

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

В.С.Глушанко

# **ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

*Пособие*

Под редакцией  
д.м.н., профессора В.П. Дейкало

Рекомендовано Учебно-методическим объединением  
Республики Беларусь по медицинскому образованию по  
специальности высшего образования 1-79 80 23  
«общественное здоровье и здравоохранение» в качестве  
пособия для студентов высших учебных заведений

Витебск  
Издательство ВГМУ  
2011

УДК 614.2(042.3/.4)

ББК 51.1я75

Г 55

Рекомендовано к изданию Центральным учебно-методическим советом ВГМУ  
(протокол № 32 от 09.03.2011)

Р е ц е н з е н т ы:

*Тищенко Е.М. – декан медико-диагностического факультета УО «Гродненский государственный медицинский университет», профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения;*

*Бурак И.И. – зав. каф. общей гигиены и экологии ВГМУ, профессор*

**Глушанко, В.С.**

Г 55 Общественное здоровье и здравоохранение: курс лекций 2-е изд., перераб. и доп. / В.С. Глушанко. Под ред. д-ра мед. наук, профессора В.П. Дейкало. – Витебск: ВГМУ, 2011. – 491с.

ISBN 978-985-466-494-1

Курс лекций по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» соответствует типовому учебному плану по специальностям «Лечебное дело» и «Стоматология» и типовой учебной программе по дисциплине, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Рассматриваются вопросы: общественное здоровье и здравоохранения как наука и предмет преподавания; здоровье населения и методы его изучения; реализация профилактического принципа здравоохранения; организация амбулаторно-поликлинической, стационарной и скорой медицинской помощи населению; государственное социальное страхование; основы менеджмента и маркетинга в медицине и здравоохранении; экономика здравоохранения; автоматизированные информационные системы; планирование и финансирование здравоохранения; здравоохранение за рубежом и др..

Предназначается для студентов лечебного факультета, стоматологического факультета, факультета подготовки иностранных граждан и слушателей ФПК и ПК высших медицинских учреждений образования.

**УДК 614.2(042.3/.4)**

**ББК 51.1я75**

**ISBN 978-985-466-494-1**

© Глушанко В.С., 2011

© УО «Витебский государственный медицинский университет», 2011

## О Г Л А В Л Е Н И Е

Перечень используемых сокращений .....	3
Предисловие    Навстречу 100-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения.....	5
Лекция № 1    Общественное здоровье и здравоохранение как наука и учебная дисциплина .....	19
Лекция № 2    Здоровье населения и методы его изучения. Стати- стика, ее значение для теории и практики медици- ны, фармации и здравоохранения .....	31
Лекция № 3    Демография, медико-социальные аспекты.....	53
Лекция № 4    Реализация «Национальной программы демогра- фической безопасности» и пути ее обеспечения.....	68
Лекция № 5    Заболеваемость населения, ее виды и методы изу- чения. Методика изучения и оценки физического развития.....	84
Лекция № 6    Оценка работы врачей и деятельности медицин- ских организаций (подразделений).....	105
Лекция № 7    Профилактический принцип здравоохранения. Диспансеризация населения и ее виды.....	116
Лекция № 8    Эпидемиология важнейших острых и хронических заболеваний, их профилактика и организация медицинской помощи.....	131
Лекция № 9    Медико-гигиеническое обучение населения и формирование здорового образа жиз- ни.....	157
Лекция № 10    Организация санитарно-эпидемиологической службы.....	175
Лекция № 11    Врачебная биоэтика и медицинская деонтоло- гия.....	193
Лекция № 12    Основы организации амбулаторно-поликлиниче- ской помощи населению.....	203
Лекция № 13    Организация скорой медицинской помощи насе- лению.....	221
Лекция № 14    Организация стационарной медицинской помощи населению .....	242
Лекция № 15    Медико-санитарная помощь рабочим промышлен- ных, строительных и транспортных предприятий...	254
Лекция № 16    Система охраны здоровья сельского населения.....	267

---

Лекция № 17	Система охраны материнства и детства. Организация акушерско-гинекологической помощи.....	282
Лекция № 18	Лечебно-профилактическая помощь детям.....	307
Лекция № 19	Обеспечение лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и медицинской техникой (В.В. Кугач).....	328
Лекция № 20	Государственное социальное страхование. Экспертиза временной нетрудоспособности.....	342
Лекция № 21	Медико-социальная экспертиза нарушений жизнедеятельности пациентов. Реабилитация пациентов и инвалидов.....	359
Лекция № 22	Основы страховой медицины.....	371
Лекция № 23	Менеджмент и маркетинг в медицине, фармации и здравоохранении .....	387
Лекция № 24	Экономика здравоохранения.....	414
Лекция № 25	Основы медико-экономической модели в здравоохранении.....	423
Лекция № 26	Автоматизированные информационные системы в медицине, фармации и здравоохранении.....	440
Лекция № 27	Планирование здравоохранения.....	450
Лекция № 28	Финансирование здравоохранения.....	458
Лекция № 29	Здравоохранение за рубежом.....	472
Лекция № 30	Система здравоохранения Республики Беларусь: основные вехи, проблемы, достижения и международное сотрудничество.....	481
Л и т е р а т у р а .....		486

**ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

АВОП	–	Амбулатория врача общей практики
АГ	–	Артериальная гипертензия
АГП	–	Акушерско-гинекологическая помощь
АИС	–	Автоматизированная информационная система
АТПК	–	Акушерско-терапевтическо-педиатрический комплекс
БСК	–	Болезни системы кровообращения
БСУ	–	Больница сестринского ухода
ВИЧ	–	Вирус иммунодефицита
ВКК	–	Врачебно-консультационная комиссия
ВН	–	Временная нетрудоспособность
ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	–	Врач общей практики
ВУТ	–	Временная утрата трудоспособности
ГРР	–	Группа «резерва родов»
ДБ	–	Детская больница
ДМС	–	Добровольное медицинское страхование
ДДУ	–	Детское дошкольное учреждение
ДП	–	Детская поликлиника
ДУ	–	Диспансерный учет
ЖК	–	Женская консультация
ЖРС	–	Женская репродуктивная сфера
ЗАГС	–	Запись актов гражданского состояния
ЗВУТ	–	Заболееваемость с временной утратой трудоспособности
ЗОЖ	–	Здоровый образ жизни
ИБС	–	Ишемическая болезнь сердца
ИППП	–	Инфекции, передающиеся половым путем
КМП	–	Качество медицинской помощи
ЛКС	–	Лечебно-контрольный совет
ЛН	–	Листок нетрудоспособности
ЛПО	–	Лечебно-профилактическая организация
МЗ РБ	–	Министерство здравоохранения Республики Беларусь
МК	–	Медицина катастроф
МКБ-10	–	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра
МКР	–	Модель конечных результатов
МП	–	Медицинская помощь
МРЭК	–	Медико-реабилитационная экспертная комиссия
МС	–	Материнская смертность

---

МСЧ	–	Медико-санитарная часть
МЧС	–	Министерство чрезвычайных ситуаций
МТ	–	Медицинская технология
МУ	–	Медицинская услуга
НИИ	–	Научно-исследовательский институт
НИР	–	Научно-исследовательская работа
ОПЖР	–	Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении
ОЗ	–	Организация здравоохранения
ОМС	–	Обязательное медицинское страхование
ОМГЦ	–	Областной медико-генетический центр
ПМП	–	Первичная медицинская помощь
РБ	–	Республика Беларусь
РАО	–	Реанимационное отделение
РНПЦ	–	Республиканский научно-практический центр
РУП	–	Республиканское унитарное предприятие
СВА	–	Сельская врачебная амбулатория
СМИ	–	Средства массовой информации
СМП	–	Скорая медицинская помощь
СМ РБ	–	Совет Министров Республики Беларусь
УИРС	–	Учебно-исследовательская работа студента
УЗИ	–	Ультразвуковое исследование
УЗО	–	Управление здравоохранения облисполкома
УК	–	Уровень качества
УКД	–	Уровень качества диспансеризации
УКЛ	–	Уровень качества лечения
УО	–	Учреждение образования
ФАП	–	Фельдшерско-акушерский пункт
ФЗОЖ	–	Формирование здорового образа жизни
ФЗП	–	Фонд заработной платы
ФЛЕ	–	Функциональная лечебная единица
ФМП	–	Фонд материального поощрения
ФОЗ	–	Фонд охраны здоровья
ФСР	–	Фонд социального развития
ЦГЭ <sub>и</sub> ОЗ	–	Центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья
ЦРБ	–	Центральная районная больница
ЧС	–	Чрезвычайная ситуация
ЭВН	–	Экспертиза временной нетрудоспособности
ЭМП	–	Экстренная медицинская помощь

---

---

**ПРЕДИСЛОВИЕ.**  
**НАВСТРЕЧУ 100-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО**  
**ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВГМУ**

1. Истоки становления кафедры.
2. Современный этап развития, основные достижения.
3. Единство научно-исследовательского, педагогического и воспитательного процесса – парадигма современной высшей школы.

**1. Истоки становления кафедры**

Курс «социальная гигиена и организация здравоохранения» стал читаться в 1935 г. при кафедре общей гигиены (зав. кафедрой и курсом – профессор гигиены Е.М. Деларю; чтение лекций и прием зачетов – доцент М.М. Саевич, практические занятия – и.о. доцента А.А. Липманова).

В 1939 г. курс преобразовали в **кафедру социальной гигиены**, которая размещалась в оставшейся части Свято-Успенского храма (у входа в Ботанический сад). При кафедре было создано научно-исследовательское бюро санитарной статистики.

В послевоенные годы (1948-1950 гг.) кафедрой руководил директор института *А.И.Савченко*. Практические занятия вела ассистент А.А.Белкина.

В 1949 г. при кафедре был открыт курс «**История медицины**». Лекции читал заведующий кафедрой нервных болезней профессор А.И. Кеворкьян.

В 1950-1970 гг. кафедру возглавляла *М.В. Денисова* – заслуженный врач БССР, заведующая Витебским областным отделом здравоохранения. В этот период курс истории медицины вел ст.преподаватель П.Л. Пелепейченко, а с 1964 г. по 1969 г. – профессор И.И. Богданович (бывший ректор института). В 1953 г. кафедра была реорганизована в курс организации здравоохранения и истории медицины, а в 1956 г. снова восстановлена и располагалась в Доме санитарного просвещения. В 1960 г. кафедра получила помещения в новом учебном корпусе института. На должности ассистентов пришли А.Н. Судник и И.П. Мордачев. Были обновлены наглядные пособия, приобретено новое оборудование, макеты медучреждений, организовано машинно-счетное бюро и др. В 1964 г. кафедра организации здравоохранения стала называться кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения.

В 1971-1990 гг. кафедрой заведовал доцент *И.П.Мордачев*. На кафедре работали ассистенты А.Н.Судник, С.П.Белая, Л.А.Юпатова, ст. преподаватель И.И.Бурак. На должности ассистентов были избраны к.м.н. В.С.Глушанко (1976), к.м.н. В.И.Заяц (1987). Курс истории меди-

цины вели М.В.Денисова (1969-1975 гг.) и доцент С.И.Белов (1975-1990 гг.; до этого он был начальником военной кафедры). В это время на кафедре были изданы новые методические пособия, составлены руководства к занятиям, расширены индивидуальные задания по летней производственной практике, введены практические занятия на базах лечебно-профилактических учреждений города и района.

В 1974 г. при кафедре был создан **методический кабинет санитарного просвещения**, которым руководили А.Н. Судник (1974-1985 гг.) и Н.Я. Вороненко (1986-1994 гг.).

В 1974 г. М.В.Денисова создала **музей истории института**, который далее возглавляли И.П. Мордачев, Ю.А. Калугин, Н.И. Василенко.

По результатам исследования здоровья белорусских детей и подростков школьного возраста И.П. Мордачевым защищена кандидатская диссертация (1966), внедрен в практику комплекс мер по оздоровлению детей.

Доцент С.И.Белов продолжил начатые на военной кафедре исследования по медицинской географии Беларуси. В 1975 г. при активном участии коллектива кафедры был издан сборник научных трудов «Актуальные вопросы организации здравоохранения и медицинской географии Белорусской ССР». Результаты исследования С.И. Белова были обобщены в монографии «Медицинская география Беларуси» (1977 г., в соавт. с Н.С. Ратобильским), представлены в медико-географическом атласе Беларуси (авторский вариант, 1984 г.) и других научных публикациях. В 1985 г. (в составе группы авторов) С.И.Белов был удостоен **Государственной премии СССР в области науки и техники** за разработку теории и методов медицинской географии и внедрение их в практику народного хозяйства. В 1990 г. ему присуждена ученая степень доктора географических наук. С.И.Беловым издано более 300 работ, посвященных военным и гражданским медикам.

На протяжении всей истории на кафедре проводились научные исследования в рамках государственных программ. С начала восстановления института исследования затрагивали следующие научные проблемы: тяжелые санитарные последствия, вызванные войной; общая заболеваемость городского и сельского населения (1957-1962 гг.); условия труда и заболеваемость рабочих (1955-1968 гг.); социально-гигиенические условия и здоровье детей и подростков БССР (1978-1983 гг.); медико-социальные аспекты распространенности пограничных нервно-психических состояний (1980-1986 гг.); заболеваемость взрослого населения Гомельской области, подвергшегося радиационному воздействию вследствие аварии на ЧАЭС (1991); социально-экономическая и медико-социальная оценка процесса формирования здорового образа жизни (ФЗОЖ) населения и обоснование новых форм в развитии здравоохранения (1991-1993 гг.); разработка медико-экономических крите-



риев оценки труда врачей (1994-1996 гг.); интегральная оценка используемых медицинских технологий (1997-1999 гг.); теоретические и медико-организационные технологии управления лечебно-диагностическим процессом (2000-2002 гг.); научное обоснование критериев оптимизации МТ и ресурсосбережения (2003-2008 гг.); критерии качества и эффективности управленческой деятельности в системе охраны здоровья населения (2009-2011 гг.) и др.

В вышеназванных исследованиях принимали участие сотрудники кафедры и работники практического здравоохранения А.В. Андрюшкин, Н.А. Артеменко, Н.П. Белый, И.И. Бурак, Н.Я. Вороненко, В.С. Глушанко, Д.Н. Гончаров, А.П. Грузневич, В.П. Дейкало, М.В. Денисова, О.В. Дроздов, В.И. Дурихин, А.М. Дятлова, И.Г. Заборовская, В.И. Заяц, В.М. Зорин, И.Б. Кардаш, Т.В. Колосова, Н.П. Круглов, В.А.Куликов, В.В. Люцко, Н.В. Лярская, А.А. Марченко, С.Ю. Митюшев, М.Н. Михасев, И.П. Мордачев, Д.В. Мороз, В.А. Николаева, П.С. Никольский, Т.Л. Петрище, А.В. Плиш, В.И. Плиш, Е.П. Проволоцкий, В.М. Проходский, К.И. Прощаев, В.В. Сиротко, А.Н. Судник, А.П. Тимофеева, Р.М. Трясучева, Р.Ш. Шефиев, А.В. Щёктова, Л.А. Юпатова, Аль-Холайди Махфуд и др.

## **2. Современный этап развития, основные достижения**

### **2.1. «Кадры решают все»**

С 1990 г. и по настоящее время кафедру возглавляет профессор В.С. Глушанко. В период с 1990 г. по 2000 г. на преподавательские должности были избраны доцент Р.М.Трясучева, ассистенты Т.В. Колосова, К.И. Прощаев, О.В. Дроздов, Т.Л. Петрище, Д.В. Мороз. В это же время курс «История медицины» вела старший преподаватель Л.А. Юпатова, совмещая эту работу с должностью председателя профкома сотрудников института.

С 1999 г. историю медицины и фармации стала преподавать Т.Л. Петрище. С 1995 г. на кафедре активно разрабатывается программа историко-аналитического исследования проблем лекарственного обеспечения населения, которая базируется на изучении архивных материалов. В этом плане кафедра имеет **приоритет** в республике.

В 1994-2001 гг. кабинет санитарного просвещения возглавлял Ю.А. Жуков. В 1998 г. кабинет получил статус штатного учебно-методического кабинета по формированию здорового образа жизни. Он стал методической базой для реализации «Межкафедральной программы преподавания вопросов медико-гигиенического воспитания населения и формирования ЗОЖ» (В.С.Глушанко, Ю.А.Жуков, 1999).

В 2007 г. при кафедре был организован **учебно-методический и информационный кабинет по формированию здорового образа жизни** (УМИК ФЗОЖ). Внештатным заведующим кабинетом была на-

значена ст. преподаватель Т.Л.Петрище. С 2008 г. ежегодно проводится общеуниверситетский смотр-конкурс «Образ жизни, здоровье и успех».

В 1994 г. завершил научные исследования и защитил докторскую диссертацию старший преподаватель И.И. Бурак (в настоящее время – заведующий кафедрой общей гигиены с экологией ВГМУ). В различное время на кафедре работали старшие преподаватели Н.И. Степаненко (в прошлом – первый заместитель Министра здравоохранения Беларуси), А.В. Хоменко; доценты – Р.М. Трясучева, А.В. Степанов, Т.В. Колосова, В.И. Заяц; ассистенты Н.В. Гуселетова, А.В. Тишук (в прошлом – начальник Управления статистики Министерства здравоохранения Российской Федерации), А.А. Валуй, О.В. Дроздов, К.И. Прощаев (в настоящее время – профессор кафедры Белгородского университета), Н.В. Корнякова, А.М. Решетская.

Поистине революционный скачок кафедра осуществила в период ректорства профессора А.Н. Косинца и профессора В.П. Дейкало.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 198 от 10.06.2001 г. кафедра социальной гигиены, организации, управления и экономики здравоохранения переименована с 01.09.2001 г. в кафедру общественного здоровья и здравоохранения.

В настоящее время кафедра укомплектована высококвалифицированным и работоспособным профессорско-преподавательским и учебно-вспомогательным персоналом. На кафедре работают: зав. кафедрой, д.м.н., профессор В.С. Глушанко; ст. преподаватель, зам. начальника УЗО Витебского облисполкома А.В. Андриюшкин; завуч кафедры, ст. преподаватель А.П. Тимофеева; к.м.н., доцент А.П. Грузневич; ст. преподаватель Д.В. Мороз; ст. преподаватель Т.Л. Петрище; ст. преподаватель Р.Ш. Шефиев; ассистент М.В. Алферова; ассистент В.А. Николаева; ассистент Н.А. Артеменко; преподаватель-стажер Д.Н. Гончаров; лаборант Н.А. Могучая, лаборант Н.Г. Жаворонкова; лаборант А.А. Симоненко.

## **2.2. Научно-педагогическая школа профессора В.С.Глушанко «Организация, управление и экономика здравоохранения»**

В рамках концепции непрерывного медицинского и фармацевтического образования, в условиях неразрывного взаимодействия НИР и педагогического процесса с практическим здравоохранением под руководством профессора В.С.Глушанко создана **научно-педагогическая школа «Организация, управление и экономика здравоохранения»**. В своей работе по различным видам деятельности кафедра опирается на исторические традиции, которые складывались с начала ее основания.

Постоянный рост качественной составляющей научно-педагогических кадров является одним из приоритетов эффективного функционирования системы здравоохранения. На кафедре осуществля-

---

ется активная подготовка высококвалифицированных кадров через соискательство, аспирантуру и докторантуру.

Научным направлением кафедры общественного здоровья и здравоохранения является изучение состояния здоровья населения, демографических процессов, медико-организационных основ медицинских технологий (МТ) в системе здравоохранения. На кафедре разработана методология контроля качества и эффективности МТ; создана классификация критериев МТ; научно обоснованы медико-организационные резервы повышения эффективности МТ, критерии результативности, пути оптимизации и др.

В рамках единого научного направления под руководством профессора В.С.Глушанко была защищена **докторская диссертация** В.П.Дейкало «Лечение и медицинская реабилитация больных и инвалидов с повреждениями верхней конечности» (2003) и **9 кандидатских диссертаций**:

– Т.В.Колосова «Разработка методологии контроля качества и эффективности медицинских технологий» (1999);

– К.И.Прощаев «Научное обоснование критериев результативности анестезиологического обеспечения и путей его оптимизации» (2000);

– И.Г.Заборовская «Медико-социальные аспекты оценки и повышения эффективности медицинской помощи в офтальмологии (на примере катаракты)» (2005);

– Аль-Холайди Махфуд «Этиопатогенетические, клинические и медико-организационные аспекты дебюта и лечения эпилепсии в зрелом возрасте» (2005);

– А.М.Дятлова «Оценка эффективности медицинских технологий и организации медицинской помощи больным с мозговым инсультом» (2005);

– В.В.Сиротко «Медико-социальные аспекты городского травматизма в современных условиях» (2006);

– А.А.Марченко «Липидкорректирующие технологии на этапах восстановительной медицины в обеспечении профессионального здоровья (на примере работников железнодорожного транспорта)» (2008);

– В.В. Люцко «Система оказания медицинской помощи больным инфекциями, передаваемыми половым путем, и механизмы повышения ее эффективности» (2009);

– Н.А.Артеменко «Медико-социальная оценка эффективности деятельности врача общей практики и врача-терапевта участкового» (2011).

В настоящее время завершено 2 кандидатские диссертации (Д.В. Мороз, Т.Л. Петрище), ведутся пилотажные исследования.

Разработано, утверждено Министерством здравоохранения и внедрено в практику **11 информационно-аналитических моделей** изучения МТ, применяемых в различных областях медицины, фармации и здравоохранения. Получено более 50 актов о внедрении.

За период с 1990 г. по 2011 г. сотрудниками кафедры опубликовано более 700 научных и учебно-методических трудов.

### **2.3. Профессор В.С.Глушанко – создатель и руководитель научно-педагогической школы**

Исходя из теории управления, интенсивность формирования научно-педагогической школы в первую очередь определяется личностью научного руководителя, степенью его активности и заинтересованности в создании ее принципиальных основ. С 1990 г. и по настоящее время кафедру возглавляет д.м.н., профессор В.С.Глушанко. Им опубликовано **более 500** научных и учебно-методических трудов (в том числе **5** монографий), сделано **более 200** докладов на международных, республиканских и региональных конференциях, проведено комплексное социально-гигиеническое исследование здоровья населения, создана классификация факторов с особой силой воздействующих на людей, разработана методика многомерной оценки состояния здоровья, обоснованы оптимальные структурно-функциональные подразделения для обеспечения социально-медицинской защиты людей. По результатам научных исследований В.С.Глушанко в 1992 г. в Центральном институте усовершенствования врачей (г. Москва) защитил докторскую диссертацию. В 1993 г. ему было присвоено ученое звание профессора и выдан **первый** в системе белорусского здравоохранения аттестат профессора

В качестве заместителя председателя рабочей группы Совета Министров Республики Беларусь профессор В.С.Глушанко являлся одним из ведущих разработчиков «Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 гг.» (утверждена Указом Президента Республики Беларусь № 135 от 26.03.2007 г.); в разработке проекта «Укрепление Службы Сестер Милосердия» БОКК в сотрудничестве со Швейцарско-Австрийско-Немецким Консорциумом Красного Креста и в формировании стратегии развития здравоохранения Республики Беларусь до 2020 г.

В.С. Глушанко участвовал в создании инновационного проекта «Эффективность управления системами охраны здоровья населения и средой обитания в приграничных областях (Витебской и Смоленской области) Союзного государства Беларуси и России»; в выполнении и внедрении результатов НИР по социальному заказу МЗ РБ «Создание модели первичной профилактики артериальной гипертензии в городской неорганизованной популяции».

Проблематика научно-педагогической школы охватывает широкий круг научных медико-социальных задач: разработка и модернизация управления качеством медицинской помощи (КМП) в организациях здравоохранения; изучение состояния здоровья населения, проблем менеджмента, маркетинга; разработка оценочных механизмов медицинского обслуживания населения и изыскание путей улучшения его качества; системный анализ повышения качества и эффективности управленческой деятельности в секторах охраны здоровья населения; восстановительная медицина, реабилитация, современные здоровьесберегающие технологии; критерии оценки ресурсосберегающих технологий при оказании кардиологической, онкологической, травматологической, неврологической, дерматовенерологической и офтальмологической помощи; система лекарственного обеспечения населения: история, тенденции, перспективы развития; мероприятия по совершенствованию первичного звена здравоохранения; оценка КМП в организациях здравоохранения; изучение эффективности деятельности врачей общей практики и врачей-терапевтов участковых и др.

В.С. Глушанко является членом рабочих групп по разработке важнейших направлений совершенствования системы охраны здоровья населения государства и созданию соответствующих документов.

Более 15 лет В.С.Глушанко является членом **первых** составов Советов по защите докторских и кандидатских диссертаций по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», «Гигиена», «Технология лекарств и организация фармацевтического дела», «Фармацевтическая химия и фармакогнозия», членом Совета Белорусского общественного объединения организаторов здравоохранения, Правления Белорусского общества историков медицины и фармации, заместителем председателя экспертной комиссии МЗ по проблемам обеспечения его деятельности, членом секции УМО высших медицинских учреждений образования, членом Консультативного совета ГКЦНТП «Здоровье» Национальной Академии Наук, председателем первичной организации Красного Креста ВГМУ и др. Он входил в состав оргкомитета **всех** съездов организаторов здравоохранения Республики Беларусь, является членом редакционной коллегии «Вестник ВГМУ», редакционного совета «Вопросы организации и информатизации здравоохранения» и т.д. Более 10 лет работал в экспертных Советах ВАК Республики Беларусь **первых составов**.

Профессор В.С. Глушанко - член 2-х Советов по защите докторских диссертаций: 1) Д 03.15.05 по специальности: 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение» при БелМАПО (Минск); 2) Д 03.16.02 по специальностям: 14.04.03 – организация фармацевтического дела; 14.04.02 – фармацевтическая химия, фармакогнозия; 14.04.01 – технология получения лекарств при ВГМУ (Витебск).

Профессор В.С.Глушанко участвовал в Международной учебной программе повышенного типа в Стокгольме (Швеция) "Развитие систем здравоохранения – практический подход" (International Training Programme on Health System Development a Practical Approach in Sweden (2005)).

За выдающийся вклад в развитие высшего образования в 2006 г. В.С.Глушанко был удостоен персональной надбавки Президента Республики Беларусь. За успехи в подготовке врачей и провизоров В.С.Глушанко награжден Дипломами и Почетными грамотами Министерства образования, Министерства здравоохранения, Витебского горисполкома, Белорусского общества «Знание», знаками «Отличник здравоохранения СССР» (1982), «Отличник здравоохранения Республики Беларусь» (2000), «Отличник образования Республики Беларусь» (2004), «Человек Года – 2004» (ВГМУ, 2005), медалью «За заслуги в развитии ВГМУ» (2006) и др.

### **3. Единство научно-исследовательского, педагогического и воспитательного процесса – парадигма современной высшей школы**

#### **3.1. Современные образовательные технологии в учебно-методической деятельности кафедры**

Кафедра является интегрирующей в вопросах преподавания социально-гигиенических и организационных основ системы здравоохранения.

В настоящее время кафедра как общеуниверситетское подразделение ведет преподавание двух дисциплин – «Общественное здоровье и здравоохранение», курс «История медицины и фармации» – на додипломном этапе (на лечебном, фармацевтическом, стоматологическом факультетах и факультете подготовки иностранных граждан), а также – на ФПК и ПК, на факультете повышения квалификации по педагогике и психологии.

В 1990-2001 гг. на кафедре были введены и апробированы **новые учебные курсы**: «АСУ в здравоохранении», «Основы права», «Медицинская информатика и компьютерные технологии», учебная ознакомительная практика, «Валеология».

В целях оптимизации учебного процесса и контроля качества обучения на кафедре используются инновационные образовательные технологии. Создан мощный УМК. За последнее десятилетие он неоднократно обновлялся в соответствии с современными тенденциями развития системы здравоохранения и изменением нормативно-правовой базы.

Профессорско-преподавательским составом разработано более 15 типовых и рабочих учебных программ: по общественному здоровью и здравоохранению, истории медицины и фармации, учебной ознакоми-

---

тельной практике, медицинской информатике и компьютерным технологиям, валеологии, врачебной производственной практике, основам управления здравоохранением для врачей-стажеров, основам информационных технологий для аспирантов и соискателей, подготовки клинических ординаторов по специальности «Организация здравоохранения», элективным курсам «Школа менеджмента» и «Образ жизни, здоровье и успех», «Этюды истории медицины и фармации» и др. Подготовлена сквозная интегрированная программа преподавания вопросов профилактики заболеваний; составлены пакеты программных вопросов для итогового и рубежного контроля знаний, перечень тем учебно-исследовательских работ студентов (УИРС), задания для компьютерного тестирования, ситуационные задачи; описаны методики привития студентам практических умений и навыков; разработаны более 20 методических указаний для студентов и преподавателей, стандарты качества обучения, рейтинговая система и др.

Созданы учебно-методические комплексы на **английском языке**.

Профессором В.С.Глушанко изданы курсы лекций для отечественных и иностранных студентов по специальности «общественное здоровье и здравоохранение», создана «Программа-минимум для сдачи кандидатского экзамена» по специальности 14.00.33; курс **лекций-презентаций** на английском и русском языках для студентов факультета подготовки иностранных граждан; электронные банки данных, мультимедийные презентации.

В 1999/2000 уч.г. **впервые** осуществлено дифференцированное чтение лекций и проведение семинарских занятий по «Истории медицины и фармации» для студентов 1 курса лечебно-профилактического факультета и факультета подготовки иностранных граждан в соответствии с новыми учебными программами по предмету. Старшим преподавателем Т.Л.Петрище были созданы соответствующие учебно-методические комплексы, изданы сборники тестовых вопросов для итогового компьютерного тестирования, методические указания по подготовке рефератов.

В 2002/2003 учебном году **впервые** в истории высшего фармацевтического образования Беларуси был введен курс «История фармации».

В 2008 г. была **впервые** разработана и утверждена «Типовая учебная программа для высших учебных заведений по специальности 1 – 79 01 08 Фармация» (В.С.Глушанко, Т.Л. Петрище).

В 2003/2004 учебном году **впервые** начато преподавание курса «История медицины и фармации» на английском языке для студентов 2 курса факультета подготовки иностранных граждан по специальности «Лечебное дело». Т.Л. Петрище подготовлен к изданию курс лекций «История медицины и фармации» для студентов всех факультетов.

В 2008 г. в контексте организации дистанционного обучения была разработано 500 тестов по «Истории фармации» для студентов фармацевтического факультета.

В 1991 г. на кафедре был создан **первый в медицинских университетах республики компьютерный класс** (в 1997 г. класс был передан в ведение учебно-методического информационного центра ВГМУ). Компьютерный класс первоначально был оснащен аппаратно-программным комплексом ZX Spectrum-Sincler. Для обеспечения учебного процесса сотрудниками кафедры были разработаны десятки прикладных программ.

Сотрудниками кафедры были созданы оригинальные прикладные программы для учебного процесса: «Организация статистического исследования здоровья населения», «Медицинская статистика», «Оценка деятельности медицинских учреждений (подразделений) на основе модели конечных результатов», «Расчет и анализ показателей заболеваемости с ВУТ», «Принятие решений о характере лечебно-оздоровительных мероприятий в зависимости от медицинской причины (диагноза) ВУТ», итоговая тестовая программа «АСУ-контроль», «Расчет и оценка экономической эффективности от снижения общей, инфекционной и профессиональной заболеваемости», «Расчет и оценка экономической эффективности от снижения показателей заболеваемости с ВУТ», «Расчет экономического эффекта от сохранения жизни человека, снижения младенческой смертности и инвалидности» и др.

Кафедра ведет также преподавание на последипломном этапе в соответствии с программой, содержащей пять модулей. Ежегодно на кафедре повышают свою квалификацию клинические ординаторы, соискатели и аспиранты университета, врачи и провизоры. По очно-заочной форме обучения в ординатуре проходили подготовку менеджеры практического здравоохранения.

На базе кафедры в 1997 г. **впервые** был создан **профильный учебно-научно-методический Совет (ПУНМС)** по «Социально-медицинским проблемам здравоохранения», который объединял 12 кафедр, в том числе 8 клиник университета. В 2003 г. он переименован ПУНМС «Организация, управление и экономика здравоохранения». В настоящее время под председательством профессора В.С.Глушанко функционирует проблемная комиссия по НИР «Организация, управление и экономика здравоохранения», которая в своей деятельности интегрирует решение теоретических и прикладных задач оптимизации развития медико-фармацевтического комплекса Республики Беларусь.

### **3.2. Организация НИРС и УИРС**

Важным условием эффективности деятельности научно-педагогической школы является активное привлечение студентов к ис-



следовательской работе и формирование у них творческого мышления в условиях социально-ориентированной рыночной экономики. При кафедре работает научный студенческий кружок. Ежегодно в кружке занимаются 15-20 студентов.

Студенты-кружковцы систематически участвуют в конференциях молодых ученых и студентов, проводимых в ВГМУ и за его пределами; в Республиканских смотрах-конкурсах на лучшую студенческую работу в области гуманитарных, естественных и технических наук; выступают с докладами на республиканских и международных научных форумах. Студенты-кружковцы неоднократно становились дипломантами международных, республиканских научных конференций и смотров-конкурсов. Из числа студентов-кружковцев вышли талантливые руководители и организаторы здравоохранения страны.

В 2003 г. на Республиканский смотр-конкурс научных работ студентов по естественным, техническим и гуманитарным наукам от кафедры было представлено 2 работы, которые получили высокие оценки и были награждены по итогам конкурса:

– «Профилактика в условиях рынка стоматологических услуг» (исполнители: А.В.Щёктова, А.К.Шелкова; научные руководители: старший преподаватель А.В.Плиш, старший преподаватель Т.Л.Петрище) признана победителем Республиканского конкурса; авторы-победители были награждены Дипломами Министерства образования Республики Беларусь;

– «Коррекция факторов риска как основа профилактики важнейших социально значимых болезней» (авторы: студенты лечебного факультета Е.В.Реброва, Д.В.Пискун; научные руководители: доцент Т.В.Колосова, старший преподаватель Т.Л.Петрище) удостоена Диплома I категории.

В 2004 г. научно-исследовательская работа «Социально-экономические предпосылки формирования рынка стоматологических услуг и технологий как базис медико-профилактической защиты населения» (авторы: Т.Л.Петрище, А.В.Щёктова, А.В.Плиш; научный руководитель: профессор В.С.Глушанко) стала лауреатом Республиканского конкурса научных работ студентов, аспирантов и молодых ученых, посвященного 100-летию профсоюзного движения Беларуси.

В 2005 г. 2 студенческие работы, представленные на Республиканский смотр-конкурс научных работ студентов по естественным, техническим и гуманитарным наукам, были удостоены Диплома I категории:

– «Эвтаназия как медико-социальная, философская и правовая дилемма (историко-медицинский анализ)» (автор: студентка 3 курса фармацевтического факультета А.В.Макова; научный руководитель: старший преподаватель Т.Л.Петрище);

– «Создание информационно-методических банков для изучения качества и эффективности стоматологических услуг и технологий» (автор: студентка V курса стоматологического факультета А.В.Щёктова; научный руководитель: старший преподаватель А.В.Плиш).

**Студентка А.В.Щёктова** неоднократно награждалась денежной премией **Специального фонда Президента Республики Беларусь** по социальной поддержке одаренных учащихся и студентов с вручением сертификатов.

В 2006 г. 2 студенческие работы, представленные на Республиканский смотр-конкурс научных работ студентов по естественным, техническим и гуманитарным наукам, были удостоены Диплома I категории:

– «Методы оценки экономической эффективности в системе управления качеством стоматологической помощи» (автор: врач-стоматолог стажер Н.А.Кореневская; научный руководитель: профессор В.С.Глушанко);

– «Проблемы повышения качества медицинской помощи в стоматологических организациях» (автор: врач-стоматолог стажер О.А.Жудро; научный руководитель: профессор В.С.Глушанко).

В 1997 г. при кафедре организована **«Школа менеджмента»**. На ее базе в 1998 г. **открыт элективный курс**, который имеет высокий имидж у студентов, поскольку включает учебные элементы по современной проблематике, например: менеджмент в медицине, фармации и здравоохранении; здравоохранение в условиях рынка; маркетинг медицинских и фармацевтических услуг; современные компьютерные технологии; экономика здравоохранения; методика делового общения и др. В 2008/2009 учебном году создан новый элективный курс **«Образ жизни, здоровье и успех»** для студентов всех факультетов.

### 3.3. Курация землячества Шри Ланки

На кафедре разработана технология воспитательного процесса с иностранными студентами курируемого землячества Шри-Ланки, которая включает реализацию ряда взаимосвязанных компонентов: организационно-методическая и информационно-воспитательная работа в ходе занятий и во внеучебное время, а также в период врачебной производственной практики. Все мероприятия проводятся в соответствии с разработанной программой взаимодействия кафедры с курируемым землячеством, которое осуществляется в духе партнерства и взаимоуважения. Под методическим руководством сотрудников кафедры неоднократно проводились «Дни культуры Шри Ланки» в университете.

В соответствии с программой взаимодействия кафедры с курируемым землячеством регулярно проводятся встречи коллектива кафедры со студентами землячества. Для управления ежегодно избирается

полномочный представитель (председатель) землячества и секретариат, включающий вице-президента и секретарей по академической работе, культуре и туризму, финансам, спорту и оздоровлению. В 2001 г. на торжественном заседании университета, посвященном 20-летию факультета подготовки иностранных граждан президентом землячества Шри Ланки Раджапакса Самади Вишванатом кафедре для курса «История медицины и фармации» был подарен стенд «Ритуальные маски: Саннийя Якума» (включает копии 18 масок, изготовленных на Шри Ланке). В ноябре 2001 г. по инициативе Президента землячества Раджапакса Самади Вишваната на кафедре общественного здоровья и здравоохранения был проведен интернациональный вечер-встреча «История, культура и традиции Шри Ланки». Информация о вечере была представлена в газетах «Народное слово», «Комсомольская правда», «Медвузовец» и др.

В настоящее время в землячестве Шри Ланки более 130 студентов всех курсов. Большинство из них обучается на русском и английском языках. Студенты активно участвуют в общественной жизни университета, в культурно-массовых спортивных мероприятиях, художественной самодеятельности.

### 3.4. Творческое взаимодействие

Кафедра работает в тесном контакте с Министерством здравоохранения, органами практического здравоохранения, областным оргметодотделом, оргметодкабинетами ЦРБ, кабинетами медицинской статистики организаций здравоохранения, принимает участие в комиссиях, совещаниях и семинарах, проводимых МЗ Республики Беларусь и др. По инициативе кафедры на ее базе была проведена Международная конференция по истории медицины «Медицина Беларуси XX века» (1998), на которой впервые было учреждено Белорусское общество историков медицины и фармации. Была также проведена Республиканская конференция «Качество и эффективность применяемых медицинских технологий», посвященная 60-летию кафедры, с представительством всех вузов и регионов Республики Беларусь (1999). По результатам конференций изданы сборники научных трудов, а также библиографический указатель основных научных работ сотрудников кафедры за период 1939-1999 гг. «Социально-медицинские проблемы здравоохранения: медико-технологические и исторические аспекты» (Т.В.Колосова, Т.Л.Петрище; под редакцией профессора В.С.Глушанко, 1999).

Осуществляется **сотрудничество** с организациями и учреждениями ближнего и дальнего зарубежья: Национальный Институт общественного здоровья и здравоохранения РАМН (Россия); Российский университет дружбы народов (Россия); Одесский национальный медицинский университет (Украина); Европейское Региональное Бюро Всемирной Организации Здравоохранения ((ЕРБ ВОЗ), Дания); Европейская

Организация Лечения и Исследования Рака (European Organization for Research and Treatment of Cancer ((EORTC), Бельгия), Медицинская академия в Познани (Польша); Американский Институт истории фармации (American Institute History of Pharmacy ((AHP), США) и др.

В результате поступательного исторического развития на кафедре общественного здоровья и здравоохранения под руководством профессора В.С.Глушанко сформирована научно-педагогическая школа «Организация, управление и экономика здравоохранения», которая эффективно и динамично развивается, опираясь на мощные исторические традиции, заложенные в Университете.

В современный период КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ вносит существенный вклад в обеспечение эффективной деятельности Alma Mater и нашего государства посредством интеграции образования, науки и практики на основе результативной реализации фундаментальных и прикладных научных исследований в области общественного здоровья, демографии, организации, управления и экономики здравоохранения, истории медицины, фармации и здравоохранения.

---

## Лекция № 1. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК НАУКА И УЧЕБНАЯ ДИСЦИПЛИНА

### Учебные вопросы

1. Формирование науки и предмета.
2. Типы лечебно-профилактической и санитарно-эпидемиологической помощи населению.
3. Особенности предмета и его роль в работе врачей.
4. Цели и задачи дисциплины.
5. Методы.
6. Государственная политика в области охраны здоровья населения.
7. Ведущие группы факторов, влияющие на состояние здоровья населения.
8. Номенклатура организаций здравоохранения и должностей служащих с высшим медицинским и фармацевтическим образованием.
9. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ).

### 1. Формирование науки и предмета

Общественное здоровье и здравоохранение как наука о сохранении и улучшении здоровья является частью эмпирических знаний. Она зародилась в глубокой древности и в последующем развивалась вместе с развитием общества.

Успехи развития данной науки связаны со становлением мануфактурного производства и капиталистических отношений. Самостоятельной же научной дисциплиной (как социальная гигиена) она стала в начале XX столетия.

Таким образом, общественная (социальная) медицина (*лат. socialis* – общественный, товарищеский) в широком смысле слова – наука о сохранении здоровья населения, предупреждении и лечении болезней. Она утверждалась в процессе становления производства и формирования общества.

В России общественно-медицинская деятельность оформилась в 50-60 гг. XIX в. В Западной Европе (Нидерланды, Англия, Франция) она зародилась в XVI в. Первые попытки учета, хранения и первоначального анализа данных о смертности населения уже тогда имели важное социальное значение. Впервые это было сделано в Англии. Так, в 1527 г. в Лондоне стали выпускаться «бюллетени смертности» (*англ. bills of mortality*).

---

В Англии был издан первый в мире закон об общественном здоровье (Public Health Act, 1848) и создано первое в мире государственное учреждение по охране здоровья (General Board of Health, 1848).

Вам уже известно, что слово «гигиена» имеет древнегреческий корень *hygienos* – «хьюгиейнос» – целебный, или содействие здоровью. Следует заметить, что этим термином было положено начало развитию медицинских знаний вообще. Немаловажное значение имеет также то, что древние греки почитали Гигиену – Богиню здоровья. Изображалась она в виде молодой девушки в тунике с диадемой и чашей, из которой пьет змея. В наше время чаша со змеей стала эмблемой медицины.

Объем и содержание медицинской помощи определялись уровнем социально-экономического развития общества. Медицинская помощь порой оказывалась не из добрых чувств, не из сострадания к ближнему, а прежде всего привилегированным слоям общества, имущим людям. Древнейшее, дошедшее до нас, законодательство – вавилонский кодекс Хаммурапи – карало врача за неудачную операцию отсечением руки и ограничивалось только денежным штрафом, если жертвой операции являлся раб.

**Общественное здоровье** – интегрированный уровень общественного прогресса, характеризующий общество в целом с позиции здоровья населения, социального, культурного и экономического благополучия.

**Общественное здравоохранение** – проведение профилактических, лечебных и оздоровительных мероприятий усилиями общества, первичных структур массового медицинского обслуживания и органов власти на местах с целью укрепления здоровья, предотвращения заболеваний и продления жизни людей.

**Общественное здоровье и здравоохранение** – это наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения. Она разрабатывает вопросы теории здравоохранения, обосновывает систему практических мер по устранению и предупреждению вредных для здоровья населения влияний внешней среды, а также разрабатывает мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья всех членов общества.

Видные организаторы здравоохранения Н.А.Семашко и З.П.Соловьев определили дисциплину как науку о здоровье общества, о социальных проблемах медицины и здравоохранения. Таким образом, эта наука об общественном здоровье, о роли социальных условий жизни людей в его формировании и укреплении. Она является теоретической базой системы здравоохранения.

**Здравоохранение** – это система медицинских государственных организаций научно-обоснованных социально-экономических и обществен-

---

ных мероприятий по охране здоровья, которая должна обеспечивать предупреждение и лечение болезней, создание благоприятных гигиенических условий труда и быта, максимальную трудоспособность и активное долголетие граждан.

Система здравоохранения в стране может быть государственной, страховой, частной и смешанной.

