

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

В. И. Горбунов, Г. В. Возженникова,
И. Н. Исаева, М. В. Горбунов

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ОПОРНЫЕ ТОЧКИ ПОЗНАНИЯ

Ульяновск
2017

УДК 614.1/.2(075.8)
ББК 51.1(2)я73
О-28

Печатается по решению Ученого совета
Института медицины, экологии и физической культуры
Ульяновского государственного университета
(протокол № 7/187 от 15.03.2017)

Рецензенты:

директор Института медицины, экологии и физической культуры УлГУ,
заведующий кафедрой госпитальной хирургии, д.м.н., профессор,
академик РАЕН **В. И. Мидленко**;

первый заместитель Министра здравоохранения,
семьи и социального благополучия Ульяновской области,
к.м.н. **Т. А. Кабакова**

О-28 Общественное здоровье и здравоохранение: опорные точки познания : учеб. пособие / В. И. Горбунов, Г. В. Возженникова, И. Н. Исаева, М. В. Горбунов. – Ульяновск : УлГУ, 2017. – 182 с.

Пособие призвано помочь англоязычным студентам в изучении дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение». В книге приведены основные сведения об общественном здоровье, методах его изучения, организации лечебно-диагностического процесса у больших групп населения, вопросы экономики, медицинского страхования, менеджмента качества и др.

Предназначено для студентов, изучающих дисциплину «Общественное здоровье и здравоохранение» на английском языке, а также всех интересующихся данной проблемой.

УДК 614.1/.2(075.8)
ББК 51.1(2)я73

© **Горбунов В. И., Возженникова Г. В., Исаева И. Н., Горбунов М. В., 2017**
© **Ульяновский государственный университет, 2017**

THE MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF THE RUSSIAN FEDERATION
Federal State Education Institution of Higher Education
“ULYANOVSK STATE UNIVERSITY”

V. I. Gorbunov, G. V. Vozzhennikova,
I. N. Isaeva, M. V. Gorbunov

PUBLIC HEALTH: MAIN WAYS OF COGNITION

Ulyanovsk
2017

UDC 614.1/.2(075.8)

LBC 51.1(2)j73

O-28

Published according to the decision of the Academic Council
of the Institute of Medicine, Ecology and Physical Culture
of Ulyanovsk State University
(protocol № 7/187 from 15.03.2017)

Reviewers:

Director of the Institute of Medicine, Ecology and Physical Culture (UISU),
head of the hospital surgery department, MD, professor,
academician of the Russian Academy of Natural Sciences **V. I. Midlenkoo**;

First Deputy Minister of Health, Family and Social Welfare
of the Ulyanovsk Region, Candidate of Medical Sciences **T. A. Kabakova**

O-28 Public health and Healthcare: main ways of cognition : text book /
V. I. Gorbunov, G. V. Vozzhennikova, I. N. Isaeva, M. V. Gorbunov. – Ulyanovsk :
UISU, 2017. – 182 p.

The text book is intended in order to facilitate the study of discipline “Public health and Healthcare” to English-speaking students. In the book in a certain sequence are given basic information about public health and methods of its study, as well as organization of the treatment and diagnostic process for large population groups, economic issues, medical insurance, quality management, etc.

Designed for students studying the discipline “Public health and Healthcare” in English, as well as all those interested in this problem.

UDC 614.1/.2(075.8)

LBC 51.1(2)j73

© *Gorbunov V. I., Vozzhennikova G. V., Isaeva I. N., Gorbunov M. V., 2017*

© *Ulyanovsk State University, 2017*

СОДЕРЖАНИЕ

От авторов	
1. Основы дисциплины общественного здоровья и здравоохранения	
2. Медико-социальные аспекты демографии	
3. Заболеваемость населения	
4. Медико-социальные аспекты важнейших инфекционных и неинфекционных заболеваний ..	
5. Правовые основы охраны здоровья граждан РФ	
6. Основы медицинского страхования	
7. Основы организации медицинской помощи	
8. Организация стационарной помощи	
9. Основы организации лечебно-профилактической помощи женщинам и детям	
10. Особенности и проблема организации медицинской помощи сельским жителям	
11. Медицинская экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности	
12. Инвалидность как медико-социальная проблема	
13. Теоретические основы управления качеством медицинской помощи	
14. Основы экономики здравоохранения	
Заключение	
Литература	

CONTENTS

From authors	
1. The basis of public health and Healthcare subject	
2. Medical and social aspects of demography	
3. Morbidity of the population	
4. Medical and social aspects of major communicable and noncommunicable diseases	
5. Legal basis for protecting the health of Russian citizens	
6. Fundamentals of health insurance	
7. The organization of medical care. Basics	
8. Hospital care organization	
9. Fundamentals of treatment and preventive care organization for women and children	
10. Features and problems of medical care to villagers	
11. Medical examination. Examination of temporary incapacity for work	
12. Disability as a medical and social problem	
13. Theoretical Healthcare quality management basics	
14. Health Economics Basics	
Conclusion	
Literature	

6

7

19

29

39

49

59

71

85

97

113

125

139

151

171

181

182

ОТ АВТОРОВ

Подготовка врача предполагает изучение многих дисциплин. Каждая имеет свою историю, свой предмет, свои методы изучения, но все их объединяет дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение». Что такое здоровье, каковы методы его оценки, какие принципы обеспечивают охрану здоровья, как зарегистрировать рождение, заболевание, смерть – ответы на все это вопросы должен знать врач любой специальности.

Авторы книги делают попытку помочь студентам, особенно англоязычным, усвоить опорные точки, основные пути познания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение»; в соответствии с образовательным стандартом смоделированы основные темы, выделены ключевые положения по каждому направлению.

Изложение текста на английском и русском языках способствует не только усвоению материала, но и более глубокому изучению иностранных языков.

Книга предназначена для студентов, изучающих дисциплину «Общественное здоровье и здравоохранение» как на русском, так и на английском языке, а также для врачей, клинических ординаторов, интересующихся вопросами организации здравоохранения.

FROM AUTHORS

The training of a physician involves the knowledge of many disciplines. Each of them has its own history, subject, methods of study. But all of them are united by discipline “Public health and Healthcare”. What is health? Methods of its evaluation. What principles ensure the protection of health, how to register birth, disease, death? All these are questions that a doctor of any specialty should know.

The authors of the book attempt to help students, especially English speakers, master key points, the main ways of knowing the discipline of public health. The main themes are modeled, according to the educational standard, in each direction key provisions are highlighted.

The statement of texts in English and Russian languages contributes not only to the assimilation of the material, but also to a deeper study of foreign languages.

The book is intended for students who study the discipline “Public Health and Healthcare” in both Russian and English, as well as for doctors, clinical residents interested in the question.

**1. ОСНОВЫ ДИСЦИПЛИНЫ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**1. THE BASIS
OF PUBLIC HEALTH
AND HEALTH CARE
SUBJECT**



Здоровье – не все,
но и все без здоровья – ничто.
Сократ

Здоровье – это когда нет болезней
и человек чувствует себя хорошо???



Health is not everything, but
everything is nothing without
health!

Socrates

What is health?
This is a condition where
a person has no diseases and feels good???

Уровни изучения здоровья

- I. Здоровье отдельного человека (индивидуальное).
- II. Здоровье малых или этнических групп (групповое).
- III. Здоровье населения (области, города, района).
- IV. Общественное здоровье.

The levels of health study

- I. Health of the individual person (separate).
- II. Health of small or ethnic groups (factional).
- III. Health of the population (region, city, district).
- IV. Public health.



Индивидуальное здоровье –
это состояние полного социально-биологического и психического благополучия, когда функции всех органов и систем уравновешены с природной и социальной средой, отсутствуют какие-либо заболевания, болезненные состояния и физические дефекты.



Individual Health –
a state of complete social, biological and psychological well-being. The functions of all organs and systems are balanced with the natural and social environment. There are no any diseases, painful conditions and physical defects.

Предмет дисциплины ОЗиЗ

- Социальная гигиена и организация здравоохранения изучает воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения (общественное здоровье).

Subject discipline PH and HC

- Social Hygiene and Health Organization study the impact of social conditions and environmental factors on human health (public health).

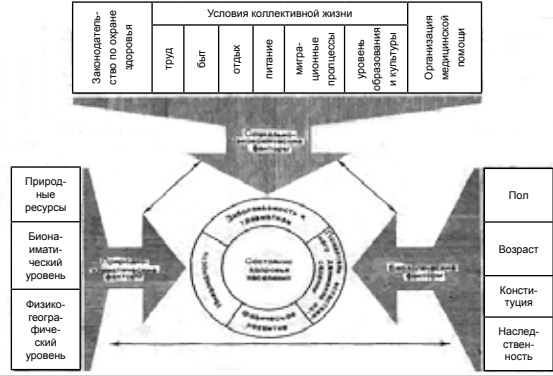


Public health – is the health of population. It depends on the combined action of social and biological factors of the environment. It is estimated with the help of demographics, characteristics of physical development, morbidity and disability. The decisive importance here is the socio-political and economic structure and conditions of collective life (work, life, leisure, nutrition, education, culture, health, etc.).

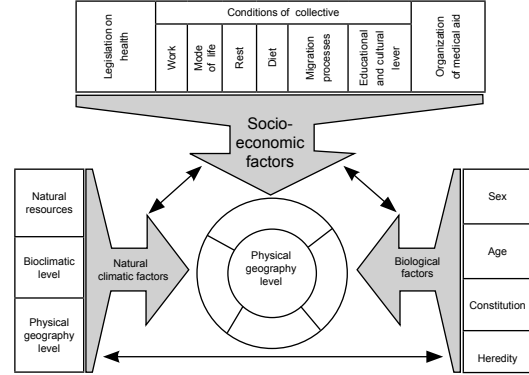


Общественное здоровье – это здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием социальных и биологических факторов окружающей среды, оцениваемое демографическими показателями, характеристиками физического развития, заболеваемости и инвалидности при определяющем значении общественно-политического и экономического строя и зависящих от него условий коллективной жизни (труд, быт, отдых, питание, уровень образования, культуры, здравоохранения и др.).

Изучение здоровья населения и факторов, его определяющих



The study of population health and its determinants



**Основоположники отечественной
социальной гигиены**

Семашко Н.А., Соловьев З.П.

- **Социальная гигиена** – наука о здоровье общества и социальных проблемах медицины.

Структура предмета ОЗиЗ

1. История здравоохранения.
2. Теоретические основы здравоохранения и медицины.
3. Состояние здоровья населения и методы его изучения (медико-санитарная статистика).
4. Проблемы социальной помощи.
5. Организация медицинской помощи населению.
6. Экономика, планирование и финансирование здравоохранения.
7. Страховая медицина.
8. Управление здравоохранением.
9. Здравоохранения за рубежом.

**The founders
of Russian Social Hygiene**

Semashko N., Solovyov Z.

- **Social Hygiene** – is the science of public health and social problems of medicine.

**The structure
of the subject PH and HC**

1. The history of health care.
2. Theoretical foundations of health and medicine.
3. Health status of population, methods of study (medical and sanitary statistics).
4. Social assistance problems.
5. Medical aid organization.
6. Economy, planning and financing of health care.
7. Insurance medicine;
8. Health management.
9. Healthcare abroad.

Истоки СГ и ОЗ (ОЗиЗ)

- памятники материальной культуры древних цивилизаций (останки каменных или деревянных мостовых, крытых рынков, водопроводов, общественных бань, коммунальных и санитарных объектов, больниц, медицинских школ и др.

The origins of Social Hygiene (PH and HC)

- artefacts of ancient civilizations (the remains of the stone or wooden roadways, covered markets, aqueducts, public baths, communal and sanitation facilities, hospitals, medical schools, etc).

Кодекс законов Хаммурапи (1792 г. до н.э.)



- **«Пункт 218».** Если врач сделал большую операцию господину бронзовым инструментом и причинил господину смерть или, сделав операцию на глазах, причинил потерю зрения, то врачу должно отрубить руку.
- **«Пункт 219».** Если врач сделал операцию бедному человеку и причинил ему смерть, то врач должен выплатить пособие семье больного.
- **«Пункт 220».** Если врач сделал операцию рабу и причинил ему смерть, то врач должен хозяину раба возместить стоимость умершего раба.

Law Code of Hammurabi (1792 BC)



- **«Paragraph 218».** If a physician make a large incision with the operating knife, and kill him, or open a tumor with the operating knife, and cut out the eye, his hands shall be cut off.
- **«Paragraph 219».** If a physician make a large incision in the slave of a freed man, and kill him, he shall replace the slave with another slave.
- **«Paragraph 220».** If he had opened a tumor with the operating knife, and put out his eye, he shall pay half his value.

Истоки СГ и ОЗ (ОЗиЗ)

- Правила пользования водой и правила захоронения (Древний Рим, V в. до н.э.);
- Лечение больных в монастырях (Киевские князья Владимир и Ярослав Мудрый, X-XI вв.);
- Аптекарская палата (Аптекарский приказ) (Московское государство);
- «Охрана народного здравоохранения» (Устав Чартистского движения, Англия, 1848 г.)

Истоки СГ и ОЗ (ОЗиЗ)

В Германии создается организация санитарного дела.

- **1903 г.** – начинает издаваться журнал по социальной гигиене.
- **1905 г.** – Альфред Гротьян основал общество по социальной гигиене и медицинской статистике.
- **1920 г.** – создана первая кафедра социальной гигиены в Берлинском университете (зав. Альфред Гротьян).
- **1922 г.** – созданы две академии социальной гигиены.

The origins of Social Hygiene (PH and HC)

- The regulations of using water and burial rules (Ancient Rome, V BC);
- Treatment of patients in the monasteries (Princes of Kiev Vladimir and Yaroslav the Wise, X-XI century);
- Chamber of Pharmacy (Muscovy);
- «Public Health Protection» (The statute of the Chartist movement, England, 1848)

The origins of Social Hygiene (PH and HC)

Sanitary organization was established in Germany.

- **1903** – the magazine on social hygiene begins to publish.
- **1905** – Alfred Grotyan founded the society of social hygiene and medical statistics.
- **1920** – In the University of Berlin was established the first Department of Social Hygiene (The Head of Department Alfred Grotyan).
- **1922** – Two Academy of Social Hygiene was created.

Истоки СГ и ОЗ (ОЗиЗ)

Отечественная СГ и ОЗ:

- **М.В. Ломоносов** – «О сохранении и размножении народа российского»;
- **А.Н. Радищев** – «Путешествие из Петербурга в Москву»;
- **Н.И. Пирогов** – «успех лечения раненых лежит в их сортировке», «помощь спешит оказать...»

Истоки СГ и ОЗ (ОЗиЗ)

- **12 июля 1918 г.** – создан Народный комиссариат здравоохранения (Н.А. Семашко).
- **1922 г.** – первая кафедра социальной гигиены в I ММИ (зав. Н.А. Семашко).
- **1923 г.** – вторая кафедра социальной гигиены в II ММИ (зав. З.П. Соловьев).
- **1923 г.** – на базе музея социальной гигиены создан НИИ социальной гигиены (директор А.В. Мольков).

The origins of Social Hygiene (PH and HC)

Russian Social Hygiene and Public Health:

- **Lomonosov** – “About the preservation and reproduction of the Russian people”;
- **Radishchev** – “Journey from St. Petersburg to Moscow”;
- **Pirogov** – “the treatment success lying in sorting of the wounded”, “provide assistance in a hurry...”

The origins of Social Hygiene (PH and HC)

- **July 12, 1918** – the People’s Commissariat of Health was established (Semashko).
- **1922** – opened the first department of social hygiene in the first Moscow Medical Institute (Head Semashko).
- **1923** – Second Department of Social Hygiene was created in the II Moscow Medical Institute (Head Soloviev).
- **1923** – on the basis of Social Hygiene Museum founded the Research Institute of Social Hygiene (Molkov the director).

Истоки СГ и ОЗ (ОЗиЗ)

- **1924 г.** – первый учебник по СГиОЗ.
- **с 1922 г.** – журнал «Социальная гигиена».
- **с 1941 г.** – кафедры переименованы в кафедры организации здравоохранения.
- **1944 г.** – Академия медицинских наук (президент Н.Н. Бурденко).

Группировка факторов риска

- Образ жизни (49-53 %);
- Генетика, биология человека (18-22 %);
- Внешняя среда (17-20 %);
- Здравоохранение (8-10 %).

Академик Ю.П. Лисицин

The origins of Social Hygiene (PH and HC)

- **1924** – the first textbook on social hygiene and public health.
- **1922** – “Social Care” magazine.
- **1941** – departments renamed and called “Departments of Health Organization».
- **1944** – Created Academy of Medical Sciences (President Burdenko).

Grouping risk factors

- Lifestyle (49-53 %);
- Genetics, human biology (18-22 %);
- The external environment (17-20 %);
- Healthcare (8-10 %).

Academician Lisitsyn

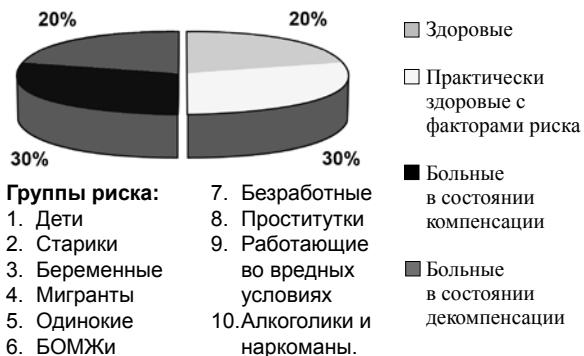


Образ жизни – определенный вид, тип жизнедеятельности людей, обусловленный в конечном счете объективными процессами развития общества.

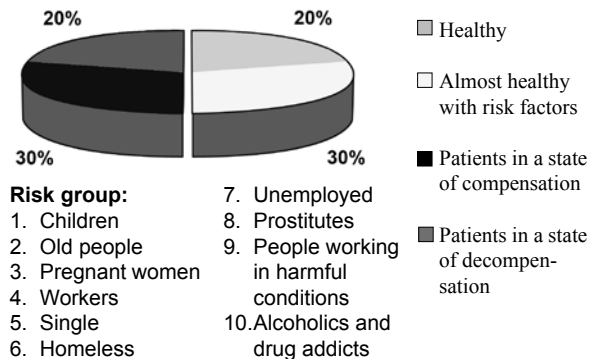


Lifestyle – a certain type, style of living, caused with the objective process of social development.

Общая структура здоровья населения РФ по Ю.П. Лисицину



The general structure of the Russian Federation nation health by Lisitsin



Оценочные критерии общественного здоровья

- Показатели демографии;
- Показатели заболеваемости;
- Показатели физического развития.

Методы СГ и ОЗ (ОЗиЗ)

1. Статистический;
2. Исторический;
3. Экономический (бюджетный, экспертных оценок);
4. Экспериментальный (моделирование);
5. Социологический (анкетирование, интервьюирование).

Evaluation criteria of public health

- Indicators of demography;
- Incidence rates;
- Indicators of physical development.

Methods of Social Hygiene and Public Health

1. Statistical;
2. Historical;
3. Economical (budget, expert judgment);
4. Experimental (modeling);
5. Sociological (questionnaires, interviews).

Основной метод – статистический

Статистика – количественная оценка того или иного явления, тенденции, закономерности.

- Статистика теоретическая;
- Статистика здоровья населения;
- Статистика здравоохранения.

Виды величин

Для изучения статистики используются величины:

- абсолютные;
- относительные (интенсивные, экстенсивные, соотношения, наглядности);
- средние (мода, медиана, средняя арифметическая).

The basic method is statistical

Statistics – quantitative assessment of a phenomenon, trends and patterns.

- Theoretical Statistics;
- Statistics of the population health;
- Statistics of the health care.

Types of values

For the study they used the value of statistics:

- absolute;
- relative (intensive, extensive, value of ratio, visibility);
- average (mode, median, arithmetic mean).

2. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕМОГРАФИИ



2. MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF DEMOGRAPHY

Демография – наука о народонаселении.

Demos – народ, *Grapho* – писать, изображать.

Статистическое изучение народонаселения ведется в двух основных направлениях:

- *Статика населения* (численность населения на определенный момент времени, состав населения по полу, возрасту, профессии, семейному положению, языку, образованию и др.).
- *Динамика населения* (изменение количества населения): механическое движение населения и естественное движение или воспроизводство населения.

Показатели, характеризующие статистку населения, необходимы для:

- расчета показателей естественного движения;
- планирования работы всей системы здравоохранения;
- определения потребности в различных видах медицинской помощи;
- определения необходимого количества средств, выделяемых бюджетом на здравоохранение;
- организации противоэпидемической работы и т.д.

Demography is the statistical study of populations, especially human beings.

Demography (prefix *demo-* from Ancient Greek meaning "the people", and *-graphy* implies "writing, description or measurement").

The statistical study of population conducted in two main directions:

- *Statics of the population* (the population at a given time, composition of the population by sex, age, occupation, marital status, language, education, etc.).
- *Population Dynamics* (changes in the number of people): the mechanical movement of the population and the natural movement of the population or reproduction.

Indicators of population statistic are needed to:

- natural movement indicators calculation;
- planning the work of the whole health system;
- determining the need for different types of medical care;
- determine the required amount of budgeted funds for health care;
- the organization of anti-epidemic work, etc.

Наиболее достоверный источник сведений о статике населения – перепись населения.

Перепись – это всеобщий (сплошной) учет населения, в процессе которого осуществляется сбор демографических, экономических и социальных данных, характеризующих каждого жителя страны или административной территории на определенный момент времени.

Основные черты современных переписей: периодичность, всеобщность, одновременность, единство методики, централизованная обработка данных.

The most reliable source of information about the statics of the population is population census.

Census – a global (full) population registration when takes place the collection of demographic, economic and social data characterizing each inhabitant of the country or administrative territory in a certain time.

The main features of modern censuses: periodicity, universality, simultaneity, unity of methods, a centralized data processing.

Механическое движение населения – изменение численности населения под влиянием миграционных процессов.

«**Миграция**» происходит от латинского *migratio* (*migro* – перехожу, переселяюсь).

Миграция – это территориальное перемещение населения с целью постоянной или временной смены места жительства.

Главные причины миграции: социально-экономические, политические, военные и природно-климатические. В последние входят стихийные бедствия (землетрясения, наводнения и пр.).

Mechanical population movement – population change under the influence of migration processes.

«**Migration**» (stem from Latin *migrātus – migrāre ...* to move from place to place, change position or abode).

Human migration is the movement by people from one place to another with the intentions of settling, permanently or temporary in the new location.

The main reasons for migration: socio-economic, political, military, natural and climatic. The past ones include natural disasters (earthquakes, floods, etc.).

Виды миграции населения:

- Безвозвратная (с постоянной сменой места жительства);
- Временная;
- Сезонная;
- Маятниковая (регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы своего населенного пункта);
- Внешняя (эмиграция, иммиграция) и внутренняя (межрайонные переселения и переселение жителей из села в город).

В течение двух последних столетий для населения всего мира характерен процесс **урбанизации** (от лат. *urbs* – город) – повышение роли городов в развитии общества.

Миграция имеет большое медико-социальное значение:

- Процесс урбанизации изменяет экологическую обстановку, сказывается на структуре заболеваемости и смертности населения.
- Маятниковая миграция ведет к росту травматизма, способствует распространению инфекционных заболеваний.
- Сезонная миграция ведет к неравномерной нагрузке медицинских организаций.
- Показатели здоровья мигрантов отличаются от показателей здоровья коренного населения.

Types of migration:

- Irrevocable migration (with a constant change of residence);
- Revocable (temporary);
- Seasonal migration;
- Pendulum migration (commuting rides to and from work or study outside their locality);
- External (emigration, immigration) and internal (inter-regional migration and resettlement of residents from rural to urban).

Over the last 2 centuries, the world population is characterized by the process of **urbanization** (from the Latin *urbs* – city) – increasing the role of cities in the development of society.

Migration has a great medical and social importance:

- Urbanization alters the environment affects the structure of morbidity and mortality.
- Pendulum migration leads to an increase in injuries and contributes to the spread of infectious diseases.
- Seasonal migration leads to uneven loading of medical organizations.
- Health indicators of migrants differ from health indicators of the indigenous population.

Естественное движение населения –

совокупность процессов рождаемости, смертности и естественного пророста, обеспечивающих возобновление и смену поколений.

Основные составляющие естественного движения населения:

- рождаемость (естественный процесс возобновления населения);
- смертность (процесс естественного сокращения численности населения);
- естественный прирост (противоестественная убыль) населения;
- средняя продолжительность предстоящей жизни.

The natural movement of the population –

a set of processes of birth, mortality and natural growth that provide generational renewal and change.

The main components of the population natural movement:

- birth rate (natural process of the population renewal);
- mortality (the process of natural population decline);
- population growth (If birth rate exceeds death rate of a population => natural increase of a population; If death rate exceeds birth rate of a population => natural decrease of a population);
- average life expectancy.

Рождаемость характеризуется статистически зарегистрированным числом живых деторождений в конкретной популяции за определенный период времени.

Для анализа основных тенденций рождаемости используют статистические показатели:

- Общий коэффициент рождаемости;
- Специальный коэффициент рождаемости (плодовитости);
- Возрастные коэффициенты рождаемости (плодовитости);
- Суммарный коэффициент рождаемости.

Birth rate is characterized by statistically registered number of live births in a given population over a certain period of time.

For the analysis of major trends of natality using the following statistics indicators:

- The total fertility rate;
- Special fertility rate;
- Age-specific birth rates;
- Aggregated fertility rate.

**Методика расчета
общего коэффициента рождаемости**

$$\frac{\text{общее число родившихся за год живыми} \times 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

Оценочные уровни общего коэффициента рождаемости (ВОЗ):

- | | |
|-----------|-----------|
| ■ Высокий | выше 25 ‰ |
| ■ Средний | 15-25 ‰ |
| ■ Низкий | до 15 ‰ |

Факторы, влияющие на рождаемость

- Возрастно-половая и брачная структура населения;
- Общественное положение женщин;
- Уровень материального благосостояния;
- Культурный уровень;
- Жилищные условия;
- Урбанизация, миграция;
- Национальные традиции, религиозные факторы;
- Демографическое старение населения;
- Демографическая политика государства.

Для обеспечения регистрации рождаемости в РФ утверждена учетная форма «Медицинское свидетельство о рождении» № 103/у.

**Method of calculating
the total fertility rate**

$$\frac{\text{the total number of live births per year} \times 1000}{\text{average annual population}}$$

Evaluative levels of total fertility rate (WHO):

- | | |
|----------|------------------|
| ■ High | higher than 25 ‰ |
| ■ Medium | 15-25 ‰ |
| ■ Low | up to 15 ‰ |

Factors affecting natality

- Age, sex and marital structure of the population;
- The social position of women;
- The level of material well-being;
- The cultural level;
- Living conditions;
- Urbanization, migration;
- National traditions, religious factors;
- Demographic aging of population;
- State demographic policy.

To ensure birth registration in the Russian Federation approved the account form "Medical birth certificate" №103/y.

Смертность характеризуется статистически зарегистрированным числом смертей в конкретной популяции за определенный период времени.

Для анализа смертности населения используются статистические показатели:

- Общий коэффициент смертности;
- Возрастные коэффициенты смертности;
- Показатели структуры смертности по причинам;
- Коэффициент материнской смертности;
- Коэффициенты детской и младенческой смертности;
- Коэффициент перинатальной смертности;
- Коэффициент мертворождаемости.

Mortality is characterized by statistically recorded number of deaths in a given population over a certain period of time.

For the analysis of mortality statistics are used:

- Crude death rate (total mortality rate);
- Age-specific death rates;
- Indicators of mortality patterns per reasons;
- The maternal mortality rate;
- The infant and child mortality coefficients;
- Perinatal mortality rate;
- Coefficient of stillbirth.

Методика расчета общего коэффициента смертности

$$\frac{\text{общее число умерших за год} \times 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

Оценочные уровни общего коэффициента смертности (ВОЗ):

- Низкий 7-10 ‰
- Средний 11-15 ‰
- Высокий 16-20 ‰

Method of calculating the crude death rate

$$\frac{\text{the total number of deaths per year} \times 1000}{\text{average annual population}}$$

Evaluation levels of total mortality (WHO):

- Low 7-10 ‰
- Medium 11-15 ‰
- High 16-20 ‰

**Факторы, влияющие
на уровень смертности:**

- Демографическое старение населения (в возрастной структуре более 12 % лиц в возрасте 60 лет и старше);
- Образ жизни населения;
- Современное состояние медицинской науки;
- Доступность и качество медицинской помощи и др.

Для обеспечения регистрации смертности в РФ утверждена учетная форма «Медицинское свидетельство о смерти» № 106/у.

