование следующих указанных в пункте 1 статьи 17 настоящего Федерального закона видов деятельности:

оценочная деятельность;

абзац утратил силу. – Федеральный закон от 27.07.2006 №156-ФЗ.

(п. 5.1 введен Федеральным законом от 31.12.2005 №200-ФЗ)

5.2. С 1 июля 2008 года прекращается лицензирование следующего указанного в пункте 1 статьи 17 настоящего Федерального закона вида деятельности:

аудиторская деятельность.

(п. 5.2 введен Федеральным законом от 19.07.2007 №135-ФЗ)

6. С 1 января 2007 года прекращается лицензирование следующих указанных в пункте 1 статьи 17 настоящего Федерального закона видов деятельности:

абзац утратил силу. – Федеральный закон от 29.12.2006 №252-ФЗ;

туроператорская деятельность;

турагентская деятельность;

абзацы пятый – седьмой утратили силу. – Федеральный закон от 29.12.2006 №252-ФЗ.

(п. 6 в ред. Федерального закона от 27.07.2006 №156-ФЗ)

6.1. С 1 июля 2008 года прекращается лицензирование следующих указанных в пункте 1 статьи 17 настоящего Федерального закона видов деятельности:

проектирование зданий и сооружений, за исключением сооружений сезонного или вспомогательного назначения;

строительство зданий и сооружений, за исключением сооружений сезонного или вспомогательного назначения;

инженерные изыскания для строительства зданий и сооружений, за исключением сооружений сезонного или вспомогательного назначения.

(п. 6.1 введен Федеральным законом от 19.07.2007 №136-ФЗ)

7. Со дня вступления в силу технических регламентов, устанавливающих обязательные требования к лицензируемым видам деятельности, прекращается лицензирование следующих указанных в пункте 1 статьи 17 настоящего Федерального закона видов деятельности:

разработка авиационной техники, в том числе авиационной техники двойного назначения;

производство авиационной техники, в том числе авиационной техники двойного назначения;

ремонт авиационной техники, в том числе авиационной техники двойного назначения;

испытание авиационной техники, в том числе авиационной техники двойного назначения;

эксплуатация взрывопожароопасных производственных объектов;

(в ред. Федерального закона от 08.11.2007 №258-ФЗ)

абзац утратил силу. – Федеральный закон от 08.11.2007 №258-ФЗ;

эксплуатация химически опасных производственных объектов;

деятельность по проведению экспертизы промышленной безопасности;

производство работ по монтажу, ремонту и обслуживанию средств обеспечения пожарной безопасности зданий и сооружений;

производство маркшейдерских работ;

геодезическая деятельность;

картографическая деятельность;

производство медицинской техники;

техническое обслуживание медицинской техники (за исключением случая, если указанная деятельность осуществляется для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя);

деятельность по изготовлению и ремонту средств измерений.

(п. 7 введен Федеральным законом от 02.07.2005 №80-ФЗ)

8. При реорганизации в форме присоединения, разделения или выделения осуществляющих лицензируемые виды деятельности субъектов естественных монополий Правительство Российской Федерации вправе принять решение, предусматривающее, что:

правопреемники реорганизованных юридических лиц вправе осуществлять виды деятельности, подлежащие лицензированию в соответствии с настоящим Федеральным законом, на основании ранее выданных реорганизованным юридическим лицам лицензий, но не более чем шесть месяцев со дня государственной регистрации вновь возникших юридических лиц;

правопреемники реорганизованных юридических лиц осуществляют виды деятельности, подлежащие лицензированию в соответствии с настоящим Федеральным законом, с соблюдением лицензионных требований и условий.

Лицензирующие органы осуществляют контроль за соблюдением правопреемниками реорганизованных юридических лиц лицензионных требований и условий, установленных положениями о лицензировании конкретных видов деятельности.

Действие лицензий, которые ранее были выданы реорганизованным юридическим лицам и на основании которых правопреемники реорганизованных юридических лиц осуществляют лицензируемый вид деятельности, может быть приостановлено, или такие лицензии могут быть аннулированы по основаниям и в порядке, которые установлены статьей 13 настоящего Федерального закона.