Управление здравоохранением – процесс обеспечения эффективного функционирования системы для достижения цели охраны здоровья населения. Организация же – это структура для достижения поставленной цели, а управление – процесс эффективного ее достижения.

Составляющие управления общественным здоровьем и здравоохранением:

- I. Научные и теоретические основы национальной системы охраны здоровья населения, разработка доктрины здравоохранения.
- II. Оценка качества деятельности органов и организаций здравоохранения, их ресурсов, баланса и потенциала.
- III. Стандартизация, доказательная медицина (фармация) и прогнозирование, ориентированные на профилактику.
- IV. Система управления качеством среды обитания и формированием здоровья населения.
- V. Интеграция управления качеством здоровья с системой управления устойчивым развитием территории.
- VI. Вовлечение всех секторов общества в движение за здоровье.
- VII. Индикаторы здоровья.
- VIII. Гигиенический менеджмент.
- IX. Управление формированием здорового образа жизни населения.
- X. Управление здоровьем здоровых.
- XI. Получение качественной и социально-доказательной информации по вопросам здоровья для Правительства и населения.
- XII. Социально-гигиенический мониторинг и оценка рисков.
- XIII. Подготовка кадров по общественному здоровью на секторальном и межсекторальном уровнях.

Близким определением данной науки является «социальная медицина и управление здравоохранением». Это название широко распространено за рубежом. Однако оно предполагает также и изучение смежных дисциплин, таких как общая гигиена, профессиональная патология, эпидемиология и др.

Как предмет преподавания дисциплина состоит из следующих разделов:

- 
- а) теоретические основы, история и методология общественного здоровья и здравоохранения;
  - б) здоровье населения и медицинская статистика;
  - в) управление и организация здравоохранения.

## **2. Типы лечебно-профилактической и санитарно-эпидемиологической помощи населению**

1. Больнично-поликлиническая помощь.
2. Диспансерная работа.
3. Медико-санитарная помощь рабочим промышленных предприятий, строительства и транспорта.
4. Медицинская помощь сельскому населению.
5. Стоматологическая помощь.
6. Система охраны материнства и детства. Она включает: акушерско-гинекологическую помощь, лечебно-профилактическую помощь детям, лечебно-профилактическое обслуживание детей в детских дошкольных учреждениях и школах.
7. Санаторно-курортная помощь.
8. Санитарно-эпидемиологическое дело.
9. Служба гигиенического воспитания населения и формирования здорового образа жизни.
10. Общественная деятельность по обеспечению охраны здоровья населения (участие профсоюзов и др. организаций).

## **3. Особенности предмета и его роль в работе врачей**

1. Зависимость здоровья людей, а, следовательно, и данной науки, от уровня развития экономики, производительных сил и общественных отношений.

2. В основе общественного здоровья и здравоохранения лежит учение о развитии природы и общества. Дисциплина рассматривает все явления во взаимосвязи и взаимообусловленности в их движении и изменении, в постоянном обновлении и развитии природы и общества, перехода количественных изменений в качественные, борьбы противоположностей как источника внутреннего содержания процесса развития.

3. В отличие от клинических дисциплин эта наука занимается изучением состояния здоровья не отдельных индивидуумов, а человеческих коллективов, групп пациентов, социальных групп, а также здоровья общества в целом. Т.е. объектами социально-медицинского внимания являются группы людей. Заметим, что группировки для анализа создаются по ведущим признакам данной популяции людей. Они могут быть: возрастно-



---

половые, профессиональные, территориальные, группы пациентов, семьи и т.д. Кроме того, в отличие от клинических дисциплин она создает обобщающую картину состояния здоровья населения, его заболеваемости, физического развития, воспроизводства населения, а также социальных факторов, определяющих названные явления.

4. Дисциплина «общественное здоровье и здравоохранение» дает научное обоснование для построения системы здравоохранения.

5. Это интегрирующая наука. Она широко использует методы исследований социальных наук и вносит социальный аспект как в клинические, так и в гигиенические дисциплины.

6. «Общественное здоровье и здравоохранение» разрабатывает меры и пути оздоровительных мероприятий. При активной поддержке государства она внедряет или воплощает их в практику здравоохранения страны.

7. «Общественное здоровье и здравоохранение» обеспечивает научно-обоснованной информацией систему управления здравоохранением, в целом, а также представляет информацию для органов управления здравоохранением и руководителей организаций, в частности.

8. Эта наука необходима и для создания перспективных планов народно-хозяйственного строительства, т.к. отвечает на вопрос о перспективной численности населения, которая зависит от состояния здоровья людей. Она выявляет закономерности развития народонаселения в обществе, влияние социальных и природных условий на процесс расселения людей, а, следовательно, и развития производительных сил. Таким образом, «общественное здоровье и здравоохранение» раскрывает значение здравоохранения для всей общественно-экономической жизни страны.

9. Ведущее значение имеет вопрос об изучении эффективности влияния на здоровье населения медико-социальных мероприятий, проводимых врачами и всей системой органов и организаций здравоохранения.

10. Она показывает пути научного обоснования и дальнейшего совершенствования системы здравоохранения, планирования здравоохранения, а также экономики здравоохранения.

11. Методологическая оценка общественного здоровья и здравоохранения как науки состоит в изучении и правильном объяснении причин, связей и взаимозависимости между состоянием здоровья населения и общественными отношениями.

#### **4. Цели и задачи дисциплины**

1. Изучение состояния здоровья населения и выявление закономерностей влияния на него социальных условий.

2. Разработка методологии и методов изучения здоровья населения.

3. Теоретическая разработка и практическая реализация принципов здравоохранения.

4. Разработка для практики здравоохранения соответствующих видов помощи населению и управления здравоохранением.

5. Анализ теорий медицины и здравоохранения.

6. Подготовка медицинских работников и врачей на широкой социально-гигиенической основе.

В зависимости от характера и природы производственных отношений людей, уровня развития техники, социальные условия играют определенное значение для развития человека как биосоциосистемы. Это может принести обществу величайшие блага или огромные бедствия. Общественное здоровье и здравоохранение выясняет негативное влияние факторов внешней среды и научно-технического развития на здоровье людей. Система здравоохранения активно борется за устранение отрицательно влияющих факторов внешней среды и в то же время раскрывает и способствует развитию факторов, положительно влияющих на здоровье.

Противоречия между научно-техническим развитием и состоянием здоровья общества возникают:

– в результате высокой целесообразности этого процесса и недостаточной профилактики возможных ее последствий;

– в результате нарушения объективного закона соответствия роста производительности труда и его нормальной интенсификации;

– в результате запаздывания прогноза появления вредных влияний и разработки научно обоснованных мер их профилактики;

– несоответствия способностей и возможностей человека требованиям некоторых видов современных профессий и др.

## 5. Методы

Общественное здоровье и здравоохранение, как и другие научные дисциплины, имеет свой предмет и методы исследования.

1. Статистический метод позволяет объективно оценивать происходящие изменения в состоянии здоровья населения и определять эффективность деятельности организаций здравоохранения. Статистический метод широко применяется в медицине и здравоохранении. Он используется при изучении здоровья населения (показатели заболеваемости, рождаемости, смертности, физического развития).

2. Социально-гигиенический метод можно назвать «методом медико-социальной диагностики». Он позволяет обобщать результаты деятельности отдельных врачей и всего здравоохранения, делать выводы и намечать научно-обоснованные мероприятия по улучшению здравоохранения, раз-

---

работки прогнозов, плановых нормативов, экономической эффективности и др. Для этого врачу нужно знать все многообразие приемов и объективных подходов к изучению социально-биологических явлений.

3. Социологический метод включает анкетирование, опрос, интервьюирование и т.д.

4. Экономический метод дает возможность установить влияние экономики на здравоохранение, и, наоборот, здравоохранения на экономику общества. Здравоохранение располагает существенной материально-технической базой (больницы, поликлиники, диспансеры, ЦГЭ и ОЗ, университеты, институты и др.), финансируемой преимущественно за счет госбюджета. Поэтому вопросы наиболее эффективного использования этих средств, планирование и финансирование составляют предмет экономических исследований в области здравоохранения.

5. Метод организационного эксперимента представляет собой изыскание новых, наиболее рациональных форм и методов работы. Он предполагает создание моделей качества медицинской помощи, моделей конечных результатов, внедрение передового опыта, проверку проектов, гипотез, создание опытных баз, медицинских центров.

6. Метод экспертных оценок дополняет статистический метод. В таких случаях высококвалифицированные специалисты по заранее разработанной программе проверяют полноту охвата, правильность постановки диагноза, нуждаемость в госпитализации, в соответствующих методах лечения и т.д. Это дает коррективы к данным, полученным по общепринятой отчетности.

7. Исторический метод строится на основе понимания процессов общественного здоровья и здравоохранения на различных этапах человеческой истории, т.к. все явления нужно изучать в динамике (движении). Ибо нельзя осмыслить новое без знания того, что ранее было добыто человечеством. Еще Н.И.Пирогов говорил о том, что «...Новое на свете есть не что иное, как хорошо забытое старое». Поэтому исторический путь освещает научную дорогу в будущее.

## **6. Государственная политика в области охраны здоровья населения**

Фактически, организационные принципы охраны здоровья являются фундаментом любой системы здравоохранения. С учетом чрезвычайной важности этого положения они должны быть закреплены законодательно, т.е. предусмотрены законом того государства, в котором они декларируются и принимаются. Основные принципы законодательно закреплены в Законе "О здравоохранении", в редакции 2008 года.

1. Создание условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения.
2. Обеспечение доступности медицинского обслуживания, в том числе лекарственного обеспечения;
3. Приоритетность мер профилактической направленности;
4. Приоритетность развития первичной медицинской помощи;
5. Приоритетность медицинского обслуживания, в том числе лекарственного обеспечения, несовершеннолетних, женщин во время беременности, родов и в восстановительный период после родов, инвалидов и ветеранов в соответствии с законодательством Республики Беларусь;
6. Обеспечение санитарно-эпидемического благополучия населения и его будущих поколений;
7. Формирование ответственного отношения населения к сохранению, укреплению и восстановлению собственного здоровья и здоровья окружающих;
8. Ответственность республиканских органов государственного управления, иных государственных организаций, подчиненных Правительству Республики Беларусь, местных исполнительных и распорядительных органов и других организаций за состояние здоровья населения;
9. Ответственность нанимателей за состояние здоровья работников.

## **7. Ведущие группы факторов, влияющие на состояние здоровья населения**

- I. Социально-экономические факторы.
- II. Природно-климатические факторы.
- III. Биологические факторы.
- IV. Психоэмоциональные факторы.

### **I. Социально-экономические факторы.**

- ✓ Уровень развития производительных сил в обществе. К примеру, для развивающихся стран характерен эпидемический профиль заболеваемости, для экономически развитых стран – неэпидемический.
- ✓ Характер производственных отношений.
- ✓ Законодательство по охране здоровья.
- ✓ Организация медицинской помощи.
- ✓ Условия жизни: труд, быт, отдых, питание, миграционные процессы, уровень образования, культуры и т.д.
- ✓ Образ жизни.

**II. Природно-климатические факторы.**

- ✓ Природные ресурсы.
- ✓ Биоклиматический уровень.
- ✓ Физико-географический уровень.

**III. Биологические факторы.**

- ✓ Пол.
- ✓ Возраст.
- ✓ Конституция.
- ✓ Наследственность.

**IV. Психоэмоциональные факторы.**

- ✓ Стрессоры.
- ✓ Дистрессоры.

**8. Номенклатура организаций здравоохранения****Номенклатура организаций здравоохранения.**

- ✓ Больничные организации.
- ✓ Амбулаторно-поликлинические организации.
- ✓ Организации скорой медицинской помощи.
- ✓ Организации переливания крови.
- ✓ Санаторий. Санитарно-эпидемиологические организации.
- ✓ Аптечные организации и организации медицинской техники.
- ✓ Организации особого типа.

**1. Больничные организации**

- Больница.
- Госпиталь.
- Медико-санитарная часть.
- Диспансер.
- Центр.
- Родильный дом.
- Дом ребенка.
- Хоспис.

**2. Амбулаторно-поликлинические организации**

- ★ Амбулатория.
- ★ Поликлиника.
- ★ Диспансер.
- ★ Центр.
- ★ Медико-реабилитационная экспертная комиссия.
- ★ Военно-врачебная комиссия.
- ★ Медико-санитарная часть.

### 3. Организации скорой медицинской помощи

- ❖ Станция.
- ❖ Центр.

### 4. Организации переливания крови

- ◆ Центр.
- ◆ Станция.

### 5. Аптечные организации и организации медицинской техники

- ✓ Аптека.
- ✓ Торгово-производственная.
- ✓ Производственно-торговая.
- ✓ Торговая.

### 6. Организации особого типа

- ✗ Патологоанатомическое бюро.
- ✗ Лечебно-производственные мастерские.
- ✗ Лечебно-трудовой профилакторий.
- ✗ Протезно-ортопедический восстановительный центр.
- ✗ Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении.
- ✗ Служба судебно-медицинских экспертиз.
- ✗ База хранения медицинской техники и имущества.

#### **Номенклатура должностей служащих с высшим медицинским и фармацевтическим образованием**

- Руководители организаций здравоохранения.
- Руководители филиалов (больницы, поликлиники, родильного дома и др.) организаций здравоохранения.
- Руководители структурных подразделений организаций здравоохранения и их филиалов.
- Врачи-специалисты.
- Провизоры-специалисты.

### **9. Всемирная организация здравоохранения**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – World Health Organization – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций (ООН) – United Nations International (UNI).

ВОЗ была утверждена 7 апреля 1948 г. – день ратификации Устава государствами-членами ООН. *Георг Брок Чিশолм (G.Chisholm, 1896-1971, Канада)* был избран генеральным директором ВОЗ.

После Первой мировой войны была создана Организация здравоохранения Лиги Наций (ОЗЛН) с целью «принять все меры международного масштаба для предупреждения и борьбы с болезнями» (1923-1946). В период

---

между двумя войнами действовали 3 международные организации: ОЗЛН, МБОГ и Панамериканское санитарное бюро.

ВОЗ удалось стать единой международной организацией, регулирующей вопросы здравоохранения во всем мире. Главная цель ВОЗ – «достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья». В Уставе ВОЗ определено, что «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов».

На 1-ой сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения (высший орган ВОЗ) в Женеве (Швейцария, 24.06.1948 г.), были определены важнейшие задачи ВОЗ: борьба с малярией; борьба с туберкулезом; охрана здоровья матери и ребенка; борьба с венерическими болезнями; улучшение состояния питания населения и оздоровление окружающей среды.

Членами ВОЗ являются 193 государства. ВОЗ имеет децентрализованную структуру и объединяет 6 регионов: 1) Африканский (штаб-квартира в г. Браззавиль); 2) Американский (Вашингтон, США); 3) Восточного Средиземноморья (Александрия, Египет); 4) Европейский (Копенгаген, Дания); 5) Западной части Тихого Океана (Манила, Филиппины); 6) Юго-Восточной Азии (Нью-Дели, Индия). Под эгидой ВОЗ проводились массовые кампании по борьбе с социальными заболеваниями.

В 1950-е гг. борьба с фрамбезией в Африке и Азии позволила вылечить миллионы людей.

Следующим этапом стала борьба с туберкулезом. К 1960 г. в 64 странах было обследовано 265 млн. детей и подростков с помощью туберкулиновых проб, 160 млн. были вакцинированы БЦЖ.

Одним из опасных заболеваний считалась малярия. По оценкам специалистов, от этой болезни ежегодно умирало около 3 млн. человек. Кампании ВОЗ в 1950-1960-е гг. были направлены на уничтожение комаров рода анофелес посредством ДДТ и других инсектицидов.

Глобальная программа ликвидации малярии за 12 лет обеспечила защиту от болезни 1 млрд. человек. В 1970-е гг. заболеваемость выросла: устойчивость комаров и плазмодия к инсектицидам и ЛС, низкая выявляемость заболеваний, отсутствие организованных противоэпидемических мероприятий, недостаточность финансирования и др.

Выдающейся победой мировой медицины XX в. стала ликвидация натуральной оспы. Программа в глобальном масштабе была предложена в 1958 г. делегацией СССР на XI ассамблее ВОЗ. СССР выделил 1,5 млрд. доз оспенной вакцины и своих специалистов-медиков для работы в других странах. Благодаря отлаженной системе профилактических прививок в ряде стран болезнь была сведена к минимуму или совсем уничтожена. В

---

СССР натуральная оспа была ликвидирована еще в 1936 г., но заносилась из других стран (Афганистан, Индия). Последний раз занос натуральной оспы в СССР был зарегистрирован в 1960 г.

Но в развивающихся странах болезнь оставалась бесконтрольной. В 1966 г. было зарегистрировано 10-15 млн. случаев черной оспы, от которой умерло 2 млн. человек в 31 стране, *эндемичной* по оспе. В 1967 г. была утверждена специальная программа и намечен 10-летний срок для полной ликвидации натуральной оспы в мире. Цель была достигнута. Через 3 года после создания интенсивной широкомасштабной схемы надзора было официально объявлено об искоренении черной оспы. Стоимость кампании была оценена в 300 млн. дол. США. Для сравнения стоимость полета и высадки человека на Луну составила 24 млрд. дол.

Ежегодно ВОЗ проводит более 1500 проектов: национальные службы здравоохранения; борьба с инфекционными (в т.ч. ВИЧ/СПИД) и неинфекционными заболеваниями; подготовка и усовершенствование персонала; окружающая среда; охрана материнства и младенчества; санитарная статистика; фармакология и токсикология; рациональное использование ЛС; международный контроль за наркотиками и психотропными ЛС; реформы здравоохранения в странах с «переходной экономикой».

С 1950 г. ежегодно 7 апреля отмечается всемирный день здоровья (*World Health Day*):

- 2001 – «Психическое здоровье: Откажитесь от изоляции, окажите помощь» (*«Mental health: stop exclusion - dare to care»*).
- 2002 – «Движение – это здоровье» (*«Move for health»*).
- 2003 – «Формирование будущего для детей» (*«Healthy environments for children»*).
- 2004 – «Безопасность на дорогах» (*«Road safety»*).
- 2005 – «Не оставим без внимания ни одну мать, ни одного ребенка» (*«Make every mother and child count»*).
- 2006 – «Работа на благо здоровья – наше общее дело» (*«Working together for health»*).
- 2007 – «Инвестируя в здоровье, построим безопасное будущее» (*«Invest in health, build a safer future»*).
- 2008 – «Защитим здоровье от изменения климата» (*«Protecting health from climate change»*).
- 2009 – «Спасем жизни. Обеспечим безопасность больниц в чрезвычайных ситуациях» (*«Save lives. Make hospitals save in emergencies»*).
- 2010 – «Станьте участником глобального движения за более здоровые города» (*«Urban health matters»*).



---

---

## Лекция № 2. ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ. СТАТИСТИКА И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ МЕДИЦИНЫ, ФАРМАЦИИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### Учебные вопросы

1. Здоровье людей как большая социальная ценность.
2. Ведущие группы факторов, влияющие на состояние здоровья населения.
3. Статистика и ее методологические особенности.
4. Медицинская статистика.
5. Группы показателей для оценки состояния здоровья населения.
6. Организация статистического исследования состояния здоровья населения.
7. Статистическая совокупность и ее групповые свойства.
8. Вариационный ряд и его характеристика.
9. Относительные величины.
10. Динамический ряд и методика его анализа.
11. Графическое отображение статистических данных.
12. Средние величины.
13. Критерии, определяющие разнообразие признака в статистической совокупности.
14. Репрезентативность признака. Оценка достоверности результатов исследования.

### 1. Здоровье людей как большая социальная ценность

Здоровье людей – это большая социальная ценность. Она обусловлена прямым влиянием уровня здоровья на социально-экономический прогресс общества, ролью здоровья в формировании и развитии способностей каждой человеческой личности, а также возрастающими с течением времени экономическими затратами на предупреждение и лечение заболеваний. Как отметил в свое время немецкий философ Артур Шопенгауэр: "Девять десятых нашего счастья зависит от здоровья".

Главным стратегическим элементом развития общества является **человеческий капитал**.

**Человеческий капитал** – это совокупность знаний, умений, навыков, использующихся для удовлетворения многообразных потребностей человека и общества в целом. Центральным звеном в снижении потерь человеческого капитала и охране здоровья населения является **система**

**здравоохранения.** Она оценивает при этом действия других подсистем жизнеобеспечения.

**Здоровье людей – большая социальная ценность, обусловленная:**

1. прямым влиянием уровня здоровья на социально-экономический прогресс общества;
2. ролью здоровья в формировании и развитии способностей каждой человеческой личности;
3. нарастающими экономическими затратами на предупреждение и лечение заболеваний.

"Индивидуальное здоровье – состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов", – говорится в Уставе ВОЗ.

Известно более 30 определений понятия «здоровье». Приведем еще одно. Здоровье – это состояние полного социально-биологического и психологического благополучия, когда функции всех органов и систем организма человека уравновешены с природной и социальной средой и отсутствуют какие-либо заболевания, болезненные состояния и физические дефекты.

## **2. Ведущие группы факторов, влияющие на состояние здоровья населения**

В контексте излагаемой лекции напомним фрагмент предыдущей темы:

### **I. Социально-экономические факторы.**

1. Уровень развития производительных сил в обществе. К примеру, для развивающихся стран характерен эпидемический профиль заболеваемости, для экономически развитых стран – неэпидемический.
2. Характер производственных отношений.
3. Наличие законодательства по охране здоровья.
4. Уровень организации медицинской помощи.
5. Условия жизни: труд, быт, отдых, питание, миграционные процессы, уровень образования, культуры и т.д.
6. Образ жизни.

### **II. Природно-климатические факторы.**

1. Природные ресурсы.
2. Биоклиматический уровень.
3. Физико-географический уровень.

I и II группы можно объединить и определить как внешнюю среду.

По данным ВОЗ, предотвращая риск воздействия окружающей среды, можно спасти жизнь более 4 миллионов человек в год. До 24 % всех

---

болезней в мире развивается в результате воздействия окружающей среды, которое можно предупредить. Более 33 % болезней детей в возрасте до 5 лет вызвано воздействием окружающей среды.

### **III. Биологические факторы.**

1. Пол.
2. Возраст.
3. Конституция.
4. Наследственность.

### **IV. Психоэмоциональные факторы.**

1. Стрессоры.
2. Дистрессоры.

III и IV группы можно объединить и определить как внутреннюю среду.

Таким образом, мы определили, что здоровье людей зависит от воздействия сложного комплекса социальных и биологических факторов.

Проблема взаимоотношений социально-биологического в жизнедеятельности человека – коренная методологическая проблема современной медицины. От ее решения зависит толкование явлений природы и сущности здоровья и болезни, этиологии, патогенеза и других понятий в медицине и здравоохранении.

Социально-биологическая проблема предполагает выделение 3-х основных групп закономерностей.

1. Социальные закономерности с точки зрения их влияния на здоровье и заболеваемость людей, на изменение демографических процессов, на изменение типа патологии в различных социальных условиях;
2. Общие закономерности, проявляющиеся на молекулярно-биологическом, субклеточном и клеточном уровнях;
3. Специфические биологические и психические (психофизиологические) закономерности (высшая нервная деятельность, функционирование сигнальных систем и др.).

### **3. Статистика и ее методологические особенности**

В конце XVIII века вопросы санитарной статистики в России разрабатывали математик, физиолог и врач академик Д.Бернулли (1700-1782) и физик Л.Ю.Крафт (1743-1814), занимавшиеся «политической арифметикой». На рубеже XVIII и XIX вв. развитию санитарной статистики были посвящены работы С.Г.Зыбелина – первого профессора Московского университета из «прирожденных россиян» и Н.М.Максимовича-Амбодика. В первой половине XIX в. вопросы демографии и санитарной статистики

---

изучал П.П.Пелехин (1794-1871) – профессор судебной медицины и медицинской полиции в Петербургской медико-хирургической академии.

Большую роль в разработке и внедрении методов санитарной статистики в России играли научные общества (Общество испытателей природы и Физико-медицинское общество при Московском университете, Вольное экономическое общество к поощрению в России земледелия и домостроительства и др.).

Ведущим методом изучения здоровья населения является статистический метод исследования.

Статистика – наука, изучающая количественную сторону массовых социально-экономических явлений и процессов в неразрывном единстве с их качественной стороной в конкретных условиях места и времени. Математический же метод – абстрактный метод. Математический аппарат и компьютерная техника также применяются для обработки и анализа информации.

Каждому практику или исследователю, работающему над изучением медико-биологических, социологических и др. проблем, неизбежно приходится использовать разнообразные методы разработки, анализа или обобщения собранных цифровых материалов. Поэтому представляется важным знать, как правильно спланировать и определить объем намеченных исследований; как изучать динамику явления; как собрать и качественно обработать однородные цифровые величины, пригодные для сравнений, сопоставлений, измерения связи между явлениями и т.д.

Методологическими особенностями статистики являются:

1. Изучение массовости явления, т.е. достаточно большого количества наблюдений. Только в массовых явлениях выявляются те или иные объективные закономерности, т.к. в таких условиях случайные отклонения взаимопогашаются. В этих случаях необходимо уметь определить достаточное число наблюдений для получения достоверных результатов. К закономерностям, вскрываемым только в массовых явлениях, можно отнести ряд биологических, эпидемиологических, санитарно-гигиенических и др. изучаемых статистикой закономерностей. Почти всегда они выявляются только при наличии достаточно большого числа наблюдений. Это число может измеряться десятками тысяч, а иногда достаточно тысяч, сотен и даже десятков наблюдений. Для того, чтобы определить достаточность числа наблюдений и степень достоверности полученных приемов статистического исследования, требуется знание некоторых приемов математического анализа и умение применять соответствующие формулы.

2. Изучение качественно однородных явлений.

3. Изучение того или иного явления в динамике.

---

К статистической информации должны быть предъявлены следующие требования: качественная однородность, достоверность, полнота сведений, своевременность поступления материалов.

**Виды статистики:**

1. Медицинская (санитарная) статистика.
2. Сельскохозяйственная статистика.
3. Промышленная статистика.
4. Экономическая статистика и др.

Таким образом, для того, чтобы соответствовать современным запросам медицины, фармации и здравоохранения, каждый врач должен хорошо знать теоретические основы медицинской статистики, уметь правильно использовать статистические методы и оценивать накопленную информацию в различных областях своей деятельности. Заметим, что без медицинской информации невозможно управлять лечебно-диагностическим процессом и системой здравоохранения.

#### **4. Медицинская статистика**

**Медицинская статистика** является важнейшей частью общественного здоровья и здравоохранения и в то же время составляет одну из отраслей статистики общей.

К задачам медицинской статистики относятся:

- выявление особенностей состояния здоровья населения и факторов, определяющих его;
- изучение данных о сети, деятельности и кадрах лечебно-профилактических организаций, а также данных о результатах лечебно-оздоровительных мероприятий;
- применение методов медицинской статистики в социологических, экспериментальных, клинических, гигиенических и лабораторных исследованиях.

Статистический анализ позволяет обосновать ту или иную тактику врача в предупреждении или лечении заболеваний.

Медицинская статистика состоит из двух разделов. Она включает статистику здоровья населения и статистику здравоохранения.

Статистика здоровья населения используется для оценки и анализа состояния здоровья людей. При этом источниками информации являются отчеты организаций здравоохранения и органов статистики, а также данные профилактических осмотров.

Статистика здравоохранения используется для оценки и анализа деятельности медицинских организаций и их подразделений. При этом источниками информации являются отчеты организаций здравоохранения и ор-

---

ганов здравоохранения, материалы паспортизации организаций здравоохранения, а также отчеты органов статистики.

## **5. Группы показателей для оценки состояния здоровья населения**

Принято считать, что здоровье населения характеризуется следующими основными показателями:

**I. Медико-демографические показатели.** Здоровье населения обусловлено состоянием и динамикой демографических процессов.

1. Статика населения: плотность, размещение, социальный состав, состав по полу и возрасту, грамотность, образование, национальность, язык, культура.
2. Динамика населения подразделяется на механическую и естественную: механическая – эмиграция и иммиграция; естественная – рождаемость, смертность, естественный прирост.
3. Семейное состояние характеризуется коэффициентом брачности, разводов и средней продолжительностью брака.
4. Процессы воспроизводства населения характеризуются показателями суммарной плодовитости, брутто-коэффициентом и нетто-коэффициентом.
5. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни.
6. Смертность детского населения характеризуется показателями младенческой смертности, неонатальной смертности, постнеонатальной смертности, перинатальной смертности, структурой смертности, показателями смертности в зависимости от причины, характера заболеваемости и возрастного периода.

**II. Показатели заболеваемости и инвалидности.**

1. Первичная заболеваемость (собственно заболеваемость).
2. Общая заболеваемость (распространенность).
3. Накопленная заболеваемость.
4. Патологическая пораженность.
5. Индекс здоровья.
6. Летальность.
7. Травматизм.
8. Инвалидность.

**III. Показатели физического развития.** Физическое развитие населения определяется с помощью следующих данных.

1. Антропометрические – рост, масса тела, окружность грудной клетки, головы, плеча, предплечья, голени, бедра.
2. Физиометрические – жизненная емкость легких, мышечная сила кистей рук, становая сила.

3. Соматикоскопические – телосложение, развитие мускулатуры, степень упитанности, форма грудной клетки и ног, форма стопы, выраженность вторичных половых признаков.

Изучение и сравнение этих данных в различных общественно-экономических условиях позволяет не только судить об уровне общественного здоровья населения, но и вскрывать социальные условия и причины, оказывающие влияние на него.

Источниками информации о состоянии здоровья населения и здравоохранения является государственная учетность и отчетность (медицинская документация) и результаты комплексных социально-медицинских исследований (профосмотры, наблюдение, опрос, анкетирование, интервьюирование и т.д.).

## **6. Организация статистического исследования состояния здоровья населения**

Решение любой практической проблемы фактически предполагает проведение определенного исследования. Прежде, чем приступить к нему, необходимо иметь точное представление: что, когда, в каком объеме и при помощи каких методик предполагается изучать. Это требует от лица или коллектива, проводящего исследование, детального знакомства с изучаемой проблемой, т.к. незнание вопроса приведет к грубым ошибкам, а следовательно, к фиктивным выводам и обобщениям.

Независимо от характера исследования, каждое из них состоит из нескольких последовательно проводимых этапов: составление программы и плана исследования; регистрация и сбор материала; разработка и сводка данных (контроль, шифровка, группировка, вычисление показателей, графическое отображение); анализ полученных данных и выводы.

Планирование исследования начинается с установления цели, разработки рабочей гипотезы и постановки задач, которые определяют в дальнейшем программу разработки материала и схему анализа будущих результатов.

**I этап – составление программы и плана статистического исследования.** Программа тесно связана с целью исследования и определяется характером объекта наблюдения. Она должна содержать лишь существенные для исследователя вопросы. Нужно избегать лишних вопросов, затрудняющих регистрацию.

Программа статистического исследования включает, прежде всего, выбор единицы наблюдения. Единица наблюдения – основной признак изучаемого явления. Из них складывается, в итоге, статистическая сово-

---

купность. К примеру, в статистическом талоне амбулаторного пациента единицей наблюдения будет уточненный диагноз.

Следующим важным компонентом программы является определение учетных признаков. Они дополняют, расшифровывают единицу наблюдения. Это данные о каждой единице наблюдения. К примеру, в статистическом талоне амбулаторного пациента – пол, возраст и т.д.

Программа предусматривает также разработку образца первичного статистического документа (бланк, карта), если нет специально разработанной и утвержденной формы. Разработка первичного учетного документа требует от составителя его детальной осведомленности об изучаемой проблеме. Он должен содержать паспортную часть, четко сформулированные, поставленные в определенном порядке вопросы программы, дату заполнения и др. Учетный документ может иметь форму списка, журнала, статистического бланка или карточки, опросного листа, анкеты или протокола.

Исключительное значение имеет выбор правильных группировок. Под статистической группировкой понимают выбор (определение) групп по учетным признакам. Группировка признаков создается с целью выделения качественно однородных групп для изучения тех или иных закономерностей явления. Таким образом, группировка признаков является необходимым условием для изучения того или иного объекта исследования.

Различают два вида группировок: вариационная группировка – группировка на основании количественных признаков, имеющих числовое выражение (пример: распределение лечебных учреждений по числу коек) и типологическая – группировка на основании атрибутивных, качественных признаков, которые могут быть выражены словесно, описательно (пример: при изучении заболеваемости населения можно выделить из общей совокупности отдельные нозологические формы болезней, а последние в свою очередь распределить по полу и профессии).

Обобщение единичных случаев, полученных в результате статистического наблюдения, в определенные качественно однородные группы, заключенные в таблицах, в статистике называют сводкой. С этой целью составляют макеты статистических таблиц. Группировка материалов в таблицах должна проводиться так, чтобы в них выделялись статистическое подлежащее (основной признак) и статистическое сказуемое (учетные признаки). Все таблицы можно разделить на простые и сложные, а сложные таблицы бывают групповые и комбинационные. В простой таблице статистический материал группируется по одному какому-то признаку. Простая таблица дает представление о перечне каких-то явлений по одному при-



---

знаку (наименование заболеваний), подвергнутому статистическому наблюдению.

В каждой статистической таблице различают статистическое подлежащее и статистическое сказуемое. Данные о статистическом подлежащем в таблице обычно располагаются слева по вертикали. Статистическое подлежащее характеризует основной признак изучаемого явления, т.е. единицу наблюдения. Данные о статистическом сказуемом располагаются всегда в таблице справа по горизонтали. Статистическое сказуемое содержит данные, характеризующие статистическое подлежащее, т.е. учетные те или иные признаки о каждой единице наблюдения. В групповой таблице данные подлежащего и сказуемого находятся во взаимосвязи, но между учетными признаками взаимосвязь отсутствует, а поэтому каждый учетный признак характеризует подлежащее самостоятельно. Групповая таблица позволяет получить сводку материала по паре признаков, один из которых находится в подлежащем, другой – в сказуемом.

В комбинационной таблице между учетными признаками имеется взаимосвязь. Поэтому она является наиболее совершенной формой табличной статистической сводки, имеется возможность изучения данной совокупности статистического подлежащего по взаимосвязи с учетными признаками. Комбинационная таблица позволяет получить сводку материала в сочетании 3-х и более признаков. Комбинационные таблицы являются аналитическими, т.к. они дают возможность глубже рассмотреть явление, установить взаимосвязь между отдельными признаками.

Необходимо иметь также представление о составных частях макетов таблиц. Каждая статистическая таблица должна иметь краткое и четкое название с указанием единицы измерения. Четко и ясно должны быть сформулированы статистическое подлежащее и статистическое сказуемое. Необходимо подвести итоги по горизонталям (строки) и вертикалям (графам). Графы и строки должны быть названы.

План статистического исследования включает следующие элементы: постановка цели, выбор объекта исследования, определение места или территории, где будут проводиться исследования, установление сроков проведения работы, определение сил (кадров), с помощью которых будет проводиться исследование, определение лиц, которые будут осуществлять организационное и методическое руководство, установление охвата наблюдения, определение путей формирования объекта исследования (статистической совокупности).

По степени охвата наблюдением различают сплошной и выборочный виды статистического исследования. При сплошном наблюдении в разработку включаются все единицы наблюдения, т.е. явление в целом.

Примером может служить изучение инфекционной заболеваемости. При выборочном наблюдении в разработку включается часть статистической совокупности. К примеру, при изучении общей заболеваемости учитывается каждый 5, 10 случай и т.д.

По времени наблюдения различают единовременное и текущее наблюдение. Единовременное наблюдение – наблюдение на определенный момент времени. Примеры: перепись населения, единовременный учет лечебно-профилактических организаций, врачей, коек и т.д. Текущее наблюдение – непрерывное наблюдение, производимое в течение определенного периода, месяца, полугода, года и пр. К примеру: регистрация заболеваемости, смертности, рождаемости и т.д.

К основным компонентам выборочного наблюдения относят: расчет объема выборочной совокупности ( $n$ ); способы специального отбора необходимой части единиц из генеральной совокупности (случайный, механический, типологический, серийный, парно-сопряженный) и оценку репрезентативности выборочных параметров.

В статистике применяются следующие способы для получения информации: способ непосредственной регистрации (пример: запись данных проб, анализов); выкопировка сведений; анамнестический способ (анкетный метод и метод опроса).

**II этап – регистрация и сбор статистического материала.** Осуществляется посредством официальных первичных учетных документов. К примеру, при изучении инфекционной заболеваемости - экстренное извещение об острозаразном больном, пищевом остром или профессиональном отравлении. При отсутствии утвержденных государственными органами статистических форм для сбора информации используются специально разработанные карты, бланки, анкеты и т.д.

Программа сбора данных представляет собой перечень признаков, характеризующих каждую единицу наблюдения и подлежащих регистрации.

**III этап – разработка и сводка данных.** Программа разработки (сводки) представляет собой разработочные таблицы (макеты) и включает: проверку (контроль); шифровку статистического материала (кодирование); раскладку карт по группам для подсчета; составление сводки (заполнение таблиц); вычисление статистических критериев; графическое изображение; литературное оформление полученных данных; статистический анализ.

**При анализе материала на IV этапе** проводится более глубокое изучение всех взаимодействующих факторов, выявление основных влияющих причин, исключение случайных явлений и т.д. Осуществляет-

---

ся осмысливание, сравнение, обсуждение, заключение, выводы, разработка мероприятий и их внедрение. Для этого применяются различные приемы и методы математической статистики: корреляция, стандартизация, оценка достоверности полученных материалов, анализ динамики явлений и др. Заканчивается исследование оформлением результатов анализа.

### **7. Статистическая совокупность и ее групповые свойства**

Применение статистического метода и с практической и с научной целью требует умелого подхода к выбору объекта исследования, так называемой статистической совокупности. Статистической совокупностью называют группу, состоящую из множества относительно однородных элементов, взятых вместе в известных границах времени и пространства. Выбор объекта исследования, т.е. статистической совокупности определяется целью работы. К примеру. Для оценки и анализа состояния здоровья населения г. Витебска необходимо в качестве статистической совокупности определить все население города. Если мы изучаем здоровье студентов 4 курса, то статистической совокупностью будут являться все студенты 4 курса. Если же – летальность в стационарном отделении, то пациентов данного отделения в известных границах времени.

Каждый первичный элемент, из которых состоит статистическая совокупность, наделенный признаками сходства, называется единицей наблюдения (счетной единицей). Это фактически основной признак изучаемого явления. Число единиц наблюдения в совокупности определяет объем исследования и обозначается буквой "n". Признаки, по которым различаются элементы статистической совокупности, называют учетными признаками. Признаки сходства в элементах статистической совокупности служат основанием для объединения этих элементов, а признаки различия служат предметом их анализа.

По характеру учетные признаки делятся на атрибутивные (описательного характера, выраженные словесно) и количественные (выраженные числом). Пример: атрибутивными признаками будут являться пол, профессия, нозологическая форма болезни; количественными - рост, масса тела, число дней лечения.

Исследователем должна быть выявлена роль каждого признака во взаимосвязях изучаемого явления. Для этого следует различать факторные и результативные признаки. Факторными называются такие признаки, под влиянием которых изменяются другие, зависящие от них результативные признаки. Пример: характер методов профилактики и лечения, возраст, образование, профессия - факторные признаки; заболевание (диагноз), его исход – результативные.

---

Каждая статистическая совокупность может рассматриваться как генеральная или как выборочная совокупность. Генеральная совокупность состоит из всех единиц, которые только могут быть к ней отнесены. Определение генеральной совокупности зависит от цели исследования. Пример: если целью поставлено изучить состояние здоровья населения N-го города, то генеральной совокупностью будет являться численность его жителей; если целью исследования поставлено изучение заболеваемости ишемической болезнью сердца, то генеральной совокупностью будет являться число этих пациентов на земном шаре.

Основной разновидностью формирования генеральной совокупности является метод направленного отбора. Он применяется для того, чтобы углубленно исследовать взаимосвязь менее изученных признаков при исключении признаков, влияние которых известно. Пример: изучение влияния характера питания и условий труда на состояние сердечно-сосудистой системы у лиц одного возраста и пола. Разновидностью же направленного сплошного отбора является когортный метод. Когортой называют статистическую совокупность, которая состоит из относительно однородных элементов, объединенных наступлением определенного признака в один и тот же интервал времени и прослеженного в нем. Пример: для определения численности детей в семье за определенный интервал супружеской жизни исследуется когорта лиц, имеющих единый срок вступления в брак.

В связи с невозможностью, а также часто и с нецелесообразностью или трудностью углубленного анализа всех без исключения единиц наблюдения, составляющих генеральную совокупность, исследование ограничивают выборочной совокупностью. Выборочная совокупность – часть генеральной совокупности, отобранная специальным выборочным методом. На основе анализа выборочной совокупности можно получить достаточно полное представление о закономерностях, присущих всей генеральной совокупности. Особенностью выборочной совокупности является ее репрезентативность – представительность всех составляющих ее признаков по отношению к признакам генеральной совокупности.

Для обеспечения репрезентативности выборочной совокупности к ней предъявляются два требования: она должна быть максимально похожей на генеральную совокупность, т.е. быть типичной и она должна быть достаточной по объему (числу наблюдений).

Теоретической основой всей статистики является математический закон больших чисел. Он формируется следующим образом: по мере увеличения числа наблюдений в выборочной совокупности результаты ее исследования стремятся воспроизвести данные генеральной совокупности, а

при достижении определенного числа наблюдений в выборочной совокупности результаты исследования будут максимально приближены к данным генеральной совокупности.

Статистическая совокупность как группа основных изучаемых признаков обладает особыми групповыми свойствами. К ним относятся: распределение признака в статистической совокупности, средний уровень признака в статистической совокупности, разнообразие признака в статистической совокупности, репрезентативность признака в статистической совокупности и взаимосвязь (корреляция) между группами.

### 8. Вариационный ряд и его характеристика

Вариационный ряд – ряд величин, расположенных последовательно через определенные числовые промежутки в возрастающей или убывающей степени. Различают простой и сгруппированный виды вариационных рядов. К составным элементам вариационного ряда относится числовое значение варианты и частота, с которой встречается каждая варианта.

Каждая величина количественного признака называется вариантой и обозначается буквой X. Варианта – числовое выражение данного признака.

Вариационный ряд обычно группируют, т.к. чаще всего он бывает длинный. Для этого надо определить количество групп, определить число интервалов в ряду, величину интервала, границы и середину групп. Если число наблюдений до 30, то группировать ряд не рекомендуется; при числе наблюдений до 45 рекомендуется создавать 6-7 гр.; 45-100 – 8-10 гр.; до 200 – 11-12 гр.; 200-500 – 15-17 гр.

Интервал рассчитывается по формуле:

$$i = \frac{X_{\max} - X_{\min}}{\text{количество групп}}$$

Основными параметрами вариационного ряда являются: средняя величина, среднее квадратическое отклонение, амплитуда ряда и средняя ошибка средней величины.

x – варианта – числовое значение изучаемого признака;

P – частота повторения варианты;

n – общее число случаев наблюдений (объем исследования) =  $\sum P$

$\sum$  – знак суммирования.

## 9. Относительные величины

Абсолютные числа, сгруппированные в таблицах, имеют определенные значения. Они применяются для характеристики численности населения городов, для сравнения редко встречающихся явлений по регионам, в динамике и т.д. Однако, они не характеризуют в полной мере явление или процесс и во многих случаях непригодны для оценки явления. Так, например, если в районе обслуживания городской больницы в 2013 г. умерло 720 человек, а в 2014 г. – 740, то по этим абсолютным числам еще нельзя сделать заключения о росте смертности в 2014 г. Если, предположим, что в 2013 г. в районе обслуживания городской больницы проживало 100 000 жителей, а в 2014 г. – 110 000, то на каждые 1 000 жителей в 2013 г. приходилось 7,2 умерших, а в 2014 г. – 6,7, т.е. при абсолютном росте числа умерших показатель смертности снизился.

К относительным величинам относятся: интенсивные и экстенсивные показатели, а также показатели наглядности и соотношения.

Показатели интенсивности отражают уровень, распространенность или частоту явления. Они характеризуют отношение между двумя самостоятельными совокупностями (примеры: заболеваемость, рождаемость, смертность, летальность и др.). Большинство интенсивных показателей вычисляется к основанию 1 000, 10 000, 100 000 и выражены в промилле (‰), продецимилле (‱), просантимилле (‱) и т.д.

Для графического изображения интенсивных показателей используются столбиковые и линейные диаграммы, картограммы и картодиаграммы.