**Factors affecting
the mortality rate:**

- Demographic aging of the population (in the age structure when more than 12 % of persons aged 60 years and older);
- Lifestyle of the population;
- The current state of medical science;
- The availability and quality of care, and others.

To ensure the registration of mortality in the Russian Federation approved the account form "Medical death certificate" № 106/y.

**Младенческая смертность –
смертность детей на первом году жизни.**

Простой способ расчета показателя младенческой смертности (грубый показатель):

**число детей, умерших в течение года
на 1-м году жизни, × 1000**

число родившихся живыми в данном календарном году

Методика расчета показателя младенческой смертности, рекомендованная ВОЗ (формула Ратса):

**число детей, умерших в течение года
на 1-м году жизни, × 1000**

**2/3 родившихся живыми в данном календарном году
+ 1/3 родившихся живыми в предыдущем году**

Оценочные уровни показателя по ВОЗ:

Очень низкий 6-10 ‰; Низкий 11-15 ‰;
Средний 16-23 ‰; Высокий выше 24 ‰

**Infant mortality –
deaths of children in the first year of life.**

A simple way to calculate the infant mortality rate (crude rate):

**the number of children who died during the year
at the 1st year of life × 1000**

the number of live births in given calendar year

The calculation methodology of the infant mortality rate recommended by the WHO (Raatz formula):

**the number of children who died during
the year at the 1st year of life × 1000**

**2/3 live births in a given calendar year
+ 1/3 live births in the previous year**

Evaluation levels of the indicator according to the WHO:

Very low 6-10 ‰; Low 11-15 ‰;
Medium 16-23 ‰; High above 24 ‰

Причины младенческой смертности **(по основным классам причин смерти)**

- Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде;
- Врожденные аномалии (пороки развития) и хромосомные нарушения;
- Болезни органов дыхания;
- Внешние причины.

Факторы, влияющие на младенческую смертность: здоровье и образ жизни матери, своевременность постановки беременных на учет в женской консультации, особенности течения беременности, тактика ведения родов, уход за новорожденным и др.

Causes of infant mortality **(by primary causes of death)**

- Certain conditions originating in the perinatal period;
- Congenital anomalies (malformations) and chromosomal abnormalities;
- Respiratory diseases;
- External causes.

Factors affecting infant mortality: mother's health and way of life, the pregnant woman should in time be registered in the antenatal clinic, peculiarities of pregnancy, labor (parturition) management tactics, newborn care, etc.

Перинатальная смертность

(смертность в перинатальный период: с 22-й недели беременности до родов, в период родов, в первые 168 часов жизни)

Показатель перинатальной смертности:
(число родившихся мертвыми +
+ число умерших в первые 168 часов жизни) × 1000
число родившихся живыми и мертвыми

Основные причины перинатальной смертности: состояния перинатального периода, врожденные аномалии развития, гемолитическая болезнь новорожденных, внутриутробные инфекции плода.

Для обеспечения регистрации перинатальной смертности в РФ утверждена учетная форма «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» № 106-2/у.

Perinatal mortality

(mortality in the perinatal period: 22 weeks of gestation before birth, during childbirth, in the first 168 hours of life)

Perinatal mortality index :
number of born dead + the number of deaths
during the first 168 hours of life × 1000
the number of live and dead births

The main causes of perinatal mortality: states of the perinatal period, congenital anomalies, hemolytic diseases of the newborn, fetal infection.

To ensure the registration of perinatal mortality in the Russian Federation approved the accounting form “Medical certificate of perinatal death” № 106-2/у.

Общий коэффициент естественного прироста

- Исчисляется как разность между общими коэффициентами рождаемости и смертности за определенный период времени.
- Отрицательный естественный прирост во всех случаях свидетельствует о негативных процессах в общественном здоровье.
- Низкий прирост при высокой смертности также указывает на неблагоприятную демографическую обстановку.
- Высокий естественный прирост может рассматриваться как благоприятное демографическое явление только при низкой смертности.

Средняя продолжительность предстоящей жизни

- Это гипотетическое число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся или числу живущих определенного возраста при условии, что на всем протяжении жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой же, какой она была в том году, для которого производилось исчисление.
- Показатель характеризует жизнеспособность населения в целом и не зависит от возрастной структуры населения.

The overall rate of natural increase

- This is the difference between total fertility rates and mortality rates for a certain period of time.
- The negative natural increase in all cases evidence of negative processes in the public health.
- Low natural increase with high mortality also indicates a unfavorable demographic situation.
- High natural increase can be seen as a favorable demographic phenomenon only in low mortality rates.

Life expectancy

- This is a hypothetical number of years which shall be lived by this generation (born or living among a certain age), provided that throughout the life of deaths in each age group will be the same as it was in the year for which the calculation is made.
- The indicator characterizes the viability of the population as a whole and does not depend on the population age structure.

3. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ



3. MORBIDITY OF THE POPULATION

Заболеваемость является важнейшей составляющей комплексной оценки здоровья населения.

Заболеваемость характеризует распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и др.).

Заболеваемость служит одним из критериев оценки работы врача, медицинской организации, органа здравоохранения.

Определяют заболеваемость на 100, 1000, 10000, 100000 человек населения.

The morbidity is an essential component of a comprehensive assessment of public health.

The incidence (morbidity) describes the prevalence, the structure and dynamics of disease registered in the population as a whole or in its individual groups (age, gender, regional, professional, etc.).

Morbidity is one of the criteria for evaluating the work of the doctor, medical organization, health authority.

Morbidity can be calculated in point of 100, 1000, 10000, 100000 people.

Данные о заболеваемости в здравоохранении используют:

- Для обоснования потребности в различных видах медицинской помощи, кадрах, койко-местах;
- Для планирования конкретных лечебно-профилактических мероприятий и целевых программ профилактики;
- Для оценки деятельности медицинской организации (анализа объемов, качества и эффективности), в т.ч. экономической;
- Для организации и проведения социально-гигиенического мониторинга заболеваний и др.

In health care morbidity data are used:

- To justify the need for different types of medical aid, personnel, hospital beds;
- For the planning of specific therapeutic and preventive measures and targeted prevention programs;
- To evaluate the medical organization activity (analysis of the volumes, quality and efficiency), including economic activity;
- To organize and conduct social and hygienic monitoring of diseases.

Методы изучения заболеваемости:

- По данным обращаемости в медицинскую организацию (поликлинику, стационар);
- По данным медицинских осмотров;
- По данным о причинах смерти (патологоанатомических, судебно-медицинских исследований);
- По данным анкетирования (социологический опрос, который позволяет изучить субъективное отношение пациентов к своему здоровью).

Метод изучения заболеваемости по данным обращаемости

- Основной источник информации об острых и обострениях хронических заболеваний, по поводу которых пациент обратился в медицинскую организацию в текущем году.

Положительные стороны метода:

- Основной источник информации об острых и обострениях хронических заболеваний;
- Экономически дешевый метод (в сравнении с другими);
- Возможность сопоставления информации о заболеваниях с другими методами по отдельным заболеваниям.

The methods of studying morbidity:

- According to citizens appeals in medical organization (clinic, hospital);
- According to the medical examination;
- According to the data on causes of death (pathological, forensic investigations);
- According to the survey (opinion poll that allows you to explore the subjective attitude of patients to their health).

Method of morbidity study according to the citizens appeals (negotiability)

- It is the main source of information about acute diseases and acute exacerbation of chronic diseases with which the patient is turned to the medical organization in the current year.

Positive aspects of the method:

- It is the main source of information about acute diseases and acute exacerbation of chronic diseases;
- This method is economically cheaper than other;
- The ability to compare the information with the data obtained from the use of other methods for the concrete diseases.

Недостатки (слабые стороны) метода изучения заболеваемости по данным обращаемости:

- Неполнота обращений за медицинской помощью определенной части населения из-за невыраженности симптомов болезней, уровня культуры и медицинской активности населения и др.
- Разный уровень организации медицинской помощи на отдельных административных территориях (доступность медицинской помощи, уровень квалификации врачей, диагностические возможности медицинской организации и др.).
- Разный уровень качества статистического учета врачебных диагнозов в медицинских организациях.

Method of morbidity study according to the citizens appeals.
Disadvantages:

- Some people do not seek medical care because of unexpressed disease symptoms, the level of culture, low medical activity of the population and so on.
- Different levels of medical care at the individual administrative areas (access to health care, the level of qualifications of doctors, diagnostic capabilities of medical providers and others).
- Different quality levels of statistical accounting medical diagnoses in medical institutions.

Учет заболеваемости по данным обращаемости

- Ведется на основании статистической разработки учетной формы «Талон амбулаторного пациента» (форма № 025/у).
- «Талон амбулаторного пациента» заполняется медицинскими организациями, осуществляющими амбулаторный прием и использующими систему учета по законченному случаю поликлинического обслуживания.
- «Талон амбулаторного пациента» и его автоматизированная обработка позволяют осуществлять сбор статистической информации о заболеваемости, учет и ведение страхового полиса ОМС.

Accounting incidence according negotiability

- Is conducted on the basis of statistical processing registration form “Coupon of ambulatory patient” (form number 025/y).
- “Coupon of ambulatory patient” is filled with medical organizations engaged in outpatient care and using a system of accounting for the finished case of outpatient care.
- “Coupon of ambulatory patient” and its automated processing allow for: the collection of statistical information on the incidence, accounting and management of insurance CHI (compulsory health insurance).

Метод изучения заболеваемости по данным медицинских осмотров

- Дает наиболее полную информацию о всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях с клиническими проявлениями, а также о заболеваниях, протекающих скрыто, латентно (в субклинических формах).

Положительные (сильные) стороны метода:

- Позволяет выявить начальные стадии заболеваний, по поводу которых население не обращается за медицинской помощью (скрытые).
- Позволяет целенаправленно выявить отдельные патологические состояния и заболевания (туберкулез, артериальную гипертензию и др.).

Недостатки (слабые стороны) метода изучения заболеваемости по данным медицинских осмотров

- Качество и эффективность метода зависит от экономических возможностей, материально-технической базы медицинской организации.
- В условиях современного здравоохранения РФ далеко не везде есть возможность обеспечить осмотр всех групп населения высококвалифицированными специалистами узкого профиля.
- Для того чтобы медицинский осмотр был эффективен, необходима его четкая организация, привлечение высококвалифицированных специалистов, использование современного диагностического оборудования.

Method of morbidity study according to medical examinations

- It provides the most complete information about all available at the time of inspection of chronic and acute diseases with clinical manifestations, as well as diseases that occur hidden, latent (in subklinicheskikh forms).

Positive aspects of the method:

- It allows you to identify the early stages of diseases, about which people do not seek medical care (hidden).
- It allows you to identify purposefully the individual pathological conditions and diseases (tuberculosis, hypertension, and others).

Disadvantages (weaknesses) of morbidity study according to medical examinations

- The quality and efficiency of the method depends on the economic possibilities, material and technical base of medical organizations.
- It is not possible to provide the inspection of all population groups by highly qualified specialists narrow profile in the conditions of modern Russian Health.
- In order to be effective medical examination is needed of its clear organization, attraction of highly skilled experts, the use of modern diagnostic equipment.

**Метод изучения заболеваемости
по данным о причинах смерти**

- Представляет сведения о заболеваниях, послуживших причиной смерти, но по поводу которых при жизни пациенты не обращались в медицинские организации.
- Отражает современный уровень развития медицинской науки.
- Отражает конечный результат патологических состояний, на который нельзя повлиять.
- Уровень и причины заболеваемости зависят от качества диагностики причин смерти (квалификации врачей, состояния патологоанатомической службы, религиозных убеждений и традиций населения).

**Для статистического анализа
заболеваемости населения
применяются основные показатели:**

- Первичная заболеваемость (собственно заболеваемость);
- Общая заболеваемость («распространенность», «частота заболеваний», «болезненность»);
- Заболеваемость, выявленная на медицинских осмотрах («патологическая пораженность»);
- Заболеваемость по сведениям о причинах смерти.

**Method of morbidity study according to data
on causes of death**

- Represents information about the disease which caused the death and was not treated in medical institutions during the lifetime of the patient.
- It reflects the current level of medical science development.
- It reflects the final result of pathological conditions which can not be affected (influenced).
- The morbidity level and its reasons depend on the quality of the diagnosis of the death causes (training of doctors, the state of morbid anatomy service, religious beliefs and traditions of the population).

**The main indicators used
for statistical analysis of morbidity:**

- Primary morbidity (the actual incidence);
- The overall morbidity (“prevalence”, “frequency of diseases”, “morbidity”);
- The incidence identified in medical examinations (“pathological destruction”);
- Causes of death are also indicators of morbidity.

Первичная заболеваемость
(собственно заболеваемость, incidence)

Частота новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний.

Показатель первичной заболеваемости:

$$\frac{\text{число вновь возникших заболеваний за год} \times 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

Уровень первичной заболеваемости в РФ составляет 900-950 на 1000 населения.

Общая заболеваемость
(болезненность, 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.

Показатель общей заболеваемости:

$$\frac{\text{число имеющихся заболеваний за год} \times 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

Уровень общей заболеваемости в РФ составляет 1800-1900 на 1000 населения.

Primary morbidity
(the actual incidence)

This is frequency of new diseases, that have not been previously recorded. These diseases were first detected in the population in a given calendar year.

The indicator of primary morbidity:

$$\frac{\text{the number of newly emerged diseases for the year} \times 1000}{\text{average annual population}}$$

The level of primary morbidity in Russia is 900-950 per 1000 population.

The overall morbidity
(morbidity, prevalence)

This is the frequency of all existing diseases in the population. It includes diseases, first identified in a given calendar year, as well as diseases, registered in previous years, when the patient again sought medical care in a given year.

Index of general (overall) morbidity:

$$\frac{\text{the number of existing diseases for the year} \times 1000}{\text{average annual population}}$$

The level of general morbidity in Russia is 1800-1900 per 1000 population.

**Заболеваемость по данным
медицинских осмотров
(патологическая пораженность)**

Заболевания, выявленные при профилактических медицинских осмотрах и зарегистрированные на определенную дату.

Показатель заболеваемости, выявленной на медицинских осмотрах:

$$\frac{\text{число заболеваний и прерорбидных состояний, выявленных при проведении медицинского осмотра} \times 100 (1000)}{\text{число осмотренных лиц}}$$

**Заболеваемость
по данным о причинах смерти**

Частота случаев заболеваний с указанными причинами смерти (диагнозами), установленными медицинскими работниками при жизни больного, либо при патологоанатомическом исследовании, либо судебно-медицинской экспертизе среди населения.

Показатели заболеваемости по данным о причинах смерти:

- Структура причин смерти (%), смертность населения (в целом, по отдельным заболеваниям).

**The incidence identified
in medical examinations
("pathological destruction")**

These are diseases found during preventive medical examinations and registered on a given date.

The index of morbidity diagnosed during medical examinations:

$$\frac{\text{the number of diseases and premorbid conditions identified during the medical examination} \times 100 (1000)}{\text{the number of examined persons}}$$

**Morbidity according
to the cause of death**

The frequency of diseases with definite causes of death (diagnosis), established by medical staff when a patient was alive, or at postmortem examination, or during a forensic medical examination of the population.

Incidence rates according to cause of death:

- The structure of death causes (%), the mortality of the population (in general, for specific diseases).

Некоторые виды заболеваемости, подлежащие специальному изучению

- Госпитализированная (госпитальная) заболеваемость;
- Инфекционная (эпидемическая) заболеваемость;
- Неэпидемическая заболеваемость болезнями, установленными врачами-специалистами диспансеров и специализированных кабинетов (служб);
- Профессиональная заболеваемость;
- Заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

Учетная документация для изучения отдельных видов заболеваемости:

- «Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф. № 066/у);
- «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф. № 058/у);
- «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания» (ф. № 089/у);
- «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (ф. № 090/у);
- Листок нетрудоспособности.

Some kinds of diseases subject to special study

- Hospital morbidity (hospitalized);
- Infectious (epidemic) morbidity;
- Non-epidemic incidence of diseases that have been identified by doctors of dispensaries and clinics specialized rooms (services);
- Professional morbidity;
- Incidence with temporary disability.

Registration records (documents) for the study of certain types of disease:

- «Statistical card of the left out from permanent establishment» (form № 066/у);
- «Emergency notification of infectious disease, food, acute professional poisoning, an unusual reaction to vaccination» (form № 058/у);
- «Notice of patients with newly diagnosed in the life of active tuberculosis, venereal disease, Trichophyton, Microsporum, crusted ringworm, scabies, trachoma, mental illness» (form № 089/у);
- «Notification of patients with newly diagnosed in the lives of cancer or other malignant neoplasms» (form № 090/у);
- Disability leaf .

Уровень и тенденции заболеваемости населения могут быть обусловлены:

- Факторами риска возникновения заболеваний;
- Факторами, влияющими на доступность и этапность оказания медицинской помощи и качество диагностики заболеваний (уровень квалификации врачей, обеспеченность диагностическим оборудованием и др.);
- Изменением состава населения по полу, возрасту и другим социальными факторами;
- Организацией профилактической работы.

Level and trends of morbidity may be caused by:

- Risk factors for disease occurrence;
- Factors affecting the availability and stages of care, influencing quality of disease diagnosis (skill level of doctors, the provision of diagnostic equipment, etc.);
- Changing the composition of the population by age, sex and other social factors;
- Organization of preventive work.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

- Это система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки.
- МКБ пересматривается и утверждается ВОЗ.
- В настоящее время действует МКБ-10 (1995 г.).
- Включает 21 класс заболеваний, состояний и внешних причин заболеваний и факторов.
- Цель МКБ – создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в различных 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.

The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)

- It is a system of disease groups and disease states, reflecting the current stage of development of medical science.
- ICD is reviewed and approved by WHO.
- Currently, ICD-10 (1995) remain in force.
- Includes 21 class of diseases, conditions and external causes of diseases and also the factors.
- The purpose of the ICD – to create the conditions for systematic recording, analysis, interpretation and comparison of mortality and morbidity, obtained in different countries or areas and at different times.
- ICD is used to translate the verbal formulation of disease diagnoses and other problems associated with health in the alphanumeric codes that provide easy storage, retrieval and analysis of data.

**4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ
АСПЕКТЫ ВАЖНЕЙШИХ
ИНФЕКЦИОННЫХ
И НЕИНФЕКЦИОННЫХ
БОЛЕЗНЕЙ**



**4. MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS
OF MAJOR COMMUNICABLE
AND NONCOMMUNICABLE
DISEASES**

**Критерии обоснования
медико-социальной значимости болезни
или группы заболеваний**

- Приоритетное место в структуре заболеваемости, широкая распространенность и высокий уровень первичной заболеваемости;
- Приоритетное место в структуре смертности и инвалидности, тенденции роста этих показателей;
- Общность факторов риска;
- Трудности диагностики, лечения и реабилитации;
- Высокие затраты на лечение и профилактику.

- Экономические потери, связанные с временной утратой трудоспособности (стоимость произведенной продукции, пособия по выданному листку нетрудоспособности и др.).
- Экономические потери, связанные со стойкой утратой трудоспособности (пенсии по инвалидности, социальные льготы и др.).
- Экономические потери, связанные с преждевременной смертностью лиц молодого и среднего возраста (безвозвратные потери).

**The criteria for justification
medical and social significance
of the disease or group of diseases**

- Priority in the structure of morbidity, wide prevalence and a high level of primary morbidity;
- Priority in the structure of mortality and disability trends in the growth of these indicators;
- The set of risk factors;
- The difficulties of diagnosis, treatment and rehabilitation;
- The high costs of treatment and prevention.

- Economic losses related to temporary disability (cost of production, which has not been made, allowance for sick leave and others).
- Economic losses associated with proof disability (disability pensions, social benefits, and others).
- Economic losses due to premature mortality in young and middle-aged people (irrecoverable loss).

Заболевания, представляющие медико-социальную значимость, имеют выраженную зависимость от факторов риска.

- **Факторы риска** – генетические, физиологические, поведенческие и социально-экономические характеристики человека, позволяющие поместить его в группу населения, в которой, по сравнению с остальной популяцией, выше вероятность возникновения определенного заболевания.
- Факторы риска нарушают механизмы психофизиологической адаптации организма и создают условия для возникновения заболеваний, их развития и неблагоприятного исхода.

Diseases representing medical and social significance have expressed dependence on risk factors.

- **Risk factors** – genetic, physiological, behavioral and socio-economic characteristics of the person. They allow you to put a man in the group of the population, in which, in comparison with the rest of the population, the risk of a particular disease is higher.
- Risk Factors violate psychophysical adaptation mechanisms of the organism. They create the conditions for the emergence of diseases, their development and adverse outcome.

ВОЗ выделяет ведущие факторы риска для многих социально значимых заболеваний:

- **Первичные или внешние** (курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, употребление наркотиков, гиподинамия, психоэмоциональный стресс);
- **Вторичные или внутренние** (сахарный диабет, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, аллергия, иммунодефициты).

Факторы риска подразделяются на:

- **Управляемые (модифицируемые):** те факторы, степень выраженности которых может быть снижена медикаментозными и немедикаментозными воздействиями (это АГ, гиперхолестеринемия, курение и т.д.).
- **Неуправляемые (немодифицируемые):** факторы, которые не поддаются коррекции (пол, возраст).

WHO (World Health Organization) identifies the leading risk factors for many major socially significant diseases:

- **Primary or external** (smoking, alcohol abuse, poor diet, drug use, lack of exercise, psycho-emotional stress);
- **Secondary or internal** (diabetes, hypertension, high cholesterol, allergies, immunodeficiency).

Risk factors:

- **Controlled (modified).** This risk factors, the severity of which can be reduced by medication and non-drug effects (that hypertension, hypercholesterolemia, smoking, etc.).
- **Unmanaged (non-modifiable) risk factors** are not amenable to correction (gender, age).

**Важнейшие болезни, представляющие
медико-социальную значимость:**

- Болезни системы кровообращения;
- Злокачественные новообразования;
- Травмы;
- Туберкулез;
- ВИЧ-инфекция и СПИД;
- Психические расстройства и расстройства поведения;
- Алкоголизм;
- Наркомания и токсикомания.

**The most important disease representing
the medical and social significance:**

- Diseases of the circulatory system;
- Malignancies;
- Traumas;
- Tuberculosis;
- HIV infection and AIDS;
- Mental and behavioral disorders;
- Alcoholism;
- Drug and substance abuse.

Болезни системы кровообращения

- Являются ведущими причинами инвалидности и смертности в большинстве экономически развитых стран мира и в РФ.
- Высокий уровень смертности от болезней системы кровообращения формируют ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни.
- Наносят значительный экономический ущерб государству за счет заболеваемости, инвалидности и смертности.

Diseases of the circulatory blood system

- They are the leading cause of disability and mortality in most industrialized countries and in the Russian Federation.
- The high level of mortality from circulatory system diseases is forming by ischemic heart disease and cerebrovascular.
- These diseases cause significant economic damage to the state due to illness, disability and death.

Многочисленные медико-социальные исследования выявили факторы риска, достоверно влияющие на формирование данного класса заболеваний:

- **Неуправляемые факторы риска:** пол, возраст, наследственная предрасположенность.
- **Управляемые факторы риска болезней системы кровообращения (ВОЗ):**
 - факторы образа жизни (курение, неправильное питание, избыточная масса тела, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков);

- биологические факторы (высокое АД, повышенный уровень холестерина в крови, наличие сахарного диабета);
- психосоциальные факторы (стресс, усталость на работе, социальная незащищенность и т.п.).

В современном обществе каждые 2 взрослых человека из трех имеют один и более факторов риска болезней системы кровообращения, что достоверно увеличивает риск их возникновения.

У лиц с высоким АД в 3-4 раза чаще развивается ИБС и в 7 раз чаще инсульт.

Результаты медицинских осмотров работающего населения свидетельствуют о значительной распространенности артериальной гипертензии, имеющей скрытое течение.

Numerous medical and social research has identified risk factors that significantly influence the formation of these diseases:

- **Unmanaged risk factors:** gender, age, genetic predisposition.
- **Controllable risk factors for circulatory system diseases (WHO):**
 - lifestyle factors (smoking, unhealthy diet, overweight, physical inactivity, alcohol abuse and drug use);
 - biological factors (high blood pressure, elevated blood cholesterol, diabetes mellitus);
 - psychosocial factors (stress, fatigue at work, social insecurity, etc.).

In modern society, every 2 adults of the three have one or more risk factors for diseases of the circulatory system. What increases the risk of their occurrence.

Individuals with high blood pressure by 3-4 times more likely to develop coronary heart disease and 7 times more likely to stroke.

The results of medical examinations among the working population show high prevalence of hypertension, having hidden within.

**Профилактика болезней системы
кровообращения (устранение или уменьшение
влияния управляемых факторов риска)
должна быть ориентирована:**

- на все население;
- на лиц с высоким риском формирования болезней системы кровообращения (имеющих такие факторы риска, как курение, нездоровое питание и ИМТ, отсутствие физической активности, повышенное АД, диабет, повышенный уровень липидов крови).

Своевременное выявление, лечение и профилактика болезней системы кровообращения позволяют предотвратить развитие осложнений, увеличить продолжительность жизни и улучшить качество жизни пациентов.

**Prevention of diseases of the circulatory
system (eliminating or reducing the
influence of controllable risk factors)**

Prevention should be focused:

- on the entire population;
- on persons with high risk for the formation of the circulatory system diseases (with risk factors such as smoking, unhealthy diet and BMI, physical inactivity, high blood pressure, diabetes, elevated blood lipids).

Timely detection, treatment and prevention of the circulatory system diseases can prevent the development of complications, increase life expectancy and improve the quality of life of patients.

Злокачественные новообразования

- По данным международной статистики, в мире ежегодно регистрируются около 7 млн случаев заболеваний злокачественными новообразованиями и более 5 млн смертей от этих заболеваний.
- Они занимают 2-е место в структуре причин инвалидности и 3-е место среди причин смертности населения РФ.
- Уровень и структура смертности от злокачественных новообразований находятся в тесной зависимости от пола и возраста. Смертность от рака у мужчин в 2 раза выше, чем у женщин.

Malignant neoplasms

- According to international statistics, annually in the world are registered around 7 million cases of malignant tumors, and more than 5 million deaths from these diseases.
- They occupy 2nd place in the structure of causes of disability and become the third leading cause of death in Russian Federation population.
- The level and structure of mortality from cancer are closely dependent on gender and age. Cancer mortality in men is two times higher than in women.

В Российской Федерации

- В структуре первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями мужчин I место занимают злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легких;
II – рак предстательной железы,
III – злокачественные новообразования желудка.
- В структуре первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями женщин I место принадлежит злокачественным новообразованиям молочной железы;
II – рак шейки, тела матки;
III – злокачественным новообразованиям желудка.

Основные факторы риска возникновения злокачественных новообразований:

- Курение;
- Избыточная масса тела;
- Нездоровое питание при употреблении в пищу недостаточного количества фруктов и овощей;
- Низкая физическая активность;
- Злоупотребление алкоголем;
- Инфекции HPV (вирус папилломы человека) и HBV (инфекция печени – гепатит В);
- Загрязнение воздуха в городах.

In the Russian Federation

- In the primary structure of men morbidity by malignant neoplasms
the first place occupy malignant neoplasms of the trachea, bronchi, lungs;
second place – prostate cancer;
the third place – malignant tumors of the stomach.
- In the structure of primary malignant tumors of women
the first place belongs to malignant neoplasm of the breast;
the second place – cervical cancer, uterine body;
the third place – malignant tumors of the stomach.

The main risk factors for malignant neoplasms:

- Smoking;
- Overweight;
- Unhealthy diet by eating insufficient amounts of fruit and vegetables;
- Low physical activity;
- Alcohol abuse;
- HRV infection (human papilloma virus) and HBV (infection of the liver – hepatitis B);
- Air pollution in cities.

**В профилактике онкологической
заболеваемости выделяют
2 основных направления:**

**1 – Обнаружение и устранение факторов риска
данной патологии.**

По данным ВОЗ, более 30 % случаев смерти от злокачественных новообразований можно избежать путем предотвращения или изменения воздействия основных факторов риска.

**2 – Ранняя диагностика и радикальное лечение
предраковых заболеваний.**

При ранней диагностике и лечении злокачественных новообразований смертность от них можно снизить.

**In the prevention of cancer incidence
allocate 2 main directions:**

**1 – Detection and elimination of this disease risk
factors.**

According to WHO, more than 30 % cases of deaths from cancer could be avoided by preventing or changing exposure to major risk factors.

**2 – Early diagnosis and radical treatment of
precancerous diseases.**

With early detection and treatment of malignant tumors we can reduce mortality.