(п. 8 введен Федеральным законом от 02.07.2005 №80-ФЗ)

Статья 19. Признание утратившими силу некоторых законодательных актов в связи с принятием настоящего Федерального закона

Со дня вступления в силу настоящего Федерального закона признать утратившими силу:

Федеральный закон от 25 сентября 1998 года №158-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, №39, ст. 4857);

Федеральный закон от 26 ноября 1998 года №178-ФЗ «О внесении дополнений в Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, №48, ст. 5853);

Федеральный закон от 22 декабря 1999 года №215-ФЗ «О внесении дополнений в статью 17 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, №52, ст. 6365);

Федеральный закон от 22 декабря 1999 года №216-ФЗ «О внесении дополнения в статью 17 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, №52, ст. 6366);

Федеральный закон от 12 мая 2000 года №69-ФЗ «О внесении изменения в статью 17 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, №20, ст. 2104);

статью 2 Федерального закона от 29 декабря 2000 года №169-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об отходах производства и потребления» и Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, №1, ст. 21).

Статья 20. Вступление в силу настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон вступает в силу по истечении шести месяцев со дня его официального опубликования.

Президенту Российской Федерации и Правительству Российской Федерации привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Федеральным законом.

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПОСТАНОВЛЕНИЕ
от 22 января 2007 г. №30

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ О ЛИЦЕНЗИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

(в ред. Постановления Правительства РФ от 07.04.2008 №241)

В соответствии с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности» Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемое Положение о лицензировании медицинской деятельности.

2. Признать утратившими силу:

Постановление Правительства Российской Федерации от 4 июля 2002 г. №499 «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, №27, ст. 2710);

пункт 98 изменений, которые вносятся в постановления Совета Министров РСФСР, Правительства РСФСР и Правительства Российской Федерации, касающиеся государственной регистрации юридических лиц, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 3 октября 2002 г. №731 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, №41, ст. 3983);

пункт 120 изменений, которые вносятся в акты Правительства Российской Федерации, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 февраля 2005 г. №49 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, №7, ст. 560).

Председатель Правительства
Российской Федерации
М.ФРАДКОВ

Утверждено
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 22 января 2007 г. №30

ПОЛОЖЕНИЕ
О ЛИЦЕНЗИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

(в ред. Постановления Правительства РФ от 07.04.2008 №241)

1. Настоящее Положение определяет порядок лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой на территории Российской Федерации юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями.

2. Лицензирование медицинской деятельности осуществляют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в части деятельности, осуществляемой организациями муниципальной и частной систем здравоохранения (за исключением деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи), а также Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития – в части деятельности, осуществляемой организациями государственной системы здравоохранения, а также деятельности, осуществляемой организациями муниципальной и частной систем здравоохранения по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (далее – лицензирующие органы).

(п. 2 в ред. Постановления Правительства РФ от 07.04.2008 №241)

3. Лицензия на осуществление медицинской деятельности (далее – лицензия) предоставляется на 5 лет. Срок действия лицензии может быть продлен в порядке, предусмотренном для переоформления лицензии.

4. Медицинская деятельность предусматривает выполнение работ (услуг) по оказанию доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной, высокотехнологичной, скорой и санаторно-курортной медицинской помощи в соответствии с перечнем согласно приложению (далее – работы (услуги).

5. Лицензионными требованиями и условиями при осуществлении медицинской деятельности являются:

а) наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям;

б) наличие у руководителя или заместителя руководителя юридического лица либо у руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, – соискателя лицензии (лицензиата) 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;

в) наличие у индивидуального предпринимателя – соискателя лицензии (лицензиата) 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;

г) наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг), имеющих высшее или среднее профессиональное (медицинское) образование и сертификат специалиста, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ (услуг);

д) повышение квалификации специалистов, осуществляющих работы (услуги), не реже одного раза в 5 лет;

е) соблюдение лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

ж) соблюдение лицензиатом санитарных правил при осуществлении им медицинской деятельности;

з) обеспечение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам);

и) соблюдение лицензиатом правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденных в установленном порядке;

к) наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) специалистов, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или наличие у соискателя лицензии (лицензиата) договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности;

л) ведение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности учетной и отчетной медицинской документации.

6. Осуществление медицинской деятельности с грубым нарушением лицензионных требований и условий влечет за собой ответственность, установленную законодательством Российской Федерации. При этом под грубым нарушением понимается невыполнение лицензиатом требований и условий, предусмотренных подпунктами «а»—«г» и «е»—«з» пункта 5 настоящего Положения.