Экстенсивные показатели характеризуют отношение части к целому, или долю части в целом, структуру или распределение явления внутри одной совокупности. Выражается экстенсивный показатель обычно в %. Принцип вычисления: целое (все явление) принимается за 100, а часть определяется как искомое. Во избежание ошибок при интерпретации показателей экстенсивности следует помнить, что показатель экстенсивности характеризует только структуру совокупности и не может характеризовать уровень или распространенность явления. Экстенсивные показатели графически могут быть изображены секторной или внутрискладчатой диаграммами, а также картограммой.

Показатель наглядности – наглядно представляет соотношение показателей в динамике. С этой целью одну из сравниваемых однородных величин принимают за 100, а все остальные представляют в виде отношения к данной, принятой за 100 величине. Для расчета показателей наглядности можно использовать интенсивные показатели, показатели соотношения, средние величины и абсолютные числа.

Показатель соотношения – отношение 2-х самостоятельных независимых совокупностей, т.е. отношение изучаемого явления к какой-то величине, принятой за соизмеритель. Примеры: показатели обеспеченности населения койками, врачами и др. Рассчитывается обычно на 10 000 населения.

Из названных видов относительных величин для сравнения явления в динамике можно использовать интенсивные величины, показатели соотношения и наглядности.

### **10. Динамический ряд и методика его анализа**

Динамический ряд – ряд, состоящий из однородных величин и показывающий изменение явления в последовательные периоды времени. Он показывает динамику изучаемого показателя на определенной территории. Его называют также хронологическим. Таким образом, динамические ряды используются для анализа динамических изменений оценки тенденции развития явления.

Ряды могут быть простыми и сложными. В простых рядах уровни ряда (числа, составляющие динамический ряд) представлены абсолютными величинами. Различают виды простых рядов: интервальный и моментный. Интервальный ряд состоит из последовательного ряда чисел (уровней), характеризующих изменения явления за определенный период (интервал времени). Моментный ряд состоит из величин, определяющих размеры явления не за какой-либо отрезок времени, а на определенную дату – момент. Ряд, состоящий из относительных величин, называется сложным.

Для анализа динамического ряда используется: абсолютный уровень ряда – величины динамического ряда, из которых состоит динамический ряд; это размер явления на определенный момент или интервал времени; абсолютный прирост или убыль ряда – разность между последующим уровнем динамического ряда и предыдущим; темп роста или снижения - отношение каждого последующего уровня динамического ряда к предыдущему, выраженное в %; темп прироста или убыли, т.е. отношение абсолютного прироста к предыдущему уровню динамического ряда, выраженное в %; абсолютное значение 1 % прироста или убыли - отношение абсолютного прироста к темпу прироста; показатель наглядности.

К основным методам выравнивания динамического ряда относят: укрупнение ряда - суммирование данных за ряд соседних периодов; расчет групповой средней – определение средней величины каждого укрупненного периода; расчет скользящей средней – замена каждого уровня ряда

---

на среднюю из данного уровня и двух соседних с ними; определение среднего абсолютного прироста – вычитание из каждого последующего уровня первого значения и деления на число прироста (на единицу меньше); применение способа наименьших квадратов.

### **11. Графическое отображение статистических данных**

Для графического изображения динамики показателей можно использовать линейные и столбиковые диаграммы.

Для облегчения анализа статистических данных и наиболее наглядного их изображения используется графическое отображение в виде диаграмм, картограмм и картодиаграмм. При их построении необходимо соблюдать следующие требования: правильный выбор адекватного вида, наличие полного названия, соблюдение масштабности, наличие условных обозначений.

Диаграммы бывают линейные, плоскостные и объемные. В линейных диаграммах численные данные изображаются в виде линий: прямых, кривых и ломаных. Применяется для иллюстрации частоты явления, изменяющегося во времени. Плоскостные диаграммы изображаются в виде геометрических фигур: прямоугольников, столбиков. Наиболее распространены столбиковые и секторные диаграммы. Столбиковая диаграмма применяется для иллюстрации частоты явления: однородных, но не связанных показателей. Секторная или круговая - применяется для изображения распределения явления на составные его части.

Объемные диаграммы (пространственные, фигурные диаграммы - стерео-граммы) изображаются геометрическими телами, имеющими три измерения (шар, куб, призма и т.д.). Способ изображения заключается в том, что количество фигур одинакового размера соответствует определенному условному числу явлений, изображаемых на диаграмме.

Картограмма – особая географическая карта, на которой отдельные территории заштрихованы с различной интенсивностью соответственно уровню интенсивного показателя. Картодиаграмма представляет собой сочетание географической карты с диаграммой, чаще всего столбиковой.

### **12. Средние величины**

В социально-гигиенических, клинических и экспериментальных исследованиях часто прибегают к получению обобщающей характеристики количественных признаков путем вычисления средних величин и их параметров. Средние величины в практике здравоохранения применяются для характеристики работы врачей, провизоров, медицинских и аптечных учреждений, для определения медико-физиологических показателей орга-



низма, для характеристики физического развития и т.д. Многие показатели (АД, РС и др.) сравниваются со средними величинами.

Напомним, что непременным условием при работе со средними величинами является качественная однородность совокупности, для которой получается среднее, а также достаточное число наблюдений и рассмотрение явления в динамике.

Средняя величина - величина, полученная из качественно однородных переменных величин. Это обобщенная числовая характеристика данной совокупности.

При изучении медико-биологических данных применяются следующие виды средних величин:

$\bar{X}$  – средняя арифметическая;

$M_o$  – мода - варианта с наибольшей частотой;

$A$  – условная средняя арифметическая величина - варианта с наибольшей частотой (она наиболее близка к средней).

$M_e$  – медиана – величина признака, занимающая срединное значение. Она делит вариационный ряд на две равные части.

Параметрические величины - вычисляются. Непараметрические величины - не вычисляются.

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$
 Простая средняя арифметическая величина – величина, которая вычисляется на основании ряда чисел, каждое из которых встречается только один раз.

$$\bar{X} = \frac{\sum X \times P}{n}$$
 Средняя арифметическая взвешенная величина – величина, которая вычисляется на основании вариационного ряда, отдельные варианты которого встречаются по несколько раз. Для ее вычисления необходимо знать числовое значение варианты, ее частоту и число

Расчет средней арифметической величины по способу моментов применяется тогда, когда варианты выражены многозначными числами и совокупность состоит из большого числа наблюдений.

Средняя арифметическая величина обладает рядом свойств:

- I. В строго симметричном вариационном ряду средняя арифметическая  $\bar{X} = M_o = M_e$ .
- II. Средняя арифметическая имеет абстрактный характер и выявляет основные закономерности.

III. Сумма отклонений всех вариантов от истинной средней арифметической равна нулю.

### 13. Критерии, определяющие разнообразие признака в статистической совокупности

1. Лимит (lim) определяется крайними значениями вариантов в вариационном ряду:  $\text{lim} = X_{\max} \div X_{\min}$
2. Амплитуда ( $A_m$ ) – разность крайних вариантов.
3. Среднее квадратическое отклонение ( $\sigma$ ).
4. Коэффициент вариации ( $C_v$ ).

Могут быть случаи, когда вычисленная средняя будет настолько отклоняться от отдельных вариантов, что она не будет для вариационного ряда типичной. Для характеристики степени рассеянности или колеблемости вариационного ряда применяется  $\sigma$ . Она является условным отклонением от его средней арифметической величины.

$$\pm \sigma = \sqrt{\frac{\sum a^2 P}{n} - \left(\frac{\sum a P}{n}\right)^2} \quad \text{– Формула для исчисления общей } \sigma \text{ или среднего квадратического отклонения по способу моментов.}$$

Теорией статистики доказано, что при нормальном распределении в пределах  $X \pm 1 \sigma$  находится 68 % всех вариантов. В пределах  $X \pm 2 \sigma$  расположено 95,5 % всех вариантов. А в пределах  $X \pm 3 \sigma$  - 99,7 % всех случаев. Средняя арифметическая является типичной, если 95 % всех вариантов находится в пределах  $X \pm 2 \sigma$ .

Сигма ( $\sigma$ ) имеет определенное назначение. По ней мы судим о типичности средней, определяем характер вариационного ряда, используем  $\sigma$  при расчете коэффициента вариации и ошибки средней величины, сигма ( $\sigma$ ) применяется для индивидуальной оценки физического развития. Педиатры, к примеру, определяют сколько  $\sigma$  характеризует отклонение от стандарта

$$t = \frac{X - A}{\sigma} \quad X - \text{рост}$$

Если отклонение меньше 2, то нормальный рост, при  $\sigma$  более или равно 2 – выше или ниже нормы. По  $\sigma$  судим о норме и патологии в клинике.

При сопоставлении  $\sigma$  нельзя забывать, что ее величина зависит от среднего размера самого признака. Коэффициент вариации применяется

для сравнения степени разнообразия признака в группах, имеющих разную размерность. Для сопоставления степени разнообразия признаков разной размерности в одной группе.

$$C_v = \frac{\sigma}{X} \times 100$$

Для вычисления коэффициента вариации знать среднюю арифметическую величину и среднее квадратическое отклонение.

$$\pm m = \frac{V}{\sqrt{2n}} \quad \text{Формула для исчисления ошибки коэффициента вариации.}$$

Градация коэффициента вариации: более 20 % - разнообразие сильное; 20-10 % - среднее разнообразие; менее 10 % - слабое разнообразие.

#### **14. Репрезентативность признака. Оценка достоверности результатов исследования**

В большинстве медицинских исследований мы имеем дело с частью изучаемого явления, а выводы по результатам такого исследования переносим на все явление в целом – на генеральную совокупность.

Свойство совокупности, выраженное в репрезентативности ее признаков, означает способность признаков выборочной совокупности отражать особенности признаков генеральной совокупности. В таком случае мы говорим, что получены достоверные результаты. Оценка достоверности результатов статистического исследования проводится для определения достоверности различий между двумя средними величинами, для оценки различий между числовыми характеристиками генеральной и выборочной совокупности, а также данной и аналогичных выборочных совокупностей. Таким образом, оценка достоверности необходима для того, чтобы по части явления можно было бы судить о явлении в целом и его закономерностях.

Оценка достоверности результатов исследования предусматривает определение нижеследующих критериев репрезентативности.

1. Ошибка репрезентативности -  $m$ .
2. Доверительные границы средних (или относительных) величин в генеральной совокупности ( $tm$ ).

3. Достоверность разности средних (или относительных) величин (по критерию  $t$ ).

4. Достоверность различия сравниваемых групп (по критерию  $\chi^2$ ).

По величине ошибки репрезентативности определяют насколько результаты, полученные при выборочном наблюдении, отличаются от результатов, которые могли бы быть получены при проведении сплошного исследования всех элементов генеральной совокупности.

Средняя арифметическая или относительная величина должна быть представлена со своей ошибкой репрезентативности.

$m_x = \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$  – Формула для исчисления средней ошибки средней арифметической, используемой для определения доверительных границ средних величин, оценки достоверности средней величины и различий средних величин в 2-х и более группах наблюдений. Для ее определения необходимо иметь интенсивный и экстенсивный показатели, а также число наблюдений.

$m_p = \sqrt{\frac{Pq}{n}}$  – Формула для исчисления ошибки относительной величины, используемой в тех же целях по отношению к относительным величинам. Для ее определения необходимо иметь число наблюдений и среднее квадратическое отклонение.

Ошибка характеризует: достоверность средней арифметической; свидетельствует об однородности материала, его насыщенности и качестве проведенных исследований.

Для определения размеров средней или относительной величины в генеральной совокупности (генеральных параметров) используют метод определения доверительных границ. Разность долей в выборочной  $P$  и генеральной совокупности  $p$  обозначалась буквой  $\Delta$  (дельта) и называется доверительным интервалом -  $tm$ . Различие этих долей заметно уменьшается с увеличением объема выборки.

$\bar{X} = \bar{X} \pm tm_x$  – формула для определения доверительных границ средней арифметической величины в генеральной совокупности.

$P = P \pm tm_p$  – формула для определения доверительных границ относительной величины в генеральной совокупности.

Для большинства медико-биологических и социальных исследований достоверными считаются доверительные границы, установленные при вероятности безошибочного прогноза  $P = 95\%$  и более.

$t$  – доверительный коэффициент, который показывает во сколько раз следует увеличить ошибку, чтобы с желаемой степенью вероятности утверждать, что средний результат будет колебаться в данных пределах.

$tm = \Delta$  – доверительный интервал показывает в каких пределах колеблется средний результат с определенной степенью вероятности.

$$\begin{array}{ll} \overline{X} \pm 1\sigma = 68\% & \overline{X} \pm m = 68\% \\ \overline{X} \pm 2\sigma = 95\% & \overline{X} \pm 2m = 95\% \\ \overline{X} \pm 3\sigma = 99\% & \overline{X} \pm 3m = 99\% \end{array}$$

Часто в практике научных исследований приходится решать вопрос, является ли различие показателей (средних или относительных величин) существенным, обусловленным действием определенных факторов (например, заболеваемость и условия труда) или вызваны случайными колебаниями. В таких случаях проводят оценку достоверности разности средних (или относительных) величин. При числе наблюдений более 30 достоверность разницы средних величин определяется путем расчета критерия по формуле:

$$t_m = \frac{\overline{X}_1 - \overline{X}_2}{\sqrt{m^2 + m^2}} \quad m_x = \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

$\overline{X}_1 - \overline{X}_2$  – разность сравниваемых величин,

$\sqrt{m^2 + m^2}$  – ошибка разности,

Достоверность разницы относительных показателей ( $t$ ) определяется также по аналогической формуле:

$$t_p = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m^2 + m^2}}$$

Напомним, что ошибки относительного показателя определяется по формуле:

---

---

$$m_p = \sqrt{\frac{P \times q}{n}}$$

Полученный критерий  $t$  оценивается по таблице значений. Таблица Стьюдента используется для определения доверительных границ средней и относительной величин при малом числе наблюдений, а также достоверности разности различий средних и относительных величин при малом числе наблюдений в сравниваемых совокупностях. Если  $t \geq 2$ , то разность следует считать достоверной, т.е. она соответствует вероятности  $P$  безошибочного прогноза, равной 95 % и более ( $P = 95 \%$ ). Если  $t < 2$ , то разность не достоверна ( $P < 95 \%$ ). Это означает, что для выводов о достоверности разности недостаточно проведенного числа наблюдений.

$$\bar{X}_1 - \bar{X}_2 \geq 2 \sqrt{m^2 + m^2}$$

Разница между средними величинами считается статистически достоверной, если она превышает или хотя бы равна двум корням квадратным из суммы квадратов ошибок этих средних величин. Величина "t" обозначает коэффициент, показывающий с какой вероятностью можно гарантировать, что исчисленные из выборочной совокупности размеры будут не больше действительной разности величин, которые были бы получены при сплошном исследовании.

---

## Лекция № 3. ДЕМОГРАФИЯ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

### Учебные вопросы

1. Определение понятия "демография".
2. Современные тенденции медико-демографических процессов.
3. Методика изучения численности населения и его состава.
4. Типы возрастных структур населения.
5. Проблема старения населения.
6. Методики изучения механического движения населения.
7. Методики изучения естественного движения населения.
8. Процессы воспроизводства населения в различных странах мира.
9. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении.
10. Показатели, характеризующие смертность детского населения.
11. Младенческая смертность и ее причины.
12. Перинатальная смертность и ее причины.
13. Повозрастная смертность.

### 1. Определение понятия "демография"

Из истории известно, что Джон Граунт (Graunt, John, 1620-1674) был одним из основоположников демографической статистики (от *греч.* *demos* – народ и *grapho* – пишу; *лат.* *status* – состояние, положение). Он впервые дал анализ таблиц смертности. Его перу принадлежит книга «Естественные и политические наблюдения над записями умерших, главным образом по их отношению к управлению, религии, профессии, росту населения, воздуху, болезням и т.д. города Лондона». Дж. Граунт установил статистические закономерности смертности населения в связи с возрастом, полом, образом жизни и некоторыми заболеваниями.

В начале демографическая статистика называлась политической арифметикой. Это понятие ввел Уильям Петти (Petty, William, 1623-1687) – английский врач армии Кромвеля. У. Петти анализировал количество врачей, число и состояние больниц и приютов, влияние эпидемий на сокращение численности населения, зависимость заболеваемости и смертности работающих от их профессиональных занятий.

В 1761 г. М.В. Ломоносов в своем труде «О размножении и сохранении российского народа» в результате глубокого научного исследования смертности новорожденных показал, какой ущерб наносит России высокая детская смертность. Он обращал внимание на недостаточное число лекарей и аптек, плохую помощь при родах, осуждал обычаи крестить детей в холодной воде, говорил о вреде «обжорства и пьянства» во время религи-

---

озных праздников и т.д., исходя из своего анализа, ставил конкретные задачи, направленные на развитие медицинского дела в России (подготовка достаточного числа врачей и повивальных бабок из «прирожденных россиян», создание учебника о повивальном искусстве, организация борьбы с «морскими поветриями», учреждение богаделен и приютов для младенцев, искоренение вредных привычек, улучшение труда «рабочих» людей).

Демография – наука о населении в его общественном развитии. Она изучает численность и состав населения (статика), а также естественное и механическое движение населения (динамика).

Данные демографической статистики населения необходимы:

- для характеристики состояния здоровья населения;
- для анализа социально-экономического развития;
- для характеристики сети лечебно-профилактических организаций (ЛПО);
- для планирования, финансирования и экономики здравоохранения;
- для определения мощности и размещения больниц, поликлиник, роддомов, женских консультаций, центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, детских садов и т.д.;
- для подготовки медицинских кадров;
- для разработки оздоровительных мероприятий.

## **2. Современные тенденции медико-демографических процессов**

1. Увеличение городского населения (урбанизация).
2. Старение населения.
3. Тенденции к увеличению уровня рождаемости.
4. Сдвиг повозрастных показателей рождаемости в более молодые возрасты.
5. Стабилизация уровня смертности и тенденция его снижения.
6. Увеличение средней продолжительности предстоящей жизни при рождении.
7. Замедление темпа убыли населения.

## **3. Методика изучения численности населения и его состава**

### **Направления статистического изучения народонаселения:**

- ✓ Статика населения
- ✓ Семейное состояние
- ✓ Динамика населения

**Статика населения** – численный состав населения на определенный (критический) момент времени.



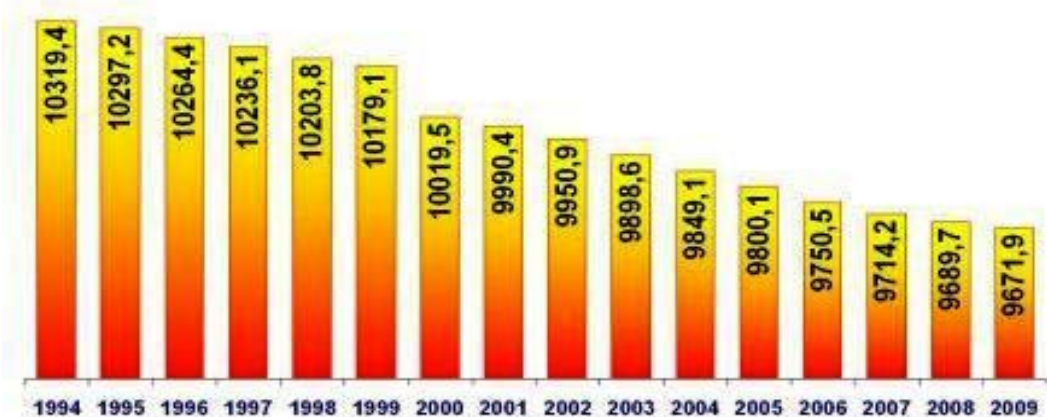
### Состав населения изучается по ряду основных признаков:

- пол,
- возраст,
- социальные группы,
- профессия,
- занятие,
- семейное положение,
- национальность,
- язык,
- культурный уровень,
- грамотность,
- образование,
- место жительства,
- географическое размещение
- плотность населения.

### Виды источников первичной демографической информации:

- переписи населения;
- текущий учет демографических событий;
- специальные выборочные обследования;
- списки и регистры населения.

Источником изучения численности, состава и территориального размещения населения являются переписи населения. Переписи принято проводить через каждые 10 лет. На основании данных переписи Министерство статистики и анализа разрабатывает состав (распределение) населения по определенным признакам: по полу, возрасту, национальности, языку, образованию, состоянию в браке и источнику средств существования. Это фактически признаки, характеризующие статику населения.



Динамика численности населения Республики Беларусь на начало 2009 года (тыс. человек)

---

Население Земли составляет 7 миллиардов человек.

Ученые подсчитали, что в ближайшие 40 лет 97 % прироста населения Земли состоится в Азии, Африке, Латинской Америке и странах Карибского бассейна. По прогнозу исследователей к 2050 году Индия обгонит Китай по численности населения, а количество обитателей африканского континента к середине нынешнего века удвоится. Сейчас наибольшая рождаемость наблюдается в Нигере – на одну женщину здесь в среднем приходится 7 детей.

**Возрастная структура населения планеты:**

- 28 % составляют дети;
- 18 % – молодежь;
- 44 % – лица основного трудоспособного возраста;
- 10 % – пожилые люди.

В развитых государствах состав населения значительно отличается от средних мировых показателей. В них пожилые люди составляют 21 %, а дети – 17 %.

Плотность населения – количество населения, приходящееся на 1 км<sup>2</sup> территории.

Размещение населения. За последние 60 лет городское население возросло более чем в 5 раз. Высший уровень урбанизации достигнут в Великобритании (80 %), США (74 %), Японии (74 %), в Бразилии – 68 %. То есть в мире существует проблема урбанизации. Урбан в переводе означает город. Процентная доля городского населения возрастает за счет миграции населения в город и переименования сельских населенных пунктов в город. Возникают сверхгорода.

Состав населения. Социальная структура населения, т.е. доля рабочих, крестьян и служащих также постоянно меняется.

Грамотность и образование. В настоящее время каждый 4-й, занятый в народном хозяйстве, имеет высшее или среднее специальное образование.

Половой состав. Половая структура населения определяется пропорцией мальчиков и девочек при рождении; направленностью миграционных процессов; долей смертности; влиянием войн и другими причинами.

Возрастной состав. Классификация человеческой жизни по возрасту принята Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ):

1. Детство – до 15 лет.
2. Юношество – 16-30 лет.
3. Молодость – 31-45 лет.
4. Зрелость – 46-60 лет.

5. Пожилые – 61-75 лет.
6. Старики – 76-90 лет.
7. Долгожители – 91 и старше.

**Национальность.** На территории любого государства проживают, как правило, не только лица коренной национальности, но и национальные меньшинства. Поэтому народ той или иной страны называется по имени ведущей нации. К примеру, в Беларуси – белорусский народ. Это предполагает не только белорусов, а и людей других национальностей – русских, поляков, евреев, украинцев, татар, немцев и других, проживающих на территории Беларуси.

**Язык.** Определение данного признака важно для установления государственного языка. В соответствии с данными переписей большинство населения Беларуси называет своим родным языком белорусский. Русскому языку придан статус равный белорусскому языку.

#### **4. Типы возрастных структур населения**

Типы возрастных структур населения определены путем применения к данным переписей критерия Зундберга, т.е. все население распределено на 3 большие возрастные группы: 1) 0 – 14 лет; 2) 15 – 49 лет; 3) 50 лет и старше. Поскольку вторая возрастная группа охватывает примерно 50 % населения, то соотношение первой и третьей определяет, воспроизводит или не воспроизводит себя население данной страны. Чем больше отношение первой группы к третьей группе, тем потенциально выше уровень воспроизводства населения. Графически эту закономерность можно представить в виде пирамиды. Правильная пирамида указывает на нормальный процесс воспроизводства населения.

Различают три типа возрастной структуры.

1. Прогрессивный тип – доля населения в возрасте от 0 до 14 лет превышает долю населения в возрасте 50 лет и старше.

2. Регрессивный тип – доля пожилых и стариков преобладает над долей молодых.

3. Стационарный тип – доля в возрасте от 0 до 14 лет равна доле населения в возрасте 50 лет и старше.

#### **5. Проблема старения населения**

Увеличилось число пожилых лиц (старше 60 лет) и стариков (старше 75 лет). Это, в целом, вызвано повышением культурного уровня, улучшением благосостояния населения, снижением общей смертности, уменьшением младенческой смертности, увеличением продолжительности жизни людей, снижением рождаемости. В этой связи возникло ряд проблем. Со-

---

циально-экономическая проблема связана с тем, что общество несет все увеличивающиеся издержки на содержание возрастающего количества старых людей.

Медико-гигиеническими же проблемами занимаются: геронтология – наука, изучающая процессы старения с позиции биологии, а также физические и духовные особенности старых людей и их социальную значимость; гериатрия – отрасль медицины, занимающаяся профилактикой и лечением болезней у людей старческого возраста и организацией медицинской помощи; герогигиена – разработка и решение вопросов труда и отдыха, всего образа жизни старого человека.

### **6. Методики изучения механического движения населения**

Механическое движение населения происходит в результате миграционных процессов, т.е. перемещения людей, связанного, как правило, со сменой места жительства.

#### **Виды миграции:**

- **безвозвратная**, т.е. с постоянной сменой постоянного места жительства;
- **временная** – переселение на достаточно длительный, но ограниченный срок;
- **сезонная** – перемещение в определенные периоды года;
- **маятниковая** – регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы своего населенного пункта.

Кроме того, различают внешнюю миграцию, т.е. миграцию за пределы своей страны, и внутреннюю – перемещение внутри страны. К внешней миграции относится **эмиграция** – выезд граждан из своей страны в другую на постоянное жительство или длительный срок, и **иммиграция** – въезд граждан из другой страны в данную. **Урбанизация** – это процесс повышения роли городов в развитии общества. Для урбанизации характерны приток в города сельского населения и возрастающее маятниковое движение населения из сел окружения и ближайших мелких городов в крупные города (на работу и др.).

Изучение механического движения населения связано также с переселением или передвижением из деревни в город, из одних районов в другие. Это внутренняя миграция. Внутренняя миграция населения – один из наиболее массовых и важных социальных процессов современности. Механическое движение имеет большое значение для медико-санитарного состояния страны и организации здравоохранения. Методической основой изучения механического движения населения являются переписи населения и текущая регистрация людей в паспортных столах.

Для оценки миграционных процессов рассчитывается ряд показателей:

- Число прибывших на 1000 населения.
- Число выбывших на 1000 населения.
- Миграционный прирост.
- Коэффициент эффективности миграции.

Изучение миграционных процессов имеет важное значение для органов практического здравоохранения, так как процесс урбанизации:

- изменяет экологическую обстановку;
- требует пересмотра плановых нормативов медицинской помощи;
- стимулирует изменение сети медицинских ЛПО;
- сказывается на структуре заболеваемости и смертности населения;
- влияет на эпидемическую обстановку региона;
- ведет к изменениям рождаемости.

### 7. Методики изучения естественного движения населения

Естественное движение населения – изменение численности населения в результате взаимодействия рождаемости и смертности. Методики их изучения основываются на обязательной регистрации рождений (в месячный срок), смертей (в 3-хдневный срок), браков и разводов в отделах ЗАГС, при исполкомах. Источниками изучения показателей естественного движения являются свидетельство о рождении, врачебное свидетельство о смерти (мертворождение).

Расчет показателя рождаемости и его уровни

$$\text{Показатель рождаемости} = \frac{\text{Число родившихся живыми за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Низкий уровень	– ниже 15 ‰
Средний	– 15-25 ‰
Высокий	– 25-30 ‰
Очень высокий	– больше 30 ‰

Последствиями снижения уровня рождаемости населения являются уменьшение доли детей в общей структуре населения, увеличение доли лиц старших возрастных групп, повышение экономической нагрузки на работоспособный возраст.

Естественное движение населения характеризуется рождаемостью, смертностью и естественным приростом. Более точные характеристики рождаемости получают путем исчисления специального показателя – коэффициента плодовитости (фертильности). При исчислении общего коэф-

---

фициента плодовитости в отличие от коэффициента рождаемости в знаменателе берется не общая численность населения, а численность женщин в возрасте 15-49 лет. Этот возрастной интервал называется генеративным, или плодовитым (фертильным) периодом женщины. Кроме того, показатель рождаемости уточняется повозрастным показателем плодовитости.

То есть помимо общего показателя рождаемости рассчитываются также:

- специальный показатель рождаемости (плодовитости), который вычисляется к возрасту 15-49 лет; он примерно в 4 раза больше показателя рождаемости;
- повозрастные показатели рождаемости;
- показатель брачной рождаемости (плодовитости).

Может рассчитываться коэффициент естественного прироста (либо убыли) населения как разность коэффициентов рождаемости и смертности.

Под показателем ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении следует понимать гипотетическое число лет, которое предстоит прожить данному поколению одновременно родившихся или числу сверстников определенного возраста.

На уровень рождаемости в Республике Беларусь влияет ряд факторов: занятость женщин общественным трудом, соотношение женщин и мужчин в структуре населения, экономическая ситуация в стране, профессиональный состав населения.

Имеются факторы, которые могут контролироваться организациями здравоохранения в плане повышения рождаемости. Поэтому врачи играют определенную роль в анализе рождаемости. В частности, они могут влиять на решение следующих медико-социальных проблем.

1. Физическое развитие молодых людей.
2. Здоровье девушки, семьи, супругов, детей.
3. Супружеские отношения.
4. Аборты.
5. Бесплодие.
6. Осложнения в предыдущих родах.
7. Законодательство по охране материнства и детства.

В действующем трудовом законодательстве установлены специальные нормы, которые учитывают физиологические особенности организма женщин в нашем обществе. Эти нормы обеспечивают повышенную охрану здоровья женщин.

В оценке здоровья населения важное значение имеют показатели смертности от отдельных заболеваний и структура причин смертности.

Общие показатели – число умерших за отчетный год на 1000 жителей.

**Специальные показатели:**

а) показатель смертности в зависимости от заболевания – число умерших от того или иного заболевания на 1000 жителей;

б) показатель смертности в зависимости от пола (возраста, профессии и др.) – число лиц определенного пола (возраста, профессии и др.) на 1000 жителей этой группы;

в) показатель структуры причин смертности – процентное отношение числа умерших от определенных заболеваний к общему числу умерших.

**Расчет показателей общей смертности и его уровни**

$$\text{Показатель смертности} = \frac{\text{Число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1\,000$$

Низкий уровень – 8-9 случаев смерти на 1000 населения

Средний – 9-15 ‰

Высокий – свыше 15 ‰

На уровень общей смертности населения влияет ряд обстоятельств и факторов: условия окружающей среды, образ жизни, качество медицинской помощи, возрастно-половой состав населения.

Помимо показателей общей смертности рассчитываются также по-возрастные показатели смертности, а также – по полу, профессии и другим признакам; средний возраст умерших; показатели смертности по отдельным причинам; структура смертности по причинам.

Причина смерти должна быть внесена во "Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)". Причинами смерти являются все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия.

Мужчины более неосторожны, чем женщины. Смертность среди них более чем в 4 раза превышает смертность среди женского населения.

Естественный прирост населения – соотношение между рождаемостью и смертностью. Индекс Покровского – показатель жизненности.

Исчисляется естественный прирост двумя способами:

1. 
$$\frac{\text{Разность числа родившихся и умерших за отчетный год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1\,000$$
2. Разность между коэффициентом рождаемости и коэффициентом смертности за отчетный год.

Для Республики Беларусь характерна естественная убыль населения.

Важное значение имеет семья – совокупность совместно проживающих лиц, связанных родством и общим бюджетом.

Семейное состояние населения характеризуется следующими показателями:

- коэффициент брачности – отношение числа заключенных браков за год к среднегодовой численности населения;
- коэффициент разводов – рассчитывается аналогично;
- средняя продолжительность брака.

Процессы воспроизводства населения характеризуют следующие показатели:

1. Суммарная плодовитость – число рождений (детей), приходящееся на 1 женщину за плодovитый возраст (примерно равен 3).

2. Брутто-коэффициент – среднее число девочек на 1 женщину (примерно 1.5).

3. Нетто-коэффициент – среднее число девочек у женщины с учетом вероятности ее смертности. Нетто (чистый) коэффициент характеризует предположительную численность вновь родившихся девочек на каждую 1000 женщин с учетом тех, кто умрет, не оставив детей, т.е. не все девочки доживают до плодovитого периода. Учитывается смертность по возрастам (примерно 1.3).

Для нормального воспроизводства будущих поколений необходимо иметь 260 детей на 100 семей.

## **8. Процессы воспроизводства населения в различных странах мира**

На рождаемость влияют: социально-экономические факторы; войны; младенческая смертность; занятость женщин на производстве; планирование семьи; поздние браки, уклад.

Каждую 1 мин. население планеты возрастает более чем на 156 человек. За 1 год оно увеличивается на 85 млн.

Крупнейшей страной мира, по прогнозам, в ближайшие 35 лет останется Китай, где к 2025 году число жителей возрастет до полутора миллиардов. Ежегодный прирост составляет 12 млн. человек, т.е. 1 %. «Переваляла» через миллиардный барьер Индия. Там принимаются меры административного, экономического, морального и другого воздействия на население с целью ограничить рождаемость.



## **9. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении**

Обобщенным показателем общественного здоровья является ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении (ОППЖР).

Под ожидаемой продолжительностью жизни понимается число лет, которое в среднем предстоит прожить данному поколению родившихся (или числу сверстников определенного возраста), если предположить, что на всем протяжении его жизни смертность будет равной настоящему уровню смертности населения в отдельных возрастных группах. Т.е. при условии, что при переходе из одной возрастной группы в последующую коэффициент смертности будет оставаться таким же, каким он был на годы составления таблицы смертности.

К каждому последующему возрасту остается все меньше людей вследствие вымирания. Таблицы смертности (или дожития) показывают порядок (последовательность) вымирания совокупности лиц, одновременно родившихся. Зная повозрастную смертность, можно рассчитывать вероятность дожить до определенного возраста. Она составит разницу между числом доживших до определенного возраста и числом умерших в течение определенного срока (1, 5, 10 лет), т.е. числом умерших до следующей возрастной группы.

Официальный порог долголетия (возраста, профессии и др.) – 90 лет. Для долгожителей характерны свой образ жизни и свой характер питания. На Кавказе, к примеру, это абрикосы, виноград, овощи, мед, т.е. витаминизированные продукты, масло растительное, кислое молоко (мацуку). Большинство из долгожителей не курит. Спят 8-10 часов, т.е. хорошо высыпаются. Имеют хобби. Любимое занятие – воспитание внуков и правнуков. Они избегают эгоизма, скупости, брюзгливости. К тому же - труд, чистый воздух, родниковая вода, хорошая наследственность. Среди долгожителей преобладают голубоглазые, их 42 %.

Согласно анализу демографических данных к концу века средний возраст жителей планеты поднимется до 26 лет. Нынче он составляет 23,5 года.

Ожидаемая продолжительность жизни в разных странах мира составляет: в Великобритании 72-78 лет; США 72-79 лет; Японии 76-82 года; Мексике 68-74 года.

**Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Европейском регионе ВОЗ:**

- Австрия 78,9
- Албания 75,8
- Бельгия 77,6

- 
- Болгария 72,4
  - Венгрия 72,6
  - Германия 78,8
  - Греция 79,0
  - Дания 77,2
  - Израиль 79,7
  - Испания 79,8
  - Италия 80,3
  - Казахстан 65,9
  - Латвия 71,0
  - Литва 72,2
  - Польша 74,7
  - Республика Молдова 68,1
  - Российская Федерация 64,9
  - Украина 67,8
  - Швейцария 80,5
  - Швеция 80,0

В Республике Беларусь по сравнению с развитыми странами этот показатель ниже на 12-14 лет у мужчин и на 5-6 лет у женщин.

### **10. Показатели, характеризующие смертность детского населения**

1. Показатель младенческой смертности (за календарный год).
2. Неонатальная смертность или смертность новорожденных (на первом месяце жизни или точнее – в первые 4 недели: 0-27 дней).
3. Ранняя неонатальная смертность (на первой неделе жизни ребенка в возрасте 0-6 дней).
4. Поздняя неонатальная смертность (число умерших в возрасте 7-27 дней).
5. Постнеонатальная смертность (смертность детей в возрасте от 27 дней до 1 года).
6. Перинатальная смертность (мертворождаемость и смертность на первой неделе жизни ребенка).
7. Смертность по месяцам жизни ребенка (исчисляется по таблицам дожития для детей первого года жизни).
8. Процентная доля смертности детей на первом месяце жизни.
9. Возрастная структура умерших на первом году жизни.
10. Структура причин смерти детей на первом году жизни.
11. Младенческая смертность от отдельных болезней.

## 11. Младенческая смертность и ее причины

Показатель младенческой смертности является чувствительным "барометром" состояния здоровья детей. Уровень младенческой смертности в значительной мере отражает влияние социальных условий жизни на здоровье населения и служит качественным критерием оценки деятельности лечебно-профилактических организаций по охране здоровья женщин и детей.

Низкий уровень	– до 30 ‰
Средний	– 30-50 ‰
Высокий	– более 50 ‰

Младенческая смертность – показатель частоты случаев смерти детей на первом году жизни.

$$\text{Показатель младенческой смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших на 1-ом году жизни}}{\text{Число детей, родившихся живыми за год}} \times 1\,000$$

Для определения уровня общего показателя младенческой смертности необходимы следующие данные: число умерших в возрасте до одного года, число родившихся живыми за данный год и за предыдущий год.

В разных странах мира мы наблюдаем различные величины младенческой смертности. Так, в Великобритании – 9 ‰, в США – 10 ‰, в Японии – 5 ‰.

Данные многих стран показывают, что чем ниже показатель младенческой смертности, тем в его уровне больше роль неонатальной смертности (смертность детей до 1 месяца жизни). Страны, добившиеся низких показателей младенческой смертности, достигли их за счет снижения смертности в возрастных группах детей старше 1 месяца.

В нашем государстве, как и в других развитых странах, четко выявляется зависимость уровня смертности детей на 1-ом году жизни от возраста ребенка. Наибольшая смертность на 1-ом году жизни приходится на 1-й месяц, на 1-ом месяце – на 1-ю неделю, на 1-й неделе – на 1-й день. На первом месяце умирает до 40 % детей от всех погибших на 1-ом году жизни, на 1-й неделе – до 70 % от всех погибших на 1-ом месяце и в 1-й день – до 37 % от всех погибших в 1-ю неделю жизни.

Уровень младенческой смертности имеет некоторые сезонные колебания. В последние годы "летние пики" младенческой смертности как в городах, так и в сельских местностях исчезли. Однако выявилась другая тенденция – незначительное зимне-весеннее повышение младенческой смертности (в городах на 10-18 %, на селе – 20-25 %), которое обусловле-

но в основном повышенной заболеваемостью и смертностью от респираторных инфекций.

Недоношенные дети (преждевременно рожденные) составляют среди умерших детей до 1 года 60-70 % и умирают в 15-20 раз чаще, чем доношенные.

Показатель младенческой смертности колеблется также и в зависимости от географического районирования. В структуре причин младенческой смертности в Беларуси ведущее место занимают состояния, возникшие в перинатальном периоде, врожденные аномалии развития, заболевания органов дыхания (грипп, ОРВИ, пневмонии), инфекционные и паразитарные болезни.

В связи с изложенным, основные мероприятия по дальнейшему снижению детской смертности включают более рациональные пути антенатальной профилактики; улучшение качества медицинской помощи детям до 1 года на всех этапах их обслуживания: родильный дом – детская поликлиника – стационар – санаторий; разработка более рациональных схем вскармливания и методов лечения основных заболеваний детского возраста.

## 12. Перинатальная смертность и ее причины

Термин "перинатальная смертность", означающий "смертность вокруг родов", в практику здравоохранения был введен в 1963 г. Различают три периода перинатальной смертности: антенатальный (38,6 %), интранатальный (46,6 %), постнатальный (14,8 %). Перинатальная смертность дает суммарную характеристику мертворождаемости и ранней смертности новорожденных.

$$\text{Показатель перинатальной смертности} = \frac{\text{Число мертворожденных} + \text{Число детей, умерших на 1-ой неделе (0-6 дней)}}{\text{Число детей, родившихся живыми и мертвыми за год}} \times 1000$$

Основными причинами перинатальной смертности являются асфиксия, родовая травма, врожденные аномалии развития, гемолитическая болезнь, внутриутробные пневмонии и инфекции плода, болезни органов пищеварения.

На уровень перинатальной смертности влияют: социально-биологические факторы (возраст матери, порядковый номер родов, пол и масса плода, наличие аборт в анамнезе, состояние здоровья матери во время беременности и др.); социально-экономические (условия труда беременной, семейное положение, материальное положение – опосредован-

---

но и др.); а также уровень и качество медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям.

Дальнейшее снижение перинатальной смертности связано с совершенствованием качества медицинской помощи беременным и новорожденным с учетом перечисленных факторов. Необходимо дифференцированное обслуживание в женской консультации и родильном доме беременных "группы риска", а также новорожденных.

### **13. Повозрастная смертность**

Для более детального определения задач в борьбе за дальнейшее снижение смертности населения необходим анализ повозрастной смертности и ее причин. Смерть, фактически, является основной физиологической закономерностью – как результат естественного угасания жизни человека по достижению им предельного долголетия. Но, если бы смертность была подчинена этой закономерности, то случаи смерти встречались бы в небольшой сравнительно группе старческих возрастов с незначительными колебаниями в ту или иную сторону от среднего предельного возраста. Но в действительности повозрастное распределение смертности имеет иной характер. Смертность проявляется не только как нормальное биологическое явление в старости, но она поражает и другие возрасты. Возрастные коэффициенты смертности в их графическом изображении дают характерную вогнутую кривую (в форме клюшки), отражающую относительно высокий уровень смертности в раннем возрасте (особенно до одного года) и в пожилом возрасте (старше 60 лет).

За средней цифрой общей смертности скрываются резкие различия в уровнях снижения смертности отдельных возрастных групп. Показатели повозрастной смертности мужчин выше, чем соответствующие показатели женщин. Особенно выделяется уровень смертности мужчин, по сравнению с женщинами, начиная с 20 лет. В этом возрасте и последующих возрастных группах (до 70 лет) показатель смертности мужчин в 2-3 раза превышает показатель смертности женщин.

---

---

## Лекция № 4. РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И ПУТИ ЕЁ ОБЕСПЕЧЕНИЯ

### Учебные вопросы

1. Государственный заказчик и координатор «Программы».
2. Ожидаемые результаты «Программы» и их выполнение.
3. Цели и задачи «Программы».
4. Стимулирование рождаемости.
5. Охрана здоровья матери и ребенка.
6. Формирование здорового образа жизни и создание благоприятной среды обитания.
7. Укрепление здоровья и увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения.
8. Оптимизация миграционных процессов.
9. Инвестиции в здоровье населения.
10. Задачи по закреплению позитивных медико-демографических тенденций.

### 1. Государственный заказчик и координатор «Программы»

Государственный заказчик и координатор Программы – Национальный комитет по народонаселению при Совете Министров Республики Беларусь

Под демографической безопасностью понимают – защищенность процесса жизни и непрерывного естественного возобновления поколений людей.