Туберкулез

- В настоящее время около трети населения нашей планеты инфицировано *Mycobacterium tuberculosis*.
- Почти 70 % больных туберкулезом принадлежит к социально незащищенным слоям населения.
- Каждый больной активной формой туберкулеза за год в зависимости от условий может заразить от 2-7 до 80 здоровых людей, прежде всего детей.

Tuberculosis

- Currently, about a third of the world's population is infected with *Mycobacterium tuberculosis*.
- Almost 70 % of TB patients belong to socially vulnerable groups.
- Every patient with active TB per year can infect from 2-7 to 80 healthy people, especially children.

**Особенности современной
эпидемиологической ситуации
по туберкулезу**

- Увеличение частоты тяжелых, бурно прогрессирующих форм туберкулеза среди впервые заболевших.
- Резкое возрастание частоты первичной лекарственной устойчивости.
- Частое сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции.
- Среди всех форм активного туберкулеза преобладает туберкулез органов дыхания (90 %), а среди внелегочных форм – туберкулез мочеполовых органов (1,5 %).

**Features of modern epidemiological
situation in relation to tuberculosis**

- Increased frequency of heavy, rapidly progressing forms of tuberculosis among new cases.
- The sharp increase in the frequency of primary drug resistance.
- Frequent combination of tuberculosis and HIV infections.
- Among all forms of active tuberculosis prevalent the pulmonary tuberculosis (90 %), and among the extrapulmonary forms – tuberculosis of genitourinary organs (1.5 %).

**Факторы риска, ведущие к ослаблению
иммунитета, способствующие
возникновению туберкулезной инфекции:**

- Сахарный диабет, хронические заболевания, алкоголизм;
- Пубертатный или старческий возраст;
- Контакт с человеком или животным, больным туберкулезом.

Профилактика туберкулеза:

- Основой профилактики туберкулеза служит вакцина БЦЖ;
- Флюорографическое обследование групп риска в целях раннего обнаружения туберкулеза.

**The risk factors that lead to the weakening
of the immune system, promote the
emergence of tuberculosis infection:**

- Diabetes mellitus, chronic diseases, alcoholism;
- Adolescence or old age;
- Contact with a person or an animal, that is ill with tuberculosis.

Tuberculosis Prevention:

- The basis for the prevention of tuberculosis is BCG vaccine (bacillus Calmette–Guerin);
- Fluorography survey of risk populations for the early tuberculosis detection.

ВИЧ-инфекция и СПИД

- По оценке ВОЗ, в начале XXI в. в мире проживало около 35 млн ВИЧ-инфицированных, в том числе более 1,2 млн детей.
- Каждый день в мире регистрируется в среднем 8000 новых случаев ВИЧ-инфекции, преимущественно среди лиц молодого возраста.
- Около половины ВИЧ-инфицированных заболевают СПИДом в течение 10 лет после заражения.
- С момента заболевания средняя продолжительность жизни составляет 2-4 года.

HIV infection and AIDS

- WHO estimates that at the beginning of the XXI century the world's population of about 35 million HIV-infected people, including more than 1.2 million children.
- Every day in the world recorded an average of 8,000 new cases of HIV infection, especially spread among young people.
- About half of HIV-infected people develop AIDS within 10 years after infection.
- Since the beginning of the disease, life expectancy is 2-4 years.

- В последние годы половой путь передачи вируса является основным, в результате эпидемия выходит за пределы групп риска и распространяется на самые широкие слои населения.

Основные направления профилактики ВИЧ:

- Тестирование и консультирование в отношении ВИЧ и ИППП среди детей и подростков.
- Обследование доноров, беременных, лиц из групп риска.
- Применение антиретровирусных препаратов для ВИЧ-негативного партнера.

- In recent years, the sexual transmission is the primary route. As a result, the epidemic goes beyond high-risk groups, and spread to the broadest sections of the population.

The main directions for HIV prevention:

- Testing and counseling for HIV and sexually transmitted infections among children and adolescents.
- Examination of donors, pregnant women, persons at risk group.
- The use of antiretroviral drugs for HIV-negative partner.

**5. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ
ГРАЖДАН РФ**



**5. LAW BASIS
FOR RUSSIAN CITIZEN'S
HEALTH CARE**

**Основной закон Российской Федерации,
в соответствии с которым формируется
вся нормативная база здравоохранения РФ, –
Конституция РФ (1993 г.).**

В Конституции сформулированы права граждан, касающиеся охраны жизни и здоровья человека, которые отражены в статьях:

- О праве на жизнь (ст. 20);
- Об охране достоинства личности государством, о недопустимости подвергаться унижающему человеческое достоинство обращению, медицинским, научным или иным опытам без добровольного согласия (ст. 21).

**The Constitution of Russian Federation
(1993/12/12) is the main law of Russian
Federation and law basis for Russian
citizen's health care forms in accordance
with the Constitution.**

Citizen's rights about health care are written in next articles:

- About right for living (article 20);
- About security of personal respect and inadmissibility of humiliations, medical and scientific experiments without personal consent (article 21);
- About state protection for maternity, childhood and family (article 38);

- О защите государством материнства, детства и семьи (ст. 38);
- О гарантиях социального обеспечения по возрасту, в случае болезни и инвалидности (ст. 39);
- О праве на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь (ст. 41);
- О праве на благоприятную окружающую среду и о возмещении ущерба, причиненного здоровью человека экологическим правонарушением (ст. 42).

В соответствии с Конституцией РФ приняты Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, которые являются правовой базой развития здравоохранения РФ.

- About social guaranties of pension (for old people), in case of illness and disability (article 39);
- About right for health care and free medical aid (article 41);
- About right for favourable environment and compensation after ecological violation (article 42).

According to The Constitution of Russian Federation were passed The legislative principles of Russian Federation about citizen's health care, which are law base of health care development in Russia.

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ФЗ-323 от 1.11.2011)

определяет:

- Правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
- Права и обязанности граждан, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;
- Полномочия и ответственность органов государственной власти разных уровней в сфере охраны здоровья;
- Права и обязанности медицинских организаций и медицинских работников при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья.

ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ-323) раскрывает основные принципы охраны здоровья граждан:

1. Соблюдение прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.
2. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.
3. Приоритет охраны здоровья детей.
4. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.
5. Ответственность органов государственной власти, органов местного самоуправления, должностных лиц, организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья.

Federal law “About principles of citizen’s health care in Russian Federation” (2011/11/01) determine:

- Legal, organize and economical principles of citizen’s health care;
- Citizen’s and another people’s rights and duties and guaranties of their realization;
- Government authorities and responsibility in every branch in sphere of health care;
- Rights and duties of medical organizations and medical staff during their work in sphere of health care.

Federal law “About principles of citizen’s health care in Russian Federation” (2011/11/01) reveal the main principles of citizen’s health care:

1. Observation of human’s and citizen’s rights in sphere of health care and secure the state guaranties.
2. Priority of patient’s interests under taking medical aid.
3. Priority of children’s health care.
4. Social secure of citizens in case of disability .
5. Responsibility of government, organizations and their chair-men in case of providing citizen’s rights in sphere of health care.

6. Доступность и качество медицинской помощи.
7. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи.
8. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья.
9. Соблюдение врачебной тайны.

ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» отражает права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья, а также права пациентов при получении медицинской помощи.

Граждане РФ имеют право на получение медицинской помощи в гарантированном объеме без взимания платы в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг.

6. Accessibility and quality of medical aid
7. Inadmissibility of refusal to render a medical aid
8. Priority of prophylactic in sphere of health care
9. Observation of medical secret

Federal law "About principles of citizen's health care in Russian Federation" shows the citizen's rights and duties in sphere of health care and patient's rights under taking medical aid.

Russian citizens have a right to get a free medical aid in accordance with The Program of state guaranties of free medical aid for citizens and also to get a medical aid for pay.

При получении медицинской помощи пациент имеет право на:

- выбор врача и медицинской организации;
- профилактику, диагностику, лечение и медицинскую реабилитацию в МО в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- получение консультаций врачей-специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и(или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- получение информации о своих правах, обязанностях и состоянии своего здоровья и выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана эта информация;

Under taking medical aid the patient has next rights:

- to choose a doctor and medical organization (MO);
- to get a prophylactic, diagnostic, medical treatment and rehabilitation in MO with normal sanitary and hygienic conditions;
- to take a doctor's consultation;
- to relieve the pain in case of illness or medical operation;
- to receive an information about his rights, duties and health condition and also to choose the people whom this personal information can be given;

- получение лечебного питания при оказании медицинской помощи в стационарных условиях;
- защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- отказ от медицинского вмешательства;
- возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании пациенту медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты прав;
- допуск священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационаре – на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения.

- to take a curative food in hospital;
- protection personal information which is a medical secret;
- to give up medical operation;
- to get a compensation after medical injury;
- to have an advocate or representative-in-law to prove his rights;
- to have a priest; also to have a special room for religious ceremony if the patient have to stay in hospital.

ФЗ-323 прописывает обязанности граждан в сфере охраны здоровья

- Граждане в случаях, предусмотренных законодательством РФ, обязаны проходить медицинские осмотры.
- Граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, обязаны проходить обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.
- Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

The Federal law fixes next citizen's duties in sphere of health care:

- According the law citizens have to penetrate medical checkup.
- People with zymotic diseases have to pass survey and therapy and also de engaged in prophylaxis.
- People in hospitals have to keep up the mode of therapy and rules of conduct in MO.

**Согласно ФЗ-323 «Об основах охраны
здоровья граждан Российской
Федерации»**

- Организация охраны здоровья в РФ основывается на функционировании и развитии государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.
- Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

**Право на осуществление медицинской
и фармацевтической деятельности**

- Имеют лица, получившие медицинское образование в РФ в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство о сертификации специалиста, а с 1.01.2016 – свидетельство об аккредитации специалиста.
- Аккредитация специалиста осуществляется не реже одного раза в 5 лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

According to the Federal law

- Health care organization in Russia is based on functioning and progress state, municipal and private systems of health care.
- Medical aid is organized and rendered according to orders and medical standards which are necessary to execution all the MO all over the territory of Russia.

**The right for realization medical
and pharmaceutical practice**

- Are aloud people with medical education according to federal standards of education which have a certificate of specialist and after 2016/01/01 – certificate of accreditation.
- The accreditation of specialist must be done every 5 years in order by federal government.

Медицинские работники на основе действующего ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» имеют право на:

- создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием.
- профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством.

In concordance with the Federal law the medical staff has next rights:

- To have a normal conditions and necessary equipment for medical work.
- To have a professional run-up, retraining and surge skill sponge on employer in concordance with labour law.

- прохождение аттестации для получения квалификационной категории.
- стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами.
- создание профессиональных некоммерческих организаций.
- страхование риска своей профессиональной ответственности.

- An attestation for qualification category.
- Work incitation in concordance with a qualification level, work difficulty, content, quality and result of work.
- Making professional uncommercial organizations.
- Risk insurance of their professional responsibility.

В ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» также представлены обязанности медицинских работников:

- Оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями.
- Соблюдать врачебную тайну.
- Совершенствовать профессиональные знания и навыки.
- Назначать лекарственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

В соответствии с Конституцией и ФЗ-323 отдельные виды медицинской деятельности регулируются другими нормативными правовыми актами

- Общие правила, регулирующие медицинскую деятельность по пересадке органов и тканей человека, сформулированы в Законе РФ «О трансплантации органов и(или) тканей человека».
- Правила, регламентирующие отношения, связанные с донорством крови и ее компонентов, сформулированы в Законе РФ «О донорстве крови и ее компонентов».

There are next medical staff's duties in the Federal law:

- Render medical service in accordance with qualification, employee manual and job duties.
- Observe medical secret.
- Rise up professional skills.
- Assign drug mounts on prescription pads in accordance with rules by federal government.

In accordance with The Constitution and The Federal law some types of medical works are regulated by another acts of law

- Russian law "About transplantation people's organs and skin" includes main rules of transplantation.
- Rules about donor service are in Russian law "Aboutdonor service of blood and its components".
- Federal law "About immunological prophylaxis of inflectional deceases" is about medical deal with immunological prophylaxis.

- Медицинскую деятельность по иммунопрофилактике инфекционных болезней регламентирует Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
- Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза» устанавливает правовые основы государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в РФ.
- Общие правила, регулирующие медицинскую деятельность по предупреждению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, сформулированы в ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

- Federal law "About tuberculosis spread prevention" sets legal basis of state policy about tuberculosis spread prevention.
- Federal law "About human immunodeficiency virus (HIV) spread prevention" includes main rules about medical work for stop HIV and preventionits spreading .

- В Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» представлены общие правила оказания психиатрической помощи.
- Общие правила, регулирующие оборот наркотических средств и психотропных веществ в медицинской практике сформулированы в ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
- ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ» устанавливает правовые, экономические основы медицинского страхования населения в РФ.

- There are main rules about medical psychiatrically service in Russian law "About psychiatrically service and people's guaranties".
- The main rules about turnover narcotic substances are in Federal law "About drugs and psychotropic substances".
- Federal law "About necessary medical people's insurance in Russia" sets legal and economical basis of medical people's insurance in Russia.

**К системе законодательства РФ
об охране здоровья относятся также
законы:**

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

**Russian legal system of health care also
includes next laws:**

- "About people's sanitary and epidemiological well-being".
- "About people's radiation safety".
- "About national medicinal resources, treatment places and spa".
- "About pharmaceuticals".
- "About state judicial-expert practice in Russian Federation".
- "About limitation tobacco smoking".

6. ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



6. FUNDAMENTALS OF HEALTH INSURANCE

«...здоровье становится все более ценным фактором, а борьба с болезнями обходится все более дорого».

Семинар ВОЗ
(Копенгаген, 1969)

Истоки кризиса здравоохранения СССР

- Остаточный принцип финансирования здравоохранения;
- Государственная монополия в здравоохранении;
- Экстенсивный путь развития здравоохранения;
- Отсутствие экономических методов управления в здравоохранении.

“...Health is becoming increasingly valuable factor, and disease control costs more expensive”.

WHO Workshop
(Copenhagen, 1969)

Origins of health crisis in USSR

- Remaining health financing principle;
- The state monopoly in health care;
- The extensive road development of public health;
- Lack of economic management in healthcare.

В основе моделей систем здравоохранения лежит источник финансирования системы и формирования рынка медицинских услуг.

Терминология

- **Market** – рынок.
- **Маркетинг** – особый подход к управлению производством и реализацией товаров и услуг в условиях рыночной экономики (производить то, что требуется покупателю).
- **Медицинская услуга** – товар.

Модели систем здравоохранения

- Преимущественно государственная (бюджетная) – Англия, Дания, Италия, Греция, Испания, Португалия;
 - Смешанная – бюджетно-страховая – большинство стран Европы (Германия, Франция, Голландия, Австрия), Канада, Япония, РФ;
 - Преимущественно частная – США.
- **Российская модель здравоохранения:**
бюджетно-страховая (1991 г.)

Health systems models are based on the source of funding and the formation of the medical services market.

Terminology

- **Market.**
- **Marketing** – a special approach to the management of production and sale of goods and services in a market economy (to produce what the buyer is required).
- **Medical service is a commodity.**

Health Systems Models

- Predominantly state (budget) – Britain, Denmark, Italy, Greece, Spain, Portugal;
 - Mixed budget and insurance system – in most European countries (Germany, France, the Netherlands, Austria), Canada, Japan;
 - Mostly private (commercial) – USA.
- **Russian Health Care Model:**
budget and insurance

Источники финансирования здравоохранения в РФ

I. Основные:

1. Бюджет.
2. Обязательное медицинское страхование (ОМС).

II. Дополнительные:

1. Платные услуги.
2. Хоздоговора с предприятиями (долгосрочные, краткосрочные).
3. Сдача помещений в аренду.
4. Спонсорская (благотворительная) помощь.
5. Работа с ценными бумагами.
6. Другие источники финансирования, не запрещенные законодательством.

Средние объемы финансирования здравоохранения:

■ США	11,2-14 %
■ Франция, Канада	8,6 %
■ Германия	8,2 %
■ Англия	6,1 %
■ СССР	2-4 %
■ РФ	0,39-3,4 %

Оптимально 6-8 % ВВП (расчеты экспертов ВОЗ).

Sources of health care financing in the Russian Federation

I. Main:

1. The budget.
2. Compulsory health insurance funds.

II. Additional:

1. Paid services.
2. Economic agreements.
3. Donations.
4. Income from securities.
5. Donate space for rent.
6. Other sources not prohibited by law.

Average volumes of health care financing

■ USA	11,2-14 %
■ France, Canada	8,6 %
■ Germany	8,2 %
■ England	6,1 %
■ USSR	2-4 %
■ Russian Federation	0,39-3,4 %

Optimally, 6-8 % of Gross domestic product (WHO experts estimates).

28/VI.1991. Закон «О медицинском страховании граждан РСФСР».

2/VI.1993. Закон «О внесении изменений и дополнений в закон о медицинском страховании граждан РСФСР».

Федеральный закон РФ Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (№ 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г., вступил в силу с 01 января 2011 г.).

28/VI.1991. Law “About health insurance of citizens of the RSFSR”.

2/VI.1993. Law “About introducing amendments and addenda to the law on health insurance of citizens of the RSFSR”.

Federal Law of the Russian Federation “About Mandatory Medical Insurance in the Russian Federation”
(№ 326-FZ of November 29,2010, entered into force on January 01,2011).

История медицинского страхования

XVII в. Германия – ремесленники:

- страховые больничные кассы (ДМС).

Отто Бисмарк:

- 15/VII.1883. «Закон о страховании рабочих по случаю болезни».
- 6/VII.1884. «Закон о страховании рабочих от несчастных случаев».
- 22/VI.1889. «Закон о страховании по инвалидности и старости».

History medical insurance

XVII. Germany – craftsmen:

- insurance hospital funds (Voluntary medical insurance).

Otto Bismarck:

- 15/VII.1883. “The law on insurance of workers in the event of sickness”.
- 6/VII.1884. “The law on insurance of workers against accidents”.
- 22/VI.1889. “Law on invalidity and old age insurance”.

Периоды развития медицинского страхования в России

1. Развитие фабрично-заводского страхования (вторая половина XIX в).
2. Развитие больничных касс добровольного страхования (с 1859 г.).
3. Введение ОМС в царской России (с 1912 г.).
4. Период рабочей страховой медицины (1917-1919 гг.).
5. Возрождение медицинского страхования в условиях НЭПа (1921-1929 гг.).
6. Государственная система социального страхования без ОМС (1930-1991 гг.).
7. Возрождение системы ОМС (с 1991 г.).

Periods of health insurance development in Russia

1. Development of factory insurance (second half of XIX century).
2. The development of the health insurance cashbox of voluntary insurance (since 1859).
3. The introduction of compulsory medical insurance in tsarist Russia (from 1912).
4. Period of workers health insurance (1917-1919).
5. Revival of health insurance under the New Economic Policy (1921-1929).
6. State social security system without mandatory health insurance (1930-1991).
7. Revival of compulsory health insurance system (since 1991).

Основные понятия

- **Страховать** – предохранять от чего-либо нежелательного, обеспечивать безопасность.
- **ОМС – обязательное медицинское страхование** – вид социального страхования, представляющих собой систему мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС.

The main concepts

- **Insure** – means to protect from something undesirable, to provide security.
- **Compulsory health insurance – Social Security views.** It is a system of measures aimed at guaranteeing the free provision of medical care to the insured person. It carried out at the expense of the MLA in the insurance case.

Основные понятия

- **Объект ОМС** – страховой риск, связанный с возникновением страхового случая.
- **Страховой риск** – предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.
- **Страховой случай** – совершившееся событие (заболевание, травма и др.) при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

Субъекты ОМС

1. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с настоящим ФЗ.
2. **Страхователи** – лица (организации) производящие выплаты.
3. **Федеральный фонд ОМС.**

The main concepts

- **The object** of compulsory medical insurance is the insurance risk associated with the occurrence of the insured event.
- **Insurance risk** – the expected event, upon the occurrence of which it is necessary to pay expenses of the insured person provided medical care.
- **Insured event** is occurred event (illness, injury, etc.). Upon the occurrence of which the insured person is granted a guarantee for compulsory health insurance.

Subjects of compulsory medical insurance

1. **The insured person** – a natural person, which is covered by compulsory health insurance in accordance with this Law.
2. **Insurers** – the person (organization) make payments.
3. **CHI Federal Fund.**

Участники ОМС

1. **Территориальные фонды ОМС (ТФОМС)** – некоммерческие организации, созданные субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС.
2. **Страховые медицинские организации (СМО)** – страховые компании, осуществляющие отдельные полномочия страховщика.
3. **Медицинские организации** – организации любой организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, имеющие право на осуществление медицинской деятельности.

Характерные черты ОМС

1. Всеобщий, массовый характер;
2. Гарантированный бесплатный минимум услуг застрахованным;
3. Государственная гарантия соблюдения прав застрахованных;
4. Обязательность уплаты страхователями страховых взносов;
5. Создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи;
6. Устойчивость финансовой системы ОМС.

The participants of the mandatory health insurance

1. **Territorial Compulsory Medical Insurance Funds** – non-profit organization created by the RF subjects for the implementation of the state policy in the compulsory health insurance field.
2. **Health insurance companies** – insurance companies carrying out certain powers of the insurer.
3. **Medical organizations** – organizations of any organizational and legal form and the individual businessmen who are eligible for medical practice.

Characteristic features of the mandatory health insurance

1. Universal, mass character;
2. Guaranteed minimum of free service to insured;
3. State guarantee the rights of the insured;
4. Obligation to pay insurance premiums by policyholders;
5. Creating the conditions to ensure the availability and quality of care;
6. Stability of obligatory medical insurance of the financial system.

Права граждан
в системе медицинского страхования

1. Бесплатное получение на всей территории РФ медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в системе ОМС при наступлении страхового случая.
2. Свободный выбор страховой медицинской организации (СМО) путем подачи заявления.
3. Замену СМО один раз в год, не позднее 1 ноября или чаще при смене места жительства.
4. Выбор медицинской организации в пределах территориальной программы ОМС.
5. Выбор врача путем подачи заявления на имя руководителя медицинской организации.

Права граждан
в системе медицинского страхования

6. Получение от ТФОМС, СМО и медицинской организации достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи.
7. Возмещение СМО и медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи.
8. Защита персональных данных в сфере ОМС.
9. Защита прав и законных интересов в сфере ОМС.

Health insurance system.
The rights of citizens

1. Free receipt of the entire territory of the Russia health care in medical organizations participating in the CHI system when the insured event.
2. Free choice of health insurance company by submitting an application.
3. Replacing the health insurance company once a year, not later than November 1, or more frequently when changing residence.
4. The choice of medical organization within the territorial CHI program.
5. Choosing a doctor, by a declaration addressed to the head of the medical organization.

Health insurance system.
The rights of citizens

6. Getting away from territorial fund health insurance, health insurance organizations and medical organizations of reliable information on the types, quality and conditions of the provision of medical care.
7. Reimbursement of health insurance organizations and medical organization for damage caused due to non-performance or improper performance of its obligations on the provision of medical care.
8. Protection of personal data in the field of CHI.
9. Protecting the rights and legitimate interests in CHI.

Застрахованное лицо обязано:

1. Получить страховой медицинский полис.
2. Предъявлять полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.
3. Подавать заявление о выборе СМО лично или через представителя.
4. В течении 1-го месяца уведомлять СМО об изменении ф.и.о., места жительства.
5. В течении 1-го месяца осуществлять выбор СМО по новому месту жительства.
6. После государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия одним из родителей выбрать СМО, получить полис и предоставлять его при наступлении страхового случая у ребенка.

The insured person is obliged to:

1. Get medical insurance policy.
2. To present the policy of obligatory medical insurance when applying for medical assistance, except in cases of emergency medical care.
3. To submit an application for choosing a health insurance organization in person or through a representative.
4. To notify the insurance medical organization during the 1st month about changing of the name, place of residence.
5. To carry out selection of the health insurance company at the new place of residence during the 1st month.
6. After the state registration of the child's birth until the age of majority. One of the parents must choose the medical insurance organization to receive the policy and make it available upon the occurrence of an insured event in a child.

Программы ОМС

- **Базовая программа ОМС –**
составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа, способы оплаты, критерии доступности и качества медицинской помощи.

**Programs of compulsory health insurance
(CHI)**

- **Basic program –**
it is an integral part of the program of state guarantees in the matter of providing free medical care to citizens. It defines the types of medical care, the list of insurance cases, tariff structure, payment methods, criteria of accessibility and quality of health care.

Программы ОМС

В рамках базовой программы ОМС оказывается:

1. Первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую;
2. Скорая медицинская (за исключением специализированной, санитарно-авиационной) помощь;
3. Специализированная медицинская помощь (в соответствии с перечнем).

Программы ОМС

- **Территориальная программа ОМС** – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, значения нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на одно застрахованное лицо, которые могут превышать базовую программу.

Programs of compulsory health insurance (CHI)

Basic compulsory health insurance program includes:

1. Primary health care, including prevention;
2. Emergency medical services (with the exception of specialized sanitary-aviation);
3. Specialized medical care (according to the list).

Programs of compulsory health insurance (CHI)

- **The territorial CHI program** – part of the territorial program of state guarantees in providing free medical care to citizens, includes the types and conditions of care, the list of insurance claims, the value of health care standards and volumes of financial costs per insured person, which may exceed the basic program.

**Источники финансирования здравоохранения
РФ (государственные программы)**

- Приоритетный национальный проект «Здоровье» – 209,1 млрд руб. (2006-2007 гг.).
- Программа модернизации здравоохранения – 460 млрд руб. (2011-2013 гг.).

**Основные приоритеты национального
проекта в сфере здравоохранения
на 2006-2007 годы**

1. Развитие первичной медицинской помощи.
2. Развитие профилактического направления медицинской помощи.
3. Обеспечение населения высокотехнологической медицинской помощью.

**Программы модернизации
здравоохранения РФ (ст. 50)**

В период 2011-2012 гг. за счет бюджета Федерального фонда осуществляется финансирование региональных программ модернизации на цели:

- Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений (завершение строительства, ремонт, приобретение медицинского оборудования);
- Внедрение современных информационных систем в здравоохранении (электронные полиса, электронные карты, документооборот, телемедицинские системы);
- Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

**Sources of health care financing
in Russian Federation (state programs)**

- The priority national project “Health” – 209.1 billion rubles (2006-2007 biennium).
- Healthcare modernization program – 460 billion rubles (2011-2013 biennium).

**The priority of the national projects
in the health sector (2006-2007)**

1. Primary health care development.
2. The development of preventive health care.
3. Providing the population with high-tech medical care.

**Russian Health Improvement Programs
(Article 50)**

2012-2011. From the budget of the Federal Fund is funding the modernization of regional programs for the purposes:

- Strengthening the material-technical base of medical institutions (completion of building construction, repair, purchase of medical equipment);
- The introduction of modern information systems in health care (e-policy, e-cards, document management, telemedicine systems);
- Implementation of standards of care.

7. ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



7. THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE. BASICS

Организация здравоохранения – это социальная гигиена в действии.

Н.А. Семашко

Health Organization – is social hygiene in action.

N.A. Semashko

Кодекс законов Хаммурапи (1792 г. до н.э.)



- «Пункт 218». Если врач сделал большую операцию господину бронзовым инструментом и причинил господину смерть или, сделал операцию на глазах, причинил потерю зрения, то врачу должно отрубить руку.
- «Пункт 219». Если врач сделал операцию бедному человеку и причинил ему смерть, то врач должен выплатить пособие семье больного.
- «Пункт 220». Если врач сделал операцию рабу и причинил ему смерть, то врач должен хозяину раба возместить стоимость умершего раба.

Law Code of Hammurabi (1792 BC)



- «Paragraph 218». If a physician make a large incision with the operating knife, and kill him, or open a tumor with the operating knife, and cut out the eye, his hands shall be cut off.
- «Paragraph 219». If a physician make a large incision in the slave of a freed man, and kill him, he shall replace the slave with another slave.
- «Paragraph 220». If he had opened a tumor with the operating knife, and put out his eye, he shall pay half his value.

Принципы охраны здоровья граждан СССР

1. Государственный социалистический характер здравоохранения;
2. Бесплатность и общедоступность медицинской помощи;
3. Профилактическое направление;
4. Единство медицинской науки и практики;
5. Участие населения в здравоохранении.

Принципы охраны здоровья граждан в РФ

Федеральный закон ФЗ № 323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Глава 2. Статья 4.