7. Для получения лицензии соискатель лицензии направляет или представляет в лицензирующий орган заявление о предоставлении лицензии, в котором указывает виды работ (услуг) по перечню согласно приложению к настоящему Положению, и документы (копии документов), указанные в пункте 1 статьи 9 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», а также:

а) копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности;

б) копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя;

в) 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);

г) копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг);

д) копии регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на используемую медицинскую технику;

е) 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;

ж) копию выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности.

8. Копии документов, не заверенные нотариусом, представляются с предъявлением оригинала.

Лицензирующий орган не вправе требовать от соискателя лицензии представления документов, не предусмотренных настоящим Положением.

9. При рассмотрении заявления о предоставлении лицензии лицензирующий орган проводит проверку полноты и достоверности сведений о соискателе лицензии, содержащихся в представленных в соответствии с пунктом 7 настоящего Положения заявлении и документах, а также проверку возможности выполнения соискателем лицензии лицензионных требований и условий.

Проверка полноты и достоверности указанных сведений проводится путем сопоставления их со сведениями, содержащимися в Едином государственном реестре юридических лиц или в Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей, а также в едином реестре выданных сертификатов соответствия, которые предоставляются лицензирующему органу Федеральной налоговой службой и Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Проверка возможности выполнения соискателем лицензии лицензионных требований и условий проводится лицензирующим органом в соответствии с требованиями, установленными для организации проверок Федеральным законом «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)».

10. Выданный лицензирующим органом документ, подтверждающий наличие лицензии, должен иметь приложение, содержащее наименования работ (услуг), являющееся неотъемлемой частью указанного документа.

11. Лицензиат имеет право на получение дубликата документа, подтверждающего наличие лицензии, в случае его утраты, а также заверенных лицензирующим органом копий этого документа.

Дубликат или копия документа, подтверждающего наличие лицензии, предоставляются лицензиату в течение 10 дней с даты получения лицензирующим органом его письменного заявления.

На дубликате документа, подтверждающего наличие лицензии, проставляется пометка «дубликат». Дубликат оформляется в 2 экземплярах, один из которых вручается лицензиату, другой хранится в лицензионном деле лицензирующего органа.

12. Информация, относящаяся к осуществлению лицензируемой деятельности, предусмотренная пунктом 2 статьи 6 и пунктом 1 статьи 14 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», размещается в одном из официальных информационных ресурсов лицензирующего органа в течение 10 дней с даты:

а) официального опубликования нормативных правовых акто устанавливающих обязательные требования к лицензируемой деятел ности;

б) принятия лицензирующим органом решения о предоставлени лицензии, переоформлении лицензии, приостановлении и возобно лении ее действия;

в) получения от Федеральной налоговой службы сведений о ликви дации юридического лица либо прекращении его деятельности в резул тате реорганизации или о прекращении физическим лицом деятельн сти в качестве индивидуального предпринимателя;

г) вступления в законную силу решения суда об аннулировани лицензии.

13. Лицензионный контроль за соблюдением лицензиатом лице зионных требований и условий осуществляется в порядке, предусмо ренном Федеральным законом «О защите прав юридических лиц индивидуальных предпринимателей при проведении государственно контроля (надзора)».

14. Принятие решений лицензирующим органом о предоставл нии лицензии (об отказе в предоставлении лицензии), переоформл нии лицензии, приостановлении и возобновлении ее действия, а так ведение реестра лицензий и предоставление сведений, содержащих в нем, осуществляются в порядке, установленном Федеральным зак ном «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Ведение единого реестра лицензий, в том числе лицензий, выда ных органами исполнительной власти субъектов Российской Федер ции в соответствии с переданными полномочиями, осуществляет Фед ральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального ра вития.

(абзац введен Постановлением Правительства РФ от 07.04.200 №241)

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федераци ежемесячно, не позднее 10-го числа, направляют в печатном и эле тронном виде данные, содержащиеся в реестрах лицензий субъект Российской Федерации, в Федеральную службу по надзору в сфе здравоохранения и социального развития.

(абзац введен Постановлением Правительства РФ от 07.04.200 №241)

15. За рассмотрение лицензирующим органом заявления о предо тавлении лицензии, ее предоставление или переоформление уплач вается государственная пошлина в порядке и размерах, установленны законодательством Российской Федерации о налогах и сборах.