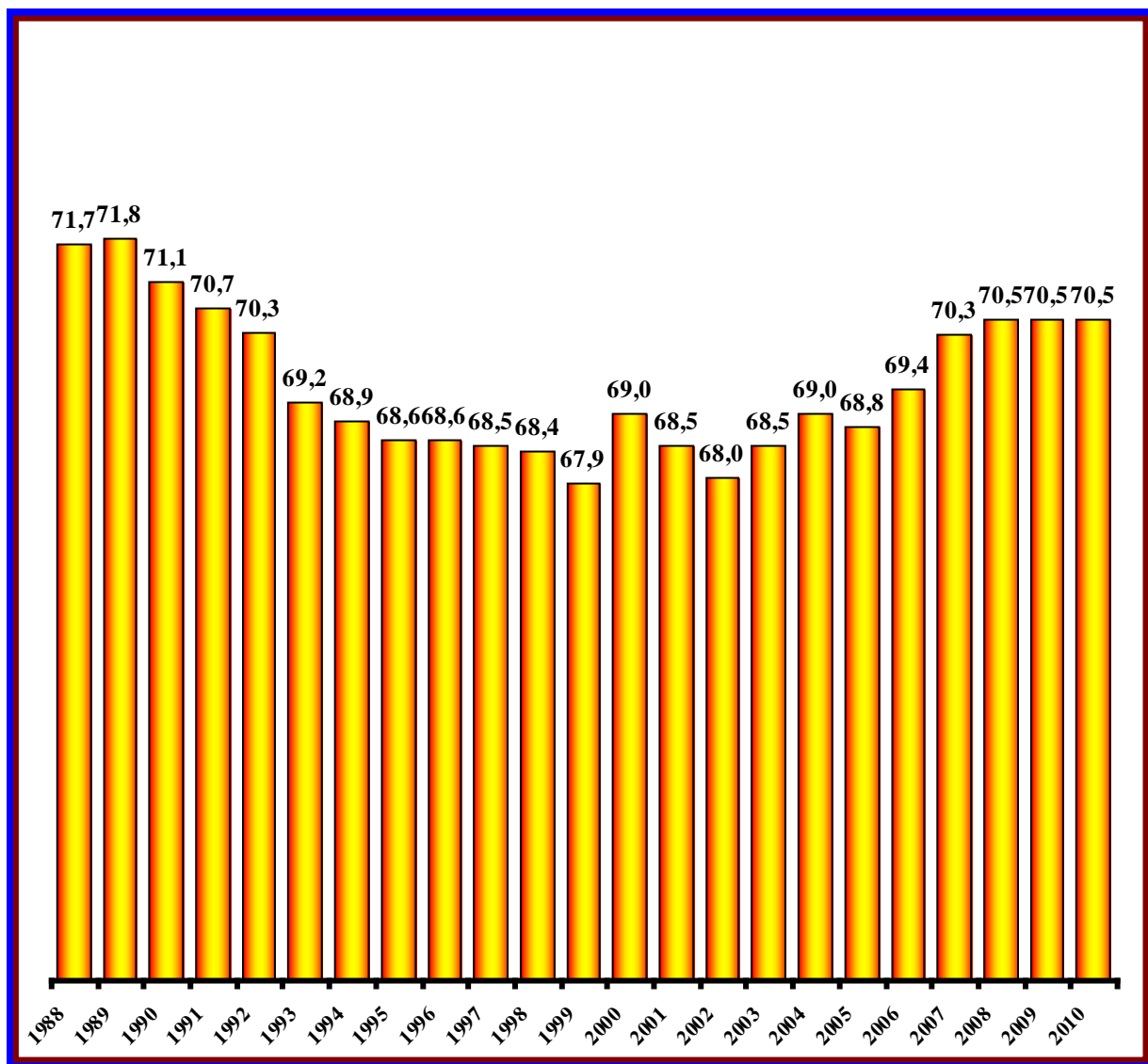
### 2. Ожидаемые результаты «Программы» и их выполнение

- ✓ увеличение общего коэффициента рождаемости до 10-11 на 1000 человек;
- ✓ увеличение суммарного коэффициента рождаемости (число детей которых могла бы родить одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (15-49 лет) до 1,5;
- ✓ снижение общего коэффициента смертности до 10-11 на 1000 населения;
- ✓ снижение младенческой смертности до 6,0 на 1000 младенцев, родившихся живыми;
- ✓ снижение смертности от социально значимых болезней на 8% в год;

- ✓ достижение к 2011 году ожидаемой продолжительности жизни при рождении (ОПЖР) 70 – 72 лет;
- ✓ обеспечение ежегодного прироста населения на 5 тысяч человек за счет внешней миграции преимущественно квалифицированных кадров трудоспособного возраста.

За период выполнения программы из 6 ожидаемых результатов ее реализации, 5 из которых относятся к компетенции Министерства здравоохранения, **4 выполнены:**

1. Показатель рождаемости увеличился на 23,9% – с 9,2 ‰ в 2005 г. до 11,4‰ в 2010 г. (по программе – 10-11 на 1000 человек).
2. Показатель младенческой смертности к 2010 г. снижен до уровня 4,0‰ (по программе – ниже 6‰).
3. Суммарный коэффициент рождаемости увеличился до 1,44 (по программе – 1,4 – 1,5).
4. Показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении 70-72 года (показатель годовой) также выполнен и составил 70,5 лет.



Не выполнен предусмотренный программой показатель снижения общей смертности населения от всех причин до 10-11 на 1000 человек, в 2010 г. показатель общей смертности составил 14,5 на 1000 населения (2005 г. показатель общей смертности составлял 14,5).

Невыполнение данного показателя обусловлено, прежде всего, увеличением в структуре населения числа лиц пожилого возраста, так при сравнении доли групп населения в общем числе умерших выявлено, что доля лиц:

- младше трудоспособного возраста сократилась на 33,3% (с 0,9% в 2005 г до 0,6% в 2010г.);
- трудоспособного возраста сократилась на 5,2% (с 24,8%, в 2005г. до 23,4% в 2010 г.);
- а старше трудоспособного – увеличилась на 2,2% (с 74,3% в 2005 г. до 76% в 2010 г.)

По продолжительности жизни Беларусь находится в мире на 109-м месте среди 192 стран. Обогнав по увеличению, причем существенно, все государства постсоветского пространства.

Заметим, что со старением нации, то есть с увеличением средней продолжительности жизни, количество кардиологических и онкологических заболеваний будет только возрастать. К 2020 году ежегодно будет выявляться уже по 70 тысяч онкопациентов.

Белоруски живут почти на 12 лет дольше белорусов, в сельской местности ситуация еще значительнее. Тогда как биологическая разница – всего 2-3 года.

Разный образ жизни: мужчины больше злоупотребляют вредными привычками и менее бережно относятся к своему здоровью. Природное предназначение у женщин более важное, чем у мужчин.

Наименование показателя	2008 год		2009 год		2010 год	
<b>7. СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ</b>						
	Абс. число	Структура (%)	Абс. число	Структура (%)	Абс. число	Структура (%)
<b>Число умерших (абс. числа)</b>	134394	100,0	135056	100,0	108123	100
в том числе:						
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	1138	0,85	1178	0,87	1182	1,09
от новообразований	18482	13,8	18152	13,4	18404	17,0



Наименование показателя	2008 год		2009 год		2010 год	
от болезней системы кровообращения	70756	52,6	72869	53,9	73843	68,3
из них:						
от ишемической болезни сердца	48555	68,6	50606	69,4	51889	70,3
от цереброваскулярных болезней	17126	24,2	17570	24,1	17227	23,3
от болезней органов дыхания	4011	3,0	4078	3,0	3537	3,3
от болезней органов пищеварения	4610	3,4	4985	3,7	5211	4,8
от болезней мочеполовой системы	975	0,7	937	0,7	962	0,9
от внешних причин - всего	14317	10,6	13741	10,2	14101	13,0
в том числе:						
случайных утоплений	860	6,0	838	6,1	1313	9,3
самоубийств	2662	18,6	2735	19,9	2474	17,5
убийств	649	4,5	592	4,3	514	3,6
случайных отравлений алкоголем	2594	18,1	2436	17,7	2407	17,1
от случаев, связанных с транспортными средствами	1954	13,6	1579	11,5	1469	10,4
<b>Число умерших (на 100 тысяч населения)</b>	<b>1388,3</b>		<b>1423,6</b>		<b>1139,3</b>	
в том числе:						
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	11,8		12,4		12,5	
от новообразований	190,9		191,3		193,9	
от болезней системы кровообращения	730,9		768,1		778,1	
из них:						
от ишемической болезни сердца	501,6		533,4		546,7	
от цереброваскулярных болезней	176,9		185,2		181,5	
от болезней органов дыхания	41,4		43,0		37,3	
от болезней органов пищеварения	47,6		52,5		54,9	
от болезней мочеполовой системы	10,1		9,9		10,1	
от внешних причин - всего	147,9		144,8		148,6	
в том числе:						
случайных утоплений	8,9		8,8		13,8	
самоубийств	27,5		28,8		26,1	
убийств	6,7		6,2		5,4	
случайных отравлений алкоголем	26,8		25,7		25,3	
от случаев, связанных с транспортными средствами	20,2		16,6		15,5	
<b>Число умерших младше трудоспособного возраста (абс. числа)</b>	<b>843</b>		<b>921</b>		<b>820</b>	
в том числе:						
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	25		42		32	

<b>Наименование показателя</b>	<b>2008 год</b>		<b>2009 год</b>		<b>2010 год</b>	
от новообразований	43		58		42	
от болезней системы кровообращения	11		21		11	
от болезней органов дыхания	21		24		20	
от болезней органов пищеварения	6		11		6	
от болезней мочеполовой системы	3		2		1	
от внешних причин - всего	238		233		239	
в том числе:						
случайных утоплений	46		66		60	
самоубийств	14		16		16	
убийств	10		3		3	
случайных отравлений алкоголем	-		-		-	
от случаев, связанных с транспортными средствами	68		50		42	
<b>Число умерших младше трудоспособного возраста (на 100 тысяч населения младше трудоспособного возраста)</b>	<b>54,5</b>		<b>60,2</b>		<b>53,7</b>	
в том числе:						
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	1,6		2,8		2,1	
от новообразований	2,8		3,8		2,7	
от болезней системы кровообращения	0,7		1,4		0,7	
от болезней органов дыхания	1,4		1,6		1,3	
от болезней органов пищеварения	0,4		0,7		0,4	
от болезней мочеполовой системы	0,2		0,1		0,1	
от внешних причин - всего	15,4		15,2		15,7	
в том числе:						
случайных утоплений	3,0		4,3		3,9	
самоубийств	0,9		1,0		1,0	
убийств	0,6		0,2		0,2	
случайных отравлений алкоголем	-		-		-	
от случаев, связанных с транспортными средствами	4,4		3,3		2,7	
	<b>Абс. число</b>	<b>Структура (%)</b>	<b>Абс. число</b>	<b>Структура (%)</b>	<b>Абс. число</b>	<b>Структура (%)</b>
<b>Число умерших в трудоспособном возрасте (абс. числа)</b>	<b>32092</b>	<b>100,0</b>	<b>31753</b>	<b>100,0</b>	<b>32158</b>	<b>100</b>
в том числе:						
от некоторых инфекционных и	920	2,9	918	2,9	944	2,9

Наименование показателя	2008 год		2009 год		2010 год	
паразитарных болезней						
от новообразований	5229	16,3	5032	15,9	4957	15,4
от болезней системы кровообращения	9972	31,1	10015	31,5	10164	31,6
из них:						
от ишемической болезни сердца	6003	60,2	6218	62,1	6404	63,0
от цереброваскулярных болезней	2118	21,2	2118	21,2	2030	20,0
от болезней органов дыхания	1044	3,2	1386	4,4	1185	3,7
от болезней органов пищеварения	2127	6,6	2244	7,1	2384	7,4
от болезней мочеполовой системы	212	0,7	228	0,7	203	0,6
от внешних причин - всего	10339	32,2	9810	30,9	10073	31,3
в том числе:						
случайных утоплений	633	6,1	618	6,3	1056	10,5
самоубийств	2014	19,5	2078	21,2	1920	19,1
убийств	502	4,8	460	4,7	395	3,9
случайных отравлений алкоголем	1982	19,2	1868	19,0	1801	17,9
от случаев, связанных с транспортными средствами	1523	14,7	1226	12,5	1131	11,2
<b>Число умерших в трудоспособном возрасте (на 100 тысяч населения трудоспособного возраста)</b>	<b>530,2</b>		<b>525,8</b>		<b>534,2</b>	
в том числе:						
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	15,2		15,2		15,7	
от новообразований	86,4		83,3		82,3	
от болезней системы кровообращения	164,7		165,9		168,9	
из них:						
от ишемической болезни сердца	99,2		103,0		106,4	
от цереброваскулярных болезней	35,0		35,1		33,7	
от болезней органов дыхания	17,2		23,0		19,7	
от болезней органов пищеварения	35,1		37,2		39,6	
от болезней мочеполовой системы	3,5		3,8		3,4	
от внешних причин - всего	170,8		162,5		167,3	
в том числе:						
случайных утоплений	10,4		10,2		17,5	
самоубийств	33,3		34,4		31,9	
убийств	8,3		7,6		6,6	
случайных отравлений алкоголем	32,7		30,9		29,9	
от случаев, связанных с транспортными средствами	25,2		20,3		18,8	

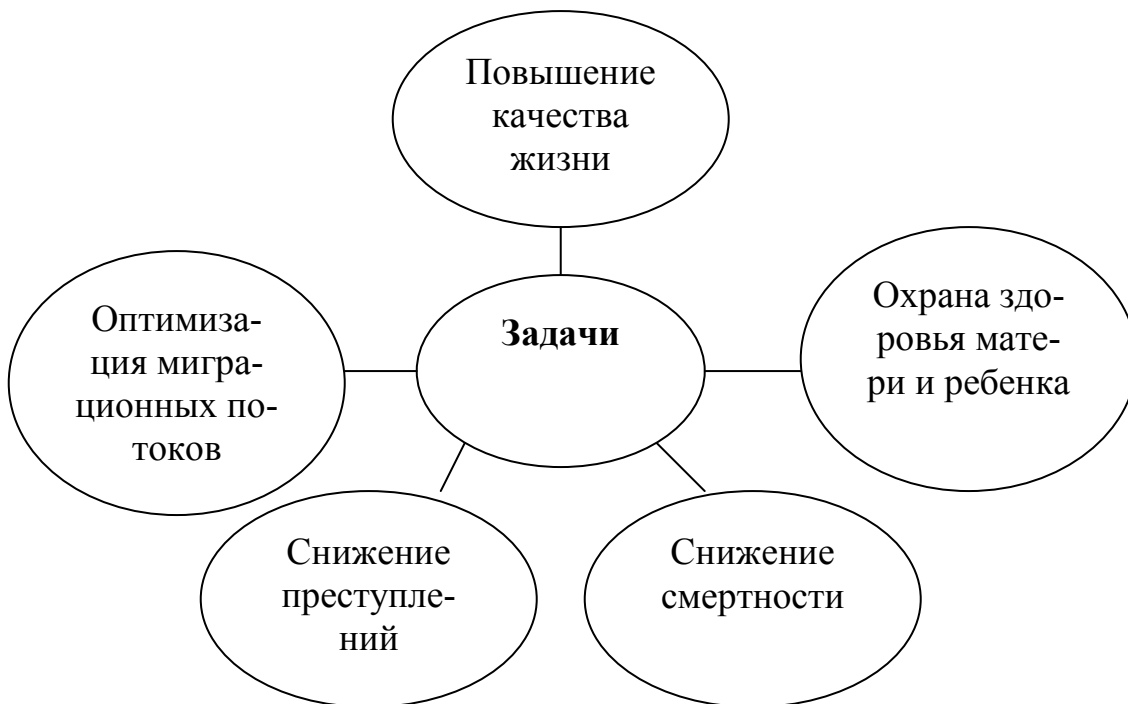
### 3. Цели и задачи «Программы»

#### ПОДПРОГРАММЫ

1. “Стимулирование рождаемости и укрепление семьи”.
2. “Охрана здоровья матери и ребенка”.
3. “Формирование здорового образа жизни и создание благоприятной среды обитания”.
4. “Укрепление здоровья и увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения”.
5. “Оптимизация миграционных процессов”.

#### РЕАЛИЗАЦИЯ ЦЕЛИ ПРОГРАММЫ

1. Созданы условия, направленные на предотвращение дальнейшего ухудшения демографической ситуации.
2. Сформированы предпосылки улучшения демовоспроизводственных процессов в стране



#### РЕАЛИЗАЦИЯ ЗАДАЧ

- реализована целостная система мер социально-экономического, правового, организационного характера, направленная на повышение качества жизни семей с детьми;
- осуществлён комплекс мер по улучшению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матери и ребенка;

- ❑ снижена заболеваемость и смертность населения за счет мероприятий по формированию здорового образа жизни и устранения влияния неблагоприятных факторов среды обитания;
- ❑ достигнут эффект от мероприятий по повышению качества жизни населения, внедрения и реализации медико-организационных, технологических и инновационных мероприятий;
- ❑ внедрены мероприятия по снижению преступлений, совершаемых в состоянии алкогольного опьянения и на бытовой почве, уровня дорожно-транспортного травматизма и др.;
- ❑ оптимизированы внутренние и внешние миграционные потоки с учетом национальных демографических интересов.

#### **4. Стимулирование рождаемости**

Подпрограмма 1. “Стимулирование рождаемости и укрепление семьи”

**Цель подпрограммы достигнута:**

осуществлены меры по социально-экономической, административно-правовой, морально-психологической поддержке семьи, направленные на увеличение среднего числа рождений до 1,5 на одну женщину репродуктивного возраста.

#### **5. Охрана здоровья матери и ребенка**

Подпрограмма 2. “Охрана здоровья матери и ребенка”

**Цель подпрограммы** – реализация комплекса мер по улучшению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матери и ребенка.

##### **РЕАЛИЗАЦИЯ ЗАДАЧ**

- ❑ Обеспечена доступность высокотехнологичной медицинской помощи женщинам и детям;
- ❑ Создана служба планирования семьи и медико-генетического консультирования;
- ❑ Обеспечена своевременная диагностика врожденных пороков развития;
- ❑ Повышено качество оказания медицинской помощи беременным, женщинам во время и после родов, детям;
- ❑ Дооснащены перинатальные центры в всех уровнях необходимым оборудованием;
- ❑ Снижены уровни бесплодия;
- ❑ Уменьшены репродуктивные потери.

Открыто отделение экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) на базе РНПЦ “Мать и дитя”.

Укреплена материально-техническая база родильных домов, родильных отделений, детских больниц; детских поликлиник; родовспомогательных учреждений республики реорганизованы по принципу разноуровневых перинатальных центров.

- ↪ Показатель младенческой смертности снизился с 6,4‰ в 2005г. до 4,0‰ в 2010г. (по программе – ниже 6‰); показатель детской смертности снизился с 67,8 на 100 тыс. детского населения в 2005 г. до 53,3 в 2010 г. или на 21,4% (по программе на 5%).
- ↪ Показатель материнской смертности уменьшился в 15 раз, с 15,5 до 0,9 на 100 тыс. живорожденных (по программе на 10%).
- ↪ Обеспечено снижение ранней неонатальной смертности до уровня 1‰ (по программе – 2 промилле).
- ↪ Достигнут определенный программой уровень неосложненных родов – 35%.
- ↪ Обеспечено выявление больных фенилкетонурией и гипотиреозом среди новорожденных в 100% случаев.
- ↪ Повышена выявляемость пороков развития плода – с 34,3% в 2005 г. до 53,0% в 2010 г. или на 54,5% (программой предусмотрено повышение на 15%).
- ↪ Достигнуто предотвращение в 73% случаев рождения детей с наследственными заболеваниями (программой предусмотрено предотвращение в 50% случаев).

#### **Не достигнут:**

- ☞ Уровень пятилетней выживаемости детей онкогематологического профиля. По «Программе» предусмотрена пятилетняя выживаемость не менее чем у 80% больных, на конец 2010г. этот показатель составил 74%.
- ☞ В сельских поселениях показатель младенческой смертности (5,8‰) в 1,7 раза превышает таковой в городских поселениях (3,4‰).

### **6. Формирование здорового образа жизни и создание благоприятной среды обитания**

Подпрограмма 3. **“Формирование здорового образа жизни и создание благоприятной среды обитания”.**

**Цель подпрограммы достигнута.** Снижена заболеваемость и смертность за счет мероприятий по формированию здорового образа жизни и устранения влияния неблагоприятных факторов внешней среды.

Реализация мероприятий данной подпрограммы проходила в тесном сотрудничестве со всеми заинтересованными министерствами и ведомствами, что позволило добиться ряда положительных результатов:

- ☞ На 11,2% снизилось общее число пациентов, наблюдаемых наркологами, перенесших алкогольный психоз, за 2010г. зарегистрировано 3795 таких пациентов, в 2005 г. – 4272 чел.
- ☞ На 43,5% снизилось число несовершеннолетних, наблюдаемых наркологической службой по поводу алкоголизма, с 138 в 2005г. и до 78 чел. в 2010 г.
- ☞ На 20,9% снизилось число заболевших алкоголизмом – с 32102 в 2005г. до 25390 в 2010 г.
- ☞ На 14,1% снизилась смертность от суицидальных реакций – с 30,8 в 2005 г. до 26,5 на 100 тыс. населения в 2010 г. (по программе на 10%).
- ☞ Смертность от внешних причин, в сравнении с 2005 г., уменьшилась с 172,5 на 100 тыс. населения до 143,5 в 2010 г. или на 16,8%.
- ☞ в т.ч. в результате ДТП 21,1 на 100 тыс. населения до 14,7 в 2010 г. или на 30,7%.

Только по причине утоплений в 2010 г. зарегистрирован значительный рост смертности по сравнению с 2005 годом – на 25,2%.

#### **Не достигнуто:**

- ☞ снижение доли ВИЧ-инфицированных в возрастной группе 15 – 19 лет с 4% в 2005 г. до 1 % в 2010 г. (в 2010г. доля данной категории лиц составила – 3,34%);
- ☞ снижение на 10% в год смертности от алкоголизма и случайного отравления алкоголем, за время реализации программы показатель снизился на 29,2%, с 33,5 в 2005 г. до 23,7 на 100 тыс. населения в 2010 г.;
- ☒ Продолжена работа 14 кабинетов информационно-образовательной деятельности по проблеме ВИЧ/СПИД среди молодежи (кабинеты посетило 2339 человек, услугами библиотеки воспользовались 1147 человек, проведено 555 тематических мероприятий, в которых приняли участие 21179 человек.
- ☒ Поддерживается деятельность молодежного сайта по профилактике ВИЧ/СПИДа [www.aids.by](http://www.aids.by) (его услугами воспользовались 58505 посетителей). По телефонным «горячим линиям» для молодежи проведены 1727 консультаций.

### **7. Укрепление здоровья и увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения**

Подпрограмма 4. «Укрепление здоровья и увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения».

**Цель подпрограммы:** снижение смертности по основным классам болезней в результате внедрения медико-организационных, технологических и инновационных мероприятий достигнута не в полной мере.

**Выполнены следующие прогнозные показатели:**

- ☞ Снижение смертности от травм, несчастных случаев и при чрезвычайных ситуациях с 172,5 в 2005 г. до 143,5 в 2010 г. на 100 тыс. населения – на 16,8%, (по программе на 15%).
- ☞ Снижение смертности от cerebrovasкулярных заболеваний с 204,2 в 2005 г. до 177,5 в 2010 г. – на 13,1% (по программе на 1,5%).
- ☞ Увеличение пятилетней выживаемости больных с заболеваниями системы кроветворения после трансплантации костного мозга до 65% по сравнению с 2005г. (по программе на 20%).
- ☞ Снижение смертности от болезней органов дыхания с 54,1 в 2005 г. до 37,8 на 100 тыс. населения в 2010 г. или на 30,1% (по программе на 4%).
- ☞ Снижение смертности от инфаркта миокарда с 18,35 на 100 тыс. населения в 2005г. до 16,1 (за 11 месяцев 2010 г.) – на 12,3 % (по программе на 8%).
- ☞ Снижение летальности от черепно-мозговых травм на 7% в 2010 г. по сравнению с 2005 г. (с 14,3% в 2005 до 13,3% в 2010 г.) (по программе на 2%).
- ☞ Отсутствие случаев заболеваемости дифтерией (по программе снижение в 2,2 раза).
- ☞ Снижение уровня заболеваемости гепатитом А с 2005 г. – 4,3 на 100 тысяч населения до 1,77 в 2010г. – снижение на 58,8% (по программе в 2,4 раза).
- ☞ С 2005г. по 2010г. смертность от сепсиса снижена в 2,1 раза (умерло 46 чел. В 2005г. – 96 человек).
- ☞ Обеспечена стабильная эпидемическая ситуация: снижены показатели заболеваемости по 36 нозологическим формам инфекций; не регистрировалась заболеваемость – по 20 нозологическим формам; не допущены вспышки ОКИ, связанные с объектами пищевой промышленности и системой водообеспечения; предотвращен занос на территорию республики особоопасных инфекций, представляющих международное значение;
- ☞ Обеспечен полный охват антиретровирусной терапией ВИЧ-инфицированных беременных.

**Не выполнены:**

- ✚ Снижение общей смертности (по программе – 10-11 на 1000 чел).
- ✚ Снижение смертности от рака предстательной железы на 8 процентов за счет внедрения методов ранней диагностики (9 мес. 2010г. – 13,9 на 100 тыс. населения).



- ✦ Снижение смертности от заболеваний органов пищеварения на 4%, отмечен рост с 2005 г. – 43,7 на 100 тыс. населения до 54,3 в 2010 г.

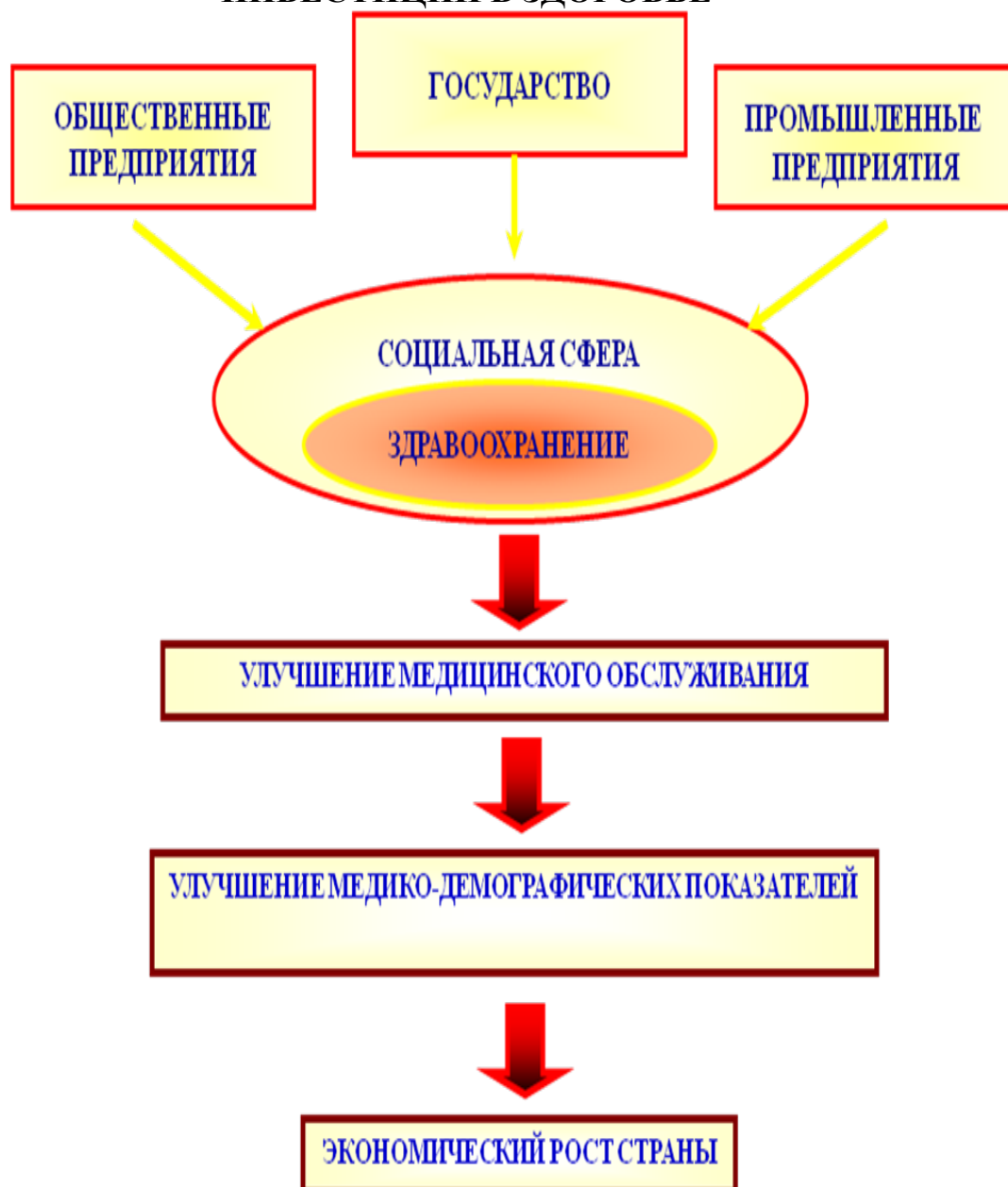
## 8. Оптимизация миграционных процессов

Подпрограмма 5. «Оптимизация миграционных процессов».

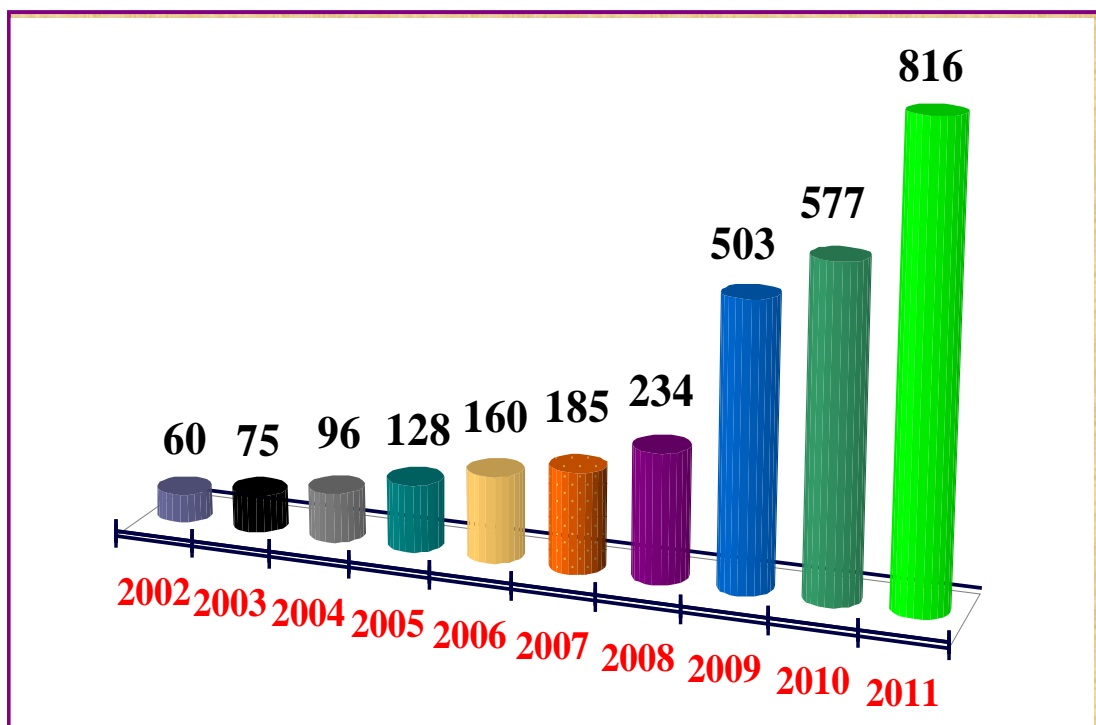
**Цель подпрограммы достигнута:** оптимизированы внутренние и внешние миграционные процессы и управление потоками внешней миграции с учетом национальных демографических интересов.

## 9. Инвестиции в здоровье населения

### ИНВЕСТИЦИИ В ЗДОРОВЬЕ

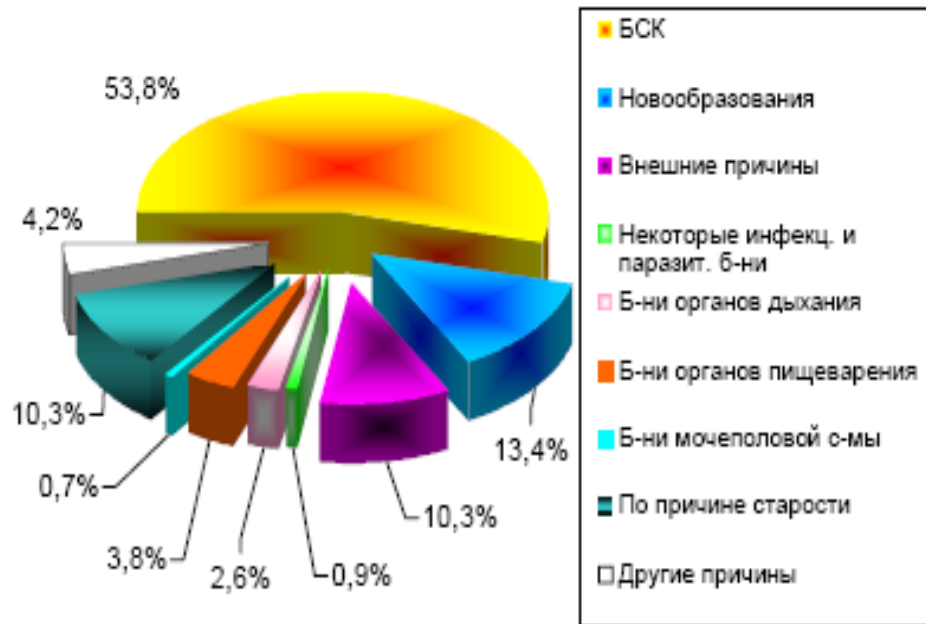


**Норматив финансирования на 1 жителя  
(по системе Минздрава без капитального строительства)**

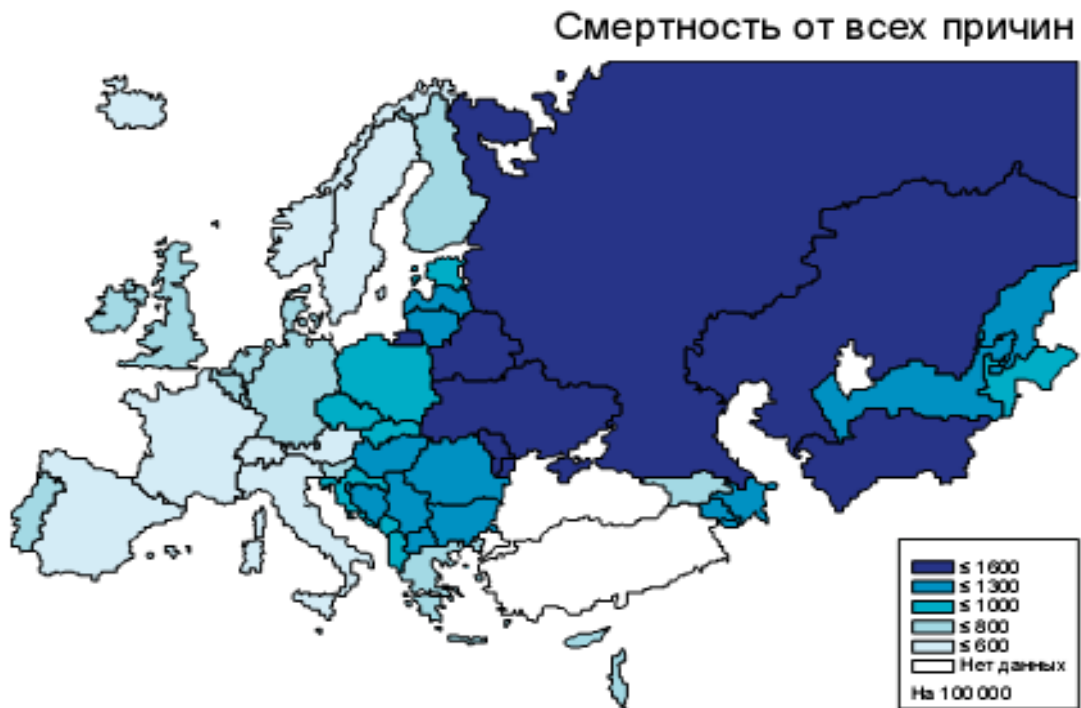


**СТРУКТУРА ВНЕШНИХ ПРИЧИН СМЕРТИ**

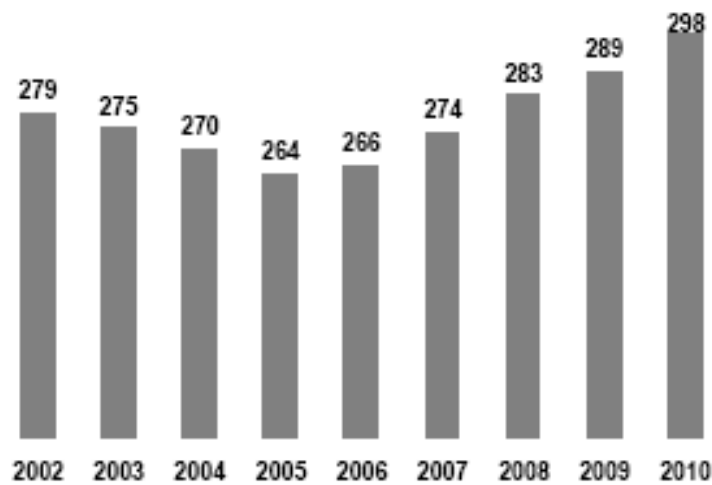
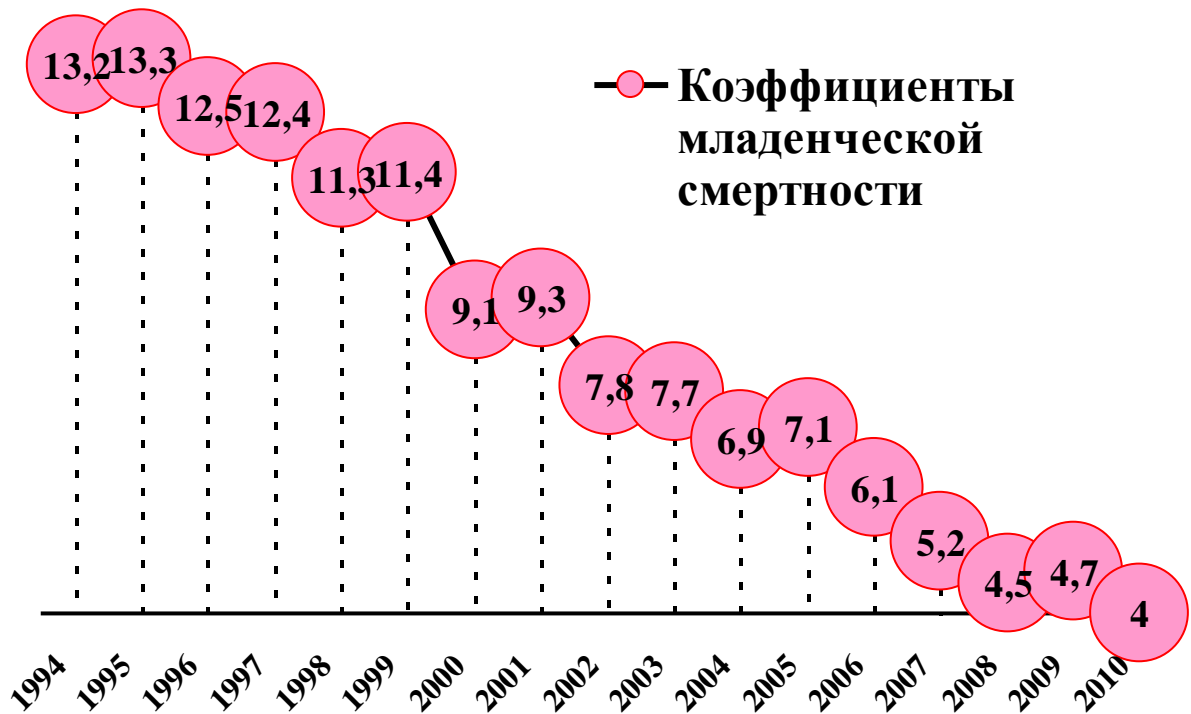




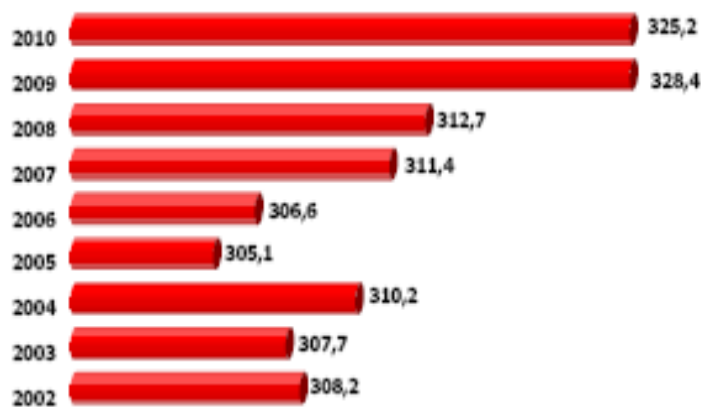
Структура причин смертности (2010 г., в процентах)



**Снижение младенческой смертности  
на 1000 младенцев, родившихся живыми .**



**Рис.9. Уровень госпитализации  
Уровень госпитализации (2002-2010 гг.; на 1000 жителей)**



**Число дней занятости койки (2002–2010 гг.)**  
(2002–2010 гг.)

#### **10. Задачи по закреплению и развитию позитивных медико-демографических тенденций**

- ✓ выполнение Государственных программ;
- ✓ дальнейшее повышение роли ПМП в процессе оказания медицинской помощи населению;
- ✓ интеграция ПМСП и специализированных служб;
- ✓ усиление профилактической направленности здравоохранения;
- ✓ оптимизация методики целевой диспансеризации;
- ✓ реализация комплекса мер по улучшению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матери и ребенка;
- ✓ развитие и внедрение в лечебно-диагностический процесс высоких технологий и повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи на всех уровнях ее оказания;
- ✓ усиление организационно-методических функций в управлении медицинской и медико-социальной помощью;
- ✓ создание четкой системы управления качеством в здравоохранении.
- ✓ внедрение информационных технологий;
- ✓ совершенствование законодательной базы здравоохранения.

---

## **Лекция № 5. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ, ЕЕ ВИДЫ И МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ. МЕТОДИКА ИЗУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

### **Учебные вопросы**

1. Определение заболеваемости.
2. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра (МКБ-10). Номенклатура болезней.
3. Учет и отчетность в системе здравоохранения.
4. Показатели, характеризующие заболеваемость населения.
5. Методика изучения заболеваемости.
6. Методы изучения и анализа заболеваемости.
7. Методика анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ).
8. Метод стандартизации.
9. Признаки, характеризующие физическое развитие.
10. Разновидности оценки физического развития.
11. Оценка связи по коэффициенту корреляции.
12. Коэффициент регрессии.
13. Методы оценки физического развития.

### **1. Определение заболеваемости**

Заболеваемость представляет собой уровень и частоту распространения болезней среди населения. Причем вычисляется частота как всех болезней вместе взятых, так и каждой в отдельности. В качестве объекта анализа заболеваемости обычно берется или все население данного региона в целом, или отдельные его группы. В зависимости от цели анализа заболеваемости это могут быть возрастные, половые, социальные, профессиональные и другие группы населения.

Без учета данных заболеваемости невозможно целенаправленно построить работу врачей, организаций и органов здравоохранения, эффективно проводить социально-медицинские, медико-санитарные мероприятия, успешно управлять лечебно-диагностическим процессом.

Таким образом, целью регистрации заболеваний и изучения заболеваемости является характеристика состояния здоровья населения, планирование деятельности медицинских служб, разработка мер профилактики и оценка эффективности проведения мероприятий.

Любой врач в ходе своей профессиональной деятельности обязан устанавливать и регистрировать заболевания. Поэтому полнота, достовер-

---

ность и качество сведений о заболеваемости зависит, прежде всего, от врача. А от этого, в свою очередь, зависит результативность тех мер по снижению заболеваемости, которые также обязаны проводить врачи.

**Дадим два определения болезни.**

**Болезнь** – нарушение жизнедеятельности организма под влиянием чрезвычайных раздражителей внешней и внутренней среды, характеризующиеся понижением сопротивляемости при одновременной мобилизации защитных сил организма.

**Болезнь** – нарушение структур и функций организма из-за недостаточной приспособленности к непрерывно изменяющимся условиям внешней и внутренней среды.

**2. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра (МКБ-10). Номенклатура болезней**

Как указывалось выше, врачи обязаны регистрировать заболевания. При этом они должны правильно и единообразно обозначать диагностируемые ими заболевания в соответствии с номенклатурой и классификацией болезней.

**Классификация болезней** – система рубрик. В рубрики включены патологические состояния в соответствии с определенными критериями. Существует много подходов к выбору этих критериев и к принципам построения классификации. Такими подходами могут быть: этиологический, патогенетический, нозологический, синдромологический, симптоматический. Для патологоанатома важна анатомическая локализация поражения. Для практического врача – природа болезни. Для организатора здравоохранения – этиология. Для клинициста – конкретные проявления заболевания.