Основными принципами охраны здоровья являются:

1. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и связанных с этим правами государственных гарантий.
2. Доступность и качество медицинской помощи.
3. Приоритет профилактических мероприятий в сфере охраны здоровья граждан.

The principles of the health protection for citizens of the USSR

1. State and socialist nature of health care;
2. Medical care is free and publicly available;
3. Preventive direction;
4. The unity of medical science and practice;
5. Participation of the population in health care.

The health protection principles of citizens in the Russian Federation

Federal Law №323 FZ of November 21, 2011 «About the basis of public health protection in the Russian Federation». Chapter 2. Article 4.

The basic principles of health care are:

1. Follow the rights of citizens in the field of health and the associated rights of state guarantees.
2. The availability and quality of care.
3. The priority of preventive measures in the field of public health protection.

**Принцип соблюдения прав человека
и гражданина гарантируют:**

1. Конституция РФ.
2. ФЗ № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.
«Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
3. ФЗ № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г.
«Об обязательном медицинском страховании
граждан РФ».

Принцип доступности...

- приближена к месту жительства, работы, учебы;
- укомплектованность штата и уровень их квалификации;
- возможность выбора ЛПУ и врача;
- применения порядков и стандартов;
- гарантированный объем помощи;
- возможность использования средств связи и транспорта медицинским работником при угрозе жизни.

**The principle of respect for human
and civil rights:**

1. The Constitution of the Russian Federation.
2. Federal Law № 323 FZ of November 21,2011
“About the basis of public health protection in the
Russian Federation”.
3. Federal Law № 326-FZ of November 29,2010 “About
compulsory medical insurance of Russian citizens”.

The principle of accessibility...

- Close to the place of residence, work, study;
- Staffing and the level of their skills;
- Choice of health care facilities and physician;
- The use of orders and standards;
- A guaranteed amount of aid;
- The possibility of using communication and transport means by medical workers in case of the threat of life.

Приоритет профилактики:

- Медицинские осмотры;
- Профилактические прививки;
- Диспансеризация;
- Санитарно-просветительская работа и пропаганда здорового образа жизни;
- Осуществление противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

Принципы охраны здоровья граждан в РФ (закон 2011 г.)

4. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи при угрозе жизни человека.
5. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.
6. Соблюдение врачебной тайны.
7. Приоритет охраны здоровья детей.
8. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.
9. Ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья.

The priority of prevention:

- Medical examinations;
- Preventive inoculations;
- Clinical examination;
- Sanitary, education work and promotion of healthy lifestyles;
- The implementation of anti-epidemic (preventive) measures.

The principles of health protection for citizens in the RF (Law 2011)

4. Inadmissibility of medical care refusal under the threat of human life.
5. The priority of the patient's interest during providing medical care.
6. Compliance with medical confidentiality.
7. The priority of children's health protection .
8. Citizen's social protection of in case of loss the health.
9. The responsibility of public and local authorities, officials of the organizations for ensuring the citizen's rights in the health sector.

Характерные черты современного здравоохранения

- Несбалансированность финансирования;
- Система государственных гарантий;
- Приоритет первичной медицинской помощи;
- Проблема качества медицинской помощи;
- Тенденции ухудшения здоровья населения;
- Формирование альтернативного частного сектора в медицине.

Первичная медико-санитарная помощь

– это не простая замена участкового врача «**семейным**», а «**зона первого контакта между человеком (семьей, общиной) и системой здравоохранения.**»

Алма-Атинская декларация ВОЗ, 1978

Features of modern health care

- The trend toward worsening health status;
- Not balanced system of funding;
- The system of state guarantees;
- Primary Health Care Priority;
- Quality of care problem;
- Formation of non-governmental health sector.

Primary Health Care

– It is not a simple replacement of general practitioner to “**family doctor**” but “**area of the first contact between a person (family, community) and the health care system.**”

Alma-Ata Declaration, WHO, 1978

**Статья 38 «Основ законодательства РФ
об охране здоровья граждан». 1993**

- «Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний...»

**Основные приоритеты национального
проекта в сфере здравоохранения
на 2006-2007 годы**

1. Развитие первичной медицинской помощи.
2. Развитие профилактического направления медицинской помощи.
3. Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

**“Fundamentals of Legislation
on citizens health protection”. 1993**

- “Primary health care is a basic view of health care, accessible and available free to every citizen and includes: the treatment of the most common diseases and injuries, poisonings and other urgent states...”

**The main priorities of the national health
project in the 2006-2007 years**

1. Development of primary health care.
2. The development of preventive health care.
3. Provision of the population by high-tech medical care.

Номенклатура лечебно-профилактических учреждений

Лечебно-профилактические учреждения:

1. Больничные учреждения;
2. Амбулаторно-поликлинические учреждения;
3. Диспансеры;
4. Учреждения охраны материнства и детства;
5. Учреждения скорой и неотложной медицинской помощи и учреждения переливания крови;
6. ЛПУ особого типа (лепрозории);
7. Санаторно-курортные учреждения.

Санитарно-профилактические учреждения:

1. Санитарно-противоэпидемические учреждения;
2. Учреждения санитарного просвещения.

Учреждения судебно-медицинской экспертизы.

Аптечные учреждения.

Структура первичной медико-профилактической помощи

- амбулаторно-поликлиническая – 80-85 %;
- стационарная – 15-20 %.

The range of health care institutions

Therapeutic and prophylactic establishments:

1. Hospitals;
2. Outpatient clinics;
3. Clinics;
4. Institutions maternal and child health;
5. Establishment of emergency medical care and blood transfusion institutions;
6. Leprosarium;
7. Sanatorium.

Sanitary-and-prophylactic establishments:

1. The sanitary and epidemiological institutions;
2. Health education institutions.

Institution of Forensic Medicine.

Pharmaceutical institutions.

The structure of primary health care and preventive care

- Outpatient – 80-85 %;
- Hospital – 15-20 %.

Номенклатура амбулаторно-поликлинических учреждений

1. Фельдшерско-акушерские пункты (ФАП);
2. Сельские врачебные амбулатории;
3. Сельские участковые больницы;
4. Центральные районные поликлиники;
5. Областная (краевая, республиканская) консультативная поликлиника;
6. Городская поликлиника;
7. Женские консультации;
8. Медико-санитарные части;
9. Специализированные поликлиники (стоматологическая, детская);
10. Диспансеры;
11. Ведомственные поликлиники.

История организации амбулаторной помощи в России

- 1089 г.** – Киевская Русь – «безвозмездное врачевание» приходящим больным при церквях.
- 1620 г.** – «Светские» (гражданские) амбулатории.
- 1738 г.** – При Аптекарском приказе должность врача для бедных.
- 1804 г.** – Юрьевский университет – начало преподавания поликлинической практики.
- 1913 г.** – 1230 амбулаторий в России.

The range of outpatient clinics

1. Feldsher midwife points;
2. Rural outpatient clinics;
3. Rural district hospitals;
4. The central district polyclinics;
5. Regional (territorial, republican) consultative clinics;
6. City clinic;
7. Female consultations;
8. Medical sanitary unit;
9. Specialized clinics (dental, children);
10. Clinics;
11. Departmental polyclinics.

Organization of outpatient care in Russia. History

- 1089** – Kievan Rus – “gratuitous doctoring” outpatients at churches.
- 1620** – “Secular” (civilian) ambulance.
- 1738** – It was a position of doctor for the poor at the Apothecary order (order is central authorities in Russia XVI – early XVIII centuries).
- 1804** – Yuriev University - began teaching polyclinic practices.
- In 1913**, there were 1 230 clinics in Russia.

Участково-территориальный принцип:

- Терапевтический (1700 жителей);
- Педиатрический (800 детей);
- Акушерско-гинекологический (2 терапевтических участка или 2000 женщин репродуктивного возраста 15-49 лет);
- Фтизиатрический (по заболеваемости);
- Сельский врачебный участок (5-7 тыс.);
- Цеховой участок.

Типовая структура поликлиники

1. Руководство (главный врач, заместители);
2. Регистратура;
3. Отделение профилактики;
4. Лечебно-профилактические подразделения;
5. Вспомогательно-диагностические подразделения;
6. Дневной стационар;
7. Кабинет медицинской статистики;
8. Хозяйственные подразделения.

Precinct territorial principle:

- Therapeutic (1700 inhabitants);
- Pediatrics (800 children);
- Obstetric and gynecological (2 therapeutic area or 2000 reproductive age women 15-49 years);
- TB (incidence);
- Rural medical district (5-7 thousand);
- Workshops sector.

Typical structure of the polyclinic

1. The leaders (chief doctor and his deputies);
2. Registry;
3. Department of prevention;
4. Treatment and prevention units;
5. Auxiliary diagnostic unit;
6. Day hospital;
7. Cabinet for Health Statistics;
8. Household units.

Отделы регистратуры

Централизованной:

1. Запись на прием к специалистам;
2. Льготный прием;
3. Справочное бюро;
4. Запись вызовов на дом;
5. Оформление медицинских документов;
6. Оформление платных услуг.

Децентрализованной:

1. Запись к акушеру-гинекологу;
2. Запись к педиатру;
3. Запись к стоматологу;
4. Запись к цеховому врачу.

Функции регистратуры

- Организация записи на прием;
- Распределение потоков;
- Хранение медицинской документации;
- Информация населения;
- Заполнение документов (талон амбулаторного пациента формы № 025/14у, талон на прием к врачу, медицинская карта амбулаторного пациента формы № 025у).

Registry departments

Centralized:

1. Appointments to the experts;
2. Preferential reception;
3. Inquiry office;
4. Record of calls to the house;
5. Registration of medical records;
6. Registration fee-based services.

Decentralized:

1. Record to the obstetrician-gynecologist;
2. Recording a pediatrician;
3. Record to the dentist;
4. Writing to the guild doctor (workshop)

Options of registry

- Appointment record organization;
- Distribution of streams;
- Storing medical records;
- Informing the public;
- Filling documents (ticket outpatient f. №025/14u, card to see a doctor, medical records outpatient f. № 025u).

Структура отделения профилактики

1. Кабинет доврачебного приема;
2. Кабинет профилактических осмотров;
3. Кабинет диспансеризации;
4. Анамнестический кабинет;
5. Кабинет санпросветработы;
6. Смотровые кабинеты.

Функции кабинета доврачебного приема

- Оказание неотложной помощи;
- Уточнение неясного маршрута;
- Доврачебное обследование (АД, пульс, рост, вес, температура и др.);
- Направления на повторные анализы;
- Выдача повторных рецептов.

The structure of the prevention department

1. Cabinet receive first-aid;
2. Cabinet preventive examinations;
3. The Cabinet of the clinical examination;
4. Anamnesis cabinet;
5. Cabinet of sanitary and education work;
6. Examination rooms.

First-aid cabinet functions

- Emergency action;
- Clarifications route;
- Pre-medical examination (blood pressure, pulse, height, weight, temperature, etc.);
- Directions repeated tests;
- Issue of repeat prescription.

«Диспансерный метод – могучий проводник профилактики».

Н.А. Семашко

1. Выявление больных в начальной стадии патологии;
2. Полное клиническое обследование;
3. Комплексное лечение (амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное и др.);
4. Учет и динамическое наблюдение;
5. Выявление вредных факторов;
6. Пропаганда здорового образа жизни;
7. Периодический анализ эффективности диспансеризации.

Формы организации лечебной работы

- Участковый принцип;
- «Скользкий» график;
- Активные вызова;
- Нагрузка: 5 чел. в час в поликлинике,
2 чел. в час на дому;
- Диспансеризация;
- Преемственность со стационаром.

“Dispensary method – a powerful conductor of prevention”.

N. Semashko

1. Identification of patients in the early stages of pathology;
2. Full clinical examination;
3. Complex treatment (outpatient, hospital, sanatorium and others);
4. Accounting and dynamic monitoring;
5. Identify hazards;
6. Promotion of healthy lifestyles;
7. Periodic analysis of the clinical examination effectiveness.

Forms of medical work organization

- The precinct principle;
- «Flexitime»;
- Active call;
- Load: 5 people per hour in the clinic,
2 persons per hour at home;
- Clinical examination;
- Continuity with the hospital.

Оценка деятельности поликлиники

I. Показатели доступности амбулаторной помощи:

- укомплектованность штата;
- коэффициент совместительства;
- частота посещения 1 пациентом в год (7-9).

II. Показатели деятельности:

- показатель участковости;
- нагрузка на участке.

III. Показатели качества:

- показатели диспансеризации;
- показатели летальности;
- показатели запущенности (онко, tbc и др.);
- показатели заболеваемости.

IV. Показатели материально-технической оснащённости:

- частота инструментального, лабораторного исследования на 1 больного в год (ЭКГ, УЗИ, рентген и др.).

Evaluation of the clinic work

I. Indicators of ambulatory care availability:

- Staffing completeness;
- Pooh-Bah coefficient;
- The frequency of visits to one patient per year (7-9).

II. Performance indicators:

- An indicator of the precinct;
- Load at the precinct.

III. Quality indicators:

- Clinical examination indicators;
- Mortality rates;
- Indicators of neglect (oncology, tbc and etc.);
- Morbidity.

IV. Indicators of financial and technical equipment:

- Frequency instrument, laboratory study per patient per year (ECG, Ultrasound, X-ray and others).

8. ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ



8. HOSPITAL CARE ORGANIZATION

Стационарная (больничная, госпитальная) медицинская помощь

- Наиболее ресурсоемкий сектор здравоохранения (дорогостоящие здания, сооружения, оборудование, транспорт). На содержание больниц тратится в среднем 60-70 % ассигнований, выделяемых на здравоохранение.

Стационарная помощь предусматривает:

- комплексный подход к диагностике и лечению;
- интенсивные методы лечения и ухода;
- постоянное (круглосуточное) врачебное наблюдение;
- применение сложных методик, дорогостоящих медицинских технологий.

Inpatient (hospital) medical care

- The most resource-intensive health sector (It requires expensive buildings, equipment, vehicles). For the maintenance of hospitals spend an average of 60-70 % of the resources allocated to health.

Hospital care includes:

- Comprehensive approach to diagnosis and treatment;
- Intensive treatment and care;
- Permanent (day and night) medical supervision;
- The use of sophisticated techniques, expensive medical technologies.

Больница

- это комплексное учреждение здравоохранения, оказывающее все виды лечебно-диагностической, высококвалифицированной специализированной стационарной помощи населению при наиболее тяжелых заболеваниях.

Больничные учреждения различают:

- По административно-территориальному положению;
- По ведомственной принадлежности;
- По профилю и по мощности;
- По порядку госпитализации;
- По интенсивности наблюдения и ухода;
- По организации работы и по виду собственности.

Hospital

- is a comprehensive health care facility providing all types of medical-diagnostic, a highly specialized hospital care to the population under the most severe diseases.

Hospitals are distinguished:

- According to the administrative territorial location;
- According to departmental affiliation;
- According to the profile and capacity;
- By order of hospitalization;
- The intensity of observation and care;
- According to the organization of work and type of ownership.

- I. По административно-территориальному положению больницы могут быть: областные (краевые, республиканские, окружные); городские, районные, сельские участковые.
- II. По ведомственной принадлежности различают больницы: министерства здравоохранения, министерства путей сообщения, министерства обороны РФ и др.
- III. По профилю больницы бывают: многопрофильные и специализированные (восстановительного лечения, психиатрическая, туберкулезная, офтальмологическая, физиотерапевтическая и др.).

- IV. По мощности больницы делят на категории. Международный стандарт определяет оптимальный размер больниц на 600-800 коек.
- V. По порядку госпитализации различают: больницы скорой медицинской помощи, больницы для плановой госпитализации, больницы для общей (смешанной) госпитализации.
- VI. По степени интенсивности наблюдения и ухода: больницы интенсивного лечения, восстановительного лечения и реабилитации, больницы сестринского ухода, медико-социальной помощи, хосписы.

- I. According to the administrative-territorial location hospitals are: provincial (regional, national, district); city, district, rural district
- II. According to departmental affiliation distinguished hospitals: the Ministry of Health, the Ministry of Railways, Ministry of Defense and others.
- III. In profile: general and specialized (rehabilitation treatment, psychiatric, tuberculosis, ophthalmology, physiotherapy, etc.).

- IV. Hospitals are divided into capacity categories. International Standard defines the optimal size hospitals of 600-800 beds.
- V. By the order of hospitalization: Emergency Hospital, the hospital for planned hospitalization, the hospital for the general (mixed) hospitalization.
- VI. According to the degree of intensity of observation and care: hospital intensive care, rehabilitation treatment, nursing hospitals, health and social care, hospices.

VII. По регламенту организации работы больницы могут быть детские и для взрослых; объединенные со станцией скорой медицинской помощи (ЦРБ); объединенные с поликлиникой; необъединенные.

VIII. По виду собственности различают государственные (бюджетные) учреждения, муниципальные учреждения, частные медицинские организации.

Статус клинического учреждения имеют больницы:

- используемые не менее чем на 50 % высшими медицинскими образовательными учреждениями (факультетами) для преподавания;
- используемые в научных целях медицинскими научными организациями.

VII. According to the rules of the organization hospital can be for children and adults; combined with the ambulance station (CRH); combined with the health center; unmerged.

VIII. By type of property are distinguished public (budgetary) institutions, municipal institutions, private medical organization.

Hospitals, which have the status of clinical institutions:

- If at least 50 % is used for training by higher education institutions (faculties);
- If used for scientific medical research organizations.

Функции больницы

ВОЗ систематизировала унифицированные для всех типов больниц функции в 4 группы:

- Восстановительные (диагностика и лечение, уход, реабилитация и неотложная помощь);
- Профилактические (профилактика осложнений, хронических и инфекционных заболеваний, инвалидности и др.);
- Учебные (подготовка медицинского персонала и его последипломная специализация);
- Научно-исследовательские.

Functions of the hospital

WHO systematizes functions for all types of hospitals in 4 groups:

- Restoration (diagnosis and treatment, care, rehabilitation and emergency care);
- Prophylactic (preventive maintenance of complications, chronic and infectious diseases, disability, etc.);
- Training (training of medical staff and postgraduate specialization);
- Research.

Структура больницы

Любая больница (без поликлиники) по функциональному назначению имеет 4 сектора:

- Сектор управления больницей (администрация, канцелярия, кабинет медицинской статистики, отдел АСУ, финансово-экономический отдел, бухгалтерия, медицинский архив).
- Клинический сектор.
- Лечебно-диагностический сектор.
- Хозяйственный сектор.

Сектор управления больницей представлен администрацией – главным врачом и его заместителями:

- по медицинской части (нач. мед.);
- по клинико-экспертной работе;
- по организационно-методической работе;
- если число хирургических коек более 300, выделяют должность заместителя главного врача по хирургии;
- по поликлинике (объединенная больница);
- по работе с сестринским персоналом (главная медицинская сестра);
- по экономике;
- по административно-хозяйственной части;
- по гражданской обороне (спецработе);
- по кадрам.

The structure of the hospital

Any hospital (without clinic) on a functional purpose has 4 sections:

- Sector Hospital management (administration, stationery, medical statistics office and automation department, financial and economic department, accounting, medical files).
- Clinical sector.
- Treatment and diagnostic sector.
- Maintenance department.

Hospital Management branch is presented by the administration – chief doctor and his assistants:

- deputy Medical;
- deputy for the clinical expert work;
- deputy for organizational and methodical work;
- if the number of surgical beds more than 300, we introduce the post of deputy chief physician for surgery;
- deputy for the clinic (United Hospital);
- position to work with the nursing staff (chief nurse);
- position of the economy;
- post for administrative part;
- the position of civil defense (special works);
- the position of Human Resources.

Клинический сектор больницы:

- Приемное отделение.
- Отделение интенсивной терапии и реанимации.
- Клинические (палатные) отделения терапевтического и хирургического профиля.
- Отделения физиотерапии и лечебной физкультуры.
- Отделение лучевой терапии.
- Отделение гипербарической оксигенации.
- Отделение гемодиализа и гемосорбции.
- Отделение переливания крови и др.

Диагностический сектор больницы:

- Рентгеновское отделение и отделения функциональной, эндоскопической и ультразвуковой диагностики.
- Лаборатории (клиническая, биохимическая, бактериологическая, иммунологическая, серологическая, радиоиммунной диагностики и др.).
- Патологоанатомическое отделение.

Хозяйственный сектор больницы:

- Система энерго-, тепло- и водоснабжения, связь, пищеблок, аптека, прачечная, транспорт, дезинфекционная камера, централизованная стерилизационная.

Clinical Hospital Sector:

- Admission department.
- Intensive care unit.
- Clinical department of therapeutic and surgical profile (Chamber).
- Physiotherapy and physical therapy branch.
- Department of Radiotherapy.
- Branch of hyperbaric oxygenation.
- Department of Hemodialysis and hemosorption.
- Department of Blood Transfusion and others.

Diagnostic hospital sector:

- The X-ray department and the department of functional, endoscopic and ultrasound diagnostics.
- Laboratory (clinical, biochemical, bacteriological, immunological, serological, radioimmunoassay diagnosis, etc.).
- Pathologic department.

Household hospital sector:

- Energy system, heat and water supply, communication, catering department, pharmacy, laundry, transport, disinfection chamber, a central sterilization

Пути поступления больных в стационар:

- По направлению врачей поликлиники (плановая госпитализация);
- Доставка пациентов скорой помощью (экстренная госпитализация);
- Переводом из другого стационара;
- Самостоятельное обращение пациентов в приемное отделение («самотек»);

Больные поступают в приемное отделение, которое может быть централизованным и децентрализованным.

Структура приемного отделения:

- Вестибюль, помещение для родственников;
- Кабинет регистрации обратившихся пациентов;
- Кабинеты врачебного осмотра;
- Процедурная, перевязочная;
- Диагностическая палата;
- Санитарно-пропускной блок;
- Вблизи приемного отделения находятся: рентген-кабинет, кабинет функциональной диагностики, кабине УЗИ-диагностики, экспресс-лаборатория.

Ways of admissions to hospital:

- In the direction of doctors clinics (planned hospitalization);
- Shipping patients ambulance (emergency hospitalization);
- Transfer from another hospital;
- Self-treatment of patients in the admission department ("drift");

Patients come to the admission department, which can be centralized and decentralized.

The structure of the front desk (Admissions Office):

- Vestibule, rooms for relatives;
- Cabinet of registration applied patients;
- Offices of medical examination;
- Procedural, bandaging room;
- Diagnostic Chamber;
- Sanitary unit;
- Near the front desk are: an X-ray room, the office of functional diagnostics, ultrasound diagnostics cabin, Express Lab.

Функции приемного отделения:

- Прием и регистрация поступающих больных, оформление необходимой документации.
- Врачебный осмотр и первичная диагностика.
- Сортировка больных по степени тяжести заболевания, оказание неотложной помощи в очередности, определенной дежурным врачом.
- Круглосуточное проведение необходимых консультаций, лабораторно-клинических и инструментальных исследований экстренным больным.
- Наблюдение за больными, неясными в диагностическом плане.
- Проведение санитарной обработки поступающих в стационар, передача сведений о больных их родственникам.

Functions of the front desk:

- Reception and registration of incoming patients, registration of necessary documents.
- Medical examination and primary diagnosis.
- Sort patients by disease severity, emergency care in the order determined by the doctor on duty.
- Hour conducting the necessary consultations, laboratory, clinical and instrumental studies of emergency patients.
- Monitoring of patients with unclear diagnoses.
- Carrying sanitizing of people admitted to the hospital, the transmission of information about their sick to relatives.

Документация приемного отделения

- Журнал приема больных и отказов в госпитализации (ф. 001/у).
- «Медицинская карта стационарного больного» (ф. 003/у).
- «Температурный лист» (ф. 004/у).
- «Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф. 066/у-02).

Из приемного отделения пациент поступает в клиническое (палатное) отделение или в реанимационное отделение.

Front desk documentation

- Log of receiving patients and failure hospitalization (f. 001/y).
- "Medical card of the inpatient" (f. 003/y).
- "The temperature leaf" (f. 004/y).
- "Statistical card left a hospital" (f. 066/u-02).

From the front desk the patient enters a clinical department or in the intensive care unit.

Структура реанимационного отделения:

- Реанимационный зал с предреанимационной.
- Палаты интенсивной терапии.
- Лаборатория срочных анализов.
- Комнаты для персонала, помещение для аппаратуры.

Количество постов распределяют из расчета 1 пост на 3 койко-места в палатах интенсивной терапии.

Реанимационное отделение осуществляет комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций организма (реанимационные пособия, интенсивное лечение и интенсивный уход, функциональные и лабораторные исследования, санитарно-гигиеническое обеспечение).

The structure of the intensive care unit:

- Resuscitation room.
- ICU (intensive care unit).
- Laboratory of urgent analyzes.
- Rooms for the staff, the equipment room.

Number of posts are distributed on the basis of 1 post for 3 beds in intensive care units.

Resuscitation department carries out a complex of therapeutic measures aimed at restoring the vital functions of the body (Resuscitation, intensive therapy and intensive care, functional and laboratory studies, hygiene assurance).

Основная структурная единица клинического сектора – клиническое (палатное) отделение:

- Клинические отделения состоят из 30-70 и более коек.
- На одного лечащего врача приходится 20-25 пациентов.
- Успех лечения больных в стационаре в значительной мере зависит от качества ухода за ними.
- Система ухода, при которой непосредственное отношение к больному имеют только врачи и медицинские сестры, носит название двухступенной.
- Младший персонал несет обязанности по уборке помещения и созданию надлежащего санитарно-гигиенического режима в отделении.
- Возглавляет отделение заведующий, который назначается и освобождается приказом главного врача.

The basic structural unit of the clinical sector – Clinical Department (Chamber)

- Clinical department consist of 30-70 or more beds.
- On one doctor has to 20-25 patients.
- The treatment success in the hospital depends largely on the quality of patients care.
- Care system in which directly relations to the patient only have doctors and nurses is called a two-stage.
- Junior staff carries responsibilities for cleaning the premises and creating the proper sanitary-hygienic regime in office.
- The head of the department shall be appointed and dismissed by order of the head physician.

Функции заведующего отделением:

- Руководство работой персонала отделения;
- Контроль за качеством лечебно-диагностического процесса;
- Контроль за равномерным поступлением и выпиской больных, за соблюдением сроков пребывания больных в стационаре;
- Отбор больных на плановую госпитализацию;
- Общие обходы (административные и клинические);
- Этапные и заключительные осмотры больных;
- Ежедневные осмотры больных в тяжелом состоянии;
- Консультации;
- Анализ показателей работы.

Head of department functions:

- The administration of the personnel;
- Quality control of the diagnostic and treatment process;
- Control of uniform admission and discharge of patients, the observance of the terms of stay of patients in hospital;
- Selection of patients for planned hospitalization;
- Total rounds (administrative and clinical);
- Phasing and final examinations of patients;
- Daily inspections of the patients in critical condition;
- Consultations;
- Analysis of performance indicators.

**Основные функции
лечащего врача стационара:**

- Диагностика и лечение пациентов;
- Информирование пациентов о характере и цели предполагаемого лечения, о связанном с ним возможном риске, о существующих альтернативах данному виду лечения и получение согласия на медицинское вмешательство;
- Ведение медицинской документации;
- Контроль за выполнением назначений;
- Организация консультаций и консилиума;
- Участие в обходах, клинических конференциях;
- Осуществление экспертизы трудоспособности;
- Оформление выписки.

**The main functions
of the attending physician hospital:**

- Diagnosis and treatment of patients;
- Informing patients about the nature and objectives of the proposed treatment, about an associated potential risks, about alternatives to this kind of treatment and consent to medical intervention;
- Keeping medical records;
- Monitoring the implementation of appointments;
- Organization of counseling and consultation;
- Participation in rounds, clinical conferences;
- Implementation of expertise disability;
- Making writing out (medical check).

Показатели использования коечного фонда:

- Среднегодовая занятость койки;
- Оборот койки;
- Средняя длительность пребывания больного на койке.

Основные элементы рационального использования коечного фонда:

- Повышение качества лечебно-диагностического процесса на догоспитальном этапе;
- Совершенствование преемственности в деятельности поликлиник и стационаров;
- Развитие стационарозамещающих форм медицинской помощи.

Стационарозамещающие формы медицинской помощи

- Дневные стационары поликлиник.
- Отделения (палаты) дневного пребывания в стационаре, стационары на дому и др.

Стационарозамещающие формы медицинской помощи позволяют разгрузить общую стационарную сеть за счет больных, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения в стационаре.

Преимущества стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи:
снижение затрат на оказание медицинской помощи, рациональное использование коечного фонда, возможность оказания медико-социальной помощи.

Indicators of use of hospital beds:

- The average annual occupancy rate;
- Beds turnover;
- The mean duration of hospital stay.