Приложение
к Положению о лицензировании
медицинской деятельности

ПЕРЕЧЕНЬ
РАБОТ (УСЛУГ) ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Работы (услуги), выполняемые при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной), высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи, порядок организации которых определяется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, включают работы (услуги) по:

абдоминальной хирургии
акушерству и гинекологии
акушерскому делу
аллергологии и иммунологии
анестезиологии и реаниматологии
бактериологии
вирусологии
военно-врачебной экспертизе
восстановительной медицине
врачебно-летной экспертизе
гастроэнтерологии
гематологии
генетике
гериатрии
гистологии
дерматовенерологии
детской кардиологии
детской онкологии
детской урологии-андрологии
детской хирургии
детской эндокринологии
диабетологии
диетологии
забору, хранению донорской спермы
забору, хранению органов и тканей человека для трансплантации
забору, заготовке, хранению донорской крови и ее компонентов
забору гемопоэтических стволовых клеток

инфекционным болезням
кардиологии
колопроктологии
контролю качества медицинской помощи
косметологии (терапевтической)
косметологии (хирургической)
клинической лабораторной диагностике
клинической микологии
клинической фармакологии
лабораторному делу
лабораторной диагностике
лабораторной микологии
лабораторной генетике
лечебной физкультуре и спортивной медицине

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 07.04.200 №241 с 1 января 2009 года Приложение после абзаца сорок второ будет дополнено абзацем следующего содержания:
«лечебному делу».

мануальной терапии
медицинской биохимии
медицинской генетике
медицинскому массажу
медицинской оптике
медицинским осмотрам (предварительным, периодическим)
медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым)
медицинским осмотрам (предполетным, послеполетным)
медицинской статистике

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 07.04.20 №241 с 1 января 2009 года Приложение после абзаца пятьдесят перво будет дополнено абзацем следующего содержания:
«медицинскому (наркологическому) освидетельствованию».

неврологии
нейрохирургии
неонатологии
нефрологии
общей врачебной практике (семейной медицине)
общей практике
общественному здоровью и организации здравоохранения
онкологии
операционному делу
организации сестринского дела

ортодонтии
оториноларингологии
офтальмологии
паразитологии
патологической анатомии
педиатрии
применению клеточных технологий
применению методов традиционной медицины
профпатологии
психиатрии
психиатрии-наркологии
психотерапии
пульмонологии
радиологии
ревматологии
рентгенологии
рефлексотерапии
сексологии
сердечно-сосудистой хирургии
сестринскому делу
сестринскому делу в педиатрии
скорой медицинской помощи
стоматологии
стоматологии детской
стоматологии профилактической
стоматологии ортопедической
стоматологии терапевтической
стоматологии хирургической
судебно-медицинской экспертизе
судебно-медицинской экспертизе вещественных доказательств и исследованию биологических объектов:
биохимической
генетической
медико-криминалистической
спектрографической
судебно-биологической
судебно-гистологической
судебно-химической
судебно-цитологической
химико-токсикологической
судебно-медицинской экспертизе и исследованию трупа
судебно-медицинской экспертизе и обследованию потерпевших, обвиняемых и других лиц
судебно-психиатрической экспертизе:
однородной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе

комплексной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе
судебно-психиатрической экспертизе:
однородной стационарной судебно-психиатрической экспертизе
комплексной стационарной судебно-психиатрической экспертизе
(психолого-психиатрической, сексолого-психиатрической)
сурдологии-оториноларингологии
терапии
токсикологии
торакальной хирургии
травматологии и ортопедии
транспортировке донорской крови и ее компонентов
транспортировке донорской спермы
транспортировке гемопоэтических стволовых клеток
транспортировке органов и тканей человека для трансплантации
трансфузиологии
ультразвуковой диагностике
управлению сестринской деятельностью
урологии
физиотерапии
фтизиатрии
функциональной диагностике
хирургии
хирургии (трансплантации органов и тканей)
хирургии (комбустиологии)
хранению гемопоэтических стволовых клеток
челюстно-лицевой хирургии
экспертизе временной нетрудоспособности

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 07.04.20
№241 с 1 января 2009 года Приложение после абзаца сто тридцать пе
вого будет дополнено абзацем следующего содержания:
«экспертизе наркологической».
экспертизе на право владения оружием
экспертизе профпригодности
экспертизе связи заболеваний с профессией
эндокринологии
эндоскопии