Классификация болезней широко используется при статистической разработке и анализе заболеваемости населения. Она обеспечивает сопоставимость данных о здоровье населения и деятельности систем здравоохранения.

Классификация способствует также использованию в системе здравоохранения автоматизированных информационных систем. В целом же, по своему международному масштабу значение МКБ уникально.

Для должного обеспечения, прежде всего, управления системой здравоохранения, его совершенствования, современного развития медицинской науки необходим постоянный сбор данных о здоровье населения и деятельности организаций здравоохранения. Это в свою очередь стимулирует интенсивное развитие и повышение надежности информационных систем, создание которых не может быть осуществлено без классификации.

онных основ. В основу этого процесса положена Международная классификация болезней (МКБ). Практически она один раз в 10 лет пересматривается под руководством ВОЗ. МКБ – это нормативный документ, обеспечивающий единство методических подходов, а также международную сопоставимость материалов.

С помощью МКБ появляется возможность проводить систематизированный учет, анализ, интерпретацию и сопоставление данных о смертности и заболеваемости. МКБ переводит словесные выражения диагноза болезней, изложенных на разных языках, и других проблем здоровья в алфавитно-цифровые коды. Это обеспечивает удобство хранения, извлечения и анализа данных.

Фактически, МКБ стала международной стандартной диагностической классификацией для многих управленческих целей в здравоохранении, в том числе для анализа состояния здоровья населения, мониторинга частоты и распространенности болезней в их взаимосвязи с различными факторами.

МКБ-10 изложена в 3-х томах. I том включает части 1 и 2 – собственно классификация болезней. II том – правила и инструкции по кодированию данных о причинах смерти и заболеваемости. III том – алфавитный указатель.

Каждое заболевание имеет свой шифр согласно «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» (десятый пересмотр: МКБ-10).

Том 1. Специальный перечень для статистической разработки. «Классификация» содержит XXI класс: I – XIX классы трехзначные рубрики и четырехзначные подрубрики для кодирования заболеваний и травм; XX класс – внешние причины заболеваемости и смертности, XXI класс – факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в организации здравоохранения.

**Том 1 содержит также:**

- ✓ классификацию морфологии новообразований;
- ✓ специальные табулированные перечни для разработки данных заболеваемости и смертности;
- ✓ определения и номенклатурные положения.

**Том 2.** Сборник инструкций. Включает предписание по оформлению медицинских свидетельств, а также инструктивные материалы и рекомендации по использованию тома 1.

**Том 3.** Алфавитный указатель. Раздел I. Алфавитный указатель болезней и травм по их характеру. Раздел II. Внешние причины травм. Раздел III. Таблица лекарственных средств и химических веществ.



---

Московский Центр по Международной классификации болезней принял непосредственное участие в подготовке МКБ 10-го пересмотра. Он обобщил опыт специалистов головных клинических институтов и их предложения по адаптации этого международного документа к практике работы медицинских учреждений России. В результате был создан краткий вариант МКБ, состоящий из 3-х частей.

Часть I. Полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик.

Часть II. Основные определения и рекомендации по шифровке данных о заболеваемости и смертности.

Часть III. Краткий алфавитный указатель.

Кодированная номенклатура морфологии новообразований. В МКБ-10 увеличилось количество классов до 21; принципиально изменился код (вместо цифровой введена алфавитно-цифровая кодовая система).

Благодаря этому расширению возможностей классификации за счет увеличения числа ячеек с 1000 приблизительно до 2000, создались условия для проведения последующего пересмотра без заметного нарушения цифровой системы, т.к. можно вводить дополнения на уровне класса.

В МКБ-10 образованы новые классы для группировки болезней глаза и придаточного аппарата, болезней уха и сосцевидного отростка. Ранее имевшие место дополнительные классификации внешних причин и факторов, влияющих на состояние здоровья и обращаемость в организации здравоохранения, в настоящее время являются частью основной классификации.

Поскольку МКБ предназначена для классификации болезней и травм, имеющих официальный диагноз, не каждая проблема или причина обращения за медицинской помощью могут быть обозначены таким образом. В этой связи МКБ предусматривает в своей структуре широкий спектр признаков, симптомов, выявленных патологий, жалоб, социальных обстоятельств, которые могут замещать диагнозы в медицинской документации (Классы XVIII и XXI). Следовательно, МКБ может быть использована для классификации данных, записанных под заголовками, такими как "диагноз", "причина госпитализации", "состояния, по поводу которых проводилось лечение", "причина консультации". Они имеются в разнообразных видах той медицинской документации, откуда извлекаются статистические данные и другие виды информации о здоровье.

Использование в работе адаптированного варианта МКБ-10 предусматривает предварительное тщательное изучение структуры группировок болезненных состояний в классах, примечаний, включений и исключений,

---

а также ознакомление с правилами отбора и кодировки основного диагноза.

Структура шифра включает трехзначные рубрики и четырехзначные подрубрики.

Трехзначные рубрики: первый символ шифра представлен буквой английского алфавита от А (эй) до Z (зэт); 2 и 3 символы – цифры от 00 до 99. Например:

КЛАСС I

Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)

КЛАСС II

НОВООБРАЗОВАНИЯ (C00-D48)

КЛАСС III

Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89)

и так далее.

Четырехзначные подрубрики: 4-й знак в шифре, поставленный через точку, указывает на формы заболеваний или их локализацию. Это цифры от 0 до 9.

Иногда применяется двойная классификация. Т.е. один и тот же диагноз зашифрован 2-мя разными шифрами: например, "Миелит туберкулезный" A17.8+ и G05.0\*

Статистика, регистрирующая коды со знаком "крестик" - "+", подчиняется традиционной классификации в представлении данных о смертности и заболеваемости. Коды со знаком "\*" не используются в государственной статистике.

Вам может встретиться также такое понятие как номенклатура болезней. Номенклатура – перечень или каталог признанных наименований патологических состояний. Номенклатура более обширна, чем классификация, так как она должна фактически вместить все известные патологические состояния.

### **3. Учет и отчетность в системе здравоохранения**

В системе здравоохранения применяется 2 вида документации: учетная документация и отчетная документация. Учетная документация ведется в течение года всеми медицинскими организациями по строго установленным формам. На основании данных учетной документации составляется (в установленные сроки) отчет также по строго установленным формам. Отчеты бывают: годовые, полугодовые, квартальные, месячные. Сведения статистических отчетов медицинских организаций позволяют оценить их деятельность, выполнение планов и задач в области здравоохранения, вы-

---

явить положительный опыт работы и недочеты. Статистический отчет о деятельности ЛПО составляется на основе учета работы по формам, утвержденным Министерством здравоохранения.

#### **Основные учетные формы в поликлинике.**

1. Медицинская карта амбулаторного пациента.
2. Талон на прием к врачу.
3. Статистический талон.
4. Контрольная карта диспансерного наблюдения.
5. Книга для записи вызовов врачей на дом в дневные часы работы и по неотложной помощи в другие часы.
6. Книга для регистрации умерших на дому и выданных близким умершего врачебных свидетельств о смерти.
7. Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении).
8. Книга для регистрации выданных поликлиникой листков нетрудоспособности.
9. Листок нетрудоспособности.
10. Экстренное извещение об острозаразном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении.
11. Журнал инфекционных заболеваний.
12. Отчет о движении инфекционных заболеваний (форма № 85-леч).
13. Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, фавуса, трахомы, рака и других злокачественных новообразований.
14. Сводная ведомость учета заболеваний населения, проживающего в районе обслуживания поликлиники.
15. Отчет о временной нетрудоспособности.
16. Дневник врача.
17. Дневник среднего медперсонала.

#### **Основные учетные формы медицинской документации в стационаре.**

1. Медицинская карта стационарного пациента.
2. Журнал приема больных и отказов в госпитализации.
3. Журнал для записи оперативных вмешательств.
4. Листок ежедневного учета больных и коечного фонда отделения.
5. Карта выбывшего из стационара.
6. Книга патологоанатомических вскрытий.
7. Лист назначений.
8. Температурный лист.
9. Порционное требование.

Роль врачей в составлении статистического отчета состоит в обеспечении достоверности собранных сведений и их анализе. После составления цифрового отчета проводится расчет показателей и их анализ (по каждому отделению и больнице). В анализе работы медицинских организаций за год принимает участие весь коллектив медработников и, прежде всего, врачи.

#### **4. Показатели, характеризующие заболеваемость населения**

**К показателям, характеризующим заболеваемость населения относятся:**

- первичная заболеваемость (собственно заболеваемость),
- общая заболеваемость (распространенность),
- накопленная заболеваемость,
- патологическая пораженность,
- индекс здоровья,
- летальность,
- травматизм,
- инвалидность.

**Первичная заболеваемость** (собственно заболеваемость) – совокупность всех нозологических единиц с впервые установленным диагнозом в данном отчетном году. Это, фактически, совокупность вновь возникших заболеваний в данном отчетном году.

Случай поликлинического обслуживания представляет собой совокупность посещений на каждое обращение пациента.

**Показатель первичной заболеваемости (собственно заболеваемости)** = (число зарегистрированных случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом за данный отчетный год / средняя численность населения) x 1000 (10 000, 100 000). В мировой практике показатель заболеваемости рассчитывается на 100 000 населения.

**Общая заболеваемость (распространенность)** – совокупность первично установленных диагнозов в данном отчетном году (острые случаи заболеваний) плюс число заболеваний, которые были установлены в предыдущих годах, но по поводу которых больные обратились впервые в данном отчетном году (хронические случаи заболеваний). Это фактически совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний.

**Показатель общей заболеваемости (распространенности)** = (число всех зарегистрированных случаев заболеваний за данный отчетный год (сумма острых и хронических случаев) / средняя численность населения) x 10 000 (100 000).

**Накопленная заболеваемость** – совокупность заболеваний, зарегистрированных в течение последнего года определенного периода наблюдения (этот период может быть 3-5 и более лет) и приплюсованных случаев хронических болезней, зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых не было обращений в данном году.

**Патологическая пораженность** – частота выявленных случаев патологий из числа всех осмотренных при медосмотрах. Это показатель частоты патологических состояний на 100 обследованных. Он учитывает не только заболевания, но и преморбидные состояния и отклонения.

**Индекс здоровья** – частота практически здоровых лиц на 100 обследованных.

**Летальность** – вероятность умереть из числа заболевших (для поликлиники) или из числа выбывших больных из стационара. Этот показатель достаточно чутко реагирует на качество диагностики и лечения. Он отражает также тяжесть того или иного заболевания.

**Показатель летальности** = число всех умерших за данный отчетный год / число зарегистрированных заболеваний (для поликлиники) или число выбывших из стационара (для стационара) x 100.

**Травматизм** – распространенность травм. Рассчитывается у различных групп населения за определенный промежуток времени. Он обуславливает состояние здоровья населения, уровень временной нетрудоспособности, смертности, инвалидности, ожидаемой продолжительности жизни.

**Инвалидность** – длительная или постоянная потеря трудоспособности вследствие хронического заболевания или травмы.

**Общая инвалидность** – это отношение числа впервые признанных и известных ранее инвалидов к средней численности населения. Установлены три группы инвалидности.

## 5. Методика изучения заболеваемости

Данная методика является универсальной и может быть использована при изучении всех видов заболеваемости. Рассмотрим ее основные моменты.

**Методика изучения заболеваемости предусматривает последовательное выполнение следующих этапов:**

1. Определяется метод изучения заболеваемости.
2. Определяется вид заболеваемости.
3. Изучается структура заболеваемости, т.е. показатели экстенсивности.
4. Изучается частота заболеваний, т.е. показатели интенсивности, всего и по отдельным нозологическим единицам.

5. Изучаются показатели заболеваемости в динамике.
6. Выясняются причины заболеваемости.
7. Изучаются сезонные особенности заболеваемости.
8. Изучается заболеваемость по полу, по отдельным возрастным группам, по отдельным профессиональным группам, по стажу работы.
9. Проводится анализ заболеваемости во взаимосвязи с факторами ее определяющими.
10. Разрабатываются лечебно-оздоровительные и медико-организационные мероприятия и внедряются в практику.
11. Оценивается эффективность мероприятий.

## **6. Методы изучения и анализа заболеваемости**

### **Заболеваемость изучается:**

- По данным обращаемости населения за медицинской помощью.
- По данным медицинских осмотров.
- По данным о причинах смерти.

I. Заболеваемость по данным обращаемости населения за медицинской помощью. Этот метод обеспечивает наиболее полный учет острых заболеваний.

Основным учетным документом, которым пользуются для изучения заболеваемости, по данным обращаемости населения за медицинской помощью является «Статистический талон» (форма № 025-2/у). Для анализа заболеваемости используются также:

«Медицинская карта амбулаторного пациента» (форма № 027у).

«Ведомости учета посещений, заболеваний и пролеченных больных в амбулаторно-поликлинических учреждениях» (форма № 025-3/у-07).

«Протокол экспертизы качества медицинской помощи первого уровня».

«Прейскурант медицинских услуг, оказываемых государственными учреждениями».

«Методика оценки качества медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях».

К основным видам заболеваемости относятся общая заболеваемость, инфекционная заболеваемость, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, госпитализированная заболеваемость, заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями.

1. Общая заболеваемость.

2. Инфекционная заболеваемость. При выявлении инфекционной болезни врач любой специальности обязан заполнить "Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном от-

---

равлении, необычной реакции на прививку" и отослать в течении 12 часов в территориальный ЦГЭ и ОЗ по месту регистрации заболевания (независимо от места жительства больного). Экстренное извещение регистрируется в "Журнале учета инфекционных заболеваний". Анализ показателей эпидемической заболеваемости проводится в лечебно-профилактических организациях на основании "Отчета о движении инфекционных заболеваний". Центры гигиены и эпидемиологии и ОЗ составляют месячные и годовые отчеты о движении инфекционных заболеваний.

3. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности ("Листок нетрудоспособности").

4. Заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями изучается по "Извещениям о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроsporии, трахомы, рака и других злокачественных новообразований".

5. Госпитализированная заболеваемость регистрируется с помощью "Карты выбывшего из стационара".

На полноту сведений о заболеваемости по данным обращаемости за медицинской помощью влияют такие факторы как доступность медицинской помощи, ее объем и качество, уровень медицинской культуры населения, обязательная регистрация выявленных заболеваний.

II. Заболеваемость изучается также по данным медицинских осмотров и диспансерного наблюдения за выделенными контингентами. Этот метод обеспечивает наиболее полный учет хронических болезней. Регистрируют их с помощью "Медицинской карты амбулаторного пациента" и "Журнала профосмотров". На полноту сведений о данной заболеваемости влияют такие факторы как систематичность проведения осмотров, участие врачей нужных специальностей, контроль своевременности и полноты осмотров, их достаточное диагностическое обеспечение.

III. Заболеваемость по данным о причинах смерти регистрируется с помощью "Врачебного свидетельства о смерти (мртворождении)" (форма № 106/у-10).

Все лечебные организации ведут текущий учет всех обращений. Такой метод изучения заболеваемости называется сплошной. Данные, полученные таким путем, необходимы, прежде всего, для оперативной работы. Более полную картину можно получить при выборочных, углубленных исследованиях. Они дорого стоят и проводятся периодически. Чаще всего в годы переписей населения.

Анализ заболеваемости осуществляется в определенной последовательности. После выбора метода и вида следует изучить структуру заболеваемости, т.е. показатели экстенсивности; частоту заболеваемости, т.е. по-

казатели интенсивности (всего и по отдельным нозологическим единицам); изучить показатели заболеваемости в динамике; выяснить причины заболеваемости; изучить сезонные особенности заболеваемости; изучить заболеваемость по полу; по возрастным группам; по отдельным профессиональным группам; по стажу работы; проанализировать заболеваемость во взаимосвязи с факторами, ее определяющими; разработать лечебно-оздоровительные и медико-организационные мероприятия, внедрить их в практику и оценить эффективность мероприятий.

Такой подход к анализу медико-социальных процессов является фактически универсальным. Он может использоваться для оценки любых явлений, отраженных в тех или иных показателях: показателей заболеваемости не только вообще, но и отдельных ее видов или заболеваемости по отдельным болезням; смертности; естественного прироста; младенческой смертности; показателей рождаемости; различных ее разновидностей и т.д.

В структуре первичной заболеваемости **1-е место** традиционно занимают болезни органов дыхания – 55,8 %.

**Второе место** занимает класс «Травмы и отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» – 9,1 %.

**Третье место** занимают болезни кожи и подкожной клетчатки – 4,8%.

**На четвертом месте** находятся болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 4,6 %.

**Пятое место** принадлежит классу «Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания» – 3,8 %.

**На шестом месте** класс заболеваний мочеполовой системы – 3,4 %.

**Седьмое место** занимают болезни глаза и его придаточного аппарата – 3,2 %.

**На восьмом месте** находятся болезни органов кровообращения – 3,1 %.

Соотношение общей и первичной заболеваемости увеличилось с 1,64 до 1,78, что указывает на значительное накопление хронической патологии.

Травматизм является не только медицинской, но и важной социальной проблемой. Он занимает 2-е место в структуре первичной заболеваемости (10,1 %) и 4-е среди причин смерти (10,7 %).

Несмотря на успехи в борьбе с инфекционными болезнями, заболеваемость многими из них остается пока высокой в большинстве стран мира. Особого внимания заслуживают социально обусловленные инфекции, в первую очередь туберкулез.



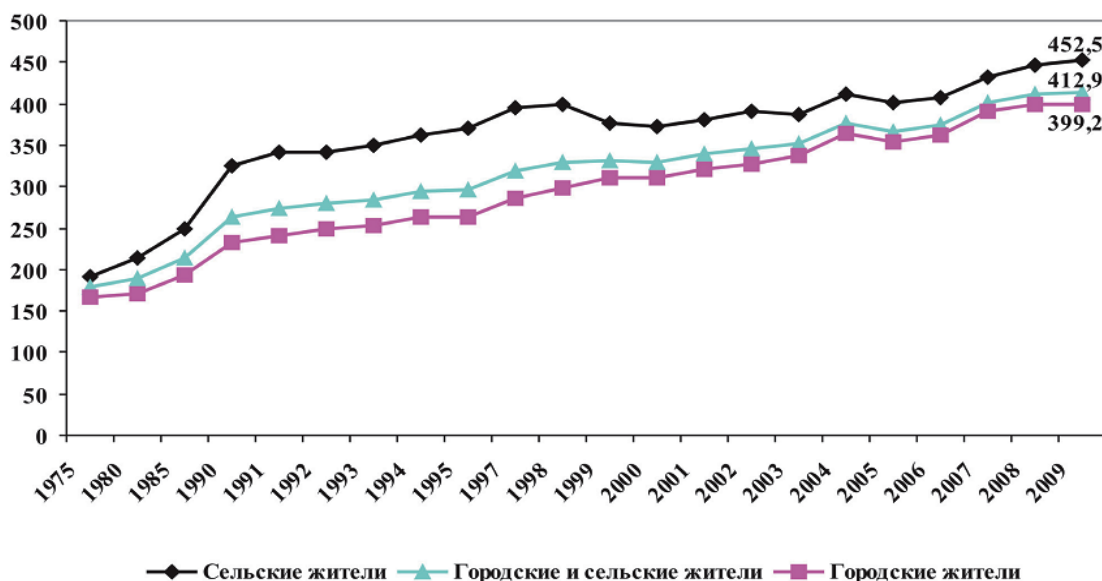
В Беларуси отмечается рост первичной заболеваемости активными формами туберкулеза.

Важнейшей составляющей здоровья нации является психическое и духовное здоровье. Значительный материальный и нравственный ущерб обществу причиняют пьянство, алкоголизм, наркомания.

По мнению специалистов, реальное число наркоманов в 10 раз больше. С наркоманией неразрывно связана проблема ВИЧ-инфекции и СПИДа. В первой половине 90-х гг. значительный темп прироста был характерен для инфекций, передающихся преимущественно половым путем. В 1991–1996 гг. число первичных случаев сифилиса выросло более чем в 40 раз (с 5,2 до 210,9 на 100 тыс. населения). С 1999 г. заболеваемость пошла на убыль и снизилась более чем в 10 раз.

Заболеваемость инфекционными болезнями находится в настоящее время под контролем, характеризуется стабильностью и даже снижением по отдельным формам.

*Заболеваемость населения Республики Беларусь  
злокачественными новообразованиями  
(на 100 тыс. населения)*



### **Прогнозирование показателей заболеваемости**

**Прогнозирование заболеваемости** – это научно обоснованное предвидение основных показателей заболеваемости населения.

Необходимость прогнозирования заболеваемости связана с задачами прогнозирования и планирования социально-экономических процессов и развития общества в целом. Без предварительного прогноза заболеваемости невозможно определить перспективы развития здравоохранения, системы социального страхования и социального обеспечения, медицинского

образования, рассчитать потребность производства и потребления лекарственных средств, товаров медицинского назначения и т.д. Именно поэтому деятельность по прогнозированию заболеваемости составляет важнейшую часть общей деятельности Министерства здравоохранения и научных институтов.

### Классификация прогнозов

#### По длине прогнозного горизонта:

- краткосрочные;
- среднесрочные;
- долгосрочные.

#### По целям прогнозирования:

- ☒ Аналитический прогноз
- ☒ Прогноз-предостережение
- ☒ Нормативный прогноз
- ☒ Функциональный прогноз

Целью **аналитического прогноза** является исследование современных тенденций заболеваемости населения путем оценки их возможного влияния на здоровье населения в будущем, а также на социально-экономическое развитие общества в целом. Для аналитического прогноза характерно не столько прогнозирование само по себе, сколько изучение реальной ситуации для выявления в ней «проблемных зон», сохранение которых может так или иначе повлиять на будущую динамику социально-экономических, политических и других процессов, обострить уже существующие или привести к возникновению новых проблем и проблемных ситуаций. Для аналитического прогноза характерно не столько прогнозирование само по себе, сколько изучение реальной ситуации для выявления в ней «проблемных зон», сохранение которых может так или иначе повлиять на будущую динамику социально-экономических, политических и других процессов, обострить уже существующие или привести к возникновению новых проблем и проблемных ситуаций.

**Прогноз-предостережение**, по сути, является разновидностью аналитического прогноза. Его цель – показ возможных неблагоприятных или опасных последствий сложившейся ситуации, во избежание которых необходимо принять соответствующие меры.

Основной целью нормативного прогноза является выработка конкретных рекомендаций для достижения некоторого желаемого состояния показателей заболеваемости населения

При нормативном прогнозировании устанавливается ряд желаемых характеристик заболеваемости после чего намечаются меры, которые не-

---

обходимо предпринять, чтобы достичь этих желаемых, или нормативных, целевых параметров.

Целью функционального прогнозирования является получение прогнозной информации о заболеваемости населения, необходимой для принятия решений в экономической, социальной, политической и других сферах деятельности государственного и социального управления.

**Функциональный прогноз** – это прогноз, служащий конкретным практическим целям и задачам тех или иных организаций, государственных органов, учреждений образования и т.п. Он представляет собой определение будущих численности и состава лиц, страдающих тем или иным заболеванием.

**Примерами функциональных прогнозов являются:**

- прогноз спроса на те или иные виды медицинских услуг;
- определение потребной численности медицинского персонала (по специальностям и уровням квалификации), необходимой материальной базы здравоохранения;
- прогнозирование численности и состава учащихся на разных ступенях системы медицинского образования;
- определение численности и состава лиц, которые не могут быть призваны в вооруженные силы;
- прогноз динамики численности инвалидов, нуждающихся в помощи социальных служб и др.

Методы перспективного исчисления показателей заболеваемости населения основаны на применении математических функций.

Математические методы применяются также и для анализа исторической динамики и прогнозирования показателей заболеваемости населения на глобальном уровне, а не только в отдельно взятом регионе.

## **7. Методика анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ)**

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди рабочих и служащих производится на основании «Листка нетрудоспособности». Анализ же и изучение этой заболеваемости осуществляется на основании "Отчета о временной нетрудоспособности (форма № 16/3-1). В отчетной форме № 16/3-1 число случаев определяется по первичным листкам, а число дней нетрудоспособности по первичным и по продолжениям.

Качественные показатели ЗВУТ рассчитываются по всем заболеваниям в целом и по каждой болезни в отдельности.

1. Число случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности на 100 работающих = (Число случаев / Средняя численность работающих) x 100.

Примерный уровень – от 60 до 120 случаев на 100 работающих.

2. Число дней с временной утратой трудоспособности на 100 работающих = (Число дней нетрудоспособности / Средняя численность работающих на данном предприятии) x 100.

Примерный уровень – от 600 до 1200 дней на 100 работающих.

3. Средняя длительность 1 случая заболевания с временной утратой трудоспособности = Число дней нетрудоспособности / Число всех случаев.

Примерный уровень – 8-10 дней.

4. Показатель структуры.

Удельный вес данного заболевания по отношению ко всем заболеваниям = (Число случаев или дней по данному заболеванию / Число всех заболеваний) x 100.

Рассчитывается по случаям и дням.

5. Показатель экономической эффективности, полученной от снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

На уровень заболеваемости с временной нетрудоспособностью оказывают влияние различные социальные факторы: социально-гигиенические условия; социально-психологический микроклимат; организация трудовых процессов; условия быта; организация медицинской помощи и ее качество; качество врачебной экспертизы; состав рабочих и служащих. Поэтому при анализе заболеваемости учитываются факторы, влияющие на нее. Необходимо изучить заболеваемость по полу, по возрастным группам, по цехам, по профессиям, по стажу работы, по сезонам года, по прочим факторам. Важно обратить внимание на число повторных госпитализаций, хронических болезней, показатель первичного выхода на инвалидность.

Углубленный анализ на предприятиях проводится на основании "Карты полицевого учета". Эти карты имеются на всех предприятиях и хранятся в здравпунктах. С их помощью, к примеру, можно легко выявить часто и длительно болеющих, т.е. лиц, имевших в течении года 4 и более случаев утраты трудоспособности или 40 и более дней нетрудоспособности. Таким образом ведется полицевой учет заболеваемости. Далее изучается причинность, делаются выводы и разрабатываются мероприятия по снижению заболеваемости.

Показатели заболеваемости с временной нетрудоспособностью по лицам.

1. Число болевших лиц на 100 круглогодочных рабочих.

2. Кратность заболеваний (число лиц имеющих нетрудоспособность 1,2,3 и более раз).
3. Повторность заболеваний (число лиц имеющих нетрудоспособность по поводу данного заболевания 1,2,3 и более раз).

### **8. Метод стандартизации**

Метод стандартизации применяется для более углубленного изучения того или иного явления. При сравнении показателей смертности или заболеваемости или летальности мы не всегда можем придти к правильному выводу, если при этом не учитывается возрастной состав заболевших или умерших или же не учитывается неравное распределение больных по отделениям стационара (при изучении летальности).

Стандартизация – метод расчета условных (стандартизированных) показателей, заменяющих интенсивные (или другие) величины в случаях, когда сравнение последних затруднено из-за несопоставимости состава сравнительных групп.

Стандартизация – преобразование обычных интенсивных показателей путем элиминирования (устранение разности в возрастном различии или в неравном распределении больных по отделениям, то есть устранение влияния некоторых факторов на уровень интенсивных показателей). Практическое значение метода стандартизации состоит в том, что он исключает влияние неоднородности составов исследуемых групп; позволяет сравнить частоту явлений, изучаемых в неоднородных группах; дает возможность оценить влияние исследуемого фактора на величину общих показателей.

Различают прямой, косвенный и обратный методы стандартизации. Прямой метод применяется в тех случаях, когда имеется возрастной состав сравниваемых групп населения и повозрастные показатели (заболеваемости или смертности или летальности). Косвенный метод применяется в тех случаях, когда имеется только повозрастной состав населения. Обратный метод применяется в тех случаях, когда имеется только данные о возрастном составе заболевших (умерших).

Прямой метод стандартизации имеет, в основном, три этапа.

1. Выбор и расчет общих и погрупповых показателей. Вычисление сравниваемых интенсивных показателей или смертности или заболеваемости, или летальности при изучении явлений.

2. Выбор и расчет стандарта. Нахождение стандарта. За стандарт следует принимать такой состав совокупностей, в котором бы отразились все особенности структур состава сравниваемых групп. Виды стандарта: сумма или полусумма сравниваемых групп, числовой состав одной из сравниваемых групп.

3. Вычисление стандартизированных показателей и сравнение их с интенсивными показателями.

Иногда выделяют еще один этап: расчет ожидаемых величин в соответствии со стандартом.

### **9. Признаки, характеризующие физическое развитие**

Под физическим развитием понимают совокупность морфологических и функциональных признаков, характеризующих развитие и формирование организма в процессе его роста. Наблюдение за физическим развитием начинается с момента рождения ребенка.

Физическое развитие характеризуется:

- антропометрическими признаками (рост, масса тела, окружность грудной клетки, головы, плеча, предплечья, голени, бедра);
- физиометрическими признаками (жизненная емкость легких, мышечная сила кистей рук, становая сила);
- соматоскопическими признаками (телосложение, развитие мускулатуры, степень упитанности, форма грудной клетки и ног, форма стопы, выраженность вторичных половых признаков).

### **10. Разновидности оценки физического развития**

1. Индивидуальная оценка.
2. Оценка по возрастно-половым признакам.
3. Оценка физического развития в динамике.
4. Оценка с целью разработки региональных возрастно-половых стандартов.
5. Оценка с целью определения эффективности оздоровительных мероприятий.

Материалы антропометрических исследований подвергают вариационно-статистической разработке путем составления корреляционных решеток для анализа признаков – рост с массой тела, рост с окружностью грудной клетки и путем составления вариационных рядов для остальных признаков. В результате по каждому признаку получают следующие параметры: лимит, амплитуда, средние арифметические величины и их ошибки, среднеквадратические величины и их ошибки, коэффициенты корреляции и регрессии.

Часто в процессе исследования, при изучении явлений нас интересует не только средняя арифметическая с ее параметрами, которые характеризуют особенности лишь только одного признака, но также наличие связи между двумя или несколькими признаками. Различают два вида связи между признаками - функциональную и корреляционную.

Под функциональной связью понимается такой вид соотношения между двумя признаками, когда любому значению одного из них всегда соответствует определенное одно и тоже значение другого. Например, объем газа при постоянной температуре зависит от давления, при котором находится этот газ; радиуса и площади круга; объема тела и температуры и т.д.

При корреляционной связи одной величине соответствует несколько других величин, варьирующих около своей средней. Примером корреляционной связи может служить зависимость массы тела ребенка от его роста. У лиц одного роста может быть различная масса тела, так как на массу влияет много других факторов (питание, состояние здоровья и др.). Однако, колебания массы варьируют обычно в определенных размерах вокруг своей средней величины. Для оценки связи вычисляют специальный коэффициент корреляции ( $r_{xy}$ ), который дает представление о размерах и тесноте связи между явлениями. По характеру связь бывает прямая и обратная. Например, с увеличением роста ребенка увеличивается его масса (прямая связь). Она обозначается знаком "+". А с увеличением, к примеру, воздуха уменьшается число заболеваний бронхитом (обратная связь). Обозначается знаком "-". Размер связи или коэффициента корреляции колеблется от 1 до 0 и служит мерилем тесноты связи.

### 11. Оценка связи по коэффициенту корреляции

Характер связи	Размер связи	
	Прямая «+»	Обратная «-»
Полная	+ 1	-1
Сильная	от + 1 до + 0,7	от - 1 до - 0,7
Средняя	от + 0,7 до + 0,3	от - 0,7 до - 0,3
Слабая	от + 0,3 до 0	от - 0,3 до 0
Отсутствует связь	0	0

Коэффициент корреляции определяется по специальной формуле. Для того, чтобы убедиться в том, что коэффициент корреляции, вычисленный по данным выборочного исследования, будет соответствовать размеру связи в генеральной совокупности, вычисляют среднюю ошибку коэффициента корреляции. В малых выборках не обязательно получать ошибку коэффициента корреляции. Оценку достоверности можно провести по специальной таблице, зная число наблюдений и величину коэффициента корреляции.

## 12. Коэффициент регрессии

В научных исследованиях нас часто интересует вопрос, на сколько конкретно увеличивается или уменьшается 2-й признак ( $y$ ), при изменении 1-го ( $x$ ) на 1 (единицу). С этой целью рассчитывается коэффициент регрессии по специальной формуле.

В практике изучения взаимосвязанных признаков часто приходится строить нормативные таблицы "Шкалы регрессии". При построении этих таблиц необходимо иметь представление о колеблемости вокруг средней или вариабельности индивидуальных зависимых признаков. Для этого рассчитывают сигму уравнения регрессии.

## 13. Методы оценки физического развития

1. Генерализирующий метод. В этом случае наблюдение осуществляется за группой детей. Затем индивидуальные антропометрические данные суммируются и на этой основе получают средние величины. Оценка физического развития детей производится одновременно.

2. Индивидуализирующий метод. Этот метод представляет собой длительное наблюдение за каждым ребенком, со дня рождения через определенные периоды. Индивидуальная оценка – изучение физического развития отдельных индивидуумов. Затем на основе оценочных таблиц производится оценка.

Для сравнительной оценки индивидуальных и групповых показателей физического развития применяются следующие методы: сигмальных отклонений; корреляции; регрессии.

Оценка физического развития коллектива включает распределение всех обследованных членов его на группы (высокие, выше среднего, средние, ниже среднего и низкие) с учетом пола и возраста.

Метод сигмальной оценки (отклонений) основан на свойстве вариационного распределения: все варианты ряда располагаются вокруг средней величины ( $\bar{X}$ ) с отклонением от нее на  $\pm 3\sigma$ .

При индивидуальной оценке физического развития методом сигмальных отклонений сравнивают данные индивидуума со стандартными величинами признаков, взятыми изолированно (вне связи между собой). Оценка производится в сигмальных отклонениях от их средних величин (по общей сигме) каждого признака в отдельности. В зависимости от размеров сигмальных отклонений выделяют следующие группы физического развития:



Среднее развитие	–	от $\bar{X}-1\sigma$	до $\bar{X}+1\sigma$
Выше среднего	–	от $\bar{X}+1\sigma$	до $\bar{X}+2\sigma$
Высокое развитие	–	от $\bar{X}+2\sigma$	и выше
Ниже среднего	–	от $\bar{X}-1\sigma$	до $\bar{X}+1\sigma$
Низкое	–	от $\bar{X}+2\sigma$	и ниже

Для индивидуальной оценки физического развития пользуются также формулой:

$$\frac{X - \bar{X}}{\sigma}$$

где  $X$  – варианта признака индивидуума,

$\bar{X}$  – средняя величина признака для данной возрастно-половой группы,

$\sigma$  – общая сигма признака.

Наиболее полным и правильным следует признать метод индивидуальной оценки физического развития по шкале регрессии. Преимущество этого метода состоит в том, что он позволяет дать комплексную оценку физического развития по совокупности признаков в их взаимосвязи, так как ни один из признаков в отдельности не может быть критерием оценки физического развития. К примеру, этот метод позволяет связать рост, массу тела и окружность грудной клетки.

Оценочные таблицы физического развития (шкала регрессии по росту) составляется для возрастно-половых групп. Они состоят из трех рядов показателей (рост, масса тела, окружность грудной клетки), представленных в сигмальных отклонениях от величины стандартов.

Необходимо помнить, что индивидуальная оценка физического развития требует строго индивидуального подхода с обязательным учетом не только совокупности измерительных, но и описательных признаков (развитие мускулатуры, костной системы, упитанности, уровня полового развития). Только на основании комплекса всех признаков с учетом состояния здоровья может быть дана правильная оценка физического развития индивидуума.

В практической деятельности врачей приходится также оценивать уровни физического развития целых коллективов. В основу характеристики физического развития коллектива должны быть положены возрастные закономерности средних арифметических величин отдельных признаков, годовые приросты показателей в различные возрастные периоды, выявление половых различий и особенности пубертатных сдвигов.

Оценка уровня физического развития коллектива включают распределение всех обследованных членов его в группы физического развития (высокие, выше среднего, средние, ниже среднего и низкие) с учетом пола и возраста. Чем больше процент лиц со средним, выше среднего и высоким уровнями физического развития, тем лучше показатели физического развития коллектива в целом. Для сравнительной характеристики уровня физического развития различных коллективов или одного и того же коллектива за различные отрезки времени (в динамике) определяют достоверность различий средних арифметических величин основных признаков по методике оценки достоверности разности средних арифметических.

---

## Лекция № 6. ОЦЕНКА РАБОТЫ ВРАЧЕЙ И ОРГАНИЗАЦИЙ (ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ) ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### Учебные вопросы

1. Качество как главная цель оказания медицинской помощи.
2. Нормы и нормативы в здравоохранении.
3. Минимальные социальные стандарты в здравоохранении.
4. Система управления качеством медицинской помощи.
5. Оценка качества медицинской помощи.
6. Группы показателей, характеризующих деятельность ЛПО.
7. Клинико-статистические группы.
8. Модель конечных результатов.
9. Коэффициент достижения результата и методика его расчета.

#### 1. Качество как главная цель оказания медицинской помощи

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует определять понятие качества медицинской помощи в виде нескольких показателей: **эффективность, экономичность, адекватность.**

Это соотношение между оказанной медицинской помощью и той, которая требуется по установленному нормативу, то есть стандартной. При комплексном подходе к обеспечению качества учитываются все факторы, определяющее достигаемое улучшение состояния здоровья населения, временные затраты и экономическая эффективность использования всех видов ресурсов. Особое внимание должно уделяться материально-технической базе медицинских организаций, используемым организационным технологиям и квалификации медицинских кадров. Непременным условием качественного оказания медицинской помощи является обеспечение непрерывности лечебно-диагностического процесса на всех технологических уровнях.

#### 2. Нормы и нормативы в здравоохранении

**Норма в здравоохранении** – количественные показатели состояния внешней среды и лечебно-профилактической помощи, а также разработанные регламентированные показатели деятельности медицинских организаций, нагрузки медперсонала и использования материальных средств организаций здравоохранения.

**Норматив в здравоохранении** – реальный показатель обеспечения населения медицинскими услугами, который намечено достигнуть в пла-

---

новом порядке и который обеспечен медицинскими кадрами, финансовыми средствами и капиталовложениями.

**Уровень госпитализации** – отношение госпитализированных за данный период к средней численности населения.

**Мощность амбулаторно-поликлинического учреждения** – пропускная способность поликлиники, выраженная числом посещений в смену.

**Потребность населения в медицинской помощи** – необходимость в оказании медицинских услуг, формируемая под влиянием условий социальной среды.

**Измеритель объема потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи** – среднее необходимое число посещений на одного жителя в год.

**Измеритель потребности в госпитализации** – уровень или объем госпитализации (в %, ‰) по отношению к населению.

**Функция врачебной должности** – плановое число посещений (в поликлинике на приеме, на профосмотрах и на дому), которое должно быть выполнено одной врачебной должностью определенной специальности в течении календарного года.

**Обеспеченность** – отношение числа коек, амбулаторно-поликлинических учреждений (по мощности), санаторных коек, врачей и средних медработников к численности населения.

**Нормы времени** – регламентированная продолжительность выполнения единицы работы в определенных организационно-технических условиях, нормы времени могут быть выражены в минутах, условных единицах, условных единицах трудоемкости (УЕТ).

**Нормы нагрузки (обслуживания)** – количество работы, выполняемой в единицу времени при определенных организационно-технических условиях. Нормы нагрузки выражаются числом посещений в час, день, числом обследования пациентов в день.

**Нормативы численности (штатные нормативы)** – необходимая численность персонала для выполнения всех возложенных на учреждение (подразделение) функций, определяемая нормативными показателями, расчетными величинами.

**Должность** – определенный объем работы врача или среднего медицинского персонала, регламентированный нормативными затратами труда и законодательством о режиме труда и отдыха.

**Специальность** – характеристика рода трудовой деятельности, требующего определенных знаний и навыков. С точки зрения формирования условий для оказания качественной медицинской помощи необходимо также учитывать существующую законодательную и нормативную базу.

### 3. Минимальные социальные стандарты в здравоохранении

В качестве минимальных социальных стандартов в области здравоохранения государство должно устанавливать:

↪ нормативы бюджетного финансирования расходов на здравоохранение на одного жителя;

↪ нормы и нормативы материально-технического, медикаментозного, кадрового обеспечения, питания, обмундирования, мягкого инвентаря в государственных организациях здравоохранения различных типов и видов;

↪ нормы и нормативы льготного обеспечения лекарственными средствами, протезами, перевязочными средствами и предметами медицинского назначения;

↪ перечень услуг по оказанию стационарной, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи.

Социальные стандарты в системе здравоохранения Республики Беларусь: размер средств, выделенных из бюджета, в расчете на одного жителя республики (среднереспубликанский и региональные)  $\approx$  **816 тыс. руб.** (устанавливается ежегодно в соответствии с **Законом «О бюджете Республики Беларусь»**).

Министерство здравоохранения Республики Беларусь проводит мониторинг внедрения государственных социальных стандартов в каждом регионе и районе республики.

Все врачебные амбулатории, участковые больницы и БСУ в достаточном количестве обеспечены автотранспортом. Во всех агрогородках регионов или на расстоянии не более 10 км от агрогородка имеются лечебно-профилактические организации (структурные подразделения) с условием розничной реализации лекарственных средств и товаров аптечного ассортимента.

Нормативы.

Обеспеченность врачами общей практики, участковыми врачами (терапевтами и педиатрами) – один врач на 1,3 тыс. жителей;

- врачами общей практики – 1200 жителей;
- врачами-терапевтами участковыми – 1700 жителей;
- врачами-педиатрами участковыми – 800 детей;
- обеспеченность больничными койками – 9 коек на тысячу жителей (без учета больниц сестринского ухода);
- обеспеченность аптеками – одна аптека на 8 тысяч жителей;
- обеспеченность бригадами скорой медицинской помощи – одна бригада на 12 тыс. жителей;
- по г. Минску – одна бригада на 12,5 тыс. жителей.

#### **4. Система управления качеством медицинской помощи**

Систему управления качеством медицинской помощи (КМП) можно рассматривать как деятельность, направленную на создание условий оказания медицинской помощи населению, позволяющую выполнять заявленные государством гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества с учетом удовлетворенности населения в полученной медицинской помощи.

«Итоговое качество» создается при использовании качественных процессов, материалов и инструментов. Управление процессом обеспечения качества медицинской помощи является основным механизмом создания более эффективной модели здравоохранения, перехода к малозатратным медицинским технологиям без снижения объемов и уровня оказываемой медицинской помощи. В основу идеологии непрерывного управления качеством в здравоохранении должны быть заложены следующие принципы:

- ↻ направленность всей управленческой деятельности в здравоохранении на обеспечение качества оказываемой медицинской помощи;
- ↻ участие всех сотрудников медицинских организаций в управлении качеством медицинской помощи;
- ↻ нацеленность на положительный результат;
- ↻ материальное и моральное стимулирование членов трудовых коллективов.

#### **5. Оценка качества медицинской помощи**

Оценка качества медицинской помощи должна носить комплексный характер и предусматривать:

- сопоставление примененной медицинской технологии с тяжестью заболевания и особенностями его течения;
- определение соответствия примененной медицинской технологии общепринятой или стандарту;
- оценку примененной медицинской технологии в неразрывной связи с конечным результатом ее применения.

Контроль качества оказания медицинской помощи осуществляется экспертным методом:

- ↻ должностными лицами лечебно-профилактических организаций (ЛПО),
- ↻ штатными и внештатными специалистами органов управления здравоохранением.

---

**Экспертизу качества медицинской помощи проводят:**

- ◆ заведующие структурными подразделениями (первая ступень контроля),
- ◆ заместители руководителя организации по медицинской части, родовспоможению, медицинской реабилитации и экспертизе (вторая ступень контроля),
- ◆ члены клинико-экспертных комиссий (третья ступень контроля).

Главные штатные и внештатные специалисты Министерства здравоохранения, областных управлений здравоохранения и комитета по здравоохранению проводят экспертную оценку качества медицинской помощи при комплексных целевых и контрольных проверках лечебно-профилактических организаций, а также при подготовке материалов на лечебно-контрольные комиссии (четвертая ступень контроля) соответствующего уровня.

В течение месяца заведующие структурными подразделениями стационаров проводят экспертизу не менее 40 % законченных случаев. Заведующие структурными подразделениями амбулаторно-поликлинических организаций осуществляют экспертизу качества оказания медицинской помощи, как по законченным случаям лечения, так и в его процессе. Ежемесячному контролю подлежат не менее 10 % всех законченных случаев лечения в данном подразделении лечебно-профилактической организации (ЛПО).