The main elements of the rational use of hospital beds:

- Improving the quality of the prehospital diagnostic and treatment process;
- Improving continuity in the activities of hospitals and clinics;
- The development of replacement hospital medical care forms.

Replacement hospital medical care forms

- Day care clinics.
- Division (chambers) day stay in the hospital, hospitals at home, etc.

Replacement hospital medical care forms permit to unload the total fixed network at the expense of patients whose condition does not require round the clock care and treatment in hospital.

Advantages of replacement hospital medical care forms: reduce the cost of medical care, the rational use of hospital beds, the possibility of providing medical and social assistance.

**Показатели качества
стационарной помощи:**

- Распределение больных по срокам лечения в стационаре.
- Сроки госпитализации больных, требующих экстренного хирургического вмешательства.
- Повторность госпитализации в течение года.
- Общая летальность, послеоперационная летальность, досуточная летальность.
- Частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов.
- Частота послеоперационных осложнений.

Indicators of hospital care quality:

- Distribution of patients on treatment time in hospital.
- Terms of hospitalization of patients requiring emergency surgery.
- Rehospitalization during the year.
- Total mortality, postoperative mortality, mortality in up to 1 day.
- Frequency differences of clinical and pathological diagnoses.
- The frequency of postoperative complications.

**9. ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ**



**9. FUNDAMENTALS OF TREATMENT
AND PREVENTIVE CARE
ORGANIZATION
FOR WOMEN AND CHILDREN**

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.

Медико-социальное значение:

- сохранение здоровья женщины;
- снижение материнской и детской смертности;
- обеспечение условий, необходимых для всестороннего гармоничного развития детей.

Комплекс мероприятий государственной системы охраны материнства и детства

- Обеспечение гарантий гражданских прав женщин и мер поощрения материнства;
- Разработка и обеспечение законодательных актов о браке и семье;
- Охрана женского труда и труда подростков;
- Государственная материальная и социальная помощь семьям, имеющим детей;
- Гарантированная система обучения и воспитания детей в условиях, не нарушающих их здоровье;
- Качественная и доступная медико-социальная помощь.

Protection of maternity and childhood –

it is a system of state, public and private measures aimed at preserving and strengthening the health of women and children, creating optimal conditions for the woman to fulfill her most important social function – the birth and upbringing of a healthy child.

Medico-social importance:

- Maintaining the health of women;
- Reduction of maternal and child mortality;
- Ensuring the conditions necessary for the comprehensive harmonious development of children.

Protection of maternity and childhood. Complex of state system measures

- Ensuring guarantees of women's civil rights and measures to encourage maternity;
- Development and provision of legislation on marriage and family;
- Protection of female labor and work of adolescents;
- State material and social assistance to families with children;
- Guaranteed system of education and upbringing of children in conditions that do not violate their health;
- Qualitative and available medical and social assistance.

Организация акушерско-гинекологической помощи

Основными учреждениями амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женщинам являются женские консультации.

Задачи женских консультаций:

- Профилактика осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний;
- Формирование у женщин здорового образа жизни, профилактика абортот;
- Оказание лечебной акушерско-гинекологической помощи женщинам прикрепленной территории;
- Оказание социально-правовой помощи женщинам;
- Проведение санитарно-просветительной работы.

Принципы, на которых основана организация деятельности женской консультации

- **Участковость** (на акушерско-гинекологическом участке 3300-3500 женщин старше 15 лет или 2000 женщин 15-49 лет).
- **Доступность** (участковый акушер-гинеколог проводит амбулаторный прием по скользящему графику, медицинская помощь предоставляется в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи).
- **Профилактическая направленность.**
- **Преемственность и взаимосвязь** в осуществлении лечебно-профилактической деятельности с территориальными поликлиниками, родильным домом, детской поликлиникой и др.

Organization of obstetrical and gynecological care

The main institutions of ambulatory obstetrics and gynecological care for women are women's counseling (gynaecological and maternity clinics)

Tasks of women's counseling:

- Preventing complications of pregnancy, childbirth, the postpartum period, gynecological diseases;
- Formation among women of a healthy lifestyle, prevention of abortions;
- Provision of therapeutic obstetric and gynecological care for women (on a territorial principle);
- Providing social and legal assistance to women;
- Sanitary and educational work.

The principles of women's counseling work organization

- **Precinct territorial principle.** At the obstetric gynecological precinct 3300-3500 women over 15 years of age or 2000 women 15-49 years.
- **Availability.** The district obstetrician-gynecologist conducts outpatient reception on a sliding schedule, medical assistance is provided in accordance with the state guarantees program of free medical care.
- **Prophylactic orientation.**
- **Continuity and interrelation** in the implementation of therapeutic and preventive activities with territorial polyclinics, maternity hospital, children's polyclinic, etc.

Структура женской консультации

- Регистратура.
- Кабинеты участковых акушеров-гинекологов.
- Кабинеты специализированных гинекологических приемов (планирования семьи, гинекологической эндокринологии, патологии шейки матки и др.).
- Кабинеты других специалистов (терапевта, стоматолога, юриста, социального работника).
- Кабинет психопрофилактической подготовки к родам, школа молодых матерей и отцов.
- Кабинеты физиотерапевтических методов лечения, ЛФК.
- Дневной стационар.
- Клинико-биохимическая лаборатория.

Диспансерное наблюдение за состоянием здоровья беременных женщин

- Своевременное взятие на учет (до 12 недель беременности).
- Систематическое наблюдение за состоянием здоровья.
- Всестороннее обследование.
- Оформление документации (индивидуальная карта беременной и родильницы (ф. 111/у), обменная карта родильного дома (ф. 113/у), справка о необходимости перевода на легкий труд (ф. 081/у), лист нетрудоспособности).
- Определение принадлежности к группе риска.
- Организация дородового патронажа.
- Изучение условий труда.

Structure of women's counseling

- Registry.
- Offices of precinct obstetrician-gynecologists.
- Offices of specialized gynecological receptions (family planning, gynecological endocrinology, pathology of the cervix, and others).
- Rooms of other specialists (therapist, dentist, lawyer, social worker).
- The office of psycho-preventive preparation for childbirth, the school of young mothers and fathers.
- Rooms of physiotherapeutic methods of treatment, exercise therapy.
- Day hospital.
- Clinical biochemical laboratory.

Dispensary follow-up for pregnant women

- Timely registration (up to 12 weeks of pregnancy).
- Systematic health monitoring.
- Comprehensive examination.
- Execution of documents (the individual card of the pregnant woman and the puerpera (f. 111/y), the exchange card of the maternity hospital (f. 113/y), the certificate of the need for transfer to easy labor (f. 081/y), the list of incapacity for work).
- Determination of belonging to a risk group.
- Organization of antenatal patronage.
- Examination of working conditions.

- Определение срока родов и предоставление отпуска по беременности и родам.
- Обеспечение своевременного квалифицированного лечения.
- Психопрофилактическая подготовка беременных к родам.
- Организация и проведение занятий в школах молодых матерей и отцов.
- Наблюдение, восстановительное лечение родильниц.

В настоящее время отмечается рост осложнений беременности (анемия беременных, болезни почек, болезни системы кровообращения, поздние токсикозы беременных). Доля нормальных родов составляет около 32 %. Ежегодно в РФ более 40 тыс. родов являются преждевременными.

- Determining the period of birth and granting maternity leave.
- Providing timely qualified treatment.
- Psychoprophylactic preparation of pregnant women for childbirth.
- Organization and conduct of classes in schools of young mothers and fathers.
- Observation, restorative treatment of puerperas.

Currently, there is an increase in complications of pregnancy (anemia of pregnant women, kidney disease, circulatory system diseases, late toxicosis of pregnant women). The proportion of normal births is about 32 %. Annually in Russia more than 40 thousand births are premature.

Гинекологическая заболеваемость

40-60 % женщин в активном репродуктивном возрасте имеют гинекологические заболевания, однако далеко не все обращаются к врачу.

Диспансерное наблюдение за состоянием здоровья женщин, имеющих гинекологические заболевания:

- Активное выявление гинекологических заболеваний на медицинских осмотрах;
- Организация и проведение обследования и лечения;
- Своевременное направление на госпитализацию;
- Экспертиза трудоспособности;
- Своевременное взятие на диспансерное наблюдение.

Gynecologic morbidity

40-60 % of women in active reproductive age have gynecological diseases, but not all of them refer to a doctor.

Dispensary follow-up of the health status of women with gynecological diseases:

- Active detection of gynecological diseases during medical examinations;
- Organization and conduct of examination and treatment;
- Timely direction for hospitalization;
- Examination of work capacity;
- Timely taking on dispensary supervision.

Специфические показатели деятельности женской консультации

- Своевременность взятия беременных на учет;
- Частота ошибок в определении сроков родов;
- Среднее число посещений беременными консультации до родов;
- Полнота обследования беременных;
- Охват беременных психопрофилактической подготовкой к родам;
- Частота осложнений беременности;
- Исходы беременности;
- Показатели гинекологической заболеваемости.

Specific indicators of women's counseling practice

- Timeliness of taking pregnant women on the register;
- Frequency of mistakes in the terms of childbirth definition;
- Average number of pregnant women visits before delivery;
- Completeness of pregnant women examination;
- Coverage of pregnant women with psycho-preventive preparation for childbirth;
- The frequency of pregnancy complications;
- Pregnancy outcomes;
- Indicators of gynecological incidence.

Организация стационарной акушерско-гинекологической помощи

- Основным учреждением, оказывающим стационарную акушерско-гинекологическую помощь, является родильный дом.
- Родильный дом может быть:
 - **самостоятельный**;
 - **объединенный** (имеющий в своем составе женскую консультацию);
 - **специализированный** (для обслуживания женщин с отдельными видами экстрагенитальной патологии).
- Родильный дом работает в основном по территориальному принципу, но при желании женщина имеет право сама выбрать родовспомогательное учреждение.

Organization of in-patient obstetrical gynecological care

- The main institution providing inpatient obstetrical gynecological care is the maternity hospital.
- The maternity hospital can be:
 - **Independent**;
 - **United** (having in its composition a women's consultation);
 - **Specialized** (for servicing women with certain types of extragenital pathology).
- The maternity hospital works mainly on a territorial principle, but the woman has the right to choose the maternity institution herself.

Структура родильного дома

- Приемно-смотровой блок.
- Физиологическое акушерское отделение (первое).
- Обсервационное акушерское отделение (второе).
- Палаты для новорожденных в составе физиологического и обсервационного отделения.
- Отделение патологии беременности.
- Служба реанимации и интенсивной терапии.
- Отделения 1-го этапа выхаживания новорожденных и недоношенных.
- Гинекологические отделения (для консервативного лечения, для хирургического лечения, искусственного прерывания беременности).
- Лабораторно-диагностическое отделение.

Госпитализации в обсервационное отделение подлежат беременные и роженицы, имеющие:

- Острые воспалительные и инфекционные заболевания;
- Лихорадочные состояния;
- Диарею;
- Кожные и венерические заболевания;
- Длительный безводный период;
- Внутриутробную гибель плода;
- Отсутствие «Обменной карты родильного дома» (ф. 113/у);
- Родильницы в раннем послеродовом периоде в случае родов вне родильного дома.

The structure of the maternity hospital

- Receiving and inspection unit.
- Physiological obstetrics department (first).
- Observational obstetric department (second).
- Chambers for the newborn in the physiological and observational department.
- Department of pregnancy pathology.
- Resuscitation and Intensive Care Service.
- The 1st stage of newborns and premature babies nursing department.
- Gynecological departments (for conservative treatment, for surgical treatment, artificial termination of pregnancy).
- Laboratory Diagnostic Department.

Hospitalizations in the observatory department are subject to pregnant and parturient women having:

- Acute inflammatory and infectious diseases;
- Feverish states;
- Diarrhea;
- Skin and venereal diseases;
- The long anhydrous period;
- Intrauterine fetal death;
- Absence of the "Exchange card of the maternity hospital" (ф. 113/у);
- Parents in the early postpartum period in the case of deliveries outside the maternity hospital.

В современном родильном доме

- Не менее 70 % коек физиологического послеродового отделения должно быть выделено для совместного пребывания матери и ребенка.
- Совместное пребывание матери и ребенка ограничивает контакт новорожденного с медицинским персоналом, что снижает возможность инфицирования ребенка и создает благоприятные условия для заселения организма новорожденного микрофлорой матери.
- При совместном пребывании матери и новорожденного они размещаются в боксах или полубоксах (на 1-2 кровати).

Специфические показатели деятельности родильного дома

- Доля родов с медикаментозным обезболиванием.
- Удельный вес осложненных родов.
- Частота кесаревых сечений.
- Частота осложнений в послеродовом периоде.
- Частота недоношенности.
- Заболеваемость новорожденных.
- Перинатальная смертность.
- Ранняя неонатальная смертность.
- Мертворождаемость.
- Материнская смертность.

In a modern maternity hospital

- At least 70 % of the beds in the physiological postpartum department should be allocated for joint stay of the mother and child.
- The joint stay the mother and the child limits the contact of the newborn with the medical personnel. It reduces the possibility of the child infection and creates favorable conditions for the settlement of the newborn organism with the microflora of the mother.
- When the mother and the newborn stay together, they are placed in boxes or half-boxes (one or two beds).

Specific indicators of the maternity hospital

- Proportion of births with drug anesthesia.
- Proportion of labor with complications.
- Cesarean section frequency.
- The frequency of complications in the puerperium.
- Frequency of prematurity.
- Morbidity of newborns.
- Perinatal mortality.
- Early neonatal mortality.
- Stillbirth.
- Maternal mortality.

Родовой сертификат введен с 1 января 2006 года

- **Цель:** повышение материальной заинтересованности медицинских организаций в предоставлении качественной медицинской помощи.
- Предоставляет беременной женщине возможность выбора женской консультации и родильного дома.
- Выдают в женской консультации по месту жительства начиная с 30 недель беременности (при многоплодной беременности с 28 недель беременности).
- Обязательное условие – непрерывное наблюдение в этой женской консультации не менее 12 недель.

The birth certificate was introduced from January 2006

- The aim: to increase the material interest of medical organizations in providing quality medical care.
- Provides a pregnant woman with a choice of a woman's consultation and a maternity hospital.
- It is given in the antenatal clinic at the place of residence starting from 30 weeks of pregnancy (with multiple pregnancies from 28 weeks of pregnancy).
- Mandatory condition - regular visits to this women's consultation for at least 12 weeks.

Родовой сертификат содержит 3 отрывных талона

- Талон № 1 предназначен для оплаты медицинских услуг, оказанных женской консультацией в период беременности.
- Талон № 2 – для оплаты медицинской помощи в учреждениях родовспоможения.
- Талон № 3-1 – за первые 6 месяцев наблюдения ребенка.
- Талон № 3-2 – за вторые 6 месяцев наблюдения ребенка.

Талоны передаются в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Родовой сертификат без талонов, где записывают дату рождения, вес, рост младенца, выдают женщине при выписке из родильного дома.

The birth certificate contains 3 vouchers

- Talon № 1 is intended for payment of the medical services rendered by female consultation during pregnancy.
- Talon № 2 is intended for payment of medical assistance in maternity hospitals.
- Talon № 3-1 for the first 6 months of child observation.
- Talon № 3-2 for the second 6 months of child observation.

Coupons are transferred to the regional office of the Social Insurance Fund for payment. The birth certificate, where the date of birth, weight, height of the baby is recorded, is given to a woman at the discharge from the maternity hospital (without coupons).

Организация амбулаторно-поликлинической помощи детям

- Детская поликлиника – медицинская организация по оказанию внебольничной медицинской помощи детям от рождения до 18 лет.
- Работа детской поликлиники организована по территориально-участковому принципу.
- За каждым педиатрическим участком закреплены: врач-педиатр участковый (из расчета 1 должность на 800 человек прикрепленного детского населения) и участковая медицинская сестра.
- Наиболее рациональна для детской поликлиники пятидневная рабочая неделя с 8 до 19 часов в рабочие дни.
- В выходные и праздничные дни устанавливают дежурства педиатров с 9 до 14 часов.

Organization of outpatient care for children

- Children's polyclinic is a medical organization providing medical care outside the hospital to children from birth to 18 years.
- The work of the children's polyclinic is organized according to the territorial-division principle (precincts).
- Each pediatric precinct is assigned: a district nurse and a district pediatrician (at the rate of 1 post for 800 people attached to the children's population).
- The most rational for a children's polyclinic is a five-day work week from 8 to 19 hours on weekdays.
- On weekends and holidays, pediatricians are on duty from 9 to 14 hours.

Задачи детской поликлиники:

- Оказание профилактической, консультативно-диагностической и лечебной помощи прикрепленному детскому населению.
- Первичный патронаж новорожденных и детей до года жизни.
- Проведение профилактических осмотров детей, в том числе в образовательных учреждениях.
- Организация и проведение иммунной профилактики инфекционных болезней.
- Организация санитарно-гигиенического воспитания и обучения детей и их родителей.
- Осуществление медико-социальной и психологической помощи детям и семьям, имеющим детей.

Tasks of the children's polyclinic:

- Provision of preventive, consultative-diagnostic and therapeutic assistance to the attached children's population.
- Primary patronage of newborns and children under one year of age.
- Conducting preventive examinations of children, including in educational institutions.
- Organization and conduct of immune prophylaxis against infectious diseases.
- Organization of sanitary-hygienic education and training of children and their parents.
- Implementation of medical, social and psychological assistance to children and families with children.

В деятельности участкового педиатра ведущее место занимает профилактическая работа (70-80 % рабочего времени)

Ее составные части:

- Антенатальная охрана плода.
- Динамическое наблюдение за развитием здоровых детей и организация рационального вскармливания.
- Проведение профилактических прививок и диспансерных осмотров детей врачами специалистами.
- Подготовка детей к поступлению в детские дошкольные учреждения, школу.
- Санитарное просвещение родителей.

Принципы профилактической работы детских поликлиник наиболее ярко выражаются в диспансерном методе.

Диспансерный метод в работе детской поликлиники – активное динамичное наблюдение не только за больными, но и за здоровыми детьми.

- Диспансеризация проводится:
 - 1) по возрастному признаку вне зависимости от состояния ребенка;
 - 2) в зависимости от имеющегося заболевания.
- Важнейшим звеном диспансеризации детского населения является организация медицинских осмотров.
- В поликлинике выделяют 3 группы детей, подлежащих медицинским осмотрам:
 - 1) дети до 7 лет, не посещающие детские дошкольные учреждения;
 - 2) дети, посещающие детские дошкольные учреждения;
 - 3) школьники.

In the activities of the district pediatrician, the leading place is occupied by preventive work (70-80 % of working time)

Its components are:

- Antenatal fetal protection.
- Dynamic monitoring of healthy children development and the organization of rational feeding.
- Conducting preventive vaccinations and dispensary examinations of children by medical specialists.
- Preparation of children for admission to preschool institutions, school.
- Parent health education.

Principles of preventive work in relation to children's polyclinics are most pronounced in the dispensary method.

The dispensary method in the work of the children's polyclinic is an active dynamic observation not only for patients, but also for healthy children.

- Clinical examination is carried out:
 - 1) according to age, regardless of the condition of the child;
 - 2) depending on the disease.
- The most important part of children's prophylactic medical examination is its organization.
- In the clinic among the children who undergo medical examinations, there are three groups:
 - 1) children under 7 years of age who do not attend preschool institutions;
 - 2) children attending pre-school institutions;
 - 3) schoolchildren.

Особенности проведения лечебной работы в детской поликлинике

- Лечение на дому детей с острыми заболеваниями и обострениями хронической патологии до полного клинического выздоровления.
- Ежедневное наблюдение врача и медицинской сестры вплоть до выздоровления детей до года с любым заболеванием, оставленных для лечения на дому.
- В поликлинике проводится прием в основном здоровых детей, реконвалесцентов после острых заболеваний, не представляющих опасности для окружающих, а также страдающих хроническими заболеваниями без острых явлений.

Структура детской поликлиники

- Административно-хозяйственная часть (кабинет главного врача, кабинеты заведующих отделениями, старшей медицинской сестры, сестры-хозяйки).
- Информационно-аналитическая служба (регистратура, кабинет медицинской статистики).
- Лечебно-профилактическое отделение (кабинеты участковых врачей-педиатров, кабинет здорового ребенка, прививочный кабинет, процедурный кабинет, дневной стационар).
- Консультативно-диагностическое отделение (кабинеты врачей-специалистов, кабинет функциональной и лучевой диагностики, лаборатория).

Features of the medical work in the children's polyclinic

- Treatment at home for children with acute diseases and exacerbations of chronic pathology until complete clinical recovery.
- Daily observation of a doctor and a nurse right up to the recovery of children up to a year with any disease left for home treatment.
- The polyclinic is visited mainly by healthy children, convalescent after acute diseases, which do not pose a danger to others, and also suffer from chronic diseases without acute phenomena.

The structure of children's polyclinic

- The administrative and economic part (the office of the chief doctor, the offices of the head of the departments, the senior nurse, the sister of the hostess).
- Informational and analytical service (registry, cabinet of medical statistics).
- Treatment-and-prophylactic department (offices of district pediatricians, a cabinet of a healthy child, vaccination room, treatment room, day hospital).
- Consultative and diagnostic department (offices of specialist doctors, functional and radiation diagnosis room, laboratory).

- Отделение восстановительного лечения (кабинеты физиотерапевтические, лечебной физкультуры и массажа, парафинолечения и электросна, водолечения (бассейн), галокамера, ингаляторов и др.).
- Отделение организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях – медицинские кабинеты образовательных учреждений.
- Отделение неотложной помощи.
- Отделение медико-социальной помощи.
- Централизованное стерилизационное отделение.
- Вестибюльная группа помещений (колясочная, приемно-смотровой фильтр (бокс с отдельным входом)).
- Молочные кухни и раздаточные пункты детского питания.

- Department of rehabilitative treatment (physiotherapy, exercise therapy and massage rooms, paraffin therapy and electrosleep, hydrotherapy (pool), halo chamber, inhalatorium, etc.).
- Department of medical care organization for children in educational institutions – medical offices of educational institutions.
- Emergency department.
- Department of medical and social assistance.
- Centralized sterilization department.
- The lobby group of rooms (stroller, reception and observation filter (box with separate entrance)).
- Dairy kitchens and baby food distribution points.

Показатели деятельности детской поликлиники:

- Охват детей первого года жизни систематическим врачебным наблюдением.
- Частота грудного вскармливания.
- Частота расстройств питания у детей первого года жизни.
- Частота активного рахита у детей первого года жизни.
- Индекс здоровья.
- Полнота охвата детей профилактическими осмотрами.
- Полнота охвата детей профилактическими прививками.
- Заболеваемость детей.

Performance indicators of the children's polyclinic:

- Coverage with systematic medical supervision for children of the first year of life.
- Breastfeeding frequency
- Frequency of eating disorders in children of the first year of life.
- Frequency of active rickets in children of the first year of life.
- Health index.
- Completeness of the coverage by children preventive examinations.
- Completeness of coverage with children preventive vaccinations.
- Morbidity of children.

Организация стационарной помощи детям

- Детские стационары могут быть объединенными (с детской поликлиникой) и необъединенными; по профилю – многопрофильными и специализированными.
- 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 проведенном обследовании в условиях поликлиники;
 - 3) справки об отсутствии контакта ребенка с инфекционными больными (срок действия 24 часа);
 - 4) справки о проведенных прививках.

Приемное отделение стационара детской больницы должно быть боксировано.

- Боксы составляют 3-4 % от общего числа коек.
- Наиболее удобными для работы являются индивидуальные боксы Мельцера-Соколова, которые включают предбоксы, палату, санитарный узел, шлюз для персонала.
- Для оказания неотложной помощи ребенку в приемном отделении имеется постоянный набор необходимых медикаментов и средств первой помощи.
- При приемном отделении организуются палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных.

Organization of children inpatient care

- Children's hospitals can be integrated (with a children's polyclinic) and ununited; On the profile children's hospitals can be multidisciplinary and specialized.
- Documents for the planned hospitalization of the child (through the children's polyclinic):
 - 1) Referral;
 - 2) A detailed extract from the history of the child's development about the onset of the disease, treatment and the examination performed in the conditions of the polyclinic;
 - 3) Medical certificate about absence of contact the child with infectious patients (validity 24 hours);
 - 4) Medical certificates of vaccinations.

The admissions ward of the hospital of the children's hospital must contain isolation rooms (boxes).

- Insulating rooms account for 3-4 % of the total number of beds.
- The most convenient for work are individual Meltzer-Sokolov's boxes, which include a pre-box, a ward, a sanitary unit, a personnel gateway.
- To provide emergency care in the admission department there is a permanent set of necessary medications and first aid equipment.
- At the admission department, wards of intensive care and temporary isolation of patients are organized.

Отделения стационара детской больницы формируются по возрасту и характеру заболеваний:

В зависимости от возраста выделяют отделения: для недоношенных, для новорожденных, для детей грудного возраста, для детей младшего возраста, для детей старшего возраста.

По характеру заболеваний отделения могут быть: педиатрические общие, хирургические, инфекционные и другие узкопрофильные отделения. В отделениях для детей дошкольного и школьного возрастов палаты должны быть небольшие – с числом коек не более 4. Между палатами должны быть застекленные перегородки для того, чтобы персонал мог следить за состоянием детей и их поведением.

Особенности организации работы в детских стационарах

- Предусмотрено пребывание в стационаре вместе с ребенком одного из членов семьи.
- Проведение воспитательной работы с детьми.
- Проведение учебной работы с больными, которые лечатся в стационаре длительно.
- Организация досуга детей в стационаре, особенно в вечерние часы (ручной труд, лепка, рисование, чтение вслух и др.).
- Отделения должны быть обеспечены игрушками, играми, книгами, материалами для рисования и др.
- В отделении должны быть предусмотрены столовые, игровые, веранды или прогулочные комнаты.

The departments of the children's hospital are formed according to the age of the children and the nature of the diseases:

Depending on the age, the departments are: for preterm, for newborns, for infants, for young children, for older children.

By **the nature of diseases** department can be: pediatric general, surgical, infectious and other narrow-profile departments.

In the departments for children of preschool and school age, the chambers should be small – with the number of beds not more than 4.

Between the chambers there must be glazed partitions so that the staff can monitor the state of children and their behavior.

Features of work organization in children's hospitals

- It provides for a stay with one of the family members.
- Carrying out educational work with children.
- Conducting educational work with patients who are treated in the hospital for a long time.
- Organization of children's leisure in the hospital, especially in the evening hours (manual labor, modeling, drawing, reading aloud, etc.).
- Departments must be provided with toys, games, books, materials for drawing, etc.
- In the department should be provided dining rooms, playrooms, verandas or walking rooms.

10. ОСОБЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКИМ ЖИТЕЛЯМ



10. FEATURES AND PROBLEMS OF MEDICAL CARE TO VILLAGERS

Доля сельских жителей

- В РФ – 27 %.
- В Ульяновской области в 2013 г. – 25,97 % (331 000 чел.).

Проблемы на селе

1. Сокращение бюджетного финансирования.
2. Упадок сельского хозяйства.
3. Финансирование за счет муниципальных бюджетов.
4. Отток молодежи.
5. Низкая занятость населения.

The proportion of rural residents

- In the Russian Federation – 27 %.
- In Ulyanovsk region in 2013 – 25.97 % (331 000 people).

Problems in rural areas

1. Budget cuts.
2. The decline of agriculture.
3. Funding by municipal budgets.
4. The outflow of youth.
5. Low employment of the population.

Проблемы на селе

(по данным коллегии МЗ РФ, май 2001 г.)

- Ухудшение состояния здоровья;
- Не достаточные санитарно-гигиенические условия (36 % водопровод, 25 % центральное отопление, канализация, 45 % не качественная вода);
- Ухудшение медицинского обслуживания (транспорт, кадры, оборудование, возврат целевого набора врачей 12-14 %);
- Модель сельского здравоохранения мало эффективна (ОМС не финансирует I уровень СУБ, СВА).

Problems in rural areas

(according to the board of the Russian Federation Ministry of Health, May 2001)

- The deterioration of health;
- Insufficient sanitation (36 % water plumbing, 25 % of central heating, sewage, 45 % is not high-quality water);
- The deterioration of health services (transport, staff, equipment, set the target return of 12-14 % doctors);
- Rural health care model is not effective enough (Obligatory health insurance does not fund level 1, rural district hospitals, rural outpatient clinics).

Демографические прогнозы

(по данным коллегии МЗ РФ, май 2001 г.)

1. Сокращение численности сельского населения (миграция);
2. Сверхсмертность населения;
3. Постарение населения;
4. Сближение рождаемости городского и сельского населения.