Эксперты второй ступени осуществляют выборочную экспертизу медицинских карт амбулаторных и стационарных пациентов подведомственных им подразделений в объеме не менее 30-40 случаев в течение месяца.

Экспертному контролю на втором и третьем этапах обязательно подлежат:

- **В стационаре:** случаи летальных исходов; случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений; случаи заболеваний с необоснованно удлиненным или укороченным сроком лечения; случаи госпитализации в непрофильное отделение; случаи повторной госпитализации по поводу одного того же заболевания в течение месяца; случаи, сопровождающиеся жалобами больных или их родственников.
- **В амбулаторно-поликлинических подразделениях:** случаи летальных исходов на дому; запущенные случаи онкологических заболеваний и туберкулеза; случаи выхода на инвалидность детей и лиц трудоспособного возраста; случаи, сопровождающиеся жалобами больных или их родственников.

**Эксперт во время проведения экспертизы качества лечебно-диагностического процесса:**

- в обязательном порядке оценивает полностью и своевременность диагностических мероприятий,
- устанавливает правильность и точность постановки диагноза, адекватность выбора и своевременное назначение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с диагнозом и объективным состоянием здоровья пациента;
- выявляет дефекты и устанавливает их причины.

Оценка качества диагностических мероприятий, диагноза, лечебно-оздоровительных мероприятий и состояния здоровья пациента по окончании этапа лечения и реабилитации осуществляется экспертом в соответствии с оценочной шкалой.

Уровень качества медицинской помощи, оказанной врачом конкретному пациенту, определяется путем последовательного вычитания из 1 (единицы) уровней экспертных оценок диагностических мероприятий (ОДМ), диагноза (ОД), лечебно-оздоровительных мероприятий (ОЛМ), состояния здоровья пациента по окончании этапа лечения и реабилитации (ОРЛ) в соответствии с оценочной шкалой.

$$\text{УКМ} = 1 - \text{ОДМ} - \text{ОД} - \text{ОЛМ} - \text{ОРЛ} \quad (1)$$

где: **УКМ** – уровень качества медицинской помощи, оказанной врачом конкретному пациенту; **ОДМ** – экспертная оценка диагностических мероприятий; **ОД** – экспертная оценка диагноза; **ОЛМ** – экспертная оценка лечебно-оздоровительных мероприятий; **ОРЛ** – экспертная оценка состояния здоровья пациента по окончании этапа лечения и реабилитации.

Качество работы врача определяется как разность между качеством медицинской помощи пациентам, оказанной конкретным врачом и уровнем дефектов допущенных в процессе работы.

**Коэффициент качества работы врача рассчитывается по следующей формуле:**

$$\text{УКРВ} = \text{УКМ} - \text{УД} \quad (2)$$

Где: **УКРВ** – уровень качества работы врача за определенный период времени (месяц, квартал, год); **УКМ** – уровень качества медицинской помощи, оказанной пациентам врачом за определенный период времени; **УД** – уровень дефектов в работе врача за соответствующий период времени.

Уровень дефекта определяется экспертом по соответствующей шкале дефектов.

**Качество работы врача считается:**

Отличным → Если  $\text{УКРВ} = 0,91 - 1,0$



Хорошим	→	Если УКРВ – 0,75 – 0,90
Удовлетворительным	→	Если УКРВ – 0,51 – 0,74
Неудовлетворительным	→	С 0,50 и ниже

Показатели качества медицинской помощи структурных подразделений вычисляются как среднеарифметические значения уровней качества работы врачей, скорректированных с учетом мнения экспертов II уровня.

$$\text{УКМО} = \frac{\sum \text{УКРВ}}{N_B}$$

где: **УКМО** – уровень качества медицинской помощи, оказываемой структурным подразделением;  $\sum \text{УКРВ}$  - сумма уровней качества работы врачей отделения;  $N_B$  - число врачей в отделении.

Качество медицинской помощи с позиций пациентов определяется двумя главными параметрами: качеством лечения и качеством обслуживания. Изучение общественного мнения о качестве и организации оказываемой поликлинической и стационарной медицинской помощи проводится в лечебных организациях и по месту жительства. Социологические исследования могут проводиться с использованием единовременного или текущего сбора информации сплошным или выборочным способом в зависимости от мощности лечебно-профилактической организации и целей исследования. Ежеквартально опрашиваются не менее 400 пациентов лечебно-профилактической организации.

При каждой из изучаемых позиций анкеты рассчитывается коэффициент социальной удовлетворенности пациентов определенным видом деятельности организации по следующей формуле:

$$K_{cy} = \frac{N_y}{N}$$

где:  $K_{cy}$  - коэффициент социальной удовлетворенности;  $N_y$  - число пациентов, удовлетворенных данным видом помощи;  $N$  – общее число опрошенных пациентов.

## 6. Группы показателей, характеризующих деятельность лечебно-профилактических организаций (ЛПО)

Для оценки работы больниц поликлиник за отчетный период (календарный год) обычно используют наборы определенных показателей. Они характеризуют деятельность медицинских организаций. Можно выделить несколько групп показателей.

1. Показатели, характеризующие обеспеченность населения амбулаторно-поликлинической и стационарной помощью.

2. Нагрузка медицинского персонала.
3. Показатели, характеризующие материально-техническую, клин-ко-диагностическую и медицинскую оснащенность.
4. Использование коечного и других фондов.
5. Показатели, характеризующие организацию и качество амбула-торно-поликлинической и стационарной помощи, ее эффектив-ность.

Заметим, также, что всегда было заманчиво интересно разработать интегральные показатели, которые бы могли бы четко охарактеризовать весь процесс в целом. В настоящее время такая попытка сделана. Изложим ее механизм.

Оценка медицинского труда по конечному (конкретному) результату предполагает динамику показателей здоровья и здравоохранения; выполнение протоколов обследования и лечения, а также уровня качества (УК); разработку клинко-статистических групп; организацию контроля качества медицинской помощи; расчет и оценку коэффициента достижения результатов по модели конечных результатов.

Как было изложено ранее, для оценки же состояния здоровья населения также используются определенные группы показателей. С социально-гигиенической точки зрения принято считать, что здоровье населения характеризуется следующими основными показателями:

1. Медико-демографические показатели. Здоровье населения обусловлено состоянием и динамикой демографических процессов. Демография включает данные о статике и динамике населения. Статика – численность, состав населения по полу, возрасту, месту жительства и др. Динамика – рождаемость, смертность, младенческая (детская) смертность, естественный прирост и др.

2. Показатели заболеваемости. Здоровье людей обусловлено уровнем и характером заболеваемости населения, а также инвалидностью, травматизмом.

3. Показатели физического развития. Физическое развитие населения может быть определено с помощью антропометрических, физиометрических и соматикоскопических данных.

Изучение и сравнение этих данных в различных общественно-экономических условиях позволяет не только судить об уровне общественного здоровья населения, но и вскрыть социальные условия и причины, оказывающие влияние на него.

Для системы контроля и в какой-то мере обеспечения качества медицинской помощи разрабатываются стандарты качества и модели конечных результатов.

## 7. Клинико-статистические группы (КСГ)

Клинико-статистические группы – это группы пролеченных пациентов (нозологий) по категориям сложности лечения. Они являются основой создания функционально-стоимостной системы медицинских услуг. При этом учитываются клинические, медико-технологические, медико-демографические и экономические параметры.

Характеристики КСГ позволяют оценивать объем работы в зависимости от характера патологии. Однородность группировок дает возможность нормировать требования к лечению. КСГ обеспечивает также стандарты качества медицинских услуг. Каждая КСГ имеет свою цену. Она определена на основе калькуляции необходимых процедур и методов лечения заболеваний, попавших в эту группу. КСГ можно рассматривать как измеритель необходимых затрат труда на лечение отдельных заболеваний.

В основу группировки нозологий по категориям сложности (КСГ) положен одинаковый или близкий друг другу уровень затрат на лечение пациента. Денежные оценки этих нормативных требований позволяют проводить соизмерение в стоимостной форме затрат к лечению.

## 8. Модель конечных результатов (МКР)

Для достижения конечных результатов и удовлетворения потребности в медицинской помощи разрабатываются также и модели конечных результатов.

### **I. Набор показателей, характеризующих результаты деятельности.**

1. Показатели результативности (ПР), отражающие состояние здоровья населения (заболеваемость, смертность, младенческая смертность, временная нетрудоспособность, первичная инвалидность и т.д.).

2. Показатели результативности (ПР), характеризующие деятельность медицинской организации (состояние иммунизации взрослого населения, реабилитация инвалидов, частота аборт, летальность от инфаркта миокарда и др.).

3. Показатели дефектов (ПД) деятельности (обоснованные жалобы, расхождение клинико-анатомического диагнозов, материнская смертность и т.д.). Они учитывают наиболее грубые нарушения.

### **II. Прогнозируемый уровень (нормативные значения для сравнения показателей результативности).**

### **III. Оценочная шкала. Она предназначена для численной оценки результатов деятельности.**

К показателям результативности МКР могут быть также отнесены: распространенность отдельных заболеваний, уровень качества лечения,

---

средняя длительность случая заболевания, уровень качества диспансеризации.

Для оценки показателей результативности и получения численной оценки каждому показателю результативности присваивается нормативное значение от 3 до 6. Оно определяет относительную важность данного показателя среди других показателей результативности. Значение устанавливается экспертным путем. Каждый показатель результативности также имеет знак отклонения «+» или «-» и оценку в баллах отклонения показателя на единицу в ту или иную сторону. Знак «-» предполагает, что при увеличении фактического значения показателя относительно планового, оценка его в баллах будет уменьшаться и наоборот. Положительный знак («+») показывает, что при увеличении фактического значения показателя относительно планового, оценка его в баллах также будет увеличиваться и, соответственно, наоборот. Плановые значения показателей результативности устанавливаются вышестоящим органом здравоохранения.

Показатели дефектов в норме должны быть равны нулю, поэтому плановых значений для них нет. Каждый показатель дефектов имеет только отрицательный знак отклонения и оценку в баллах отклонения показателя на единицу. К показателям дефектов МКР могут быть отнесены: досуточная летальность в стационаре, заболеваемость населения дифтерией, летальность на дому от пневмонии, количество возникших случаев заболеваний СПИДом в стационаре больницы и др.

## **9. Коэффициент достижения результат (КДР) и методика его расчета**

Используя МКР, следует определять КДР как показатель работы организаций здравоохранения. Коэффициент показывает насколько деятельность оцениваемого коллектива соответствует предъявляемым к нему требованиям. Расчет КДР и оценку деятельности медицинских организаций (подразделений) на основе МКР осуществляют по следующим этапам:

1. Оценка показателей результативности – сравнение реально достигнутых показателей с запланированными значениями.
2. Оценка показателей дефектов.
3. Определение бального результативного коэффициента.
4. Вычисление бального нормативного коэффициента.
5. Определение бального дефектного коэффициента.
6. Расчет коэффициента достижения результата.

### **Методика выполнения:**

**1-й этап** – оценка показателей результативности (ОПР)

**Балл = Оценка прогнозируемого уровня + (Показатель текущего периода – Прогнозируемый уровень) × на единицу измерения (множитель).**

**2-ой этап – оценка показателей дефектов (ОПД)**

**Балл = показатель текущего года × (единица измерения (множитель))**

**3-й этап – вычисление результативного бального показателя оценки здоровья и деятельности – это сумма баллов каждого показателя оценки здоровья и деятельности.**

**БРП = ОПР1 + ОПР2 и т.д.**

**4-й этап – вычисление бального норматива показателя, который представляет сумму оценок прогноза уровней.**

**БНП = ПУ1 + ПУ2**

**БНП = 2 + 3 и т.д.**

**5-й этап – вычисление дефектного бального показателя, который представляет сумму баллов каждого показателя дефектов.**

**БДП = ОПД1 + ОПД2**

**6-ой этап – расчет коэффициента достижения результата (КДР)**

**КДР = (фактическое количество баллов общ. сумма – количество штрафных очков общ. сумма  $\sum$  показателей дефектов) /  $\sum$  норматив**

Для определения соответствия данного результата прогнозируемым показателям оценка достижения результата (ОДР) делится на сумму оценок нормативов показателей, то есть суммарное количество баллов, соответствующих показателю результативности.

Таким образом, для определения КДР необходимо иметь информацию о разности сумм показателей результативности и дефектов, а также сумму оценок нормативных значений в баллах.

В результате расчета КДР необходимо сделать вывод о его соответствии с градациями, предложенными кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Витебского государственного медицинского университета.

#### **Градация коэффициента достижения результата.**

- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1. Низкий уровень КДР  | – от 0 до 0,19 включительно.    |
| 2. Ниже среднего       | – от 0,20 до 0,39 включительно. |
| 3. Средний уровень     | – от 0,40 до 0,59 включительно. |
| 4. Выше среднего       | – от 0,60 до 0,79 включительно. |
| 5. Высокий уровень КДР | – от 0,80 до 0,99 включительно. |

---

---

**Лекция № 7. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ  
НАСЕЛЕНИЯ И ЕЕ ВИДЫ**

**Учебные вопросы**

1. Профилактическое направление здравоохранения.
2. Отделение профилактики поликлиники.
3. Диспансерный метод и его сущность.
4. Диспансеризация населения.
5. Группы диспансерного наблюдения.
6. Конечные результаты оздоровления диспансеризуемых лиц.
7. Национальная политика здравоохранения в области специальной диспансеризации.
8. Группы первичного учета, периодичность и объем диспансерного наблюдения.
9. Диспансеризация ветеранов Великой Отечественной войны.
10. Диспансерное наблюдение детей до 18 лет.
11. Диспансерное наблюдение подростков 15-17 лет.

**1. Профилактическое направление здравоохранения**

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» государственная политика в области охраны здоровья населения предусматривает профилактическую направленность системы здравоохранения.

Одним из принципов здравоохранения является его профилактическая направленность. В этой связи различают социальную профилактику и медицинскую профилактику. По этапности медицинская профилактика подразделяется на первичную, вторичную и третичную профилактику. По характеру профилактика, в целом, подразделяется на государственную, общественную и индивидуальную.

Социальная профилактика – важнейшая функция государства и его органов на местах. Она создает все необходимые условия для сохранения и укрепления здоровья каждого человека и общества в целом.

К мерам социальной профилактики следует отнести меры государства по социально-экономическому развитию общества: повышение экономики, реальной заработной платы, развитие общественных фондов потребления, повышение культурного уровня населения, меры по охране окружающей среды, условий труда и быта, жилища, питания и др.

---

Медицинская профилактика – комплекс мероприятий, имеющих целью устранение непосредственных причин и условий, порождающих заболевания. Она проводится органами и организациями здравоохранения для предупреждения возникновения заболеваний, их раннего выявления, своевременного лечения больных и оздоровления.

Первичная профилактика является медико-социальной профилактикой для здоровых и практически здоровых лиц. Она, наряду с мерами медицинского характера, включает социальные мероприятия. Первичная профилактика осуществляется на основе комплекса социально-экономических и медицинских мероприятий, проводимых государственными и общественными организациями, а также органами здравоохранения. В современных условиях первичной профилактике отводится главенствующая роль. Первичная профилактика неинфекционных заболеваний в настоящее время является потенциально наиболее эффективной мерой снижения заболеваемости, смертности и нетрудоспособности населения нашей страны. Поэтому для будущих практических врачей необходимо глубокое осознание значения первичной профилактики заболеваний. Первичная профилактика: снижение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний – индекса массы тела, курения, рост физических упражнений; хорошее питание, например, больше овощей, меньше жира. Вторичная профилактика – предупреждение прогрессирования болезненного процесса и развития возможных его осложнений; контроль гипертонии и диабета; хорошее лечение острого инфаркта, инсульта; оценка и принятие новых технологий. Третичная профилактика – предупреждение инвалидности.

Первичная, вторичная и третичная профилактика могут иметь государственный (законодательная функция), общественный (функция общественных организаций) и индивидуальный характер. Поэтому, как говорилось, ее подразделяют также на государственную, общественную и индивидуальную профилактику.

Профилактическое направление находит свое отражение в работе почти всех типов организаций здравоохранения.

В нашей стране профилактика не является узковедомственной функцией органов здравоохранения, а обеспечивается всей системой социально-экономических мероприятий общества, имеет всеобъемлющий характер и направлена на предупреждение болезней, охрану и укрепление здоровья каждого человека и всего общества в целом.

Профилактическое направление здравоохранения закреплено законодательством, неуклонно проводится в жизнь и включает проведение широких социально-экономических и санитарно-гигиенических мероприятий (охрана окружающей среды, оздоровление условий труда и быта, санитар-

ный контроль за проектированием, строительством и эксплуатацией техники и различных объектов), противоэпидемических мер (обеспечение эпидемического благополучия, предупреждение и борьба с эпидемиями и инфекционными заболеваниями и др.), осуществление мероприятий по улучшению гигиенического воспитания населения, дальнейшее внедрение здорового образа жизни, физической культуры и спорта.

## **2. Отделение профилактики поликлиники**

Отделение профилактики является структурным подразделением поликлиники.

Отделение профилактики включает в себя следующие функциональные подразделения:

1. Кабинет заведующего отделением – врача-терапевта.
2. Кабинеты врача (или помощника врача) в зависимости от объема нагрузки.
3. Доврачебные кабинеты.
4. Диспансерный кабинет.
5. Смотровой женский кабинет.
6. Смотровой мужской кабинет.
7. Кабинет пропаганды здорового образа жизни.
8. Кабинет иммунопрофилактики.

### **Организация работы смотрового женского кабинета**

1. Сбор акушерско-гинекологического анамнеза.
2. Осмотр всех женщин с 18 лет, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение.
3. Осмотр кожи и наружных половых органов.
4. Бимануальное влагалищное исследование, осмотр шейки матки в зеркалах, у девушек (с 15 лет) – пальцевое исследование через прямую кишку (по показаниям).
5. Пальпация молочных желез; направление на маммографию (с 35 лет - 1 раз в 2 года).
6. Взятие мазков на атипичные клетки (у женщин с 18 лет).
7. Пальцевое исследование прямой кишки – с 30 лет.
8. Направление женщин с выявленным заболеванием или подозрением на заболевание к врачу акушер-гинекологу.

### **Организация работы кабинета формирования здорового образа жизни**

1. Групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни среди проходящих профилактические осмотры.
2. Разъяснение цели и задач ежегодной диспансеризации.



3. Обучение борьбе с возникновением и развитием факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.).

4. Пропаганда активного отдыха, туризма, занятий физкультурой и спортом.

5. Разъяснение принципов рационального питания.

6. Рекомендации по созданию, укреплению и сохранению психологического климата на работе, в учебе и в быту.

7. Расширение и углубление санитарно-гигиенических знаний среди проходящих профилактические осмотры.

8. Разработка и выполнение планов и графиков работы по амбулаторно-поликлинической организации и кабинету.

9. Подборка и распространение методических материалов, касающихся формирования здорового образа жизни.

10. Организация различных мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения на территории обслуживания амбулаторно-поликлинической организации.

11. Привлечение для участия в работе врачей, среднего медицинского персонала своей и других медицинских организаций, психологов, юристов, педагогов, профсоюзного актива, работников обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и др.

Кабинет оснащается радиоустановкой, проекционной звукозаписывающей аппаратурой, экранами, плакатами, альбомами, наборами памяток, листовками, научно-популярной литературой.

### **3. Диспансерный метод и его сущность**

Общее определение гласит: "Диспансеризация – метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья всех групп населения: с целью сохранения и укрепления здоровья населения, повышения производительности труда, увеличения продолжительности жизни, снижения инвалидности и смертности" как здоровых лиц, имеющих факторы риска, так и пациентов, страдающих определенными заболеваниями.

Диспансерный метод предполагает следующее:

- раннее выявление заболеваний;
- взятие их на учет;
- динамическое наблюдение;
- комплексное лечение заболевших;
- реабилитацию;
- оздоровление условий труда и быта;
- предупреждение распространения болезней;
- предупреждение их хронизации;

- восстановление трудоспособности;
- продление активной жизнедеятельности;
- оценка эффективности диспансеризации.

К мероприятиям по обеспечению качества и охвата диспансеризацией населения относятся учет и обследование населения с целью активного выявления факторов риска и ранней симптоматики заболеваний, проведение необходимых профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, динамическое наблюдение за состоянием здоровья и оценка эффективности проводимых мероприятий. Ведущая роль в осуществлении диспансеризации населения принадлежит врачам-терапевтам участковым, педиатрам, врачам общей практики.

К основным этапам организации и проведения диспансеризации относится регистрация и динамическое наблюдение. Для этой цели используется "Медицинская карта амбулаторного пациента", "Контрольная карта диспансерного наблюдения" и "Карта учета диспансеризации".

С точки зрения социальной значимости и потребности в медицинской помощи, все заболевания могут быть разделены на основные группы:

- Заболевания, которые являются основными причинами смертности населения;
- Заболевания, приводящие к различным жизненным ограничениям, включая инвалидность.
- Заболевания, вызывающие кратковременные расстройства здоровья, но ввиду массовости случаев наносящие значительный экономический ущерб.

#### **4. Диспансеризация населения**

Диспансерное наблюдение взрослого населения организуется согласно Инструкции, утвержденной Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.10.2007 г. № 92. Диспансерное наблюдение взрослого населения представляет собой систему медицинских мероприятий, направленных на выявление заболеваний или факторов, влияющих на их возникновение, и включает:

- ▶ диспансерный осмотр;
- ▶ диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья;
- ▶ пропаганду здорового образа жизни, воспитание интереса и ответственности к своему здоровью.

Диспансеризацию пациентов осуществляют амбулаторно-поликлинические организации, диспансеры и организации охраны материнства и детства. Отбор пациентов, подлежащих диспансеризации, проводится в период их обращений, при профосмотрах, в стационарах, в сана-

ториях. Ведущим критерием взятия на учет является состояние здоровья и трудоспособность каждого работающего.

Для каждого контингента диспансеризуемых устанавливаются свои сроки динамического наблюдения, профилактических и лечебных мероприятий. Следует учитывать возраст, профессию, условия труда и быта больного, течение заболевания.

Ведущим принципом дифференциации контингентов диспансеризованных по группам здоровья является выделение групп, однородных по состоянию здоровья и степени активности патологического процесса. Рекомендуется привлекать к диспансеризации средний медперсонал. Выделяется 2-3 ч амбулаторного приема в неделю в дни наименьшей нагрузки.

#### **Разновидности лечебно-оздоровительных мероприятий.**

1. Активное противорецидивное лечение.
2. Амбулаторное лечение.
3. Стационарное лечение.
4. Физиотерапевтическое лечение.
5. ЛФК.
6. Диетическое питание.
7. Санаторно-курортное лечение.
8. Оздоровление в санаториях-профилакториях.
9. Трудоустройство больных.
10. Рекомендации по формированию здорового образа жизни и избавлению от факторов риска.

#### **Диспансеризация включает:**

- ✓ ежегодный медицинский осмотр всего населения с проведением обязательного объема лабораторных и инструментальных исследований;
- ✓ дообследование нуждающихся с использованием всех современных методов диагностики;
- ✓ выявление лиц, имеющих факторы риска, способствующие возникновению и развитию заболеваний;
- ✓ выявление заболеваний в ранних стадиях;
- ✓ индивидуальная оценка состояния здоровья;
- ✓ разработку и проведение комплекса необходимых медицинских и социальных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием здоровья населения.

Важнейшая черта диспансеризации – перенесение внимания на здорового человека. Управление ежегодной диспансеризацией всего населения осуществляют органы и организации здравоохранения, поэтому персональная ответственность за проведение этой работы возлагается на их руководителей. Методическое руководство осуществляют организацион-

---

но-методические отделы (кабинеты) республиканских, областных и центральных районных больниц.

Планирование мероприятий по организации диспансеризации осуществляется врачами, начиная с территориального, терапевтического (педиатрического, цехового) участка. Для сельской местности – врачами участковой больницы, амбулатории. С этой целью проводится персональный учет всего населения, проживающего в районе обслуживания. После проведения персонального учета всего населения, подлежащего диспансеризации, проводится распределение контингентов по группам:

- дети первого и второго годов жизни;
- дети дошкольного возраста от 3 до 6-7 лет (в организованных коллективах) и дети, не посещающие детские дошкольные учреждения;
- школьники до 15 лет;
- подростки (школьники, учащиеся колледжей и средних специальных учебных заведений, работающие подростки в возрасте 15-17 лет);
- взрослые.

Используются разнообразные формы проведения диспансеризации:

- самостоятельные обращения населения в амбулаторно-поликлинические организации (за исключением обращений при заболеваниях в остром периоде);
- активные вызовы лиц, обслуживаемых данной поликлиникой, для ежегодного диспансерного осмотра;
- посещения врачами поликлиники на дому хронических пациентов и лиц пожилого возраста;
- выезды бригад.

Главные врачи медико-санитарных частей и амбулаторно-поликлинических организаций, обслуживающих предприятия промышленности, строительства, транспорта и связи, согласовывают план-график с администрацией предприятий (цехов) и профсоюзными организациями. Ведущая роль в осуществлении диспансеризации всего населения принадлежит участковому врачу (терапевту, педиатру) и цеховому врачу.

#### **Функции врачей-терапевтов участковых.**

1. Организуют персональный учет населения, проживающего на обслуживаемой территории.

2. Учитывают, обслуживается ли данное лицо учреждением по территориальному или производственному принципу в медико-санитарной части, в ведомственной поликлинике, диспансере или других ЛПО.

3. Определяют объем работы на своем участке.

4. Планируют последовательность и участвуют в проведении профилактических осмотров населения.

5. Координируют работу всех специалистов и служб по диспансеризации обслуживаемого контингента.

6. Осуществляют проведение лечебно-оздоровительных мероприятий населению участка по индивидуальному плану.

7. Проводят динамическое наблюдение за больными, состоящими под диспансерным наблюдением.

8. Проводят разъяснительную работу на участке о целях и задачах ежегодной диспансеризации.

Врачи-терапевты цеховых врачебных участков осуществляют работу по диспансеризации прикрепленных контингентов в том же объеме, что и врачи-терапевты участковые. Кроме того, с учетом технологических особенностей производства, характера, профессиональных вредностей разрабатывают годовые и месячные планы диспансеризации, объединяя их с проведением периодических профилактических осмотров, уточняют обязательный объем обследования.

Участковые врачи-педиатры подростковые выполняют объем работы по диспансеризации аналогично врачу-терапевту участковому. Врачи других специальностей участвуют в диспансеризации взрослого населения по показаниям, осуществляют динамическое наблюдение за лицами с выявленной патологией (по специальности), проводят лечебно-оздоровительные мероприятия для больных и лиц, имеющих факторы риска.

**Функции средних медицинских работников (ФАПов, здравпунктов, территориальных участков).**

1. Проводят учет и регистрацию населения, проживающего на обслуживаемой территории.

2. Уточняют списки в жилищно-эксплуатационных участках, в сельских, поселковых Советах депутатов, а также путем посещения на дому.

3. Проводят с населением разъяснительную работу о необходимости диспансеризации.

4. Согласовывают с врачом сроки проведения осмотров.

5. Обеспечивают явку лиц к намеченному сроку.

6. Выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия.

Данные осмотра и оценки состояния здоровья должны учитываться и не дублироваться при диспансеризации.

### **5. Группы диспансерного наблюдения**

**Д (I)** – здоровые граждане, не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, у которых в анамнезе или во время диспансерного осмотра не выявлены острые, хронические заболевания или нарушения функций от-

дельных органов и систем организма, а также имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья (без тенденции к прогрессированию), не оказывающие влияния на трудоспособность;

Д (II) – практически здоровые граждане, имеющие в анамнезе острые заболевания или факторы риска хронических заболеваний;

Д (III) – граждане, имеющие хронические заболевания, с умеренными или выраженными нарушениями функции органов и систем организма, с периодическими обострениями и снижением работоспособности.

Из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III) выделяют граждан:

- не имеющих группы инвалидности по заболеванию - Д (III)а;
- имеющих группу инвалидности по заболеванию - Д (III)б.

В каждой группе диспансерного динамического наблюдения следует учитывать граждан с факторами риска возникновения определенных заболеваний или обострения имеющегося хронического заболевания.

Для граждан, состоящих в группе диспансерного динамического наблюдения Д (II), врачом отделения (кабинета) профилактики организации здравоохранения составляется индивидуальная программа профилактики факторов риска развития заболеваний.

Граждане, состоящие в группе диспансерного динамического наблюдения Д (III), перенесшие некоторые острые заболевания, операции, травмы, имеющие повышенный риск возникновения различных заболеваний и подвергающиеся воздействию вредных условий труда, ставятся на диспансерный учет для дальнейшего диспансерного динамического наблюдения у врачей-терапевтов участковых, врачей-специалистов соответствующего профиля (врача общей практики).

Схема диспансерного наблюдения за пациентами, состоящими в группе Д (II) и Д (III) включает:

- Название нозологической формы.
- Частоту наблюдения.
- Медицинские осмотры врачами-специалистами.
- Наименование и частоту лабораторных и других диагностических исследований.
- Основные лечебно-профилактические мероприятия.
- Сроки наблюдения и критерии снятия с учета.
- Критерии эффективности диспансеризации.

Диспансерное динамическое наблюдение за больными с основными факторами риска в группе Д (II) включает в себя следующие факторы риска:

- ⇒ Избыточную массу тела (росто-весовой индекс  $29,0 \text{ кг/м}^2$  и выше).

- ⇒ Значительный дефицит веса.
- ⇒ Нерациональное питание (жирная мясная пища, недостаток овощей и фруктов).
- ⇒ Нарушение режима питания.
- ⇒ Курение.
- ⇒ Физическое и психическое перенапряжение (частые стрессовые ситуации, ночные смены и другое).
- ⇒ Злоупотребление алкоголем.
- ⇒ Гиподинамия.
- ⇒ Деформация грудной клетки.
- ⇒ Фотосенсибилизация.
- ⇒ Дислиппротеидемия.
- ⇒ Транзиторная нарушенная толерантность к глюкозе (ТТГ).
- ⇒ Травма наружных половых органов в анамнезе у мужчин.
- ⇒ Лица, приезжающие из экстремальных климатических условий.
- ⇒ Частые заболевания органов дыхания в детском возрасте.
- ⇒ Перенесенный туберкулез органов дыхания без выраженных остаточных изменений.
- ⇒ Производственные факторы.
- ⇒ Работа в условиях избыточной нагрузки (статической и динамической) на позвоночник.
- ⇒ Отягощенная наследственность по ИБС, артериальной гипертензии, инфаркту миокарда, семейной дислиппротеидемии).
- ⇒ Наследственная предрасположенность к хроническим неспецифическим заболеваниям легких.
- ⇒ Наследственная отягощенность по сахарному диабету.
- ⇒ Отягощенная наследственность.
- ⇒ Наследственная предрасположенность к заболеваниям крови.
- ⇒ Сочетание факторов риска (2 и более).
- ⇒ Факторы риска для некоторых онкологических заболеваний.

## **6. Конечные результаты оздоровления диспансеризуемых лиц**

1. Признано здоровыми (в %).
2. Переведено из 3-й группы во вторую (в %).
3. Переведено из 2-й группы в первую (в %).
4. Оценка изменения в состоянии больных по критериям: выздоровление, улучшение, без изменения, ухудшение, смерть.
5. Оценка показателей, характеризующих качество организации диспансеризации: полнота охвата диспансерным учетом, своевременность выявления заболеваний, взятия на диспансерный учет и др.

6. Оценка показателей, характеризующих качество осуществления диспансеризации: соблюдение сроков осмотров, полнота проведения лечебных и оздоровительных мероприятий.

7. Эффективность диспансеризации: снижение общей заболеваемости, уменьшение числа случаев и дней нетрудоспособности, динамика показателей летальности, смертности и частоты выхода на инвалидность среди больных.

### **7. Национальная политика здравоохранения в области специальной диспансеризации**

Проживание в зоне с повышенным уровнем радиации небезопасно для здоровья и жизни людей. Люди с учетом экономической и политической ситуации будут жить в загрязненной территории различное время. Поэтому существует объективная необходимость разработки, организации и исполнения комплекса медицинских, восстановительных и оздоровительных мероприятий населения, проживающего в загрязненных районах, а также отселенных. Для этих целей задействованы нижеследующие службы.

1. Эндокринологическая служба.
2. Гематологическая служба.
3. Онкологическая служба.
4. Фтизиопульмонологическая служба.
5. Кардиологическая служба.
6. Медико-генетическая помощь.
7. Травматологическая служба.
8. Психоневрологическая служба.

Работа по специальной диспансеризации населения проводится с 1986 года. С 1987 г. осуществляется планомерное медицинское обследование участников ликвидации последствий аварии и эвакуированных, а также населения, проживающего в районах с содержанием радиоцезия в почве  $15 \text{ Ки/км}^2$  и выше. Создан республиканский Государственный регистр. Минздравом также организовано обследование населения специалистами выездных медицинских бригад организаций здравоохранения республики. Выявленные пациенты при необходимости направляются на дообследование и консультации в республиканские и областные организации. Организовано лечение и оздоровление детей и взрослого населения, подвергнутого радиационному воздействию.

Специальную диспансеризацию осуществляют преимущественно амбулаторно-поликлинические организации. Но могут участвовать и другие учреждения: диспансеры, стационары, РНПЦ, НИИ и т.д. Диспансер-



ные осмотры и наблюдение за лицами, пострадавшими от катастрофы на Чернобыльской АЭС, а также оказание им медицинской помощи и лечебно-профилактических мероприятий осуществляется лечебно-профилактическими организациями по месту жительства или работы.

Консультативная помощь всем контингентам лиц, подвергшимся радиационному воздействию в связи с аварией на Чернобыльской АЭС, оказывается в установленном порядке Республиканским диспансером НИИ радиационной медицины, клиникой НИИ радиационной медицины, другими профильными НИИ, медицинскими вузами Министерства здравоохранения, Белорусской медицинской академией последиplomного образования, филиалами НИИ радиационной медицины, Гомельским областным специализированным диспансером, диспансерно-поликлиническим отделением Могилевского филиала НИИ радиационной медицины, областными ЛПО и др.

Основными задачами специальной диспансеризации являются:

- выявление лиц с факторами риска, способствующими возникновению и развитию заболеваний;
- выявление заболеваний в ранних стадиях;
- индивидуальная оценка состояния здоровья;
- осуществление комплекса медико-социальных мероприятий;
- осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья конкретного человека и населения республики в целом.

## **8. Группы первичного учета, периодичность и объем диспансерного наблюдения**

**1.** Первая группа первичного учета – лица, принимавшие участие в работах по ликвидации аварии и ее последствий.

Подгруппа 1. Лица, принимавшие участие в работах по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС в пределах зоны эвакуации в 1986-1987 годах.

Подгруппа 2. Лица, принимавшие участие по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС в 1988-1989 гг. в пределах зоны эвакуации, а также лица, принимавшие участие в 1986-1987 гг. в работах по дезактивации, строительству, по жизнеобеспечению в зонах первоочередного и последующего отселения.

**2.** Вторая группа первичного учета – лица, эвакуированные или самостоятельно покинувшие зоны эвакуации в 1986 г.

**3.** Третья группа первичного учета – лица, проживающие в зонах первоочередного и последующего отселения, а также отселенные или самостоятельно выехавшие из этих зон после катастрофы.

4. Четвертая группа первичного учета – дети, родившиеся от лиц, отнесенных к I-III группам первичного учета.

5. Пятая группа первичного учета – лица, проживающие в зонах с правом на отселение и периодическим радиационным контролем, а также жители других населенных пунктов, где средняя эквивалентная доза облучения превышает 1 миллизиверт в год.

6. Шестая группа первичного учета – лица, участвовавшие в ликвидации или пострадавшие от аварий и их последствий на других атомных объектах гражданского или военного назначения, а также пострадавшие от этих аварий или в результате испытаний, учений и иных работ, связанных с любыми видами ядерных установок.

#### **Функции территориальных органов и организаций здравоохранения.**

1. Ежегодный персональный учет населения, подлежащего диспансеризации.

2. Осуществление распределения по группам первичного учета и группам диспансерного наблюдения.

3. Проведение анализа состояния здоровья населения, оценка его динамики, разработка плана оздоровительных медико-социальных мероприятий.

4. Составление плана диспансеризации и графиков осмотров.

Результаты диспансеризации лиц I, II, III, IV групп первичного учета регистрируются в Республиканском государственном регистре в установленном порядке.

#### **9. Диспансеризация ветеранов Великой Отечественной войны**

Диспансеризация ветеранов Великой Отечественной войны организуется согласно Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Для проведения ежегодных медицинских осмотров ветеранов войны в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения приказом руководителя создаются медицинские комиссии в следующем составе:

- заместитель главного врача по медицинской части (председатель комиссии),
- врач-терапевт (врач общей практики), врач-хирург, врач-невролог, врач-отоларинголог, врач-офтальмолог.

#### **10. Диспансерное наблюдение детей до 18 лет**

Диспансерное наблюдение детей в возрасте до 18 лет организуется согласно приказа Минздрава РБ, утвердившим Инструкцию о порядке проведения диспансеризации детей. Диспансеризация детей проводится в

---

организациях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь детям.

**Диспансеризация детей включает:**

- Медицинский осмотр врачом-педиатром, врачами-специалистами.
- Лабораторные, диагностические методы обследования.
- Проведение индивидуальной комплексной оценки состояния здоровья.
- Составление рекомендаций по режиму, питанию, физической нагрузке, лечению (по показаниям).

Дети, у которых имеются хронические заболевания или у которых в ходе диспансеризации впервые выявлены болезни, по медицинским показаниям проходят дополнительное медицинское обследование и берутся на диспансерный учет для дальнейшего динамического наблюдения и лечения врачом-педиатром участковым (врачом общей практики) или врачом-специалистом в соответствии с установленным диагнозом. На таких детей заполняется **статистический талон** заключительных (уточненных) диагнозов.

**11. Диспансерное наблюдение подростков 15-17 лет**

Диспансерное наблюдение подростков в возрасте 15-17 лет организуется согласно Постановления Минздрава РБ, утвердившем Инструкцию об организации оказания медицинской помощи.

В детских организациях здравоохранения (отделениях) оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, создаются подростковые кабинеты. Основным медицинским документом подростка является история развития ребенка (форма 112/у). На юношей в 14 лет оформляется медицинская карта допризывника (призывника) (форма 112-1/у).

**Медицинские осмотры подростков проводятся в следующем объеме:**

- Юноши в возрасте 15-17 лет, девушки в возрасте 15-17 лет – осмотр врача-педиатра (врача общей практики) 2 раза в год.
- Осмотры врача-невролога, врача-офтальмолога, врача-отоларинголога, врача-детского хирурга, врача-стоматолога детского, врача-акушер-гинеколога (девушки), других врачей-специалистов по медицинским показаниям.
- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Глюкоза в крови в 15 лет.
- Определение остроты зрения 2 раза в год.
- Определение остроты слуха.

- 
- Антропометрия.
  - Измерение артериального давления.
  - Электрокардиограмма в 15, 17 лет.
  - Плантография – юношам в 15-17 лет, девушкам в 15 лет.
  - Флюорографическое обследование органов грудной клетки в 17 лет.
  - Ультразвуковое исследование сердца, органов брюшной полости и щитовидной железы юношам в 15 лет.

Медицинские осмотры юношей в возрасте 16 лет совмещаются с медицинским освидетельствованием при приписке к призывным участкам.









По достижении подростком 18 лет в детской организации здравоохранения (отделении), оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь, составляется переводной эпикриз и подросток передается под наблюдение организации здравоохранения для взрослого населения. Для приема подростков из детской организации здравоохранения (отделения) создается комиссия, состав которой утверждается приказом главного врача организации здравоохранения для взрослого населения.

**В состав комиссии входят:**

- заместитель главного врача организации здравоохранения для взрослого населения (председатель комиссии),
- зам. главного врача детской организации здравоохранения (зав. педиатрическим отделением),
- заведующие терапевтическими отделениями,
- врач-хирург, врач-невролог, врач-отоларинголог, врач-офтальмолог организации здравоохранения для взрослого населения.

Передача медицинской документации на подростков в организацию здравоохранения для взрослого населения оформляется актом передачи. К акту передачи прилагается список подростков, которые принимаются и (или) не принимаются под наблюдение организации здравоохранения для взрослого населения.

**В списке должно быть предусмотрено следующее:**

-  Порядковый номер.
-  Фамилия, имя, отчество.
-  Число, месяц и год рождения.
-  Домашний адрес.
-  Место учебы (работы).
-  Диагноз, поставленный в детской организации здравоохранения.
-  Дата передачи медицинской документации.
-  Замечания комиссии.

---

---

**Лекция № 8. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВАЖНЕЙШИХ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Учебные вопросы**

1. Эпидемиология как наука.
2. Диспансерный метод.
3. Общие задачи диспансеров.
4. Эпидемиология болезней системы кровообращения, их профилактика и организация медицинской помощи.
5. Эпидемиология венерических болезней, кожных и грибковых заболеваний, их профилактика и организация медицинской помощи.
6. Эпидемиология злокачественных новообразований и организация онкологической помощи.
7. Эпидемии и пандемии.
8. Эпидемиология инфекционных болезней и СПИД.
9. Эпидемиология туберкулеза, его профилактика и организация медицинской помощи.
10. Эпидемиология нервно-психических расстройств, их профилактика и организация медицинской помощи.
11. Алкогольная зависимость, наркомании и токсикомании: эпидемиология, профилактика и организация медицинской помощи.
12. Травматизм: эпидемиология, профилактика и организация травматологической и оптопедической помощи.

**1. Эпидемиология как наука**

Эпидемиология – наука о закономерностях распространения заболеваний среди населения и факторах их определяющих. Различают, в этой связи, две разновидности: описательную и аналитическую эпидемиологию. Описательная эпидемиология изучает распространение заболеваний. Аналитическая же эпидемиология изучает факторы, определяющие распространение болезней с целью выявления, прежде всего их причин. Эти данные используются в трех направлениях: 1) выяснение причинных механизмов; 2) объяснение особенностей распространения болезней, в том числе региональных; 3) разработка и проведение медико-организационных мероприятий по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации и оздоровлению населения.

---

Эта тема прямо связана с социально-гигиеническими проблемами заболеваемости, поэтому она имеет для врачей первостепенное значение.

Различают понятия «первичная заболеваемость» ("собственно заболеваемость") и «общая заболеваемость» ("распространенность заболеваний"). Под первичной заболеваемостью в медицинской статистике понимают совокупность заболеваний, впервые обнаруженных у населения в определенный период времени, обычно за год. Общая заболеваемость характеризует распространенность всех болезней, включающих впервые в жизни установленные и ранее зарегистрированные в предыдущие годы заболевания, по поводу которых пациенты обратились впервые в данном году.

Особое социальное, экономическое и медицинское значение имеет эпидемиология болезней системы кровообращения, венерических болезней, онкозаболеваний, инфекционных болезней, СПИДа, туберкулеза, нервно-психических заболеваний, алкоголизма, травматизма и др.

Существенные изменения уровня и структуры заболеваемости и смертности в истекшем XX столетии произошли во всех экономически развитых странах. На фоне снижения или стабилизации уровня распространения инфекционных болезней значительно возросла доля хронических неинфекционных заболеваний. Они приносят большие социально-экономические последствия. Так, 80 % всех причин смерти, по данным ВОЗ, обусловлено болезнями системы кровообращения, органов дыхания, злокачественными новообразованиями, несчастными случаями и травмами.

Эпидемиологическая обстановка в Беларуси также ухудшается. Распространенность всех болезней в Беларуси на 100 тыс. населения в первом 10-летии XXI века с каждым годом возрастала.

В связи со сказанным актуализируется проблема профилактики важнейших неинфекционных заболеваний и организации медицинской помощи при них.

Профилактика заболеваний – комплекс медицинских и иных мероприятий по уменьшению вероятности возникновения болезней (первичная профилактика) или прогрессирования заболеваний, их осложнений, неблагоприятных исходов (вторичная и третичная профилактика).

Факторы риска – потенциально опасные для здоровья факторы внешней и внутренней среды организма, в том числе поведенческие факторы, способствующие увеличению вероятности развития заболеваний, их прогрессированию и неблагоприятному исходу.

Интегрированный подход – современная стратегия воздействия на комплекс факторов риска, общий для основных хронических неинфекци-

---

онных заболеваний на индивидуальном, семейном, групповом и общественном уровнях.