Средняя продолжительность жизни на селе в Ульяновской области

- Женщины – 72,7 (РФ – 71,9).
- Мужчины – 56,3 (РФ – 58,5).

Population projections

(according to the data of Ministry of Health of the Russian Federation, May 2001)

1. Reduction of the rural population (migration);
2. The high mortality of the population;
3. The aging of the population;
4. Convergence of the birth in the urban and rural populations.

The average life expectancy in rural areas in the Ulyanovsk region

- Women – 72.7 (71.9 – Russian Federation).
- Men – 56.3 (58.5 – RF).

**Обеспеченность терапевтами на селе –
ниже 2,5/10000**

(Областной показатель – 4,3/10000)

**На селе низкая обеспеченность
акушерами-гинекологами**

- 5,1/10000 – в РФ;
- 4,4/10000 – в Ульяновской обл.;
- 3,2/10000 – на селе в Ульяновской обл.

**Принципы охраны здоровья граждан
в РФ (ФЗ №323-ФЗ от 21.11. 2011 г.)**

1. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и связанных с этим правами государственных гарантий.
2. Доступность и качество медицинской помощи.
3. Приоритет профилактических мероприятий в сфере охраны здоровья граждан.

**Availability of physicians in rural areas
below 2.5/10000**

(The regional index of 4.3/10,000)

**Low supply of obstetrician-gynecologists
in rural areas**

- 5,1/10000 in the Russian Federation;
- 4,4/10000 Ulyanovsk region;
- 3,2/10000 in rural areas in the Ulyanovsk region.

**The principles of health protection
for citizens in the Russian Federation
(Federal Law №323-FZ, dated 21.11. 2011)**

1. Abidance the rights of citizens in the field of health and state guarantees.
2. The availability and quality of care.
3. The priority of preventive measures in the field of public health protection.

**Принципы охраны здоровья граждан
в РФ (ФЗ №323-ФЗ от 21.11. 2011 г.)**

4. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи при угрозе жизни человека.
5. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.
6. Соблюдение врачебной тайны.
7. Приоритет охраны здоровья детей.
8. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.
9. Ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья.

**Особенности, влияющие
на систему организации медицинской
помощи сельским жителям**

- Малая плотность населения;
- Большой радиус обслуживания;
- Специфика сельскохозяйственных работ (сезонность, общение с землей, животными, скотом, климатическая нестабильность и др.);
- Состояние путей сообщения;
- Сложность создания оптимальных социально-гигиенических условий.

**The principles of health protection
for citizens in the RF
(Federal Law №323-FZ, dated 21.11. 2011)**

4. Inadmissibility of medical care refusal under the threat of human life.
5. The priority of the patient's interest during providing medical care.
6. Compliance with medical confidentiality.
7. The priority of children's health protection .
8. Citizen's social protection of in case of loss the health.
9. The responsibility of public and local authorities, officials of the organizations for ensuring the citizen's rights in the health sector.

**Features that affect the system of medical
care to villagers**

- Low population density;
- A large range of service;
- The specificity of agricultural activities (seasonality, contact with the earth, animals, livestock, climatic instability, and others);
- Condition of communication lines;
- The complexity of creating optimal social and hygienic conditions.

**Отличительные организационные формы
медицинского обслуживания
сельских жителей**

1. Этапность оказания медицинской помощи.
2. Организация выездных форм оказания медицинской помощи.
3. Создание временных лечебных учреждений (сезонные детские ясли, здравпункты на полевых станах).
4. Изменение графиков работы ЛПУ в период сезонных работ.

**Отличительные организационные формы
медицинского обслуживания
сельских жителей**

Этапность оказания медицинской помощи:

- а) Сельский врачебный участок (ФАПы, СВА, СУБ, здравпункты, детские ясли и др.);
- б) Районные медицинские учреждения (ЦРБ, РЦЭиГ, диспансеры, номерные больницы, профилактории и др.);
- в) Областные лечебные учреждения (ОКБ, ОЦЭиГ, областные диспансеры, поликлиники и др.).

**Distinctive organizational forms
of villagers medical care**

1. Medical assistance is provided to the stages
2. Organization of exit form of medical care.
3. Creating a temporary hospitals (seasonal nurseries, health centers at field camps).
4. Changing work schedules of health facilities during the period of seasonal work.

**Distinctive organizational forms
of villagers medical care**

Medical assistance is provided to the stages:

- a) Rural medical district (first aid obstetric point, rural district hospitals, rural outpatient clinics, health centers, nurseries and others);
- b) The district medical institutions (Central District Hospital, District Centre of Hygiene and Epidemiology, dispensaries, the number hospitals, dispensaries, etc.);
- c) Regional hospitals (Regional Clinic Hospital, Regional Center of Hygiene and Epidemiology, regional health centers, clinics, etc.).

Структура сельского врачебного участка
(объем помощи: доврачебная
и квалифицированная врачебная)

Возглавляет – СУБ.

- ФАПы.
- СВА.
- Здравпункт.
- Детские ясли.

СУБ:

I категория – 75-100 коек;
II категория – 50-70 коек;
III категория – 35-50 коек;
IV категория – 25-35 коек.

Условия создания ФАПа:

- 700 и более жителей;
- Расстояние до ближайшего ЛПУ – 5 км.

Типовой штат

- фельдшер;
- акушерка;
- санитарка.

The structure of the rural medical sector
(content of aid: pre-medical and medical
qualified)

Consular district hospital dominates.

- First aid obstetric point.
- Rural outpatient clinics.
- Health center.
- Nursery.

Rural district hospitals:

The first category 75-100 beds;
Category II 50-70 beds;
Category III 35-50 beds;
Category IV 25-35 beds.

Terms of creating obstetric point:

- 700 or more inhabitants;
- The distance to the nearest health facility 5 km.

The typical state

- Paramedic;
- Midwife;
- Orderly.

Функции ФАПа

1. Прием приходящих больных
2. Обслуживание больных на дому
3. Первая доврачебная помощь
4. Оказание медицинской помощи детям
5. Участие в неотложных родах
6. Наблюдение за условиями труда
7. Санитарно-противоэпидемическая работа (подворные обходы, работа с инфекционными больными и др.)
8. Участие в диспансеризации
9. Профилактические прививки
10. Организация санитарного актива
11. Санитарное просвещение
12. Продажа медикаментов и средств гигиены
13. Изучение показателей здоровья и др.

Obstetric point functions

1. Acceptance of the incoming patients
2. Maintenance of patients at home
3. First aid
4. Provision of medical care for children
5. Participation in emergency childbirth
6. Monitoring of working conditions
7. The sanitary and anti-epidemic work (homestead rounds, working with infectious patients, etc.).
8. Participating in the clinical examination
9. Vaccinations
10. The organization of health asset
11. Health education
12. The sale of medicines and hygiene products
13. A study of health indicators and others.

Возглавляет II этап

центральная районная больница.
(объем помощи: специализированная
медицинская – 12-15 видов)

- 1 категория – от 350 до 400 коек;
- 2 категория – 300-349 коек;
- 3 категория – 250-299 коек;
- 4 категория – 200-249 коек;
- 5 категория – 150-199 коек;
- 6 категория – 100-149 коек.

The head of stage II is Central District Hospital

(aid content:
specialized medical – 12-15 species)

- 1 category from 350 to 400 beds;
- 2 category 300-349 beds;
- 3 category 250-299 beds;
- 4 category 200-249 beds;
- 5 category 150-199 beds;
- 6 category 100-149 beds.

Особенности структуры ЦРБ

Управление ЦРБ – главный врач, заместители.

Стационар.

Отделения:

- терапии;
- хирургии;
- акушерства и гинекологии;
- детское;
- инфекционное.
- межрайонные отделения.

Поликлиника (12-15 спец. приемов)

- Отделение скорой и неотложной помощи;
- Организационно-методический кабинет.

Функции оргметодкабинета

1. Разработка статистических материалов.
2. Составление годовых отчетов и планов.
3. Анализ отчетной документации.
4. Организация выездов специалистов.
5. Организация научных конференций, семинаров.
6. Организация повышения квалификации медицинских работников.
7. Работа по оценке качества медицинской помощи.
8. Организация работы по медицинскому страхованию и коммерческой деятельности.

Features of the structure of the central district hospital

CDH management (chief physician assistants).

Hospital for in-patients.

Hospital departments:

- therapy;
- surgery;
- obstetrics and gynecology;
- children's;
- infectious department.

Polyclinic

- Branch accident and emergency;
- Interdistrict-Organizational and Methodical cabinet.

Functions of organizational and methodical cabinet

1. Development of statistical documents.
2. Preparation of annual reports and plans.
3. Analysis of the reporting documentation.
4. The organization of specialists equipage.
5. Organization of scientific conferences and seminars.
6. Organization of continuing medical education.
7. Work to assess the quality of care.
8. Organization of work on health insurance and commercial activities.

**Возглавляет III этап
областная (краевая, республиканская)
больница**

– ведущий лечебно-диагностический, научно-организационный и учебно-методический центр области
(объем медицинской помощи: высококвалифицированная, узкоспециализированная).

**The head of Stage III
Regional (National) Hospital**

– is a leading medical diagnostic, scientific, organizational and educational center of the region
(the volume of medical care: a highly skilled, highly specialized).

**Особенности структуры
областной больницы**

1. Консультативная поликлиника (17-22 узкоспециализированных приема).
2. Отделение клинико-экспертной и организационно-экономической работы (Приказ МЗ РФ №6 от 13.01.95):
 - а) клинико-экспертное отделение;
 - б) организационно-экономическое отделение;
 - в) отделение медицинской статистики и вычислительной техники.

**Structure features
of the regional hospital**

1. Consultative Clinic (17-22 specialized reception).
2. Department of clinical, expert, organizational and economic work
 - a) clinical and expert department;
 - b) organizational and economic department;
 - c) department of medical statistics and computer technique.

Особенности структуры областной больницы

3. Методический диагностический центр.
4. Стационар с узкоспециализированными отделениями.
5. Отделение экстренной и плановой консультативной помощи.
6. Пансионат для приезжих пациентов.
7. Общежитие для медицинских работников.
8. Патологоанатомическое отделение.
9. Курсы повышения квалификации.

Специфичные показатели оценки организации медицинской помощи сельским жителям (показатели преемственности)

1. Доля больных, направленных с ЦРБ в ОКП, в разрезе специальностей.
2. Процент расхождения диагнозов ЦРБ и ОКП.
3. Доля больных, направленных в ОКП с сельских врачебных участков минуя ЦРБ.
4. Доля больных, направленных с неполным обследованием из ЦРБ, в разрезе специальностей.
5. Доля больных, обследованных в ОКП в первые 3 суток.
6. Процент совпадения (расхождения) диагнозов ОКП и стационара областной больницы.

Structure features of the regional hospital

3. Methodological Diagnostic Center.
4. The hospital with highly specialized departments.
5. Branch of emergency and planned aid.
6. Pension for patients visiting.
7. Hostel for medical workers.
8. Department of Pathological Anatomy.
9. Training courses.

Specific indicators to measure health care organization for rural residents (continuity indicators)

1. The proportion of patients referred from CRH in Regional consultative clinics . (in the context of specialties).
2. Percentage difference diagnoses CRH and Regional consultative clinics.
3. The proportion of patients referred to the regional advisory clinic from rural medical stations bypassing CRH.
4. The proportion of patients referred to an incomplete survey from CRH in the context of specialties.
5. The proportion of patients surveyed in the regional consultative polyclinic in the first 3 days.
6. The percentage of matches (divergence) diagnoses of regional consultative polyclinic and hospital regional hospital.

**Основные направления
совершенствования
медицинской помощи сельским жителям**

1. Развитие общеврачебной практики (на уровне сельского врачебного участка и районного звена).
2. Совершенствование выездных видов специализированной медицинской помощи.
3. Более широкое внедрение телемедицины.
4. Реорганизация сельских участковых больниц.
5. Развитие стационарзамещающих технологий на селе.

**The main directions of improvement
of medical aid to villagers**

1. Development of general medical practice (at the level of rural medical sector and district level).
2. Improving outreach kinds of specialized medical care.
3. Wider application of telemedicine.
4. Reorganization of rural district hospitals.
5. Development of hospital replacing technologies in rural areas.

**11. МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА.
ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**



**11. MEDICAL EXAMINATION.
EXAMINATION OF TEMPORARY
INCAPACITY FOR WORK**

Медицинская экспертиза

– это оценка состояния здоровья гражданина, определение его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, установление причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья исследуемого.

Виды медицинской экспертизы:

- Экспертиза временной нетрудоспособности.
- Медико-социальная экспертиза.
- Военно-врачебная экспертиза.
- Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы.
- Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией.
- Экспертиза качества медицинской помощи.

При проведении медицинской экспертизы используются следующие понятия:

- **Трудоспособность** – состояние здоровья человека, которое определяется совокупностью физических и духовных возможностей, позволяющих выполнять работу определенного объема и качества.
- **Нетрудоспособность** – состояние здоровья человека, когда вследствие медицинских и/или социальных противопоказаний выполнять привычную профессиональную деятельность полностью или частично становится для него невозможно.

Medical examination

– this is an assessment of the citizen state of health, determining his ability to carry out work or other activities, establishing a causal relationship between the impact of any events, factors and the health status of the patient.

Types of medical expertise:

- Examination of temporary incapacity for work.
- Medical and social expertise.
- Military Medical Examination.
- Forensic-medical examination and forensic psychiatric examination.
- Examination of professional suitability; examination of the connection between the disease and the profession.
- Expertise of the medical care quality.

Medical examination.

The terms:

- **Incapacity** – the state of human health, which is determined by a combination of physical and spiritual capabilities that allow you to perform work of a certain volume and quality.
- **Disability** – The state of human health, when due to medical (social) contra-indications, he can not perform his usual professional activity in full or in part.

Нетрудоспособность

По длительности нарушения профессиональной деятельности:

- временная (носит обратимый характер);
- стойкая (постоянная или длительная, вызванная стойким расстройством функций организма).

По объему нарушения профессиональной деятельности:

- полная (когда требуется специальный режим и лечение, а также освобождение от работы);
- частичная (когда сохраняется способность к другой работе с облегченным режимом или уменьшенным объемом).

Экспертиза временной нетрудоспособности – это оценка

- Состояния здоровья пациента;
- Качества и эффективности проводимого обследования и лечения;
- Возможности осуществлять профессиональную деятельность.

При проведении экспертизы временной нетрудоспособности выделяют **медицинские критерии** (своевременно поставленный клинический диагноз, тяжесть и характер течения заболевания, клинический прогноз его развития) и **социальные критерии** (наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей, трудовой прогноз при конкретном заболевании и условиях труда).

Disability

By the **duration** of the violation in professional activity:

- Temporary (reversible nature);
- Persistent (permanent or prolonged, caused by persistent disorders of body functions).

By the **volume of professional activity** violations:

- Full (requires special regime and treatment, as well as exemption from work);
- Partial (when the ability to work with a light mode or a reduced volume remains).

Examination of temporary incapacity for work is an assessment

- Assessment of the patient's state of health;
- Quality and effectiveness assessment of the survey and treatment;
- Assessment of the possibility to carry out professional activities.

The **medical criteria** for the examination of temporary disability (whether it was timely to put a clinical diagnosis, Severity and nature of the disease, clinical prognosis of its development).

The **social criteria** (the presence of unfavorable working conditions and occupational hazards, labor forecast for a specific disease and working conditions).

Уровни проведения экспертизы временной нетрудоспособности

- Лечащий врач медицинской организации.
- Врачебная комиссия медицинской организации.
- Врачебная комиссия органа управления здравоохранения территории, входящей в субъект РФ.
- Врачебная комиссия органа управления здравоохранения субъекта РФ.
- Главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности при министерстве здравоохранения и социального развития РФ.

Temporary incapacity for work. Levels of examination.

- The attending physician of the medical organization.
- Medical commission of medical organization.
- The medical commission of the health authority (regional or city).
- Chief expert on the examination of temporary disability under the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation.

Функции лечащего врача при проведении экспертизы временной нетрудоспособности

- Определяет признаки временной нетрудоспособности на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов.
- Медицинский и социальный критерий нетрудоспособности четко отражает в первичной медицинской документации (медицинской карте амбулаторного или стационарного больного).
- Рекомендует лечебно-оздоровительные мероприятия, вид лечебно-охранительного режима, назначает дополнительные обследования, консультации.
- Выдает листок нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно.

Attending physician functions in the examination of temporary incapacity for work

- Identifies signs of temporary disability. Assesses health status, nature and working conditions, social factors.
- The medical and social criterion of incapacity for work is clearly reflected by the doctor in the primary medical documentation (medical record of an outpatient or inpatient).
- Recommends therapeutic and recreational activities, the type of treatment and protection regime, appoints additional examinations, consultations.
- Issue a certificate of incapacity for work for up to 15 calendar days inclusive.

- Назначает дату очередного посещения, о чем делает соответствующую запись.
- При последующих осмотрах отражает динамику заболевания, эффективность проводимого лечения, обосновывает продление сроков освобождения от работы.
- Своевременно направляет на врачебную комиссию для консультации и продления листа нетрудоспособности.
- При восстановлении трудоспособности в первичных медицинских документах обоснованно аргументирует закрытие листа нетрудоспособности.
- Выявляет признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности, организует направление на медико-социальную экспертную комиссию.
- Осуществляет диспансеризацию часто и длительно болеющих.
- Анализирует причины заболеваемости с временной нетрудоспособностью и первичного выхода на инвалидность.

- Assigns the date of the next visit, about which the doctor makes the corresponding entry.
- At subsequent examinations reflects the dynamics of the disease, the effectiveness of the treatment, justifies the extension of the period of release from work.
- Timely sends to the medical commission for consultation and prolongation of the leaflet of incapacity for work.
- In the case of restoration of work capacity, the physician in the primary medical documents reasonably argues that the disability sheet can be closed.
- Identifies signs of persistent disability, organizes referrals to the medical and social expert commission.
- The doctor carries out prophylactic medical examination for often and long-term ill.
- Analyzes the causes of morbidity with temporary disability and primary access to disability.

Врачебная комиссия

Создается в медицинской организации с целью осуществления контроля качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, определения трудоспособности граждан и их профессиональной пригодности.

Состав врачебной комиссии:

- Председатель врачебной комиссии;
- Заведующие структурными подразделениями медицинской организации;
- Врачи специалисты из числа работников медицинской организации;
- Секретарь врачебной комиссии – медицинский работник со средним медицинским образованием.

Medical commission

It is created in a medical organization with the purpose of monitoring the quality and effectiveness of medical and diagnostic measures, determining the working capacity of citizens and their professional suitability

The medical commission cast:

- Chairman of the medical commission;
- Heads of structural units of the medical organization;
- Physicians-specialists from the number of employees in the medical organization;
- Secretary of the medical commission – a medical worker with a secondary medical education.

Функции врачебной комиссии:

- Принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения в наиболее сложных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения.
- Определение трудоспособности граждан и продление листов нетрудоспособности свыше 15 дней.
- Принятие решения о направлении пациента на медико-социальную экспертизу.
- Проведение экспертизы профессиональной пригодности некоторых категорий работников.
- Оценка качества лечебно-диагностических мероприятий.

- Принятие решения о назначении наркотических и психотропных лекарственных препаратов.
- Заключение о наличии медицинских показаний для реабилитации и санаторно-курортного лечения.
- Анализ заболеваемости внутрибольничными инфекциями, разработка и реализация мероприятий по ее профилактике.
- Рассмотрение жалоб по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи гражданам в медицинской организации.

Functions of the medical commission:

- Decision-making on prevention, diagnosis, treatment in the most difficult situations requiring commission review.
- Determination of citizens' ability to work and prolongation of disability sheets over than 15 days.
- Decision-making on referring the patient to sociomedical expertise.
- Professional suitability examination for the certain categories of employees.
- Assessment of treatment and diagnostic activities quality.

- Decision on prescribing narcotic and psychotropic medications.
- Conclusion on the availability of medical indications for rehabilitation and sanatorium treatment.
- Analysis of nosocomial infections morbidity, development and implementation of measures for its prevention.
- Consideration of complaints on issues related to the provision of medical care for citizens in a medical organization.

Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность, является листок нетрудоспособности, который выдается:

- при заболеваниях, травмах;
- карантине;
- несчастном случае на производстве и его последствиях;
- отпуске по беременности и родам;
- протезировании в стационаре;
- профессиональном заболевании или его обострении;
- долечивании в санатории;
- уходе за больным членом семьи;
- ином состоянии (отравление, проведение манипуляций и др.).

Certificate of incapacity for work is issued:

- In the case of diseases, injuries;
- Quarantine;
- Accident at work and its consequences;
- Maternity leave;
- In-hospital prosthetics;
- Professional disease or its aggravation;
- Aftercare in a sanatorium;
- Care for a sick family member;
- Other condition (poisoning, manipulation, etc.).

Функции листка нетрудоспособности:

- Юридическая** (удостоверяет освобождение от работы на период временной нетрудоспособности и определяет установленный режим).
- Финансовая и страховая** (дает право на получение за период его длительности материального пособия из Фонда социального страхования).
- Медицинская** (указывает причину временной нетрудоспособности).
- Статистическая** (используется при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности).

Disability leaflet (certificate) functions:

- Legal** (certifies exemption from work for the period of temporary incapacity for work and determines the established regime).
- Financial and insurance** (gives the right to receive for the period of its duration a material benefit from the Social Insurance Fund).
- Medical** (indicates the cause of temporary disability).
- Statistical** (used in the study of morbidity with temporary disability).

Листок нетрудоспособности выдается:

- Гражданам РФ и иностранным гражданам, работающим по трудовым договорам;
- Государственным гражданским служащим;
- Безработным гражданам, состоящим на учете в государственных учреждениях службы занятости населения.

Листок нетрудоспособности выдают:

- Лечащие врачи медицинских организаций;
- Фельдшеры, зубные врачи медицинских организаций – в случаях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Не имеют права выдавать листок нетрудоспособности медицинские работники следующих медицинских организаций:

- Организаций скорой медицинской помощи;
- Организаций переливания крови;
- Приемных отделений больничных учреждений;
- Бальнеологических лечебниц и грязелечебниц;
- Медицинских организаций особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы);
- Учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

The certificate of incapacity for work is issued:

- To citizens of the Russian Federation and foreign citizens working under labor contracts;
- State civil servant;
- Unemployed citizens registered with state employment service agencies.

Who issues the certificate of incapacity for work:

- Doctors of medical organizations;
- Feldshers, dentists of medical organizations - in cases established by the authorized federal executive body.

Medical workers of the following medical organizations are not allowed to issue a sick leave certificate:

- Ambulance organizations;
- Blood transfusion organizations;
- Reception offices of hospital establishments;
- Balneological hospitals and mud baths;
- Medical organizations of a special type (centers for medical prevention, disaster medicine, forensic office);
- Health Institutions for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare.

**Порядок выдачи листка
нетрудоспособности
при заболеваниях и травмах**

- При амбулаторном лечении заболеваний (травм), лечащий врач единолично выдает и продлевает гражданам листок нетрудоспособности сроком до 15 дней включительно.
- При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается и продлевается по решению врачебной комиссии.
- При лечении в амбулаторно-поликлинических условиях, листок нетрудоспособности выдается в день установления временной нетрудоспособности.

**Procedure for issuing a certificate
of incapacity for work in case
of illness and injury**

- In the outpatient treatment of diseases (injuries), the treating doctor individually issues and extends to citizens a certificate of incapacity for up to 15 days inclusive.
- If the period of temporary incapacity for work is more than 15 calendar days, the disability certificate is issued and renewed upon the decision of the medical commission.
- When a patient is treated in an outpatient setting, a disability certificate is issued to him on the day of determining the fact of temporary incapacity for work.

- Не допускается выдача и продление листка нетрудоспособности за прошедшие дни, когда гражданин не был освидетельствован медицинским работником.
- При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается в день выписки из стационара за весь период стационарного лечения.
- При продолжении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности может быть продлен врачом стационара до 10 календарных дней.
- При временной нетрудоспособности, наступившей в период ежегодного оплачиваемого отпуска, листок нетрудоспособности выдается на время нетрудоспособности.

- It is not allowed to issue and prolong the list of incapacity for work in the past days, when a citizen was not examined by a medical worker.
- After hospital treatment, the disability certificate is issued on the day of discharge from the hospital for the entire period of inpatient treatment.
- With the continuation of temporary incapacity for work, the certificate of incapacity for work can be extended by a hospital doctor up to 10 calendar days.
- With temporary disability, which occurred during the period of annual paid leave, the disability certificate is issued for the period of incapacity for work.

**Листок нетрудоспособности
не выдается гражданам**

- С хроническими заболеваниями вне обострения;
- Учащимся образовательных учреждений;
- Обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности;
- При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения заработной платы, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет.

**На медико-социальную экспертизу
направляются граждане**

- В случае неблагоприятного клинического и трудового прогноза вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала.
- В случае благоприятного клинического и трудового прогноза не позднее 10 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций и не позднее 12 месяцев при лечении туберкулеза.

**The disability certificate is
not issued to citizens:**

- With chronic illnesses without exacerbation;
- Students of educational institutions;
- Applying for medical assistance to a medical organization, if they have no signs of temporary incapacity for work;
- At the onset of temporary disability in the period of leave without pay, maternity leave, leave to care for the child until he reaches the age of 3 years.

**Citizens are sent to the socio-medical
examination**

- In the case of an unfavorable clinical and labor forecast, regardless of the temporary incapacity for work timing, but no later than 4 months from the date it began.
- In case of a favorable clinical and labor forecast, no later than 10 months from the date of the onset of temporary incapacity for work after trauma and reconstructive surgery and no later than 12 months in the treatment of tuberculosis.

**Порядок выдачи листка
нетрудоспособности на долечивание
в санаторно-курортном учреждении**

- При направлении граждан на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения непосредственно после стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником по решению врачебной комиссии специализированного санаторно-курортного учреждения на весь период долечивания, но не более чем на 24 календарных дня.

**Порядок выдачи
листка нетрудоспособности
по уходу за больным членом семьи**

- Листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи выдается одному из членов семьи, фактически осуществляющему уход.
- По уходу за ребенком в возрасте до 7 лет при амбулаторном лечении или совместном пребывании с ребенком в стационаре – на весь период острого заболевания или обострения хронического.
- По уходу за ребенком в возрасте от 7 до 15 лет – на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока.

**A certificate of incapacity for work
in the aftercare to a sanatorium-and-spa
establishment. The procedure for issuing**

- After inpatient treatment, the patient can be sent to aftercare in specialized sanatorium-and-spa institutions. The list of incapacity for work is prolonged by the medical worker under the decision of the medical commission of the specialized sanatorium-and-spa institution for the whole period of the aftercare, but not more than 24 calendar days.

**Certificate of incapacity for the sick family
member care. The order of issue**

- It is issued to one of the members of the family who actually cares for the sick.
- To care for a child under 7 years of age with outpatient treatment or joint stay with a child in a hospital – for the entire period of an acute illness or exacerbation of a chronic.
- To care for a child aged 7 to 15 years – for up to 15 days for each case of the disease, if the conclusion of the medical commission does not require a longer period.

- По уходу за ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет – на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания.
- По уходу за детьми до 15 лет при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, злокачественными новообразованиями, – на весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания одного из членов семьи с ребенком в стационаре.
- По уходу за гражданами старше 15 лет: при амбулаторном лечении – на срок до 3 дней, по решению врачебной комиссии – до 7 дней по каждому случаю заболевания.

- To care for a disabled child under the age of 15 years – for the entire period of an acute illness or exacerbation of a chronic disease.
- To care for children under 15 with their illness associated with postvaccinal complications, malignant neoplasms – for the entire period of outpatient treatment or co-stay of one of the members of the family with the child in the hospital.
- To care for citizens over 15 years: for outpatient treatment - for up to 3 days, according to the decision of the medical commission – up to 7 days for each case of the disease.

**Листок нетрудоспособности по уходу
за больным членом семьи не выдается:**

- Если это больной хроническим заболеванием в период ремиссии.
- За больным членом семьи старше 15 лет, находящимся на стационарном лечении.
- В период отпуска по беременности и родам.
- В период отпуска по уходу за ребенком, до достижения им возраста 3-х лет.
- В период ежегодно оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы, а также в выходные или нерабочие праздничные дни.

**Certificate of incapacity for the sick family
member care is not issued:**

- If it is a patient with a chronic disease during remission.
- For the care of a sick family member over 15 years of age who are on inpatient treatment.
- During the period of maternity leave.
- During the leave to care for the child, until he reaches the age of three years.
- In the period of annual paid leave and leave without pay, as well as on weekends or non-working holidays.