## **2. Диспансерный метод**

Ведущим рычагом решения названных проблем является диспансерный метод. А основной ЛПО - диспансер. Диспансеры возникли в XVIII-XIX веках в Англии и Франции в виде лечебниц для бедных. Отдельные элементы диспансерного метода имели место в практике общественной медицины России. Так, в 1910 г. по инициативе Всероссийской лиги по борьбе с туберкулезом в отдельных городах были созданы небольшие амбулатории - "попечительства". Они были призваны оказывать бесплатную консультативную и лечебную помощь неимущим больным туберкулезом и вести санитарно-просветительскую работу среди населения. Примерно в этот же период начали возникать специальные амбулатории для венерических больных.

Диспансерный метод в его подлинном значении - могучего проводника профилактики по-настоящему стал развиваться в системе общих лечебно-профилактических организаций только в наше время.

Диспансер - самостоятельная специализированная ЛПО, предназначенная для решения медико-социальных задач, направленных на профилактику заболеваний и укрепление здоровья населения.

Различают следующие типы диспансеров: кардиологический; дерматовенерологический; психоневрологический (с наркологическим отделением); онкологический; эндокринологический; противотуберкулезный; трахомотозный; спортивной медицины и др.

По территориальному признаку диспансеры делятся на городские, областные и республиканские. Диспансер включает поликлиническое звено и, как правило, стационар.

Сущностью диспансерного метода является раннее выявление заболеваний посредством проведения профосмотров, обследования, диагностики, учета пациентов, их лечения, динамического наблюдения, реабилитации, оздоровления и оценки эффективности диспансеризации.

## **3. Общие задачи диспансеров**

Диспансеры осуществляют в районе своей деятельности анализ и изучение состояния здоровья населения, организуют мероприятия по массовой профилактике, обеспечивают организационно-методическое руководство по своему профилю, проводят консультации пациентов и лечебно-оздоровительные мероприятия.

---

Значительное внимание уделяется повышению квалификации врачей общего профиля по соответствующим специальностям, внедрению в практику ЛПО современных методов профилактики, диагностики и лечения пациентов. На диспансеры возложена также экспертиза: медико-социальная, военная, судебно-медицинская экспертиза временной нетрудоспособности. Весьма важной формой массовой профилактики, проводимой диспансерами, диспансерными отделениями и кабинетами, является распространение медико-гигиенических знаний среди населения.

Диспансеры содействуют организации учреждений, имеющих оздоровительное значение: профилакториев (ночных и дневных) при промышленных предприятиях, диетических столовых, внедрению различных форм оздоровительных мероприятий для ослабленных детей и др. Врачи диспансеров, диспансерных отделений и кабинетов определяют необходимость направления пациентов на санаторно-курортное лечение и регулируют очередность их направления в эти учреждения.

Основными документами в диспансерах являются «Медицинская карта амбулаторного пациента» и «Контрольная карта диспансерного наблюдения». Последняя служит для контроля за своевременными явками к врачу и прохождением очередного медицинского осмотра. Она используется также для информации о числе и составе пациентов, взятых под диспансерное наблюдение, выполнении назначенных видов лечения, оздоровительных мероприятий и мер по трудоустройству. Названные документы служат источником информации для оценки качества диспансеризации и ее эффективности. «Контрольные карты диспансерного наблюдения» хранятся в кабинетах врачей в специальных картотеках.

Методическая и организационная работа диспансеров определяется активностью участия общелечебной сети в профилактике заболеваний и раннем выявлении пациентов; состоянием работы по формированию здорового образа жизни; участием общественно-санитарного актива в оздоровительных мероприятиях.

Структура, организация работы, показатели деятельности и система учета разных типов диспансеров и диспансерных отделений имеют свои особенности, о которых речь пойдет ниже. Отдельные виды специализированной медицинской помощи оказываются населению в соответствующих стационарах и кабинетах территориальной амбулаторно-поликлинической сети.



#### **4. Эпидемиология болезней системы кровообращения, их профилактика и организация медицинской помощи**

Социальная, экономическая и медицинская значимость проблемы заключается в нижеизложенном.

Болезни системы кровообращения (БСК) занимают наибольшую долю в структуре общей заболеваемости населения. Высок также удельный вес их, как причины инвалидности и смертности. Фактически по этим показателям БСК прочно заняли первое место. Инвалидность от БСК составляет четвертую часть первичного выхода на инвалидность, показатель которой растет. БСК являются причиной смерти более чем в 50 % случаев. Подтвердилась их репутация "убийцы № 1", а борьба с БСК признана проблемой № 1. За последние 10-летие уровень заболеваемости БСК увеличился в несколько раз, в том числе инфарктом миокарда.

Таким образом, актуальность борьбы с болезнями сердца и сосудов, являющимися большой социально-гигиенической проблемой, обусловлена высокой их распространенностью; изменившейся структурой общей заболеваемости населения; увеличением числа лиц пожилого возраста; постоянным увеличением числа лиц занятых трудом, связанным с нервно-психическим напряжением; высокой смертностью; большими трудовыми потерями, обусловленными временной не трудоспособностью и значительным выходом на инвалидность.

Специальное изучение частоты факторов риска развития БСК у мужчин, заболевших в молодом возрасте, позволило расположить их в таком порядке по убыванию: хронические психоэмоциональные перегрузки; нарушение липидного обмена; курение; неблагоприятный по атеросклерозу семейный анамнез; систематическое употребление алкоголя; умственные перегрузки; потребление больших количеств животных жиров; избыточная масса тела; малая физическая активность. Заболеваемость сердечно-сосудистыми болезнями снижает продолжительность жизни более чем на 7 лет у мужчин и на 9 лет - у женщин.

Вышеназванное является основанием для разработки и реализации программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, включающей формирование у населения здорового образа жизни; организацию рационального питания; отказ от алкоголя и курения; обеспечение достаточной физической активности; предупреждение прогрессирования болезни и развития осложнений.

Значительна скрытая заболеваемость БСК. Материалы медосмотров показывают, что около 200 случаев БСК на каждую 1000 населения остаются неизвестными ЛПО. Отсюда встает огромная задача - ранняя диагностика, профилактика и эффективное лечение.

---

Кардиологическая служба имеет определенную структуру. На республиканском уровне: РНПЦ «Кардиология» и кафедры кардиологии; городские кардиологические диспансеры и кардиологические (инфарктные) отделения, а также отделения реабилитации в санаториях. На областном уровне: областные кардиологические диспансеры, выполняющие также функции городских кардиологических центров; кардиологические отделения областных и городских больниц; кардиологические кабинеты поликлиник в городах областного подчинения; кардиологические бригады станций скорой медицинской помощи. На районном уровне: кардиологические кабинеты центральных районных больниц.

Основной организационной формой работы по профилактике и лечению заболеваний сердца и сосудов является диспансерное наблюдение. В ряде городов созданы специальные кардиологические диспансеры, которые являются организационно-методическими и лечебно-консультативными центрами по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Известен опыт организации восстановительного лечения, осуществляемого поэтапно: в специализированных, реабилитационных, санаторно-курортных отделениях. Затем следует наблюдение в кардиологическом диспансере. Деятельность подразделений кардиологической службы проводится в тесном контакте с отделениями функциональной диагностики. Особенно – с ЭКГ-кабинетами, а также кардиокабинетами поликлиник и стационаров. Разработаны дистанционно-консультативные кардиологические центры с проводной или электронной связью.

Кардиологический диспансер (диспансерное отделение) является организационно-методическим и специализированным лечебно-профилактическим центром по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями населения области (города). Он выполняет функции головной областной (городской) организации по оказанию специализированной кардиологической помощи населению соответствующей области (города).

Основной задачей кардиологического диспансера является: оказание населению высококвалифицированной лечебно-диагностической, консультативной и реабилитационной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях ревматической этиологии, а также диспансерное наблюдение за пациентами трудоспособного возраста, перенесшими инфаркт миокарда и операцию на сердце (в течение 2-х лет), за пациентами с артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца и со сложными нарушениями ритма.

К задачам диспансера относится также организация, проведение и контроль повышения квалификации врачей-кардиологов, анестезиологов-

---

реаниматологов, терапевтов, врачей первичного звена здравоохранения и среднего медперсонала в области кардиологии; осуществление профилактической и оздоровительной работы в регионе, пропаганда здорового образа жизни, организационно-методическая помощь и контроль за работой кардиологических кабинетов поликлиник, кардиологических стационаров общетерапевтической сети по вопросам профилактики, диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистой патологией; отделений восстановительного лечения – по вопросам реабилитации сердечно-сосудистых пациентов; обобщение опыта ЛПО области (города) по организации выявления, лечения и реабилитации пациентов; составление комплексных планов мероприятий по совершенствованию кардиологической помощи населению области (города).

Важнейшими функциями являются: анализ динамики показателей заболеваемости основными сердечно-сосудистыми заболеваниями, временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности от них; постоянный анализ и экспертная оценка уровня диагностики, качества диспансеризации, адекватности и эффективности лечения, мероприятий по первичной и вторичной профилактике и реабилитации в организациях здравоохранения.

Должности врачей-кардиологов для работы в стационаре устанавливаются из расчета 1 должность на 15 коек для больных инфарктом миокарда и на 20 коек для других пациентов. Должности медсестер устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на те же койки. Для оказания помощи населению - по штатным нормативам городских поликлиник.

Перечень медицинского оборудования для кардиологической помощи дифференцируется в зависимости от ее уровня.

1. Амбулатории врача общей практики, сельские врачебные амбулатории, сельские участковые больницы, ФАПы: электрокардиограф.

2. Линейные бригады скорой медицинской помощи: электрокардиограф (одноканальный).

3. Специализированные бригады скорой медицинской помощи: электрокардиограф, преобразователь электрического тока для снятия ЭКГ; дефибриллятор; аппаратура для искусственной вентиляции легких.

4. Поликлиники: эхокардиограф, электрокардиографы, велоэргометр; аппаратура для определения центральной и мозговой гемодинамики и геовазографии; кардиомониторы (типа микроанализатора); дефибриллятор; электрокардиостимуляторы.

5. Центральная районная больница, городская больница - дополнительно: диагностические комплексы для мониторингового наблюдения; кар-

---

диомониторные блоки для палат интенсивной терапии, отделения реанимации; аппаратура для искусственной вентиляции легких; велотренажеры.

6. Областная больница, кардиологические диспансеры - дополнительно: эхокардиограф; аппаратура для электрофизиологических исследований сложных нарушений сердечного ритма; аппаратурно-программный комплекс для определения центральной, мозговой и периферической гемодинамики.

Выявление, динамическое наблюдение и организация лечения пациентов с артериальной гипертензией является важнейшей задачей. Согласно данным эпидемиологических исследований уровень распространения повышенного артериального давления достаточно высок.

Между тем известно, что уже экономически доступными медико-социальными мерами можно достичь удовлетворительного контроля за уровнем артериального давления у 70-80 % пациентов и снизить число мозговых инсультов на 30-45 %. К таким мерам относятся: своевременное выявление пациентов, повышение медицинской грамотности населения, адекватное лечение.

Оценка качества работы отделений (организаций) кардиологического профиля осуществляется на основе моделей конечных результатов. Оценка же качества лечебно-диагностического процесса проводится на основе данных экспертных оценок, соответствия медицинских технологий стандартам качества.

Экспертная оценка уровня качества лечения в кардиологических кабинетах осуществляется выборочно на определенное количество пациентов, находящихся на лечении; на каждого пациента, впервые признанного инвалидом вследствие сердечно-сосудистого заболевания; на каждого умершего на дому в трудоспособном возрасте. Экспертная оценка уровня качества диспансеризации производится по приведенным выше позициям на пациентов, стоящих на диспансерном учете.

Экспертная оценка уровня качества лечения и диспансеризации в кардиологических диспансерах осуществляется относительно контингента, состоящего на диспансерном учете у врачей диспансера. Экспертная оценка уровня качества лечебно-консультативной помощи проводится выборочно.

В кардиологических стационарах осуществляется экспертная оценка уровня качества лечебно-диагностической помощи пациентов, закончивших лечение (выборочно); умерших в стационаре пациентов; всех случаев повторной госпитализации; всех случаев расхождения клинко-патологоанатомического диагноза.

На всех уровнях оценку качества лечебно-диагностического процесса целесообразно дополнять данными изучения удовлетворенности населения качеством медицинской помощи (анкетирование, социальные опросы).

Оценка эффективности деятельности учреждений (отделений) на основе моделей конечных результатов проводится с учетом определенных показателей.

В кардиологических кабинетах поликлиник в качестве показателей результативности используются наряду с оценкой качества лечения и диспансеризации следующие показатели: процентная доля охвата населения обслуживаемого района измерением АД; первичный выход на инвалидность вследствие сердечно-сосудистых заболеваний (случаев на 10 тыс. работающих на территории, обслуживаемой поликлиникой); смертность лиц трудоспособного возраста; заболеваемость с временной нетрудоспособностью в диспансерной группе, среднее пребывание на листке нетрудоспособности по сердечно-сосудистым заболеваниям; процентная доля возвращения к труду лиц трудоспособного возраста, перенесших инфаркт миокарда; процентная доля реабилитации инвалидов (полной, частичной).

**К показателям дефектов относятся:**

- процентная доля расхождения диагнозов при направлении в стационар, на консультации в кардиологический диспансер, РНПЦ «Кардиология»;
- количество инсультов и инфарктов миокарда среди пациентов АГ, ИБС, состоящих и не состоящих на диспансерном наблюдении;
- несвоевременная диагностика инфаркта миокарда;
- внезапная смерть на дому от сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, острая коронарная недостаточность, инсульт) среди больных трудоспособного возраста, не наблюдавшихся врачом;
- несвоевременное выявление, взятие на диспансерный учет, дефекты наблюдения у лиц, впервые признанных инвалидами и умерших от БСК в трудоспособном возрасте;
- обоснованные жалобы.

Для кардиологического диспансера характерны показатели результативности: процент активно выявленных пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями из числа всех вновь зарегистрированных в текущем году; показатель первичного выхода на инвалидность по области (городу) на 10 тыс. работающих; показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в т.ч. в трудоспособном возрасте; временная нетрудоспособность (в случаях и днях на 100 работающих); процент возврата к труду среди лиц, перенесших инфаркт миокарда в трудоспособном воз-

расте; процент реабилитации инвалидов (полной, частичной), а также показатели дефектов - обоснованные жалобы.

Для кардиологического стационара – показатели результативности (наряду с оценкой уровня качества лечения): средняя длительность пребывания в стационаре при АГ, стенокардии, инфаркте миокарда, активном ревматизме; процент охвата физической реабилитацией пациентов с инфарктом миокарда (из числа показанных); летальность от инфаркта миокарда, острой коронарной недостаточности; общая летальность, а также показатели дефектов: расхождение клиничко-патологоанатомических диагнозов; повторная госпитализация в связи с преждевременной выпиской, осложнениями по вине отделения; необоснованный отказ в госпитализации.

### **5. Эпидемиология венерических болезней, кожных и грибковых заболеваний, их профилактика и организация медицинской помощи**

В последнем десятилетии XX века заболеваемость сифилисом и гонореей резко возростала до 1996 г. Если в 1991 г. было зарегистрировано пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сифилиса на 100 тыс. человек, то в 1996 г. – 210,9 (наиболее высокий уровень). В последующем первичная заболеваемость сифилисом быстро стала уменьшаться.

Основой государственной системы борьбы с венерическими болезнями является диспансерный метод. Он включает: обязательную регистрацию каждого случая заболеваний; проведение в минимальные сроки - клиничко-лабораторное обследование предполагаемых источников заражения и контактировавших лиц; ответственность ЛПО за санацию очага венерического заболевания, профилактическое обследование определенных контингентов и лиц декретированных профессий; рациональное сочетание добровольного и принудительного принципов санации венерических пациентов; единство принципов диагностики, лечения, диспансерного наблюдения и профилактики сифилиса, гонореи и негонококковых поражений мочеполового тракта.

Дерматовенерологический диспансер организует диспансерное наблюдение за венерологическими и отдельными формами кожных заболеваний. При дермато-венерологических диспансерах практикуются специальные приемы для пациентов с грибковыми заболеваниями. Специалисты диспансера организуют и принимают непосредственное участие в борьбе с кожно-гнойничковыми заболеваниями и профессиональными дерматозами.

Крайне важно обеспечить своевременное и полное лечение венерических пациентов. Больные заразными формами сифилиса подлежат обязательной госпитализации не позднее 24 ч после установления диагноза.

В случае отказа пациента от госпитализации она осуществляется в принудительном порядке. Ибо каждый здоровый человек имеет право жить в здоровом обществе. Поэтому имеется специальная статья Уголовного Кодекса о наказании за заражение вен болезнью другого лица и уклонение пациента от лечения.

В интересах сохранения тайны пациента амбулаторное лечение и госпитализация производятся по месту его обращения независимо от местожительства. Имеется определенный опыт работы кабинета анонимного обследования, который организуется на хозрасчетной основе. Для этого разработаны технологические карты платного приема, обследования и лечения пациентов с гонореей и негонорейными поражениями мочевого тракта; рассчитаны цены и составлены прейскуранты с учетом стоимости отдельных услуг определена учетная и финансовая документация; а также система оплаты труда и функциональные обязанности медперсонала. Каждый случай кодируется. При выявлении сифилиса осуществлялось раскодирование.

Модель конечных результатов дерматовенерологической службы предусматривает расчет показателей результативности и дефектов. Это число случаев заболеваний сифилисом, гонореей, заразными кожными болезнями на 100 тыс. населения; процентная доля активно выявленных пациентов с сифилисом, а также гонореей, заразными кожными болезнями ко всем зарегистрированным; процентная доля выявленных источников заражения при сифилисе, а также при гонорее к числу впервые заболевших; число обследованных контактов с сифилисом, а также с гонореей на 1 пациента. Среди показателей дефектов рассчитывается процентная доля невыполнения стандартного набора мероприятий к числу пролеченных и обоснованные жалобы на 10 тыс. населения.

## **6. Эпидемиология злокачественных новообразований и организация онкологической помощи**

По данным ВОЗ более 5 млн. человек в мире болеют раком и умирают более 2 млн. ежегодно. Заболеваемость населения злокачественными опухолями в нашем государстве растет и изучается на основе данных Белорусского канцер-регистра. Злокачественные опухоли занимают второе место среди всех причин смертности и первичной инвалидности населения.

---

Более высокие уровни заболеваемости среди горожан. Канцерогенная опасность городской среды обусловлена рядом обстоятельств: концентрацией производства; сосредоточением транспортных средств; густонаселенностью жилых массивов и др.

Выявлена корреляция заболеваемости с профессиональными факторами, особенностями питания и т.д. В последние годы отмечен процесс так называемого "омоложения" злокачественных новообразований.

В связи с вышеизложенным, создаются профилактические программы по снижению заболеваемости, инвалидности, летальности и смертности населения от злокачественных новообразований, а также разработка программы по восстановлению здоровья и трудоспособности.

Все врачи, обнаружившие у пациента впервые в его жизни злокачественную опухоль, заполняют бланк специального извещения по форме и направляют его в онкологическую организацию, в районе деятельности которого проживает пациент. Онкологическая организация использует данные этих организаций, прежде всего, в оперативных целях. Пациент ставится на диспансерное медицинское наблюдение.

Значительную роль в ранней диагностике и выявлении предопухольных состояний играет деятельность существующей сети ЛПО, оснащенная флюорографическими, ангиографическими, радиологическими отделениями, кабинетами и лабораториями. Примерно в 80 % случаев первичный диагноз злокачественного новообразования устанавливается при обращении пациентов в амбулаторно-поликлиническую сеть. В лечебно-профилактических организациях страны идет интенсивное насыщение сети диагностической аппаратурой, создаются эндоскопические центры, развертываются централизованные цитологические лаборатории, развивается сеть смотровых кабинетов, проводятся массовые периодические профилактические осмотры населения, особенно мужчин в возрасте от 35 лет и женщин в возрасте от 30 лет и старше. При этом применяется - флюорография, R-скопия и R-графия, цитологическое исследование.

Основным типом медицинской организации является онкологический диспансер. Под наблюдением диспансера состоят пациенты с новообразованиями, лица с подозрением на злокачественные опухоли и с некоторыми формами предопухольных заболеваний. Особенности в организации работы онкологических диспансеров, отделений и кабинетов определяются своеобразием клинического течения опухолевых заболеваний. В частности это связано с тем, что в ранних стадиях заболевание обычно протекает без резко выраженных симптомов. Поэтому исключительно важно сформировать у врачей онкологическую настороженность. Не меньшую значимость несет высокий уровень квалификации проводимых профилактических ос-



мотров. Население же должно быть осведомлено о ранних признаках рака и других опухолей, их излечимости при своевременном обращении за медицинской помощью.

Модель конечных результатов для онкологической службы предполагает расчет показателей результативности и дефектов. К показателям результативности относятся: процентная доля активно выявленной онкопатологии к числу зарегистрированных случаев; число случаев смерти от онкопатологии на 100 тыс. населения; процентная доля случаев смерти от онкопатологии в первый год взятия на учет к числу взятых на учет; процентная доля больных с продолжительностью жизни 5 и более лет после выявления онкопатологии от состоящих на учете; уровень качества (% к стандарту); к показателям дефектов – процентная доля выявленных больных в запущенных стадиях болезни от вновь взятых на учет; обоснованные жалобы на 10 тыс. населения; число случаев установленных посмертно диагнозов на 10 тыс. населения.

## 7. Эпидемии и пандемии

Эпидемии и пандемии возникали во все периоды истории человечества. Число жертв нередко превышало потери во время военных действий. Самые печальные страницы в истории инфекционных болезней связаны с периодом средневековья в Западной Европе. **Проказа** (лепра) получила широкое распространение в Европе во времена крестовых походов. Количество лепрозориев на континенте достигло 19 тысяч! Проказа считалась неизлечимой и особо прилипчивой болезнью. Человек, который признавался прокаженным, изгонялся из общества. лепрозории основывались при монастырях. В XII-XIII вв., в период особенного распространения болезни, уходом за прокаженными занимались духовно-благотворительные объединения благочестивых мирян, входивших в Орден св. Лазаря (святой считался покровителем этих больных). Лепрозории организовывались за городскими или монастырскими стенами, у речных переправ, больших дорог (основным доходом прокаженных была милостыня). Богатые люди могли позволить себе поселиться отдельно. В редких случаях прокаженным из знатных семейств разрешали жить дома, но в изоляции от остальных домочадцев, и они могли позволить себе услуги врача, сводившиеся главным образом к гигиеническим процедурам, смягчающим страдания от боли.

Другой страшной повальной болезнью периода классического средневековья была **чума**. В истории чумы известны *три колоссальные пандемии*. **Первая пандемия** (VI в. н.э.) опустошила почти все страны Средиземноморья. Она продолжалась около 60 лет. **Вторая эпидемия чумы** – самая сильная в истории Европы – была в XIV в. (1346-1348). Чума была

завезена в Европу из Азии через Геную, Венецию и Неаполь и получила название «**черная смерть**»: больной погибал через несколько часов после заражения («*Живые не успевали хоронить мертвых!*»). Чума опустошила территории многих государств: в *Кессарии погибли все жители*; в Неаполе – около 60 тыс. человек, в Генуе – 40 тыс. (50 % населения), в Венеции – 100 тыс. (70 %), в **Лондоне** –  $\frac{9}{10}$  населения. На земном шаре в XIV в. погибло от чумы более 50 млн. человек, в Европе – около  $\frac{1}{3}$  жителей. **Третья пандемия чумы** началась в Индии (1892). От бубонной чумы в 1907 г. только в Индии умерло около 1,3 млн. человек. Задолго до разработки научно обоснованных мер борьбы с инфекционными болезнями в средневековой Европе стали применять задержание людей и товаров на пограничных пунктах в течение 40 (каранте) дней, откуда и возник термин «**карантин**».

Эпидемиям в Великом Княжестве Литовском и Речи Посполитой способствовали войны, голод, неурожай. Отсутствие полноценного питания, потребление воды из загрязненных источников, антисанитарное состояние населенных пунктов ослабляли организм и понижали его сопротивляемость к заболеваниям. Часто заболевания людей совпадали с массовыми заболеваниями среди животных и падежом скота: люди заражались от животных. Эпидемии называли «**морами**», «**моровыми поветриями**», т.к. они сопровождалась высокой смертностью. Боязнь заразиться заставляли людей предпринимать предупредительные меры: рассечение ран, окуривание можжевельником, «известковое» захоронение трупов, определенные правила поведения людей во время эпидемий. Ограничивался допуск посторонних лиц в города. Духовенство устраивало специальные кладбища. Запрещались ярмарки и другие общественные мероприятия, жители выставляли заставы, организовывали карантин, изолировали больных и здоровых и т.п. Если в доме кто-то умирал от заразной болезни, в бочку с горячей водой бросали раскаленные кирпичи или куски железа. Вещи покойника проветривали или вымораживали, затем стирали в воде со щелоком или окуривали. Хоронили умершего без религиозных церемоний не позже чем через два часа после смерти.

Начало научной разработке государственных противоэпидемических мероприятий по пресечению чумы было положено в XVIII в. Это, прежде всего, было связано с эпидемией *моровой язвы (бубонной чумы)* в Москве в 1771-1772 гг. Чума в Россию была завезена из Турции в 1769 г. в период русско-турецкой войны. Осенью 1770 г. указом императрицы *Екатерины II* около Москвы были учреждены заставы. Но карантинные меры были не достаточными: в декабре 1770 г. чума появилась в Москве.

Были созданы Комиссии, которые руководили противочумными мероприятиями: ✓ определение числа больниц и карантинных, руководство их работой (их содержание оплачивалось за казенный (государственный) счет); ✓ ведение ежедневной статистики заболеваний и смертности; ✓ руководство очисткой города и сожжением всего подозрительного на заражение; ✓ санитарное просвещение среди населения (издавались печатные листы «Как самому себя от язвы пользоваться», «Каким образом яд язвенный в домах и вещах зараженных истреблять» и др.). Комиссия призвала всех московских врачей участвовать в борьбе с эпидемией. *И ни один врач не уклонился от своего долга!!!*

Были осуществлены новые методы государственной организации противоэпидемических мероприятий: ✓ государственное планирование, финансирование и контроль; ✓ ежедневный мониторинг (учет) заболеваемости и смертности; ✓ санитарное просвещение (печатные листы, разъяснительная работа, финансовые поощрения), направленное на преодоление страха и необразованности широких слоев населения.

## **8. Эпидемиология инфекционных болезней и ВИЧ/СПИД**

Социальная значимость проблемы обусловлена большими экономическими затратами и многообразием нозологических форм. На протяжении XX века общество добилось значительных успехов: холера была ликвидирована уже в 1926 году, натуральная оспа – к 1936 году, заболеваемость возвратным тифом прекратилась к 1937 году, малярия исчезла практически к 1960 году, ликвидирована чума и др. инфекции. Снижение инфекционной заболеваемости должна сопровождаться уничтожением возбудителя. Заметим, что Россия в начале XX века по уровню распространения инфекций занимала одно из первых мест в Европе (малярия – 215,7 ‰, туберкулез легких – 50,9 ‰, коклюш – 32,3 ‰). Притом, инфекционные заболевания как причина смерти составляли наибольшую процентную долю. В настоящее время они потеряли свое значение в причинах смерти.

Наибольшие уровни заболеваемости регистрируются по гриппу и ОРВИ, ветряной оспе, ОКИ, сальмонеллезным инфекциям, бактериальной дизентерии, краснухе, вирусному гепатиту, скарлатине и др.

Для решения вопроса о роли и значении в эпидемическом процессе социальных факторов необходимо знать, на какие звенья они действуют, т.е. влияют ли они на источник инфекции, механизм передачи или на повышение иммунологических свойств населения: уничтожению инфекции способствует своевременная госпитализация и изоляция больных; предупреждению распространения инфекции способствуют удовлетворительное санитарно-коммунальное состояние населенных мест, доброкачественное

---

водоснабжение и т.д.; повышению иммунологических свойств организма способствуют белковая достаточность, витаминизация, нормальный уровень влажности и др.

В целях борьбы с инфекционными болезнями создана система санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, а также сеть инфекционных больниц, отделений и кабинетов.

Другой важной медико-социальной проблемой является профилактика СПИДа. Образно говоря, СПИД – «чума XXI века». В настоящее время в мире насчитывается более 16 млн. ВИЧ-инфицированных и пациентов со СПИДом. Каждый день регистрируется более 5 000 ВИЧ - инфицированных лиц. Все чаще заложниками СПИДа становятся дети. Только в Африке, более 700 000 детей родилось от ВИЧ - инфицированных родителей.

Вирус содержится в биологических жидкостях организма: в слюне, поте, сперме. Опасны микротравмы. Максимальные шансы «заполучить» СПИД имеют люди из группы риска. Ядро этой группы составляют наркоманы, проститутки, гомосексуалисты.

В Беларуси создан Республиканский центр профилактики СПИДа и областные центры профилактики СПИДа. Развернута также сеть лабораторий по диагностике СПИДа.

К основным задачам деятельности центров и лабораторий относятся: обследование населения на наличие антител к вирусу СПИДа; учет и диспансерное наблюдение ВИЧ - инфицированных и лиц с подозрением на инфицирование; помощь органам и учреждениям здравоохранения области по проблемам ВИЧ - инфекции; организационно-методическое руководство профилактической работой; медико-гигиеническое воспитание населения в вопросах профилактики СПИДа; проведение противоэпидемических мероприятий в очагах ВИЧ - инфекции; медицинская и социальная помощь ВИЧ - инфицированным лицам.

Важно знать пути передачи ВИЧ/СПИД: вирус передается только от пациента или вирусоносителя; заражение чаще происходит при половом контакте. Особенно при половых извращениях или незащищенных половых контактах; человек может заражаться при переливании крови или ее препаратов, через нестерильные иглы и шприцы при внутривенном введении наркотиков; от ВИЧ-инфицированной женщины ребенку во время беременности, родов, при кормлении грудью.

Вирус не передается бытовым путем, т.к. вирус не сохраняется в воздухе и воде, легко гибнет при дезинфекции. ВИЧ не передается также при рукопожатиях, дружеских поцелуях, в транспорте, при кашле и чихании, в бассейне, при укусах насекомых.

Местами консультативных обращений являются кабинеты участковых врачей, инфекционные кабинеты территориальных поликлиник и Центры по профилактике СПИДа. Порядок анонимного обследования предполагает заполнение анкеты, указание ее порядкового номера и сдачу крови из вены. Результаты получают через 2-3 дня.

Важнейшими рекомендациями населению по профилактике СПИДа следует считать: соблюдение здорового образа жизни; исключение случайных половых связей; наличие надежного полового партнера, применение презервативов; употребление стерильных шприцов для инъекции; соблюдение правил личной гигиены; исключение прямых контактов с чужой кровью, которая может оказаться на бритвах, маникюрных инструментах, зубных щетках и т.д. Рекомендуется иметь индивидуальные инструменты для бритья, маникюра, гигиенических процедур.

### **9. Эпидемиология туберкулеза, его профилактика и организация медицинской помощи**

Социально-гигиеническое значение проблемы туберкулеза определяется значительным уровнем эпидемиологических показателей; тяжестью и длительностью заболевания; большим сроком нетрудоспособности и инвалидности; особенностями организации медицинской помощи и борьбы с туберкулезом, требующими дорогостоящих государственных лечебно-профилактических мероприятий.

Обычно состояние эпидемиологической обстановки в отношении туберкулеза характеризуется уровнями заболеваемости, инфицированности, смертности и летальности.

Анализ эпидемиологических показателей по туберкулезу показывает, что во многих экономически развитых странах мира уровень их стал снижаться. Однако, проблема борьбы с туберкулезом продолжает оставаться острой. По данным ВОЗ, во всех странах насчитывается до 20 млн. больных туберкулезом. Более 80 % из них проживает в развивающихся странах Африки, Азии и Латинской Америки. Ежегодно умирает примерно 3 млн. пациентов и столько же заболевает.

Противотуберкулезная помощь оказывается в следующих учреждениях: противотуберкулезные диспансеры и больницы (отделения); туберкулезные санатории для взрослых; санатории-профилактории; РНПЦ фтизиатрии и кафедры фтизиопульмонологии медицинских университетов; противотуберкулезные детские ясли-сады; детские противотуберкулезные больницы; детские санатории; школы-интернаты.

---

На каждого больного, у которого установлено заболевание активной формой туберкулеза, врачи любой специальности заполняют специальное извещение, которое направляется в диспансер.

Успехи в борьбе с туберкулезом обусловлены противотуберкулезной профилактической вакцинацией, развитием Р-графии, томо- и флюорографии, химиотерапии, наличием для пациентов социальных льгот (предоставление дополнительной жилой площади и др.).

Противотуберкулезный диспансер организует свою работу по участково-территориальному принципу с количеством населения на каждом участке (по нормативам) 25-30 тыс. человек. Прием пациентов, впервые обращающихся в диспансер, проводится по направлениям лечебно-профилактических организаций. Это осуществляется в случаях, когда возникает подозрение на заболевание, выявленное при флюорографии и массовых обследованиях лиц, находящихся в контакте с бациллярными больными.

Современный стационар противотуберкулезного диспансера включает в себя отделения для взрослых и детско-подростковое отделение. Названные отделения могут делиться по профилю: для пациентов легочным туберкулезом, а также костно-суставным и урогенитальным туберкулезом. Имеется также дифференциально-диагностические отделения (R-отделение, клиническая и бактериологическая лаборатории, бронхологический кабинет). В настоящее время при диспансерах могут организоваться пульмонологические, терапевтические, онкологические и др. отделения. Обязательно функционирует организационно-методический кабинет.

Важно организовать обследование и лечение пациентов с неспецифическими заболеваниями органов дыхания, которые являются группой риска по туберкулезу. Значительно снижает риск также массовое флюорографическое обследование населения.

Согласно модели конечных результатов для противотуберкулезной службы регистрируются следующие показатели результативности: число впервые заболевших на 100 тыс. населения; число случаев заболевших из групп риска (или обострений) на 100 тыс. населения; процентная доля контингента бактериовыделителей, а также стойко прекративших бактериовыделение; число больных фиброзно-кавернозным туберкулезом на 100 тыс. населения; процентная доля излеченных от взятых на учет с активным туберкулезом 3-4 года назад; число умерших от туберкулеза на 100 тыс. населения; полнота и своевременность противотуберкулезной вакцинации новорожденных, вакцинации и ревакцинации детей и подростков, а также по показаниям - взрослых; своевременность изоляции и госпитализации больных открытой формой туберкулеза, а также уровень госпитализации

(в процентах к нуждающимся больным открытой формой туберкулеза); полнота и эффективность наблюдения за бывшими в контакте с больными-бациллоносителями (предупреждение заболевания, выход из бациллоносительства).

### **10. Эпидемиология нервно-психических расстройств, их профилактика и организация медицинской помощи**

Государственные деятели многих стран, социологи, врачи рассматривают нервно-психические заболевания как одну из самых острых и серьезных социальных, медицинских и экономических проблем. Многочисленные научные исследования установили определенную и часто выраженную связь психических заболеваний с такими, например, факторами, как войны, экономические кризисы, безработица, плохие условия труда и быта, социальное положение и др.

По тяжести инвалидность при этих заболеваниях занимает 1 место. Инвалидность по психическому заболеванию является самой "молодой" по возрасту: почти 21 % этих инвалидов моложе 30 лет. Среди инвалидов отмечается самая низкая летальность, вследствие чего пациенты "накапливаются" в населении. Более 90% из них проживает в семьях и может работать. Поэтому особо актуальна проблема социальной реадaptации, восстановления трудоспособности, возвращения их в жизнь.

Распространенность нервно-психических нарушений среди населения многих стран приобрела поистине катастрофический характер. И неслучайно, что нервно-психические расстройства наряду с болезнями кровообращения, злокачественными заболеваниями за рубежом принято называть "болезнями цивилизации".

Зарубежные исследователи выявили наиболее высокие показатели заболеваемости ("свежие" случаи) и распространенности нервно-психических нарушений среди тех слоев населения, которые принадлежат к низшему социальному классу. Кризисы, депрессии, безработица, нищета, голод предрасполагают к глубокому психическому конфликту. Возрастает частота сенильных психозов, шизофрении, алкоголизма, неврозов, психопатий, самоубийств и др.

Наибольшую долю в структуре заболеваемости психическими расстройствами занимают психозы, шизофрения, психические расстройства непсихотического характера, умственная отсталость.

Ведущим звеном в системе этого вида помощи является психоневрологический диспансер, включающий лечебно-диагностические отделения, отделение трудовой терапии, отделение дневного пребывания, организационно-методический кабинет.

---

В сельской местности наблюдения за пациентами осуществляют сельские участковые врачи под контролем районного психоневролога при консультативной помощи областного диспансера.

Контингентом наблюдения этого диспансера являются пациенты с психическими заболеваниями (шизофрения, олигофрения и др.) и пограничными расстройствами (неврозы и др.), а также лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией и расстройством речи. Амбулаторный прием пациентов ведут участковые психиатры и невропатологи, ими обеспечивается в необходимых случаях медицинская помощь на дому. По существующим нормативам на одного участкового психиатра и участковую медицинскую сестру приходится 400 пациентов.

Стационарное отделение психоневрологического диспансера используется для клинического обследования и лечения пациентов со скоропреходящими расстройствами. Пациенты, нуждающиеся в длительном стационарном лечении, госпитализируются в психиатрические больницы, расположенные часто в загородных условиях. Наряду с психиатрическими стационарами при общесоматических больницах вводятся в ряде случаев отделения для лиц с пограничными формами.

Для защиты прав и материальных интересов лиц, страдающих психическими заболеваниями, слабоумием, не нуждающихся в больничном лечении, но требующих постоянного ухода, созданы опекунские советы при местных Советах депутатов, которые на основании заключения врачебной комиссии диспансера могут передать пациентов на опеку. Лица, пожелавшие взять на себя обязанность опекунов, должны обеспечить необходимые условия для патронируемого; они получают ежемесячно пособие на содержание больного. За состоянием патронируемых ведется постоянное наблюдение в городах диспансерами, а в сельской местности – сельскими участковыми врачами и районными психоневрологами.

Отделение трудовой терапии имеет целью обучение трудовым навыкам длительно болеющих психически больных с последующим переводом их в артели инвалидов или в обычные условия производства.

Показателями результативности модели конечных результатов для психиатрической службы являются: число психически больных на 10 тыс. населения; число пациентов, возвратившихся к труду; процентная доля медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов; число дней пребывания в стационаре на одного состоящего на учете пациента; число социально-опасных действий на 10 тыс. населения; эффективность трудовой терапии; систематичность наблюдения за находящимися под опекой.



## **11. Алкогольная зависимость, наркомании и токсикомании: эпидемиология, профилактика и организация медицинской помощи**

По данным литературы алкогольной зависимостью страдает более 2-4 % взрослого населения. В промышленно развитых странах систематически злоупотребляющих насчитывается более 10 %. Причем среди пациентов каждый третий является молодым человеком.

В широком смысле слова под алкоголизмом понимают не только алкогольную зависимость, но и неумеренное потребление спиртных напитков (бытовое пьянство). Алкоголизм оказывает вредное влияние на здоровье, быт, труд людей и благосостояние всего общества, а также ведет к большим социальным и медицинским последствиям. Средний уровень смертности систематически пьющих в 2 раза выше, чем непьющих (по данным США). Злоупотребление алкоголем сокращает среднюю продолжительность жизни примерно на 20 лет (США).

Установлена тесная связь со злоупотреблением алкоголя таких заболеваний, как цирроз печени, панкреатит, туберкулез легких. Злоупотребление алкоголем способствует распространению венерических болезней, значительны также генетические последствия алкоголизма.

Во Франции алкоголизм обходится ежегодно в астрономические суммы за счет преступности, потерянного рабочего времени, простаивания оборудования, инвалидности, несчастных случаев, социального обеспечения семей алкоголиков и пр. Однако виноградарская страна заинтересована в сбыте своей продукции. Поэтому поддерживается репутация "страны вин", не проводится должной санитарно-просветительной работы. Там большинство людей считает, что вино полезно, употребляют его повседневно до 2 л в день. Причем, первый стакан выпивается уже за завтраком.

При сравнении алкоголизма в отдельных винодельческих странах выступает еще один важный показатель - отношение общества к потреблению алкоголя (фактор культуры). Так, в Италии считается непристойным быть пьяным, поэтому алкоголизма во много раз меньше. Вино же пьют обычно за ужином. Вас также не осудят, если вы не закажете в ресторане вина.

Алкоголизм и его последствия стоят слишком дорого. В США, к примеру, насчитывается более 23 млн. лиц с алкогольной зависимостью, приносящих ежегодно убыток от алкоголизма - в 15 млрд. долларов. В состоянии опьянения совершается свыше 95 % мелких хулиганств, 85 % случаев злостного хулиганства, более 60 % умышленных убийств и других тяжких преступлений. Большой ущерб алкоголизм наносит производству, приводя к прогулам, браку на работе, снижению производительности тру-

---

да, несчастным случаям. Алкоголизм - частая причина семейных конфликтов и бракоразводных дел.

Алкоголизм среди женщин распространен значительно меньше, чем среди мужчин. Однако, имеются сведения о росте «женского» алкоголизма. Сам по себе этот факт является настораживающим, т.к. алкоголизм у женщин развивается быстрее, чем у мужчин. Причем его динамика более тяжелая, а последствия порой необратимые.

Уровень распространенности алкоголизма, пьянства, наркоманий, токсикоманий и никотинизма можно охарактеризовать как всенародное или даже всечеловеческое бедствие. Так, по данным зарубежной литературы в Нидерландах (численность населения 10 млн. человек) насчитывается более 700 тыс. людей, злоупотребляющих алкоголем.

По данным зарубежной литературы из широкомасштабного исследования, произведенного в США и Нидерландах, следует, что приблизительно 20 % всего населения отвечает критериям сопутствующего психопатологического процесса. Американские исследования, кроме того, показали, что подобные нарушения встречаются почти в два раза чаще у лиц с алкогольной зависимостью (37 %), чем у людей непьющих. Например, людям злоупотребляющим алкоголем, намного чаще ставят диагноз «антисоциальное расстройство личности».

Проблема пьянства и алкоголизма поликомпонентна. В Европе в связи со сложностью демографических и социально-экономических ситуаций она приобретает особую значимость. Потребление водки и ликероводочных изделий на душу населения достигает за предельных цифр. Это очень опасно, так как, по мнению многих специалистов, после этого наступает физическая и психическая деградация, ведущая к вырождению нации.

Интересен также динамический анализ показателей, характеризующих заболеваемость лиц с алкогольной зависимостью, алкогольными психозами, наркоманиями и токсикоманиями, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях Минздрава Республики Беларусь. За последнее время заболеваемость возросла. К сожалению, число желающих «нюхать», а это токсикомания, и «уколоться», а это наркомания, с каждым годом растет.

В основе причин злоупотребления алкоголем, а затем и развития болезни ведущее место занимает психическая травматизация, часто связанная с неблагополучием в личной и семейной жизни. Алкоголизм получает распространение там, где доминирует благодушное и терпимое отношение к алкоголю. Им часто страдают лица, для которых характерны низкий уровень образования, отсутствие интереса к работе и общественной жизни,

---

неумение интересно и творчески организовать свой досуг, правильно направить свои интересы.

В обществе необходимо осуществить кардинальные шаги с целью обеспечить формирование здорового образа жизни на этапе первичного предупреждения заболевания через просветительскую работу среди населения, через усвоение валеологических знаний, формирование умений видеть проблемы в области сохранения и укрепления здоровья населения. Необходимо практиковать дачу рекомендаций по проблемам формирования здорового образа жизни в процессе оказания медицинской помощи, при этом нужно акцентировать внимание населения на формировании ответственного отношения к здоровью, как к своему, так и здоровью других людей. На этапе реабилитационно-профилактических мероприятий следует рассматривать проблему формирования здорового образа жизни как одну из проблем предотвращения инвалидности населения. Заметим, что для решения вышеизложенных задач необходима медико-технологическая разработка проблем профилактики, лечения и реабилитации пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью.

Известно, чем снисходительнее общество, коллектив к пьянству, тем выше в этом обществе алкоголизм. При этом особую значимость приобретают обычаи и взгляды ближайшего окружения. Поскольку к злоупотреблению алкоголем нередко приводят дефекты воспитания и нездоровые традиции. Особое значение в борьбе с алкоголизмом приобретает пропаганда здорового образа жизни, разъяснение населению медицинских и социальных последствий алкоголизма и пьянства.