**Порядок выдачи листка
нетрудоспособности при карантине**

- Листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет, посещающим дошкольное образовательное учреждение, выдается на основании справки эпидемиолога лечащим врачом, наблюдающим его, одному из работающих членов семьи.
- При временном отстранении от работы граждан, контактировавших с инфекционными больными, а также бактерионосителей листок нетрудоспособности выдается врачом-инфекционистом или лечащим врачом по представлению эпидемиолога. Продолжительность отстранения от работы определяется утвержденными сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания и соприкасающихся с ними.

**Порядок выдачи
листка нетрудоспособности
по беременности и родам**

- При одноплодной беременности выдача листка нетрудоспособности производится врачом акушером-гинекологом в 30 недель беременности одновременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов).
- При многоплодной беременности листок нетрудоспособности выдается в 28 недель беременности одновременно продолжительностью 194 календарных дней (84 календарных дней до родов и 110 календарных дней после родов).

**Certificate of incapacity for work
in quarantine. The order of issue**

- Care for a child under 7 years of age who attend a pre-school educational institution. The sick-list is issued on the basis of a medical certificate of the epidemiologist by the attending physician who observes it, to one of the working members of the family.
- Temporary suspension from work of citizens who have been in contact with infectious diseases, as well as bacterial carriers. A certificate of incapacity for work is issued by an infectious disease doctor or treating doctor on the basis of an epidemiologist decision. The duration of removal from work is determined by the approved isolation terms of persons who have had communicable diseases and come into contact with them.

**Leaf of disability for pregnancy
and childbirth. The order of issue**

- In case of single-child pregnancy, the obstetrician-gynecologist issues a certificate of incapacity for work at 30 weeks of pregnancy at a lump-sum duration of 140 calendar days (70 calendar days before birth and 70 calendar days after birth).
- In case of multiple pregnancies, the certificate of incapacity for work is issued in 28 weeks of pregnancy at a lump sum of 194 calendar days (84 calendar days before delivery and 110 calendar days after birth)

- При осложненных родах листок нетрудоспособности выдается дополнительно на 16 календарных дней медицинской организацией, где произошли роды. В этом случае общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составит 156 календарных дней (70+16+70).
- Женщине, усыновившей ребенка в возрасте до 3 месяцев, листок нетрудоспособности выдается в день усыновления на период до 70 календарных дней (при одновременном усыновлении двух или более детей – на 110 календарных дней) со дня рождения ребенка.

- Complicated delivery. A leaflet of incapacity for work is issued additionally for 16 calendar days by the medical organization where the birth took place. In this case, the total duration of antenatal and postnatal leave will be 156 calendar days (70+16+70).
- If a woman has adopted a child under the age of 3 months. The certificate of incapacity for work is issued to her on the day of adoption for a period of up to 70 calendar days (with the simultaneous adoption of two or more children for 110 calendar days), from the date of the birth of the child.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при протезировании

- Гражданам, направленным медицинской организацией на протезирование в стационарное специализированное учреждение, листок нетрудоспособности выдается на время проезда к месту протезирования.
- Выданный листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником стационарного специализированного учреждения на весь период протезирования и время проезда к месту регистрации по месту жительства.

Certificate of incapacity for work with prosthetics. The order of issue

- Citizens who are sent by a medical organization for prosthetics in a stationary specialized institution, a disability certificate is issued for the time of travel to the place of prosthetics.
- The issued certificate of incapacity for work is extended by a medical worker in a stationary specialized institution for the entire period of prosthetics and the time of travel to the place of registration at the residence place.

12.ИНВАЛИДНОСТЬ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА



12.DISABILITY AS A MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM

**Показатели инвалидности –
важный социально-экономический
критерий общественного здоровья.**

Они характеризуют:

- Уровень социально-экономического развития общества;
- Экологическое состояние территории;
- Эффективность проводимых профилактических мероприятий;
- Доступность и качество медицинской помощи.

Инвалид (лат. Invalidus – слабый, немощный) – человек, который имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Инвалидность – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

**The figures of disability are important
social and economical index
of social health.**

These are characterize:

- Level of social and economical society progress;
- Ecological state of district;
- Efficacy of carrying out prophylactic measures;
- Accessibility and quality of medical aid.

Disabled worker – a man with a broken health and permanent constitution dysfunction cause of illnesses, injures consequences and defects lead to limitation normal life and arouse necessity his social protection.

Disability – social insufficient cause of health break with permanent limitation of constitution, which lead to limitation normal life and arouse necessity his social protection.

Социальная недостаточность – социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности, невозможности (полностью или частично) выполнять обычную для человека роль в социальной жизни и обуславливающие необходимость социальной защиты.

Виды социальной недостаточности:

- Физическая зависимость – затруднение или неспособность самостоятельного проживания.
- Экономическая зависимость – затруднение или неспособность материальной независимости.
- Социальная зависимость – затруднение или неспособность поддержания социальных связей.

Классификация нарушений основных функций организма человека:

- Нарушения высших психических функций (умственные нарушения, другие психологические нарушения, речевые, языковые нарушения);
- Нарушения органов чувств – сенсорных функций (зрительные, слуховые и вестибулярные нарушения, расстройства обоняния, осязания)
- Нарушения статодинамической функции (двигательные нарушения);
- Висцеральные и метаболические нарушения, расстройства питания;
- Уродующие нарушения;
- Нарушения, связанные с причинами общего характера.

Social insufficient – social consequences of health broken lead to limitation normal life, impossibility (in full or in the part) playing common personal role in social life and arouse necessity of social protection.

Types of social insufficient:

- Physical dependence – difficulty or inability to independent living.
- Economical dependence – difficulty or inability to financial independence.
- Social dependence – difficulty or inability to support social communications .

Classification of breaks of the main people's constitutional functions:

- Breaks of highest psychical functions (intellectual breaks, another psychical breaks, speaking and tongue breaks);
- Breaks of organs of senses – sensorial functions (optical, hearing and breathing breaks, illness of sense of smell and sense of touch);
- Breaks of static and dynamic functions (moving breaks);
- Visceral and metabolic breaks, feed dysfunction;
- Deformity breaks;
- Breaks cause of reasons of common characteristic.

Комплексная оценка различных параметров предусматривает выделение трех степеней нарушения функций организма:

- 1 степень** – незначительно выраженные нарушения функций.
- 2 степень** – умеренно выраженные нарушения функций.
- 3 степень** – выраженные и значительно выраженные нарушения функций.

Complex estimation of various qualities contains 3 degrees of functional constitution breaks:

- First degree** – dysfunctions which are insignificant shown.
- Second degree** – dysfunctions which are temperate shown.
- Third degree** – dysfunctions which are expressive and significant shown.

Основные критерии жизнедеятельности

- Способность к самообслуживанию** (способность справляться с основными физиологическими потребностями, пользоваться жилищно-бытовыми предметами);
- Способность к передвижению** (способность ходить, бегать, перемещаться, преодолевать препятствия, управлять положением тела);
- Способность к обучению** (способность к восприятию и воспроизведению знаний: общеобразовательных, профессиональных и др., овладению навыками: социальными, культурными и бытовыми);
- Способность к труду** (способность осуществлять трудовую деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека, а также соответствующую требованиям к содержанию, объему и условиям профессии).

The main characteristics of life

- Ability to self-service** (when people can do main physiological requirements, use everyday objects);
- Ability to moving** (when people can walk, run, move, overcome obstacles, manage body position);
- Ability to instruction** (when people can grasp and reproduce knowledge: school-knowledge, professional, etc.; master social, cultural and everyday habits);
- Ability to work** (when man can work like normal people and do it professional without any excepts).

Основные критерии жизнедеятельности

Способность к ориентации (способность самостоятельно ориентироваться в окружающей среде посредством зрения, слуха, обоняния, осязания, мышления и адекватно оценивать ситуацию с помощью интеллектуальных свойств);

Способность к общению (способность к установлению и развитию контактов между людьми благодаря восприятию, пониманию другого человека, возможности обмена информацией);

Способность контроля за своим поведением (способность ощущения себя и правильного поведения в повседневной обстановке).

Основание для определения группы инвалидности – сочетание факторов:

1. Нарушение функций организма;
2. Стойкое ограничение жизнедеятельности;
3. Социальная недостаточность.

В зависимости от степени нарушения функций организма и степени ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливаются группы инвалидности.

The main characteristics of life

Ability to orientation (when people orient in area by themselves using optical, hearing, sense of smell, sense of touch, thinking and estimate the situation using intellectual properties);

Ability to communication (to make and develop contacts between people owing to perception, people understanding, possibility of information changing);

Ability to control your behavior (when people can feel and rightly behave themselves in everyday atmosphere).

The foundation for disability group definition is condition combination of:

1. Dysfunction;
2. Steady limitation of usual life;
3. Social insufficient.

The disability group directs to person which admitted as disabled worker and depends on degree of dysfunction and degree of limitation normal life.

В России различают 3 группы инвалидности:

- **1 группа** – граждане, полностью утратившие способность к регулярному профессиональному труду в обычных условиях и нуждающиеся в постороннем уходе.
- **2 группа** – устанавливается в случае наступления постоянной или длительной нетрудоспособности без необходимости постороннего ухода.
- **3 группа** – утрата способности к профессиональному труду, устанавливается при значительном снижении трудоспособности, наступившей вследствие нарушений функций организма, обусловленных хроническими заболеваниями или анатомическими дефектами, при необходимости требующими перевода на более легкую работу.

There are 3 disability groups in Russia:

- **First group** – people who fully leave an ability to regular professional work in normal conditions and who need an outside aid.
- **Second group** – directs in case of permanent or longtime disability without an outside aid.
- **Third group** – leaving an ability to professional work; directs in case of considerable decrease of fit for work after break constitutional functions in case of chronic illnesses or anatomic defects. If it needs the person can be transferred to lightly work.

Причины инвалидности

Для гражданского населения:

- Трудовое увечье;
- Профессиональное заболевание;
- С детства;
- Увечье;
- Общее заболевание.

Для военнослужащих:

- Военная травма;
- Заболевание, полученное в период военной службы;
- Заболевание, полученное при исполнении служебных обязанностей, военной службы в связи с аварией на ЧАС.

The reasons of disability

For citizens:

- Injure at work place;
- Professional illness;
- From childhood;
- Injure;
- Common illness.

For military men:

- Military injure;
- Illness during the period of military service;
- Illness during the period of military service in case of accident or liquidation an extraordinary situation.

**Показатели,
характеризующие инвалидность**

- **Первичная инвалидность** (первичный выход на инвалидность) – контингент лиц, впервые признанных инвалидами в течение календарного года на определенной административной территории.
- **Общая (накопленная) инвалидность** – общий контингент инвалидов среди населения.

**Для оценки первичного выхода
на инвалидность определяются:**

- Число впервые признанных инвалидами на 10 тыс. населения.
- Число впервые признанных инвалидами на 10 тыс. трудоспособного населения.
- Число впервые признанных инвалидами вследствие отдельных классов (групп) заболеваний.
- Число впервые признанных инвалидами с учетом причин и тяжести инвалидности.
- Структура первичной инвалидности с учетом пола, возраста, групп инвалидности, классов болезней и т.д.

Disability figures

- **Original disability** (at first) – people who direct as disable at first during the calendar year on definite administrative area.
- **Common (accumulation) disability** – general number of disabled people among population.

**For estimation the original disability
are determine:**

- Number of disabled at first in 10 thousand of population.
- Number of disabled at first in 10 thousand of able-bodied population.
- Number of disabled at first in case of numeral classes (groups) of diseases.
- Number of disabled at first take into account causes and serious of disability.
- Structure of disabled at first take into account sex, age, groups of disability, classes of diseases, etc.

Всемирный доклад об инвалидности



- Около 15 % населения в мире имеет какие-либо формы инвалидности, из них 2-4 % людей испытывают значительные трудности в функционировании.
- В предстоящие годы инвалидность будет вызывать все большую озабоченность, поскольку ее распространенность увеличивается. Это – результат старения населения, повышения риска инвалидности среди пожилых людей, а также глобального роста распространенности таких хронических состояний, как диабет, сердечно-сосудистые болезни, рак и психические расстройства.

World report on disability



- About 15 % of world population has any form of disability and 2-4 % of people feel real functional difficulties.
- In forthcoming years the disability will arouse more worries in case of it rising up. This tendency is a result of making population older, rising up the risk of disability among old people and a global growth of chronic illnesses as diabetic, heart-vessel illness, cancer and psychical dysfunction.

Барьеры, связанные с инвалидностью

- **Неадекватные меры политики и стандарты.** При разработке политики не всегда учитываются потребности инвалидов или не применяются на практике существующие меры политики и стандарты.
- **Негативное отношение.** Предубеждения и предрассудки способствуют созданию барьеров на пути к образованию, занятости, медико-санитарной помощи и участию в социальной жизни.
- **Недостаток услуг.** Инвалиды значительно более уязвимы перед дефицитом таких услуг, как медико-санитарное обслуживание, реабилитация, а также поддержка и помощь.

Barriers in case of disability

- **Irregular policy methods and standards.** Policy work out don't reckon with requirements of disables or don't use in practice already haven methods and standards.
- **Negative relation.** Barriers on the way to education, work, first aid and normal social life are the result of prejudice.
- **Service defect.** Disabled are more suffered without such services as medical-sanitary service, rehabilitation, support and aid.

Барьеры, связанные с инвалидностью

- **Проблемы с предоставлением услуг.** Слабая координация услуг, недостаточное кадровое обеспечение и низкий уровень профессиональной подготовки персонала могут отразиться на качестве, доступности и адекватности услуг для инвалидов.
- **Недостаточное финансирование.** Ресурсы, выделяемые на осуществление мер политики или планов часто недостаточны. Дефицит финансирования является основной преградой для устойчивого предоставления услуг в странах и регионах, относящихся к различным группам по уровню дохода.

Барьеры, связанные с инвалидностью



- **Отсутствие доступности.** Многие здания (в том числе места общественного пользования), транспортные системы и информация не являются доступными для всех. Отсутствие доступа к транспорту является для инвалидов распространенной причиной отказа от поисков работы или фактором, ограничивающим доступность здравоохранения.
- **Неадекватные информация и коммуникация.** В доступных форматах имеется мало информации, а многие потребности инвалидов в области коммуникации не удовлетворяются.

Barriers in case of disability

- **Problems with making service.** Feeble coordination of service, little number of medical staff and their low professional level can reflect on quality and accessibility of service for disabled.
- **Poor finances.** The recourses for methods social policy and plans are not enough. Financial deficit is the main barrier for normal giving service in countries and regions defense on different groups in case of income level.

Barriers in case of disability



- **Lack of accessibility.** Many buildings (public places too) and transport system and information are not accessible to everyone. Lack of accessibility to transport is a frequent reason for disabled not to find the work and limit the possibility to take a first aid.
- **Poor information and communication.** There is only some information in accessible formats and lots of requirements of disabled in sphere of communication are not satisfied.

Барьеры, связанные с инвалидностью

- **Отсутствие консультирования и включенности в общественную жизнь.** Большинство инвалидов не принимают участия в процессах принятия решений по вопросам, непосредственно влияющим на их жизнь.
- **Отсутствие данных и опыта.** Недосток точных и сопоставимых данных об инвалидности, а также опыта осуществления эффективных программ может препятствовать пониманию проблем и практическим действиям. Осведомленность об общей численности и условиях жизни инвалидов может способствовать повышению эффективности усилий, направленных на устранение барьеров, связанных с инвалидностью, и предоставление услуг, что позволит инвалидам участвовать в общественной жизни.

Барьеры, связанные с инвалидностью, усиливают социальную недостаточность, испытываемую людьми с инвалидностью

- Более низкие результаты в отношении здоровья.
- Более низкие достижения в области образования.
- Менее высокая экономическая активность.
- Высокие показатели бедности.
- Увеличение зависимости и ограничение участия.

**Barriers in case of disability**

- **Lack of consultations and drawing in social life.** The most part of disabled don't take part in passing of questions which are influence on their life.
- **Lack of facts and experience.** Low information and exactly facts about disability, poor experience of effective using social programs can make a barrier to understand these problems and real actions to try to solve it. Full information about number of disabled and their accommodation can help consolidate work to brake out the barriers and give service which prove disabled to take a part in normal social life.

Barriers in case of disability make higher social blockade which feel disabled

- Health condition is lower.
- Education achievement is lower.
- Economical activity is not so high.
- Lots of poor people among disabled.
- High dependence from somebody and limitation of taking part in public life.



Рекомендации

- Обеспечить доступ ко всем универсальным системам и услугам.
- Инвестировать средства в специальные программы и услуги для инвалидов.
- Принять национальную стратегию и план действий в области инвалидности.
- Привлекать инвалидов к работе.
- Совершенствовать кадровый потенциал.
- Обеспечивать необходимое финансирование и повышать экономическую доступность.
- Повышать информированность общества и осведомленность о проблемах инвалидности.
- Улучшать сбор данных об инвалидах.
- Укреплять и поддерживать научные исследования по проблемам инвалидности.

Направления государственной политики РФ в отношении инвалидов:

- Профилактика инвалидности;
- Медико-социальная экспертиза;
- Реабилитация инвалидов;
- Социальное обслуживание;
- Создание безбарьерной среды.

Recommendations

- Provide with access to universal systems and services.
- Invest money into special programs and services for disabled.
- Pass the national strategy and plan of action in sphere of disability.
- Involve disabled in working processes.
- Improve staff possibilities.
- Provide with financial possibilities and make higher economical access.
- Give more information to society about routine problems of disabled.
- Improve collection facts about disabled.
- Make stronger and support scientific researches of disabled's problems.

Directions of Russian Federation government policy regarding to disabled:

- Disability prophylactic;
- Medical and social expertise;
- Disabled rehabilitation;
- Social service;
- Creation surroundings without any barriers.

Принципы государственной политики в отношении инвалидов:

- **Принцип социальной компенсации.** Предполагает обеспечение правовой и социальной защищенности инвалидов, необходимой для восполнения ограничений, обусловленных их социальным статусом; создание доступной сферы жизнедеятельности, предоставление определенных льгот и соответствующего социального обслуживания.
- **Принцип приоритетности интересов инвалидов.** Предполагает детальное знание проблем инвалидов, реальной структуры потребностей и их учет при разработке комплекса мер по социальной поддержке и защите.

Принципы государственной политики в отношении инвалидов:

- **Равенство инвалидов в праве на поддержку** независимо от социального положения, национальности, места жительства и религиозных убеждений.
- **Принцип социальных гарантий.** Предполагает предоставление инвалидам гарантированного государством минимума социальных услуг по обучению, воспитанию, духовному и физическому развитию, профессиональной подготовке и трудоустройству.
- **Дифференцированный подход в предоставлении гарантий** инвалидам путем выделения из их числа категорий, требующих специальных мер социальной защиты.

Principles government policy regarding to disabled:

- **Principle of social compensation.** It means to provide disabled law and social safety to help them brake the barriers In case of their social status; make a comfortable sphere for their everyday life, give a necessary privilege and social service.
- **Principle of priority disabled's interests.** It means that the government exactly knows disabled's problems, real structure of their necessities and use these facts in plan of action in sphere of disability supporting.

Principles government policy regarding to disabled:

- **Principle of disabled equality in right for support** which doesn't depend on social status, nationality, place of living and religion.
- **Principle of social guarantees.** It means that State guaranty the disabled minimal social services in education, spiritual and physical development, professional preparation and working places.
- **Differential method of giving guaranties** to disabled who need at first special social support.

13. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



13. THEORETICAL HEALTH CARE QUALITY MANAGEMENT BASICS

Терминология

- **Менеджмент** (англ. *management*) – управление, организация.
- **Market** – рынок.
- **Маркетинг** – особый подход к управлению производством и реализацией товаров и услуг в условиях рыночной экономики (производить то, что требуется покупателю).
- **Медицинская услуга** – товар.

Алгоритм мышления пациента

- Рыночные отношения.
- Платность (возмездность) товара.
- Повышенные требования к качеству товара.

Специфические особенности медицинского товара

1. Неосязаемость;
2. Неотделимость от производителя;
3. Невозможность заготовки впрок;
4. Невозможность возврата;
5. Непостоянство качества.

Terminology

- **Management** – organization.
- **Market**.
- **Marketing** – a special approach to the management of the production and sale of goods and services in a market economy (to produce what the buyer is required).
- **Medical service** is merchandise.

Patient thinking algorithm

- Market relations.
- Pay (retribution) for the product.
- Increased requirements for quality of the goods.

Specific features of medical goods (merchandise)

1. Intangibility;
2. Inseparability from producer;
3. The impossibility to prepare for the future;
4. No possibility of return;
5. Not consistent quality.

- В условиях монополярной государственной системы здравоохранения качество в основном декларировалось и сводилось к ретроспективному выборочному контролю результатов по медицинским документам закончивших лечение больных.

- Terms of monopoly the public health system. Quality generally was reduced to the selective results of the medical records of patients, which completed the treatment.

Начало рыночных отношений в здравоохранении:

- 23.06.1989. «Положение о новом хозяйственном механизме в здравоохранении». Введение дополнительных источников финансирования (хоздоговора, платные услуги).
- 28.06.1991. Закон «О медицинском страховании граждан РСФСР».
- 2.06.1993. Закон «О внесении изменений и дополнений в закон о медицинском страховании граждан РСФСР».
- 29.11.2010. Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (№ 326 ФЗ от 29.11.2010, вступил в силу с 01.01.2011).

The beginning of market relations in health care:

- 23.06.1989. "The position of the new economic mechanism in public health". The introduction of additional sources of funding (economic agreements, paid services).
- 28.06.1991. The Law «On health insurance of citizens of the RSFSR».
- 2.06.1993. The law «On amendments and additions to the law on health insurance of citizens of the RSFSR»
- 29.11.2010. The law «On Mandatory Medical Insurance in the Russian Federation» (№ 326 FZ of 29.11.2010, entered into force on 01.01.2011).

Характерные черты ОМС

- Всеобщий, массовый характер;
- Гарантированный бесплатный минимум услуг застрахованным;
- Государственная гарантия соблюдения прав застрахованных;
- Обязательность уплаты страхователями страховых взносов;
- Создание условий для обеспечения доступности и **качества** медицинской помощи;
- Устойчивость финансовой системы ОМС.

Characteristic features of the mandatory health insurance

- Universal, mass character;
- Guaranteed free minimum insured services;
- State guarantee the rights of the insured;
- Obligation to pay policyholders of insurance premiums;
- Creating the conditions to ensure the availability and **quality** of care;
- The stability of the financial system of CHI.

Права граждан в системе медицинского страхования

1. Бесплатное получение на всей территории РФ медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в системе ОМС, при наступлении страхового случая;
2. Свободный выбор страховой медицинской организации (СМО) путем подачи заявления;
3. Замена СМО один раз в год, не позднее 1 ноября или чаще при смене места жительства;
4. Выбор медицинской организации в пределах территориальной программы ОМС;

The rights of citizens in the health insurance system

1. Free receipt of the entire territory of the Russia health care in medical organizations participating in the CHI system when the insured event;
2. Free choice of health insurance company by submitting an application;
3. Replacing the health insurance company once a year, not later than November 1, or more frequently when changing residence;
4. The choice of medical organization within the territorial CHI program;

Права граждан
в системе медицинского страхования

5. Выбор врача, путем подачи заявления на имя руководителя медицинской организации;
6. Получение от ТФОМС, СМО и медицинской организации достоверной информации о видах, **качестве** и об условиях предоставления медицинской помощи;
7. Возмещение СМО и медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или **ненадлежащим исполнением** ею обязанностей по организации предоставления **медицинской помощи**;
8. Защита персональных данных в сфере ОМС;
9. Защита прав и законных интересов в сфере ОМС.

The rights of citizens
in the health insurance system

5. Choosing a doctor, by a declaration addressed to the head of the medical organization;
6. Getting away from territorial fund health insurance, health insurance organizations and medical organizations of reliable information on the types, **quality** and conditions of the provision of medical care;
7. Reimbursement of health insurance organizations and medical organization for damage caused due to **non-performance or improper performance** of its obligations on the provision of **medical care**;
8. Protection of personal data in the field of CHI
9. Protecting the rights and legitimate interests in CHI.

- **Качество** – это совокупность свойств и характеристик услуги, которые определяют его способность удовлетворять установленные или предполагаемые требования (международный ISO 8402 и национальный ГОСТ-15467 стандарт).
- **Качество медицинской помощи** – характеристика, отражающая степень адекватности медицинских технологий, выбранных для достижения поставленной цели, и соответствия их профессиональным стандартам.
- Под **качеством медицинской помощи** понимают степень соответствия ее результатов наилучшему из научно-прогнозируемых

- **Quality** – a set of properties and characteristics of the service that determine its ability to satisfy stated or implied requirements (ISO 8402 international and national standard GOST-15467).
- **Quality of medical care** – characteristic reflecting the adequacy of medical technology selected to achieve the goals and abidance of professional standards.
- **The concept of care quality** – the quality of care is the degree of conformity of the results of the best projected.

ВОЗ определяет задачи программы по обеспечению качества следующим образом:

«С ее помощью 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, заболевание, сопутствующий вторичный диагноз, реакция на выбранное лечение и другие родственные факторы. При этом для достижения такого результата должны быть привлечены минимальные средства; риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности в результате лечения должен быть минимальным; пациент должен получать максимальное удовлетворение от процесса оказываемой помощи; максимальными должны быть и взаимодействие пациента с системой медицинской помощи, а также получаемые результаты».

WHO defines quality assurance program objectives as follows:

“With its help every patient should receive a set of diagnostic and therapeutic support, which would lead to this patient for optimal health results. What matters is the level of medical science, age, illness, concomitant secondary diagnosis, response to treatment selection and other related factors: to achieve the result the minimum funds should be involved; the risk of further injury or disability as a result of the treatment should be minimal; the patient should receive maximum satisfaction from the process of care; the maximum should be the interaction with the patient’s health care system, as well as the results obtained”.

- **Качественная медицинская помощь не всегда может быть эффективна!!!**
- **Качество можно рассматривать** как один из факторов, влияющих на эффективность.
- Попытки найти **оптимальный перечень «показателей качества»** обречены на неудачу, без сравнения со специальными стандартами.

- **High-quality medical care** may not always be effective!!!
- **Quality can be considered** as one of the factors affecting the efficiency.
- Attempts to find **an optimal list of “quality indicators”** are doomed to failure without a comparison with the special standards.

**Стандарт качества
медицинской помощи:**

- Оптимальный набор диагностических методов обследования;
- Оптимальный набор лечебных процедур;
- Критерии, которых необходимо достигнуть.

Для оказания качественной медицинской помощи следует создать все необходимые условия, поэтому речь должна идти об обеспечении и управлении КМП.

**Условия для внедрения модели
управления (менеджмента) качеством
медицинской помощи (МК)**

1. Готовность персонала:

- а) большинство знают модели МК и систему оценочных критериев;
- б) большая часть готова к самоуправлению;
- в) высокий уровень профессиональной подготовки.

Quality of care standard:

- The optimal set of examination diagnostic methods;
- The optimum set of treatment procedures;
- The criteria to be achieved.

In order to provide quality health care should be created all the necessary conditions, so the focus should be on the provision and management of the quality health care.

**Conditions for the implementation
of health care quality
management model**

1. Willingness of staff:

- A) Most employees know quality management model and evaluation criteria system;
- Б) most of the staff is ready for self-government;
- B) a high level of professional training.

**Условия для внедрения модели
управления (менеджмента) качеством
медицинской помощи (МК)**

2. Готовность администрации:

- a) знает как управлять качеством;
- б) МК – основная цель работы администрации;
- в) независимость администрации в принятии решений по вопросам качества.

**Условия для внедрения модели
управления (менеджмента) качеством
медицинской помощи (МК)**

3. Готовность организации лечебно-диагностического процесса:

- a) Разработаны стандарты оказания медицинской помощи;
- б) Определены индикаторы качества лечебно-диагностического процесса;
- в) Есть специалисты по качеству в каждом подразделении;
- г) Высокие исходные клиническая результативность и экономическая эффективность лечебно-диагностического процесса.

**Conditions for the implementation
of health care quality
management model**

2. Administration willingness:

- a) administration knows how to manage quality;
- b) quality management - the main purpose of the administration;
- c) the independence of the administration in making decisions on quality issues.

**Conditions for the implementation
of health care quality
management model**

3. The organization of medical-diagnostic process should be prepared:

- a) Developed standards of care;
- b) Determine the quality indicators of the diagnostic and treatment process;
- c) There are quality specialists in every department;
- d) High initial clinical effectiveness and cost-effectiveness of diagnostic and treatment process.

**Условия для внедрения модели
управления (менеджмента) качеством
медицинской помощи (МК)**

4. Готовность материально-технической базы:

- a) Оснащенность современным диагностическим оборудованием;
- б) Наличие АСУ основным потоком медицинской документации;
- в) Наличие высокотехнологичных методов лечения.

**Conditions for the implementation
of health care quality
management model**

4. Preparedness of the material and technical base:

- a) Equipping with modern diagnostic equipment;
- b) The automated system availability to manage the main flow of medical records;
- c) Availability of high-tech treatment methods.

- **Обеспечить качество** – создать все необходимые условия для качественного оказания медицинской помощи (Комаров Ю.М., Короткова А.В., 1996).
- **Управление качеством** включает в себя оценку обеспечения качеством и контроль качества.

**Измеряй все, поддающееся измерению, и сделай
таким все, не поддающееся измерению.**
Галилео Галилей

**Эффективно управлять можно лишь тем,
что можно достоверно измерить.**

- **To ensure quality** is to create all necessary conditions for high-quality medical care (Komarov Y.M., Korotkova A.V., 1996).
- **Quality management** includes assessing the quality assurance and quality control.

**Measure all the measurable and do everything
to measure not measurable.**
Galileo Galilei

**You can effectively manage only those that can be
reliably measured.**

**Медицинская услуга
может считаться качественной,
если она удовлетворяет 4 признакам:**

- Безопасность;
- Адекватность;
- Научно-технический и профессиональный уровень;
- Экономичность и эффективность.

- **Безопасность:** вмешательство не должно приводить к более тяжелым последствиям, чем страдание, по поводу которого оно оказывается.
- **Адекватность:** означает соответствие оказываемой медицинской услуги потребности, имеющейся у пациента.
- **Научно-технический и профессиональный уровень:** уровень материально-технического, научно-технологического, кадрового и ресурсного обеспечения медицинской деятельности.
- **Экономичность:** при ограниченном количестве финансовых ресурсов, расходуемых на здравоохранение, медицинская помощь должна оказываться таким образом, чтобы финансовые расходы осуществлялись оптимально.

**4 features high-quality
medical services:**

- Safety;
- Adequacy;
- Scientific, technical and professional level;
- Economy and efficiency.

- **Safety:** intervention should not lead to more serious consequences
- **Adequacy:** if providing medical services corresponds to the patient's needs .
- **Scientific, technical and professional level:** the level of material and technical, scientific, technological, human and resource support of medical activities.
- **Economically:** with a limited amount of financial resources spent on health care, medical assistance should be provided so that the financial costs were implemented optimally.

История проблемы оценки качества медицинской помощи

- Правила оказания медицинской помощи: прообраз медицинских стандартов (из древних рукописей).
- «Пока здоровы императоры врачи здоровы хорошо. Смерть пациента – смерть врача» (Китай).
- 100 г. н.э. Обязательные государственные экзамены по специальности (Китай).
- 1760 г. Нью-Йорк. Хирургические вмешательства после лицензирования.
- 1850 г. Англия. Государственные стандарты обучения врача.
- 50-е годы XIX в. (США). Объединенная комиссия по проверке больниц. ДСГ (R. Fetter, Y. Tompson).
- 70-е годы. Концепции КМП, критерии КМП.

The problem of quality care evaluation (history)

- Terms of care: the prototype of medical standards (of ancient manuscripts).
- “While healthy emperors physicians in good health. The death of the patient – the death of a doctor” (China).
- 100 year of our era. Mandatory state exams in the specialty (China).
- 1760. New York. Surgical intervention after licensing.
- 1850. England. State medical training standards.
- 50-ies of XIX century (USA). The Joint Commission for checking the hospitals (R. Fetter, Y. Tompson).
- 70s. Quality of care Concept, quality of care criteria

Кодекс законов Хаммурапи (1792 г. до н.э.)



- **«Пункт 218».** Если врач сделал большую операцию господину бронзовым инструментом и причинил господину смерть или, сделал операцию на глазах, причинил потерю зрения, то врачу должно отрубить руку.
- **«Пункт 219».** Если врач сделал операцию бедному человеку и причинил ему смерть, то врач должен выплатить пособие семье больного.
- **«Пункт 220».** Если врач сделал операцию рабу и причинил ему смерть, то врач должен хозяину раба возместить стоимость умершего раба.

Law Code of Hammurabi (1792 BC)



- **«Paragraph 218».** If a physician make a large incision with the operating knife, and kill him, or open a tumor with the operating knife, and cut out the eye, his hands shall be cut off.
- **«Paragraph 219».** If a physician make a large incision in the slave of a freed man, and kill him, he shall replace the slave with another slave.
- **«Paragraph 220».** If he had opened a tumor with the operating knife, and put out his eye, he shall pay half his value.

История проблемы КМП в России

- 1968 г. Указание о необходимости разработки надежных критериев оценки качества и эффективности работы врачей и ЛПУ (И.Д. Богатырева).
- 1968 г. Общие требования к системе оценки качества работы ЛПУ, разработка стандартов (Б.А. Садвокасова).
- 28.06.1991. Закон «О медицинском страховании граждан РСФСР».
- 24.10.1996. Приказ № 363/77 МЗ РФ и ФФОМС «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению РФ».

Черты современного здравоохранения

- Тенденции к ухудшению состояния здоровья населения;
- Несбалансированность финансирования системы;
- Система государственных гарантий;
- Приоритет первичной медицинской помощи;
- Проблема качества медицинской помощи;
- Формирование негосударственного сектора здравоохранения.

The problem of quality care evaluation (Russian history)

- 1968. Note the need to develop reliable criteria for assessing the quality and efficiency of physicians and health care facilities (I.D. Bogatyreva).
- 1968. General requirements for evaluating the system of health care facilities, the development of standards (B.A. Sadvokasova).
- 28.06.1991. The Law «About health insurance of citizens of the RSFSR».
- 24.10.1996. Decree № 363/77 MoH and Federal Compulsory Medical Insurance Fund “About control improving the quality of care to the Russian Federation population”.

Features of modern health care

- The trend toward worsening health status;
- Not balanced system of funding;
- The system of state guarantees;
- Primary Health Care Priority;
- Quality of care problem;
- Formation of non-governmental health sector.

Менеджмент качества медицинской помощи

- В структуре фиксируемых нарушений в ЛПУ 63,6 % приходится на низкую доступность и качество медицинской помощи.

Стадченко Н.А.
(Медицинский вестник.
17 февраля 2014 г. № 4-5)

Удовлетворенность населения РФ качеством медицинской помощи (2007)

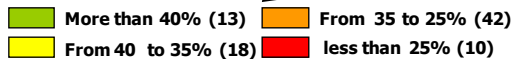
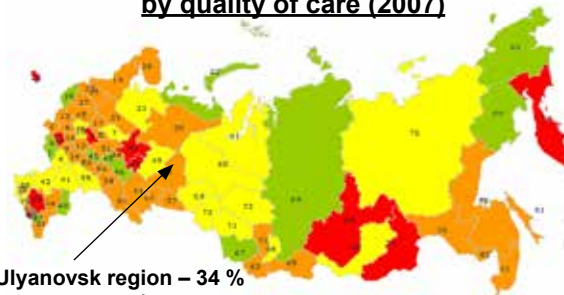


Quality of health care management

- 63.6 % of recorded violations in health facilities is low availability and quality of care.

Stadchenko N.A.
(Medical Bulletin
February 17, 2014. № 4-5)

Satisfaction of the population RF by quality of care (2007)



**Основные причины неудовлетворенности
медицинской помощью:**

- Очереди на прием к врачам поликлиники.
- Неудобство системы записи на прием к врачу в поликлинике.
- Сложность записи к узким специалистам.

Общее количество опрошенных – 2394 человека.

Данные ВЦИОМ, октябрь 2015 г.

- Доля населения, неудовлетворенного оказанной медицинской помощью, – 65 %.

**Наиболее приемлемой для обеспечения
КМП является методологическая схема
A. Doabedian.**

Три группы подходов для обеспечения КМП:

- Структурный (ресурсный).
- Процессуальный (технологический).
- Результативный (на основе эффективности).

**The main reasons for dissatisfaction with
medical care:**

- Queues to the doctor clinic.
- The disadvantage of the recording system to the doctor in the clinic.
- The complexity of the recording to the narrow specialists.

The total number of respondents - 2394 person.

**Data. Russian Public Opinion Research Center,
October 2015**

- The proportion of the population, which discontentedly rendered with medical aid – 65 %.

**The most appropriate to ensure the quality
of care is this methodological scheme
A. Doabedian.**

Three approaches group for quality of care:

- Structural (Resource).
- Procedure (Technology).
- Result (based on efficiency).

- **Структурный критерий** – критерий предпосылки – потенциальные возможности имеющихся ресурсов, конкретного медицинского субъекта для выполнения поставленных перед ним целей по оказанию медицинской помощи.
- **Экспертиза показателей структуры в РФ** производится органами лицензирования и аккредитации (Росздравнадзор).

**При оценке структуры
учитываются показатели:**

- 1. Материально-техническая база**
(здания, материально-техническое и коммунальное обеспечение):
 - Медицинская техника;
 - Техника общего назначения (хозяйственная и организационная).
- 2. Кадровый состав.**
- 3. Ресурсное обеспечение:**
 - Медикаменты и перевязочные средства;
 - Медицинский инструментарий;
 - Мягкий инвентарь и др.

- **Structural criteria** – this is prerequisites criterion – potential available resources of medical subject to carry out its medical assistance goals.
- **In Russia, examination of structural indicators** are produced by departments that deal with licensing and accreditation (The Federal Service on Surveillance in Healthcare).

**In assessing the structure
are taken into account indicators:**

- 1. Material and technical base**
(building, logistical and engineering software):
 - Medical equipment;
 - General purpose machinery (economic and organizational).
- 2. Personnel.**
- 3. Resourcing:**
 - Medication and dressings (bandaging);
 - Medical instruments;
 - Soft inventory, etc.

- Целью экспертизы показателей структуры является комплексная оценка готовности медицинского учреждения к проведению соответствующих видов деятельности.
- В соответствии с приказом МЗ РФ № 286 от 19.12.1994, начиная с января 1995 г. к занятию медицинской деятельностью допускаются лица, получившие высшее медицинское образование и специальное звание (квалификацию) РФ, имеющие диплом и сертификат специалиста, а на занятие определенными видами деятельности, установленными МЗ РФ, – лицензию.

- The purpose of indicators structure examination is the comprehensive assessment of readiness medical institutions to conduct relevant activities.
- Order of the RF Ministry of Health № 286 from 19.12.1994 From January 1995 to engage in medical practice allowed a person who received a medical degree and a special rank (qualifications) of the Russian Federation with a degree and professional certificate. To engage in certain activities established by the Ministry of Health of the Russian Federation – the license.

- Сертификат специалиста – это документ, подтверждающий наличие достаточного уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, необходимых для самостоятельной медицинской деятельности.
- Показатели ресурсного обеспечения оцениваются путем сопоставления перечня нормативных запасов ресурсов, необходимых для оказания медицинской помощи, с фактической номенклатурой медицинского инструментария, медикаментов и других ресурсов.

- Graduate Certificate – a document confirming the existence of an adequate level of theoretical knowledge, practical skills and abilities necessary for independent medical activity.
- Indicators of resource provision is estimated by comparing:
 - the list of resources fund (according to the norms), reserves needed to provide medical care,
 - the actual nomenclature of medical equipment,
 - medicines and other resources.

В медицинском учреждении необходимо анализировать два аспекта технологий:

1. Собственно медицинскую технологию;
 2. Организационную технологию.
- **Собственно медицинская технология** – это технология самого медицинского процесса.
 - **Организационная (управленческая) технология** – это технология, связанная с организацией лечебно-диагностического процесса и управлением медицинским учреждением.

Для оценки результативности применяют:

- **Абсолютные показатели** (собственно результативности);
- **Относительные показатели** (соотношение производственных затрат и достигнутого результата) – показатели эффективности.

The medical facility two aspects of technologies should be analyzed:

1. Medical technology;
 2. Organizational technology.
- **Actually medical technology** – a technology of the medical process.
 - **Organizational (management) technology** – a technology associated with the organization of therapeutic and diagnostic process and management of the medical institution.

To assess the effectiveness, we use:

- **Absolute indicators of effectiveness;**
- **Relative indicators** – indicators of efficiency (the ratio of production costs and achieved results).

Группы показателей результативности:

1. Медицинская (зависит от образа жизни, экологии, экономики и т.д.).
2. Экономическая:
 - Макро – предотвращенный экономический ущерб;
 - Эффективность инвестиционных программ;
 - Эффективность финансирования здравоохранения;
 - Эффективность использования финансовых средств.
3. Социальная:
 - Микросоциальные (удовлетворенность КМП);
 - Макросоциальные (смертность, рождаемость, средняя продолжительность жизни и др.).

Этапы внедрения системы МК медицинской помощи

1. Формирование и принятие на общем собрании политики в области МК.
2. Этап стандартизованного контроля:
 - разработка стандартов лечебно-диагностического процесса;
 - разработка карт экспертизы качества.
3. Этап обеспечения качества медицинской помощи:
 - введение индикаторов качества и мониторинг процессов;
 - обучение персонала по вопросам МК;
 - коррекция политики в области качества.
4. Этап непрерывного повышения качества:
 - ежеквартальный анализ;
 - анкетирование пациентов;
 - материальное стимулирование;
 - учеба персонала по вопросам МК.

Groups of effectiveness indicators:

1. Medical (depends on lifestyle, ecology, economy, etc.).
2. Economic:
 - Macro – economic loss prevented;
 - The effectiveness of investment programs;
 - The effectiveness of health care financing;
 - The effectiveness of using funds.
3. Social:
 - Microsocial (satisfaction with the quality of care);
 - Macrosocial (mortality, fertility, life expectancy, etc.).

Stages of implementation health care quality management system

1. Formation and adoption at the general meeting the quality management policy.
2. The second stage – the stage of the standardized control:
 - Development of standards for diagnostic and treatment process;
 - Development of quality examination cards.
3. Ensuring the quality of care stage:
 - The introduction of quality indicators and monitoring processes;
 - Training personnel in quality management;
 - Correction of the quality policy.
4. Step of continuous quality improvement:
 - A quarterly analysis;
 - Patient questionnaire;
 - Financial incentives;
 - Staff training in the quality management.

Индикаторы качества лечебно-диагностического процесса в стационаре

- Средний койко-день (сут.).
- Частота длительных госпитализаций (> 30 суток) (%).
- Оборот койки (чел.).
- Средний койко-день до операции (сут.).
- Средний койко-день после операции (сут.).
- Хирургическая активность (%).
- Общая частота внутрибольничных инфекций (ВБИ) (в %).
- Частота внутрибольничных инфекций после операций (%).
- Частота незапланированных возвратов в операционную (%).

- Частота незапланированных ранних регоспитализаций (%).
- Частота переводов на лечение в другие ЛПУ (%).
- Положительный исход лечения (%).
- Отрицательный (не смертельный) исход лечения (%).
- Госпитальная активность (%).
- Послеоперационная летальность (%).
- Расхождение до- и интраоперационного диагнозов (%).
- Полная удовлетворенность пациентов качеством лечебно-диагностического процесса (%).
- Желание повторно лечиться в том же ЛПУ (%).

Quality indicators of the diagnostic and treatment process in hospital

- The average hospital stay (days).
- The frequency of long hospitalizations (> 30 days) (%).
- Turnover beds (persons).
- The average hospital stay before surgery (day).
- The average hospital stay after surgery (day).
- Surgical activity (%).
- The overall incidence of hospital-acquired infections (in %).
- The frequency of nosocomial infections after surgery (%).
- The frequency of unscheduled returns to the operating room (%).

- The frequency of unplanned early regospitalizatsy (%).
- Transfer rate to other health facilities (%).
- Positive treatment outcome (%).
- Negative (non-fatal) treatment outcome (%).
- Hospital Activity (%).
- Postoperative mortality (%).
- The discrepancy between the pre- and intraoperative diagnosis (%).
- Complete patient satisfaction quality diagnostic and treatment process (%).
- The desire to be treated again in the same health facility (%).

**Принципы политики МК
лечебно-диагностического процесса:**

1. Непрерывное повышение качества лечебно-диагностического процесса с учетом потребностей пациентов;
2. Вовлечение всего персонала в процесс МК лечебно-диагностического процесса;
3. Постепенный переход от массового инспекционного контроля к самоконтролю и самоуправлению качеством;

4. Определение ведущей роли системного процессного подхода в МК лечебно-диагностического процесса;
5. Измерение и статистический анализ реальных индикаторов качества лечебно-диагностического процесса;
6. Широкая поддержка руководством достижений в области качества и обеспечение гарантий качественной медицинской помощи пациентам.

**Quality management of diagnostic
and treatment process. Policy Principles:**

1. Continuous improvement of quality treatment and diagnostic process, taking into account the needs of patients;
2. Involving all staff in the quality management of the diagnostic and treatment process;
3. The gradual transition from the mass inspection surveillance to self-control and self-management quality;

4. The leading role of the system approach in the management of quality diagnostic and treatment process;
5. The measurement and statistical analysis the real indicators of the diagnostic and treatment process quality ;
6. Broad support of the achievements in the field of quality by the leadership and providing guaranteed high-quality patient care.

14. ОСНОВЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



14. HEALTH ECONOMICS BASICS

Структура экономических знаний

1. **Экономическая теория.**
2. **Отраслевые экономические науки** (экономика здравоохранения).
3. **Прикладные экономические науки** (планирование в здравоохранении, финансирование здравоохранения, менеджмент, маркетинг в здравоохранении).
4. **Стыковые экономические науки** (экономическая статистика, хозяйственное право)

«...здоровье становится все более ценным фактором, а борьба с болезнями обходится все более дорого».

Семинар ВОЗ
(Копенгаген, 1969)

The structure of economic knowledge

1. **Economic theory.**
2. **Sectoral economic sciences** (health economics).
3. **Applied economics** (planning in health, health financing, management, and marketing in health care).
4. **At the intersection of economic sciences** (economic statistics, commercial law).

“...Health is becoming increasingly valuable factor, and disease control costs more expensive”.

WHO Workshop
(Copenhagen, 1969)

Истоки кризиса здравоохранения

- Остаточный принцип финансирования здравоохранения;
- Государственная монополия в здравоохранении;
- Экстенсивный путь развития здравоохранения;
- Отсутствие экономических методов управления в здравоохранении.

Модели систем здравоохранения

- **Преимущественно государственная (бюджетная)** – Англия, Дания, Италия, Греция, Испания, Португалия;
- **Смешанная – бюджетно-страховая** – большинство стран Европы (Германия, Франция, Голландия, Австрия), Канада, Япония, РФ;
- **Преимущественно частная** – США.

Российская модель здравоохранения – бюджетно-страховая.

Origins of health crisis

- Remaining health financing principle;
- The state monopoly in health care;
- The extensive road development of public health;
- Lack of economic management in healthcare.

Health Systems Models

- **Predominantly state (budget)** – Britain, Denmark, Italy, Greece, Spain, Portugal;
- **Mixed** – budget and insurance system – in most European countries (Germany, France, the Netherlands, Austria), Canada, Japan, RF;
- **Mostly private (commercial)** – USA.

Russian Health Care Model – budget and insurance.

Источники финансирования здравоохранения РФ

- **Основные:**
 - бюджет;
 - средства ОМС.
- **Дополнительные:**
 - платные услуги;
 - хозяйственные договора;
 - благотворительные взносы;
 - доходы от ценных бумаг;
 - сдача помещений в аренду;
 - другие источники не запрещенные законом

Источники финансирования здравоохранения РФ

- **Государственные программы:**
 - **Приоритетный национальный проект «Здоровье»** – 209.1 млрд руб. (2006-2007 гг.).
 - **Программа модернизации здравоохранения** – 460 млрд руб. (2011-2013 гг.).

Sources of health care financing in the Russian Federation

- **Main:**
 - The budget;
 - Compulsory health insurance funds.
- **Additional:**
 - Paid services;
 - Economic agreements;
 - Donations;
 - Income from securities;
 - Donate space for rent;
 - Other sources not prohibited by law.

Sources of health care financing in the Russian Federation

- **State programs:**
 - **The priority national project “Health”** – 209.1 billion rubles (2006-2007).
 - **Healthcare modernization program** – 460 billion rubles (2011-2013).

Идеология формирования систем здравоохранения

- В основе моделей систем здравоохранения лежит источник финансирования системы и формирования рынка медицинских услуг.

Терминология

- **Market** – рынок.
- **Маркетинг** – особый подход к управлению производством и реализацией товаров и услуг в условиях рыночной экономики (производить то, что требуется покупателю).
- **Медицинская услуга** – товар.

The ideology of health systems formation

- Health systems models are based on the source of funding and the formation of the medical services market.

Terminology

- **Market** .
- **Marketing** – a special approach to the management of production and sale of goods and services in a market economy (to produce what the buyer is required).
- **Medical service is a commodity.**

**Специфические особенности
медицинского товара**

1. Неосвязаемость;
2. Неотделимость от производителя;
3. Невозможность заготовки впрок;
4. Невозможность возврата;
5. Непостоянство качества.

- **«Экономика здравоохранения** – отрасль науки, изучающая место и взаимосвязь здравоохранения с общей системой развития и планирования народного хозяйства, методы нахождения и использования ресурсов и резервов здравоохранения, оценивающей эффективность мер по охране здоровья населения и их влияние на изменение производства общественного продукта путем улучшения состояния здоровья людей».

**Specific features
of medical goods**

1. Intangibility;
2. Inseparability from the manufacturer;
3. Is not possible to prepare for the future;
4. No possibility of return;
5. The quality of impermanence.

- **«Health Economics** – branch of science that studies the place of health and the relationship with the overall system development and economic planning. Also in the spotlight methods for finding and using resources and health care provisions. Science evaluates the effectiveness of measures to protect public health and their impact on changes in the production of social product by improving the health status of the people».

Средние объемы финансирования здравоохранения

- США 11,2-14 %
- Франция, Канада 8,6 %
- Германия 8,2 %
- Англия 6,1 %
- СССР 2-4 %
- РФ 0,39-3,4 %

Оптимально – 6-8 % ВВП (расчеты экспертов ВОЗ).

Average volumes of health care financing

- USA 11,2-14 %
- France, Canada 8,6 %
- Germany 8,2 %
- England 6,1 %
- USSR 2-4 %
- Russian Federation 0,39-3,4%

Optimally, 6-8 % of Gross domestic product (WHO experts estimates).

- **Цель экономики здравоохранения** – при экономически обоснованных материальных и финансовых затратах добиться максимального удовлетворения потребности населения в медицинской помощи.
- **Предмет экономики здравоохранения** – разработка наиболее рационального привлечения и использования ресурсов здравоохранения для достижения определенных целей в охране здоровья всего населения.

- **Purpose of health economics** – to achieve the maximum satisfaction of population requirements in health care at reasonable cost of material and financial spendings.
- **Subject of health economics** – how to develop the most efficient recruitment and use of health care resources to achieve specific objectives in the health of the entire population.

Направления развития экономики здравоохранения:

1. Эффективность здравоохранения.
2. Экономичность здравоохранения.

Эффективность здравоохранения

- **Медицинская** (заболеваемость, «индекс здоровья»);
- **Социальная** (продолжительность жизни, снижение заболеваемости, инвалидности);
- **Экономическая** (рост производительности труда, увеличение национального дохода).

Directions of the economic health care development:

1. Health care effectiveness.
2. Economy of health care.

Health care efficiency

- **Medical** (incidence, "health index");
- **Social** (life expectancy, decrease morbidity, disability);
- **The economic** (growth of labor productivity, the increase in national income).

Экономичность здравоохранения

- Стоимость медицинского обслуживания.
- Общий экономический ущерб.
- Предотвращенный экономический ущерб.
- Коэффициент экономической эффективности.

Стоимость медицинского обслуживания:

- А) Стоимость амбулаторно-поликлинической помощи;
- Б) Стоимость стационарной помощи;
- В) Стоимость санаторно-курортной помощи.

Health Savings (Economy)

- The cost of medical service.
- The total economic damage.
- Prevented economic damage.
- The coefficient of economic efficiency.

The cost of medical service:

- A) Cost of outpatient care;
- Б) The cost of hospital care;
- В) The cost of sanatorium care.

**Структура общего экономического
ущерба:**

- Выплаты пособий по временной нетрудоспособности.
- Потери стоимости не созданной продукции из-за уменьшения числа дней работы.
- Оплата пособий по инвалидности.
- Потери стоимости не созданной продукции из-за уменьшения числа работающих
- Потери в связи со смертью пациентов (стоимость не созданной продукции, оплата пособия на погребение).
- Затраты на лечение пациентов.

Критерий экономической эффективности =

**= отношение предотвращенного
экономического ущерба к стоимости
медицинского обслуживания.**

Structure of general economic damage:

- Payments temporary disability benefits.
- Loss value of not created product due to the decrease in the number of work days.
- Payment of disability benefits.
- loss of value not created product due to the decrease in the number of working
- Losses in connection with the death of the patient (the cost is not created products, payment of the funeral benefit).
- The costs of treating patients.

Criteria of economic efficiency =

**= the ratio of economic damage prevention
to the cost of medical care.**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Истоки науки врачевания уходят в глубокую древность. Сократ в свое время писал: «Здоровье – не все, но и все без здоровья – ничто». За многие тысячелетия сложилось понятие «здоровье», выработаны его оценка, способы, методы и принципы его охраны. В каждом государстве конституционно закреплены эти правила, есть свои национальные особенности, но, несмотря на разные системы организации медицинской помощи, в охране здоровья граждан есть много общего.

Мы попытались представить основные пути, точки познания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение». В определенной последовательности представлены отдельные темы, а в каждой теме – ключевые положения, проблемы и пути их решения. Подобная методика изложения поможет легче усвоить основные положения данной дисциплины.

Мы попытались выделить актуальные проблемы государственной политики в области охраны здоровья граждан в России, показать современные тенденции, государственные программы. Обратили внимание на важнейший вопрос оценки качества медицинской помощи и его менеджмента. Нам кажется это важным, так как врач любой специальности – это врач-организатор.

CONCLUSION

The origins of healing science go back to antiquity. Socrates once wrote: «Health is not everything, but everything is nothing without health!». For many millennia, the concept of health, its evaluation, methods and principles of its protection has been worked out. In each state these rules are constitutionally fixed, with their national peculiarities. But in spite of different medical care organization systems there is much in common in protecting the health of citizens.

We tried to present the main ways, the points of knowledge of the discipline “Public health and Healthcare”. Selected topics are presented in a certain sequence, and in each topic there are key positions, problems and ways to solve them. It seemed to us that such a technique of exposition would help to better understand the main points of this discipline.

We tried to highlight the state policy current problems in the field of protecting the Russian citizens health, show current trends, national programs. We drew attention to the most important question – assessing the quality of care and its management. Why is it important? Because a doctor of any specialty is a doctor-organizer.

1. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения : учеб. : в 2 т. / под ред. В. З. Кучеренко. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2013. – Т. 1. – 688 с.; Т. 2. – 160 с.
2. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. для вузов по спец. «Лечебное дело», «Педиатрия» / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608 с.
3. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие / под ред. В. З. Кучеренко. – М. : Мысль, 2013.
4. ВИЧ-инфекция: медико-социальные аспекты / Е. С. Белозеров, В. И. Горбунов, Н. Н. Мурыванова. – Ульяновск : УлГУ, 2014. – 258 с.
5. Медицинская экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности : учебно-методическое пособие / Г. В. Возженникова и др. – Ульяновск : УлГУ, 2013. – 96 с.
6. Экономика здравоохранения : электронный учебный курс / В. И. Горбунов, Г. В. Возженникова, И. Н. Исаева и др. – Ульяновск : УлГУ, 2011.
7. Федеральный закон РФ № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».
8. Федеральный закон РФ № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

**Горбунов В. И.,
Возженникова Г. В.,
Исаева И. Н.,
Горбунов М. В.**

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ОПОРНЫЕ ТОЧКИ ПОЗНАНИЯ

Директор Издательского центра *Т. В. Филиппова*
Редактор *Л. Г. Соловьева*
Подготовка оригинал-макета *М. А. Водениной*
Художник обложки *Н. В. Пенькова*

Подписано в печать 19.09.2017.
Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 10,6.
Тираж 200 экз. Заказ № 121 /

Оригинал-макет подготовлен
и тираж отпечатан в Издательском центре
Ульяновского государственного университета
432017, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42