В состав наркологической службы, входит наркологический диспансер, хозрасчетные отделения; анонимное оказание медицинской помощи; отделения для больных алкоголизмом с сопутствующей патологией; стационарные отделения при промышленных предприятиях; наркологические пункты и др.

Эффективность лечения лиц с алкогольной зависимостью достигает 30 %, наркоманов – 8 %. Подавляющее число наркоманов составляют люди моложе 35 лет. Одной из существенных причин возникновения таких заболеваний как рак легкого, ишемическая болезнь сердца, хронический бронхит, эмфизема и др. является курение. Это доказанный факт. Согласно данным ВОЗ смертность курящих на 30-80 % выше, чем некурящих. Причем смертность возрастает с увеличением числа выкуриваемых сигарет. Она зависит также от возрастного начала курения, от затяжек. Среди тех, кто курит часто или затягивается, смертность на 20-40 % выше, чем среди некурящих. Смертность среди женщин ниже, чем у мужчин. Это связано с тем, что для большинства курящих женщин важен фарс, самоутверждение,

а не сигарета как таковая. Курение снижает половую потенцию в 2-3 раза. Курить можно бросить.

Избавиться от любой наркотической зависимости возможно при наличии желания измениться, твердой установки и волевого характера. В этом значимую роль играют учителя, педагоги и другие социальные работники.

## **12. Травматизм: эпидемиология, профилактика и организация травматологической и ортопедической помощи**

Травматизм является важной социально-экономической и медицинской проблемой для стран всего мира. В нем особенно четко можно видеть результаты влияния общественных условий жизни общества на здоровье населения.

Под травматизмом понимают уровень и частоту распространения травм, возникающих за определенный промежуток времени у различных групп населения. Травматизм обусловлен перенаселенностью городов, ускорением ритма жизни, увеличением транспортных средств и повышением скорости их передвижения, внедрением новых технологий в производство и в сельское хозяйство, использованием техники в быту, нарастающими нервно-психическими перегрузками и связанным с этим переутомлением, ослаблением внимания и контроля. В результате этого сложного комплекса причинно-следственных связей во многих странах мира количество несчастных случаев резко возрастает. Многие специалисты рассматривают травматизм и отравления как современную "новую эпидемию".

Кроме большого личного несчастья, с травматизмом связан огромный экономический, общественный и медицинский ущерб. Травмы и несчастные случаи среди причин смерти занимают третье место (после болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований).

Виды травматизма классифицируются: по обстоятельствам несчастного случая: травмы производственные и непроизводственные; по контингентам населения: по возрасту; полу; уровню образования; профессии; по характеру травм: ушиб; ранение; перелом; по локализации травм: голова; рука; нога; туловище; по месту оказания медицинской помощи: вне лечебного учреждения; в амбулаторно-поликлинических условиях; в стационаре; по последствиям травм: без потери трудоспособности; с временной потерей трудоспособности; инвалидность; смертность.

К причинам производственного травматизма относятся: причины технического характера (неисправность оборудования, несовершенство конструкций, отсутствие ограждений); причины организационного характера (плохая организация рабочего места, применение опасных приемов

работы, неисправность защитных приспособлений); причины санитарно-гигиенического порядка (нарушение температурного режима, неисправность полов, запыленность, недостаточная освещенность и т.п.). факторы личного порядка (нераспознанная заболеваемость, утомление, слабая квалификация).

Производственный травматизм изучается на основании листков нетрудоспособности, его же анализ – на основании отчета специальной формы.

Профилактика травматизма должна характеризоваться комплексностью проведения мероприятий, ответственностью, обязательностью инструктажа, производственного обучения, санитарно-просветительной работы; привлечением актива работающих, организацией санитарных постов и т.д.

Изложим ряд особенностей, характерных для тех или иных видов травматизма.

К особенностям сельскохозяйственного травматизма относятся: сезонность; наличие травм, причиненных животными; случаи поздней госпитализации вследствие значительной территориальной разобщенности сельской местности. Непроизводственный травматизм характеризуется значительной долей среди травм; многообразием; трудностью учета; сложностью организации профилактики. Виды детского травматизма дифференцируются в зависимости от ситуации и среды: бытовой, транспортный, спортивный, школьный. Автодорожный травматизм является наиболее тяжелым по своим исходам видом травматизма. По данным ВОЗ число пострадавших на дорогах мира составляет более 10 млн., из которых более 250 тыс. погибает. Это соответствует жертвам войны среднего масштаба. Причинами автодорожного травматизма являются грубые нарушения правил уличного движения; алкогольное опьянение водителей; недостаточный врачебный контроль.

Борьба с травматизмом должна быть комплексной, плановой и научно обоснованной. Важно обеспечить безопасный труд, т.е. охрану труда. Необходимо, чтобы к этой работе были привлечены межведомственные комиссии при исполкомах, а также общественность.

Медицинская помощь осуществляется в 3 этапа. На I-ом этапе - само- и взаимопомощь, как правило, на месте. На II-ом этапе медпомощь оказывают в пути следования до ЛПО. На III-ем этапе первую врачебную помощь оказывают врачи-хирурги в поликлиниках и стационарах, а также травматологи-ортопеды в травмопунктах, травматологических и ортопедических отделениях. В ЛПО предусмотрена также реабилитация пострадавших.

---

К основным задачам травматолого-ортопедического отделения (кабинета), травмопункта поликлиники относятся следующие: амбулаторный прием, для травмопункта - оказание экстренной помощи; динамическое наблюдение; выявление последствий; своевременность диагностики и лечения; направление на экспертизу или ее проведение; госпитализация; обеспечение преемственности; консультации; анализ заболеваемости; профилактика травматизма; гигиеническое воспитание; проведение антирабических прививок и др.

Круглосуточная экстренная травматологическая помощь населению оказывается в травмопунктах, имеющих отдельный вход со следующими помещениями: зал ожидания, кабинеты врачей, гипсовая-перевязочная, туалет для посетителей. После оказания соответствующей помощи пациенты направляются или на госпитализацию или в поликлинику по месту жительства.

Для экспертизы отдаленных результатов лечения травматолого-ортопедических пациентов создается медсовет, который имеет в своем составе заведующего отделением, врача травматолога-ортопеда, инспектора управления здравоохранения. Медсовет экспертирует исходы лечения, выявляет недостатки в работе, анализирует врачебные ошибки, оформляет протоколы и т.д.

---

---

## **Лекция № 9. МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

### **Учебные вопросы**

1. Цели и задачи медико-гигиенического воспитания и обучения населения.
2. Роль центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья в реализации цели и задач формирования ЗОЖ.
3. Актуальные аспекты формирования ЗОЖ.
4. Категории, характеризующие образ жизни.
5. Субъекты и объекты пропаганды ЗОЖ.
6. Методы и средства.
7. Ситуации и соответствующие им средства.
8. Особенности медико-гигиенического воспитания и обучения пациентов в работе врачей ЛПО.
9. Негативные факторы и избавление от них.

### **1. Цели и задачи медико-гигиенического воспитания и обучения населения**

Основной целью медико-гигиенического воспитания населения является формирование знаний и умений самостоятельно принимать решения по вопросам сохранения и укрепления здоровья.

Социально-гигиеническое воспитание – часть государственной системы здравоохранения, включающая распространение медицинских и гигиенических знаний, формирование здорового образа жизни и привитие населению гигиенических навыков с целью сохранения и укрепления здоровья, повышения работоспособности и активного долголетия.

Имеется разрыв между гигиеническими знаниями и поведением людей. Поэтому назрела необходимость превращения знаний в навыки, чтобы обеспечить в труде и быту выполнение санитарных и гигиенических норм и правил совершенствования и укрепления индивидуального и общественного здоровья.

Определяя направление этой работы, мы говорим не о санитарном просвещении, а о гигиеническом обучении и воспитании. Обучение означает выработку умений и навыков как предпосылок правильного гигиенического поведения. Воспитание же – это выработка убеждений, взглядов, свойств характера как действующей силы этого поведения.

Конечными целями медико-гигиенического обучения и воспитания населения является улучшение здоровья населения, повышение санитарно-

эпидемиологического благополучия региона, коррекция основных факторов риска заболеваний.

Основными задачами медико-гигиенического обучения и воспитания населения являются: гигиеническое воспитание населения, популяризация достижений медицинской науки, пропаганда здорового образа жизни.

Принципы медико-гигиенического обучения и воспитания населения: общедоступность, массовость, научность, воспитательный характер.

К основным направлениям формирования медико-гигиенической культуры населения относится формирование навыков ЗОЖ у подрастающего поколения, углубление и закрепление гигиенических знаний и убеждений, формирование ЗОЖ у населения, развитие санитарно-гигиенической активности и самодеятельности в помощь органам здравоохранения.

Можно назвать три пути совершенствования медико-гигиенического воспитания населения: пропаганда и внедрение ЗОЖ, индивидуализация медико-гигиенического воспитания, методическое обеспечение медико-гигиенического обучения, лекторского мастерства, подбор и подготовка врачей-валеологов.

Ведущим принципом здравоохранения является профилактическое направление, а положение "здоровье каждого – это богатство общества" – ее основополагающий принцип, идеология охраны здоровья народа. Важнейшим разделом профилактики является формирование здорового образа жизни, включающее воспитание у населения с раннего детского возраста правильного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих.

**Функционально служба формирования здорового образа жизни включает в себя:**

- диспансеры спортивной медицины (отделения, кабинеты);
- косметологические лечебницы (отделения, кабинеты);
- кабинеты формирования здорового образа жизни лечебно-профилактических организаций и ЦГЭ и ОЗ;
- хозрасчетные структурно-функциональные подразделения медико-оздоровительного и просветительского плана;
- консультативные и оздоровительные пункты;
- учебные классы;
- кинолектории, видеосалоны;
- кабинеты психологической разгрузки, психогигиены;
- телефон доверия;
- игровые физкультурные тренажеры;
- отделения семейной реабилитации;
- детские эколого-эстетические клубы;



- санаторно-курортные оздоровительные комплексы;
- диагностико-восстановительные центры;
- клубы "Здоровая семья" и т.д.

Основные **задачи** Службы формирования здорового образа жизни.

1. Координация деятельности различных органов, учреждений и общественных организаций, направленная на развертывание движения за утверждение здорового образа жизни;

2. Вовлечение всех медицинских работников, специалистов заинтересованных министерств и ведомств, общественных организаций в пропагандистскую и воспитательную работу по формированию ЗОЖ.

Служба формирования здорового образа жизни осуществляет свои задачи через:

- систему организаций здравоохранения;
- систему общего образования;
- систему производственного обучения;
- факультативные формы обучения – народные университеты медицинских и гигиенических знаний, школы здоровья, школы материнства и детства;
- массовые формы пропаганды ЗОЖ (городские праздники здоровья, кинолектории, выставки, публичные лекции) и др.

Научно-методическое обеспечение формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь осуществляет Республиканский Центр здоровья.

## **2. Роль Центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья в реализации цели и задач формирования ЗОЖ**

Центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья (далее «Центр») координирует деятельность всех ведомств и общественных организаций, заинтересованных в гигиеническом обучении и воспитании и осуществляет организационно-методическое руководство учреждениями и подразделениями, входящими в Службу формирования здорового образа жизни.

Основными задачами «Центра» здоровья являются: постоянное повышение качества и эффективности пропаганды здорового образа жизни, осуществляемой медицинскими и другими ведомствами и организациями; формирование потребности бережного и созидательного отношения к здоровью; организация и проведение массовых оздоровительных мероприятий, способствующих укреплению здоровья людей, повышению работоспособности и достижению активного долголетия.

### **Функции «Центра»:**

- участвует в разработке и внедрении мероприятий по охране здоровья населения;
- организует и проводит обучение медицинских кадров организаций здравоохранения, педагогов и других специалистов, участвующих в гигиеническом обучении и воспитании населения;
- обеспечивает медицинские и другие организации санитарно-просветительными, методическими и научно-популярными изданиями;
- организует мероприятия по формированию здорового образа жизни через каналы массовой информации – телевидение, радио, печать;
- разрабатывает, совершенствует и внедряет в практику новые методы и средства пропагандистской работы;
- проводит анализ состояния работы по гигиеническому обучению и воспитанию населения;
- принимает непосредственное участие в разработке и реализации комплексных программ по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения;
- участвует в обосновании и выборе наиболее перспективных направлений совершенствования профилактической медицины;
- организует и проводит семинары, конференции, совещания по актуальным вопросам гигиенического обучения и воспитания;
- принимает участие в аттестации медицинских работников.

В «Центрах» всех уровней могут быть созданы консультативно-оздоровительные отделы, работающие на принципах хозрасчета или за счет бюджетных средств, в которых платные услуги населению оказывают врачи по ЛФК, наркологи, психотерапевты, сексопатологи и др. На "Центры" возлагаются функции пресс-центров.

### **3. Актуальные аспекты формирования ЗОЖ**

Концентрированным выражением взаимосвязи и взаимного влияния образа жизни и здоровья населения является понятие "здоровый образ жизни". Он объединяет все, что способствует выполнению человеком тех или иных общественных и бытовых функций (труд, быт, отдых, общение, семейная жизнь, умственно-познавательная деятельность, общественно-политическая деятельность, творческая деятельность, медицинская активность) в условиях, наиболее оптимальных для здоровья. Здоровье – это физическое и духовное состояние организма человека, находящегося в таких условиях социального и экологического благополучия, в которых он способен эффективно и длительно участвовать в жизни семьи и общества, испытывая при этом полное удовлетворение.

---

Здоровый образ жизни – это осознанная необходимость постоянного выполнения гигиенических правил совершенствования и укрепления индивидуального и общественного здоровья, сочетающаяся с разумным отношением к окружающей социальной и природной среде. А формирование здорового образа жизни – это, прежде всего, побуждение к включению в свою повседневную жизнь новых форм поведения, изменение или отказ от многих вредных привычек, овладение знаниями, на основе которых можно безопасно и с пользой для здоровья вести здоровый образ жизни, постепенно добиваясь, чтобы эти формы укрепления здоровья стали привычками.

Решить проблему формирования здорового образа жизни только внешними преобразованиями – социально-экономическими, гигиеническими, техническими, законодательными - невозможно. Проблема формирования здорового образа жизни - это еще проблема и этическая. Внутренним фактором является нравственность человека, его отношение к собственному здоровью и здоровью окружающих людей. Осознание человеком и обществом понятия "жизнь" как абсолютной ценности является нравственной основой поведения человека, которая не допускает никакой деятельности, разрушающей жизнь и здоровье.

В пропаганде ЗОЖ среди населения пока преобладают вопросы физической культуры, рационального питания, искоренения вредных привычек. Между тем, гигиеническое воспитание человека, формирование ЗОЖ должны рассматриваться как элементы общей культуры, воспитание определенных качеств личности, к которым относятся нравственные ориентиры и ценности, производственная и экологическая культура, культура быта и отдыха, рационального использования свободного времени, культура потребления (преобладание творческой, созидательной ориентации над потребительской), культура межличностных отношений, нормальный психологический климат в семье, сексуальная культура, этика семейной жизни, медико-социальная активность.

Поэтому гармоническое развитие личности возможно лишь при оптимальном соотношении ведущих компонентов ЗОЖ, прежде всего таких как полноценный труд, благоустроенный быт, активный отдых, хорошая материальная обеспеченность, высокая культура, дружная семья, рациональное питание, отказ от вредных привычек, соответствие биологических и психологических возможностей человека условиям и требованиям природной и социальной среды, сохранение и укрепление состояния здоровья, предупреждение болезней

#### **4. Категории, характеризующие образ жизни**

Образ жизни – совокупность существенных черт жизнедеятельности народов, классов, социальных групп, личностей в условиях определенной общественно-экономической формации.

Условия жизни – материальные и нематериальные факторы, определяющие и обуславливающие образ жизни.

Уровень жизни – количественная сторона условий жизни, размер и структура материальных и духовных потребностей населения, фонды потребления, доходы населения, обеспеченность жильем, медицинской помощью, уровень образования, продолжительность рабочего и свободного времени и др.

Уклад жизни – порядок общественной жизни, быта, культуры, в рамках которого происходит жизнедеятельность.

Качество жизни – качественная сторона условий жизни: качество жилищных условий, питания, уровень комфорта, удовлетворенность работой, общением и др.

Стиль жизни – особенности поведения конкретных людей.

Цивилизованность – система наиболее существенных, типичных характеристик способа деятельности или активности людей в единстве их количественных и качественных сторон в условиях различных общественно-экономических формаций.

Медицинская активность – деятельность индивидуума и групп населения, направленная на сохранение и укрепление собственного здоровья и здоровья окружающих и являющаяся необходимой предпосылкой формирования ЗОЖ.

Медицинская (медико-социальная) активность: участие в оздоровлении образа жизни и окружающей среды; выполнение медицинских рекомендации; умение оказывать первую доврачебную помощь себе и родственникам; наличие гигиенических навыков; умение использовать средства народной, традиционной медицины и др.

ЗОЖ включает следующие компоненты:

- Сознательное создание условий труда, способствующих сохранению здоровья и повышению работоспособности;

- Активное участие в культурных мероприятиях, занятиях физкультурой и спортом, отказ от пассивных форм отдыха, тренировка психических способностей, аутотренинг, отказ от вредных привычек (употребление алкоголя, курения), рациональное сбалансированное питание, соблюдение правил личной гигиены, создание нормальных условий в семье.

- Формирование межличностных отношений в трудовых коллективах, семьях, отношения к больным и инвалидам;

- Бережное отношение к окружающей среде, природе, высокую культуру поведения на работе, в общественных местах и транспорте;

- Сознательное участие в профилактических мероприятиях, проводимых ЛПО, выполнение врачебных предписаний, умение оказывать первую медицинскую помощь, чтение популярной медицинской литературы.

Категория общего понятия "образ жизни", включающая в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры, в том числе поведенческой, и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, способствующих предупреждению развития нарушений здоровья и поддерживающих оптимальное качество жизни.

**Здоровый образ жизни предусматривает определенный комплекс норм поведения.**

1. Регулярное, сбалансированное, рациональное питание.
2. Соблюдение оптимального двигательного режима с учетом возрастных, гендерных и физиологических особенностей.
3. Отказ от саморазрушающего поведения: отказ от курения, употребления психоактивных веществ, от злоупотребления алкоголем.
4. Соблюдение правил личной и общественной гигиены.
5. Соблюдение правил психогигиены и психопрофилактики.
6. Повышение уровня медицинских знаний, владение навыками самопомощи и самоконтроля за состоянием здоровья.
7. Здоровое сексуальное поведение.

#### **Формы, методы и средства работы по ФЗОЖ**

**В работе по ФЗОЖ могут быть использованы следующие формы и методы:**

- индивидуального воздействия (беседа, инструктаж, консультация, очно-заочное обучение, телефонная справка и т.д.);

- группового воздействия (очно-заочное курсовое гигиеническое обучение, акция, лекция, беседа, вечер вопросов и ответов, школа здоровья, семинар, тренинг, дискуссия и т.д.);

- массового воздействия (работа со средствами массовой информации- радио, телевидение, печать, проведение массовых акций, конкурсов, издательская деятельность, наглядная агитация и т.д.).

**Средства, наиболее приемлемые в деятельности по формированию здорового образа жизни в современных условиях:**

- ✓ речевые (выступление перед аудиторией, по радио, телевидению, сообщение по телефону и т.д.);
- ✓ печатные (листовка, буклет, памятка, книга, лозунг, газета, журнал и др.);

- ✓ изобразительные (плакат, фотография, слайд, видеофильм, картинка, аппликация, наклейка, символ и т.д.);
- ✓ изобразительно-речевые (видео, теле и кинофильмы, театр);
- ✓ обучение практическим навыкам (приемам профилактики, оказанию профилактической помощи и т.д.).

**При организации и проведении обучения медицинских работников формам и методам профилактической работы могут использоваться:**

- ❖ проведение конкурсов, семинаров-тренингов, круглых столов;
- ❖ рассмотрение вопросов формирования здорового образа жизни на заседаниях коллегий, лечебно-контрольных советов, ученых советах;
- ❖ организация работы лекторского бюро, в состав которого входят врачи, заведующие отделениями либо научные сотрудники;
- ❖ организация работы беседческих групп для среднего медицинского персонала.

## 5. Субъекты и объекты пропаганды ЗОЖ

### Гигиеническое обучение в процессе общеобразовательной подготовки

Субъекты:

1. Педагогический персонал детских дошкольных учреждений, учителя.
2. Преподаватели колледжей и техникумов.
3. Профессорско-преподавательский состав ВУЗов.
4. Врачи-педиатры, школьные врачи, медперсонал детских дошкольных учреждений, детских оздоровительных организаций.
5. Медработники студенческих поликлиник и здравпунктов.
6. Медработники ЛПО, ЦГЭ и ОЗ.
7. Врачи-валеологи.

Объекты:

1. Дети дошкольного возраста.
2. Учащиеся.
3. Родители детей.
4. Студенты, курсанты.

### Гигиеническая подготовка населения в процессе производственного обучения

Субъекты:

1. работники МСЧ и здравпунктов предприятий;
2. медработники ФАП, участковых больниц;

3. специалисты ЦГЭ и ОЗ по гигиене питания, труда, коммунальной гигиене, гигиене детей;
4. врачи-валеологи.

Объекты:

1. промышленные и сельскохозяйственные рабочие;
2. колхозники;
3. ИТР, служащие;
4. военнослужащие.

#### **Факультативная гигиеническая подготовка населения**

Субъекты:

1. научные сотрудники РНПЦ и ВУЗов медицинского профиля;
2. врачи ЛПО и санитарно-профилактических организаций;
3. медперсонал санаториев, домов отдыха, пансионатов, профилакториев.

Объекты:

1. родители детей;
2. учащиеся;
3. призывники;
4. молодожены;
5. рабочие и служащие;
6. лица старших возрастных групп;
7. беременные женщины;
8. диспансерные пациенты и лица с "факторами риска";
9. стационарные пациенты;
10. отдыхающие санаториев, домов отдыха, пансионатов, профилакториев.

#### **Массовые санитарно-просветительные мероприятия**

Субъекты:

1. творческие работники кино, радио и телевидения, художники, писатели, композиторы, журналисты;
2. работники культурно-просветительных учреждений (методисты, массовики);
3. спортивные тренеры и комментаторы;
4. лекторы общества "Знание";
5. научные сотрудники НИИ и ВУЗов медицинского профиля;
6. медицинские и педагогические работники всех специальностей.

Специалисты считают, что человек, который занимается физкультурой, ежегодно продлевает свою жизнь на 28 дней. Математические расчеты показывают, что в 50 % на здоровье человека оказывает влияние образ

---

жизни, в 20 % – наследственность, в 20 % – состояние окружающей среды и только в 8,5 % – здравоохранение.

## 6. Методы и средства

Эффективность пропаганды медицинских и гигиенических знаний зависит от методов и средств гигиенического обучения и воспитания. Они представляют собой способы и приемы изучения теоретических вопросов и овладения практическими навыками и от рационального применения этих методов и средств в конкретных условиях практической деятельности.

Различные группы населения, в зависимости от возраста, профессии, образования и условий жизни предпочитают пользоваться теми или иными средствами информации. Развитие техники, науки, культуры, рост грамотности и информированности требуют повышения качества всех существующих форм пропаганды и изыскания новых, более действенных. Это говорит о необходимости дифференциации как содержания, так и методов гигиенического обучения и воспитания, проводимого по различным каналам информации.

Методы гигиенического обучения и воспитания.

1. Устный метод.
2. Печатный метод.
3. Изобразительный (наглядный) метод.
4. Комбинированный метод.

Важно адекватно подобрать соответствующее средство для медико-гигиенического обучения и воспитания. Так при выборе темы лекции нужно учитывать актуальность, характеристику контингента слушателей, эпидобстановку. К основным формам медико-гигиенического обучения и воспитания населения относятся лекции, плакаты, брошюры, выставки и др.

Устный метод – наиболее эффективный, популярный, экономичский, простой, доступный в организационном отношении

К средствам метода устной пропаганды относятся: лекция (эпизодическая, цикловая), агитационно-информационное выступление, конференция, беседа (групповая, индивидуальная), кружок, курсы, инструктаж, дискуссия и др.

Печатный метод – охватывает широкие слои населения.

К средствам метода печатной пропаганды относятся: книга, журнал, лозунг, призыв, брошюра, статья в прессе, памятка, буклет, листовка, газета, бюллетень и др.

Наглядный метод – самый многообразный по числу входящих в него средств.



К средствам метода изобразительной (наглядной) пропаганды относятся объекты: плоскостные (плакат, рисунок, схема, таблица, план, чертеж, диаграмма, картограмма, фотография, слайд, мультимедийные презентации); объемные (муляж, модель, макет, диаграмма, фантом, скульптура); натуральные (микропрепарат, макропрепарат, образец (растительного, животного происхождения и др.)).

Комбинированный метод – метод массовой пропаганды, при которой происходит одновременное воздействие на слуховые и зрительные анализаторы.

К средствам комбинированного метода относятся телевидение, выставка (стационарная, передвижная), радио, кино, музей, видео, праздник здоровья и др.

### **7. Ситуации и соответствующие им средства гигиенического обучения и воспитания**

1. *Контакт с широкими кругами населения в неэкстремальных ситуациях* - лекция, цикл лекций (народные университеты здоровья и др.), радио и телевидение, книга, плакат, научно-популярный фильм, брошюра.
2. *Контакт с широкими кругами населения в экстремальных ситуациях (эпидемия и т.п.)* - агитационно-информационное выступление по радио, телевидению, листовка, памятка, лозунг, информация через прессу.
3. *Контакт с однородной группой* - курсовое обучение, кружковые занятия, групповой профилактический прием, цикл бесед, брошюра, памятка
4. *Контакт с неоднородной группой* - лекция, беседа, дискуссия, брошюра.
5. *Контакт с индивидуумом* - индивидуальная беседа, совет, специализированная брошюра, памятка.

### **8. Особенности медико-гигиенического обучения и воспитания в деятельности врачей ЛПО**

Гигиеническое обучение и воспитание – обязательный раздел деятельности каждого ЛПО, поскольку роль личностного и поведенческого фактора имеет большое значение в предупреждении заболеваний, в раннем обращении за медицинской помощью. Этот фактор влияет на сроки лечения, эффективность реабилитации и восстановления работоспособности, на предупреждение обострения заболеваний. В работе по пропаганде ме-

---

дицинских и гигиенических знаний выделено три основных звена – учебный участок, поликлиника, стационар.

Санитарно-просветительная работа на УЧАСТКЕ складывается из гигиенического обучения и воспитания пациентов и их родственников при посещении на дому, пропаганды медицинских и гигиенических знаний всему населению обслуживаемой территории (информация о профилактических и оздоровительных мероприятиях, проводимых поликлиникой).

Гигиеническое обучение и воспитание в ПОЛИКЛИНИКЕ проводится дифференцировано среди здоровых, среди лиц с "факторами риска" и среди пациентов (с острыми и хроническими заболеваниями). Гигиеническое воспитание здоровых направлено на сохранение и укрепление их здоровья. Программа медико-гигиенической информации для них предусматривает пропаганду здорового образа жизни – гигиена труда, отдыха, питания, семейных взаимоотношений, физической культуры, борьба с вредными привычками.

Особую важность приобретает гигиеническое воспитание групп людей с повышенным риском возникновения заболеваний, в основе которых лежат нарушения гигиенических норм поведения – гиподинамия, курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, неправильный режим и т.д. Гигиеническое воспитание пациентов преследует цель выработать у них навыки правильного гигиенического поведения, способствующего скорейшему выздоровлению или облегчению течения заболевания. Эта работа ведется отдельно среди пациентов с острыми и хроническими заболеваниями.

Многие хронические заболевания являются следствием недолеченных острых, поэтому адекватное гигиеническое поведение пациента с острым заболеванием является важным условием предупреждения развития хронических процессов. На выполнение пациентами лечебно-профилактических мероприятий большое внимание оказывают члены их семьи. Гигиеническое обучение родственников больных, непосредственно ухаживающими за ними в домашней обстановке, имеет целью создание благоприятного психологического климата в семье, выполнение назначений и рекомендаций врача и обеспечение грамотного ухода за пациентами.

Гигиеническое воспитание в СТАЦИОНАРЕ ставит целью повысить эффективность лечебных и профилактических мероприятий. Оно дает информацию о правильном гигиеническом поведении во время пребывания в больнице, и, особенно, после выписки, т.е. служит целям вторичной профилактики заболеваний. В программу гигиенического обучения пациентов с хроническими заболеваниями обязательно должны включаться вопросы оказания самопомощи при обострении заболевания. Пациента необходимо

ориентировать в отношении начальных признаков рецидива заболевания с тем, чтобы он мог вовремя прибегнуть к самопомощи и своевременно обратиться к врачу. В этих вопросах должны быть ориентированы и родственники пациента.

#### **Методы медико-гигиенического обучения и воспитания по степени охвата населения**

- Методы индивидуального воздействия;
- Методы воздействия на группу лиц;
- Методы массовой коммуникации.

#### **Основные критерии эффективности работы врача по гигиеническому обучению населения**

- Обращение заболевших к врачу в ранние сроки;
- Снижение показателей заболеваемости.

### **9. Негативные факторы и избавление от них**

Наиболее негативное влияние на здоровье оказывают такие факторы как:

- курение,
- гиподинамия,
- нерациональное питание,
- избыточный вес,
- пьянство,
- алкоголизм,
- наркомания,
- токсикомания,
- неблагоприятные условия среды обитания.

Что содержится в табачном дыме?

Смолы и окись углерода.

Смолы способствуют развитию рака легких, горла и других заболеваний легких. Окись углерода снижает способность крови переносить кислород, ухудшает приток кислорода к тканям и играет существенную роль в развитии обусловленных курением сердечных заболеваний.

Никотин вызывает сужение сосудов, повышает артериальное давление, учащает сердцебиение и повышает потребность сердца в кислороде. Он стимулирует нервную систему. Именно этот компонент вызывает «зависимость» от курения.

Когда различные наркотические вещества потребляются регулярно, клетки нервной системы адаптируются к их постоянному присутствию. Это явление известно как «нейроадаптация».

---

Если поступление данного наркотического вещества прекращается, возникают **физиологические симптомы абстиненции**, так как организм заново адаптируется к жизни без этого вещества.

Никотин вызывает нейроадаптацию и многие люди, бросающие курить, испытывают в различной степени симптомы абстиненции, включая следующие:

- тяга к курению,
- легкое головокружение,
- головные боли,
- поражение языка,
- язвы в полости рта,
- расстройство желудка,
- запоры,
- напряжение,
- раздражительность,
- беспокойство,
- депрессия,
- бессонница,
- неспособность сконцентрироваться.

#### **Привычка.**

- пробуждение (когда уровень никотина в крови низок),
- прибытие на работу,
- перерывы на кофе,
- после еды,
- после секса.

#### **Основные заболевания, связанные с курением:**

- Коронарная болезнь сердца
- Цереброваскулярные заболевания
- Бронхит и эмфизема легких
- Рак легких
- Рак ротовой полости, пищевода, гортани
- Рак мочевого пузыря
- Рак почки
- Рак поджелудочной железы
- Рак горла
- Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
- Курение также усиливает симптомы астмы.

---

---

### **Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания**

Вероятность смерти в результате ИБС у курящего **в два раза выше**, чем у некурящего. При наличии других факторов риска ИБС риск возрастает в 8 раз по сравнению с некурящим.

Вероятность смерти в результате сердечного приступа, инсульта или другого сердечно-сосудистого заболевания у женщин, принимающих большие дозы таблеток контрацептивов, в 2-3 раза выше, если они курят.

#### **Бронхит и эмфизема**

Курение постепенно приводит к раздражению и воспалению дыхательных путей, что ведет к разрушению альвеол, выработке избыточной слизи и обструкции мелких дыхательных путей.

Три четверти всех смертей от обструктивных легочных заболеваний связаны с курением.

#### **Проблемы, обусловленные опьянением**

##### Социальные проблемы:

- семейные ссоры,
- насилие дома,
- плохое обращение с детьми, или отсутствие ухода,
- бытовые несчастные случаи,
- прогулы на работе,
- несчастные случаи на работе,
- неэффективный труд,
- пьянство в общественных местах,
- агрессия в общественных местах,
- хулиганство на стадионах,
- нанесение ущерба,
- кражи,
- взломы,
- нападения,
- убийство,
- вождение в нетрезвом виде,
- угоны,
- дорожные нарушения,
- изнасилования,
- нежелательная беременность.

##### **Психологические проблемы:**

- бессонница,
- депрессия,
- беспокойство,

- 
- провалы в памяти,
  - попытка самоубийства,
  - самоубийство,
  - деформация личности,
  - белая горячка,
  - судороги при абстиненции,
  - галлюцинации,
  - слабоумие,
  - страсть к азартным играм,
  - употребление других наркотических веществ.

#### **Физические проблемы:**

- гепатит,
- гастрит,
- панкреатит,
- подагра,
- аритмия сердца,
- несчастные случаи,
- травмы,
- удар,
- острое алкогольное отравление,
- отказ от приема прописанных медикаментов,
- импотенция,
- повреждение плода.

#### **Типы потребления алкоголя**

- опасное потребление;
- вредное потребление;
- алкогольная зависимость.

**Опасное потребление** определяется, как установившейся тип потребления, несущий с собой высокий риск будущего ущерба здоровью, физическому или психическому или психическому заболеванию. Важно обсудить концепцию риска с человеком данной категории потребления.

**Вредное потребление** определяется, как тип потребления, который уже наносит ущерб здоровью, физическому или психическому. Основным воздействием с такими клиентами может быть установление связи между нанесенным ущербом и потреблением.

**Алкогольная зависимость** – это комплекс симптомов и типов поведения, которые свидетельствуют, что алкоголь занял центральное место в жизни человека, ему тяжело это изменить, возможно, произошел процесс нейроадаптации.

Диетологическое обоснование, изложенное в Рекомендациях по здоровому питанию может быть разъяснено положениями

**«Десять ступеней к здоровому питанию»:**

- 1) Здоровое питание в основном основывается на растительной пище, которая разнообразна и питательна.
- 2) Богатая крахмалом пища должна составлять более половины объема поглощенной энергии.
- 3) Овощи и фрукты должны составлять более 7 % энергии, выбор должен быть разнообразным и в основном из местных продуктов.
- 4) Мясо, если его есть, должно составлять менее 10 % от потребляемой энергии.
- 5) Потребляемые молоко и молочные продукты должны быть нежирными.
- 6) Жиры должны составлять только 15-30 % от потребляемой энергии.
- 7) Потребление соли должно быть менее 6 грамм в день.
- 8) Вес тела не должен превышать рекомендованных норм.
- 9) Физическая активность должна производиться ежедневно.
- 10) Ешьте разнообразные продукты, а не добавки одного и того же.

**Пирамида здорового питания**



## Стадии изменения



### Что такое активность средней интенсивности?

Это активность, когда вы чувствуете, что вам:

- жарко,
- у вас одышка.

Это зависит от человека.

Несколько примеров:

- быстрая и энергичная ходьба,
- езда на велосипеде,
- танцы,
- тяжелая работа в саду,
- плавание,
- тяжелая домашняя работа.

### Различные функции различных видов активности.

Эффект	Функция	Примеры
Выносливость	Защита сердца	Быстрая ходьба, подъем по ступенькам
Сила	Подъем тяжестей Толкать/тянуть	Тренировки с поднятием тяжестей, перенос тяжестей
Гибкость	Гибкость, подвижность	Упражнения на растяжку, йога
Все три		Плавание



---

## Лекция № 10. ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

### Учебные вопросы

1. Зарождение санитарно-противоэпидемических организаций на белорусских землях в XIX – начале XX в.
2. Основные понятия.
3. Задачи санитарно-эпидемической службы.
4. Предупредительный и текущий санитарный надзор.
5. Структура санитарно-эпидемиологической службы государства.
6. Основные функции ЦГЭ и ОЗ.
7. Права главных государственных санитарных врачей.
8. Взаимосвязь ЦГЭ и ОЗ с ЛПО.
9. Качественные показатели деятельности ЦГЭ и ОЗ.
10. О проведении обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров.
11. О проведении профилактических прививок.
12. Формы взаимодействия ЦГЭ и ОЗ с другими организациями.

### 1. Зарождение санитарно-противоэпидемических организаций на белорусских землях в XIX – начале XX в.

Формированию санитарно-профилактического направления в медицине на Беларуси во многом способствовало введение земской медицины и ее прогрессивные традиции, а также положительные преобразования, происходившие в Российской империи. Так, например, в 1801 г. в России было открыто 5 первых санитарно-гигиенических лабораторий.

Со второй половины XIX в. в городах проводились **противовенерические мероприятия**, носившие медико-полицейский характер. В 1867 г. в Гродно была введена штатная должность врача для осмотра проституток. В 1891 г. в Минске с целью снижения заболеваемости венерическими болезнями создается городской санитарный комитет, в который был включен городской санитарный врач. К концу Первой мировой войны в некоторых губернских и земских больницах имелись венерические отделения.

Созданные в 1911 г., выборные земства Витебской, Минской и Могилевской губерний начали участвовать в организации **противоэпидемических мероприятий**. По примеру советов земских губерний Российской империи стали создаваться губернские и уездные врачебно-санитарные советы, которые решали вопросы борьбы с эпидемиями, увеличения числен-

ности персонала больниц, количества врачебных участков, устройства заразных бараков при участковых больницах и др.

**Эпидемии холеры**, уносившие тысячи жизней, нередко вызывали недовольство среди населения, в том числе называемые «**холерные бунты**». Городские власти были вынуждены предпринимать меры по борьбе с ними и лечению заболевших людей. В 1911-1913 гг. в Витебске, Гродно и Минске были открыты **первые заразные больницы**. В 1906 г. в Минске открылась постоянная городская дезинфекционная камера, при которой работали дезинфектор и служитель.

К 1 августа 1910 г. в г. Орше была построена **первая** на Беларуси **Пастеровская станция**, которая содержалась на средства врачей *Вагнера* и *Малицкого*. В 1911 г. была открыта Пастеровская станция в Минске, при ней работали химико-бактериологическая и судебно-медицинская лаборатории.

Первая мировая война (1914-1918 гг.) обострила эпидемическую ситуацию на белорусских землях. Широкое распространение получили холера, брюшной тиф, дизентерия, сыпной и возвратный тифы.

На уровне местного управления в белорусских губернских городах издавались различные постановления, регламентировавшие противоэпидемические мероприятия в отношении острозаразных, желудочно-кишечных заболеваний. Мероприятия были направлены, прежде всего, на санитарное благоустройство, проведение дезинфекционных мероприятий и т.д. Во многом ситуация осложнилась последующими революционными событиями, гражданской войной и т.д.

Наблюдался острый недостаток специальных санитарных лабораторий, поэтому фармацевты аптек, особенно в уездах, в ряде случаев должны были выполнять функцию санитарно-бактериологической и химической экспертизы, которая на них была возложена еще до 1917 г.

*Первая в СССР санитарно-эпидемиологическая станция* была открыта в Гомеле в 1922 г.

## 2. Основные понятия

**Государственный санитарный надзор** – деятельность специальных органов и учреждений, направленная на профилактику заболеваний людей путем предупреждения, обнаружения и пресечения нарушений санитарного законодательства и санитарных правил.

**Среда обитания человека** – часть окружающей среды, включающая ее природные компоненты (атмосферный воздух, водоемы, почву), а также питьевая вода, продовольственные и промышленные товары, условия труда, быта (жилище, места отдыха, транспортные средства), обучения, вос-

питания, которые оказывают либо при определенных условиях могут оказать, влияние на) здоровье населения.

**Фактор среды обитания** – любой химический, физический или биологический компонент среды природного либо антропогенного происхождения, способный влиять на организм человека.

**Радиационная безопасность** – составная часть санитарно-эпидемиологического благополучия, которая обеспечивается комплексом проектных, технических, санитарно-гигиенических и организационных мероприятий по защите человека и объектов среды его обитания от вредного воздействия ионизирующих излучений.

**Социально-гигиенический мониторинг** – система специальных наблюдений, оценки и прогнозирования состояния здоровья населения в связи с состоянием среды его обитания, направленная на выявление неблагоприятного влияния на население факторов окружающей природной среды и условий жизнедеятельности человека и разработку комплекса оздоровительных и профилактических мероприятий по предотвращению и устранению вредного воздействия этих факторов на здоровье человека.

**Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения** – состояние здоровья общества, при котором не проявляется опасное и вредное влияние среды обитания и ее факторов на организм человека, и создаются благоприятные условия для его жизнедеятельности.

### **3. Задачи санитарно-эпидемиологической службы**

Главной задачей санитарно-эпидемиологической службы является создание санитарно-эпидемиологического благополучия путем проведения предупредительного и текущего санитарно-гигиенического надзора, соблюдения санитарного законодательства и санитарно-эпидемиологической охраны границ государства. Санитарно-эпидемиологическая служба выполняет функцию "охраны здоровья здоровых", а также обеспечивает проведение противоэпидемиологических мероприятий.

Под санитарным и эпидемиологическим благополучием понимают оптимальные условия жизнедеятельности, отсутствие вредного воздействия факторов окружающей среды и условий для возникновения и распространения инфекционных заболеваний. Санэпидблагополучие в стране обеспечивается системой государственного и ведомственного санитарного надзора, системой стимулов, направленных на поддержание утвержденных норм и единых санитарно-гигиенических требований к надзорным объектам.

Наряду с главной задачей санитарно-эпидемиологическая служба обеспечивает также следующие основные направления деятельности:

- 
- сбор и анализ информации о санитарно-эпидемиологической, экологической и демографической ситуации;
  - выявление факторов окружающей среды и причин, влияющих на здоровье населения;
  - учет и анализ инфекционных и профессиональных заболеваний;
  - надзор за соблюдением санитарного законодательства, санитарных норм и правил;
  - пресечение нарушений санитарного законодательства и правил;
  - внесение предложений по выполнению санитарного законодательства и обеспечению санитарно-эпидемического благополучия населения;
  - нормирование факторов среды обитания, регламентация и регистрация химических и биологических веществ, а также изделий из них;
  - социально-гигиенический мониторинг за качеством среды обитания и состоянием здоровья населения.

В понятие "санитарно-эпидемическое дело" входит практическая деятельность органов и организаций санитарно-эпидемической службы, санитарное законодательство, государственные санитарно-оздоровительные мероприятия, система подготовки санитарных кадров и повышение их квалификации.

В условиях новых форм хозяйствования санэпидслужба должна изучать связи между здоровьем населения и санитарным состоянием условий труда, учебы, жилища, населенных мест и т.д., а также разрабатывать приоритетные мероприятия по охране и укреплению здоровья населения, контролировать и оценивать эффективность внедрения оздоровительных мероприятий.

Деятельность органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы имеет обширную правовую основу. Каждая страна имеет свою законодательную базу деятельности государства в области охраны здоровья населения и профилактики заболеваний. Обычно принимается закон "О здравоохранении", который декларирует принципы дальнейшего развития национальной системы здравоохранения и его профилактическую направленность, а также закон "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения". Он включает:

1. Общие положения.
2. Права и обязанности граждан, учреждений и организаций по обеспечению санитарно-эпидемического благополучия населения.
3. Полномочия высших органов власти и управления в области обеспечения санитарно-эпидемического благополучия населения.
4. Общие требования по обеспечению санитарно-эпидемического благополучия населения.

5. Государственный контроль и надзор за соблюдением санитарного законодательства.

6. Ведомственный санитарный надзор, производственный и общественный санитарный контроль.

7. Ответственность за нарушение санитарного законодательства.

8. Международные договоры.

Правовые основы деятельности органов и учреждений санитарно-эпидемиологической службы определяются также совокупностью санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемиологических норм и правил отдельных постановлений правительства. В своей работе специалисты данной службы опираются на государственные и отраслевые стандарты (ГОСТы и ОСТы), технические условия (ТУ), строительные нормы и правила (СНИ-Пы), санитарные нормы и правила (СанПиНы) и другие документы.

К видам ответственности за нарушения санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических норм и правил, определяемых законодательными документами, относится дисциплинарная, административная и уголовная ответственность.

#### **4. Предупредительный и текущий санитарный надзор**

В основе деятельности санитарно-эпидемиологической службы лежит предупредительный и текущий санитарный надзор. Для обеспечения качества предупредительного санитарного надзора необходимо комплексирование работы ЦГЭ и ОЗ с проектными институтами, конструкторскими бюро, архитектурными управлениями, РНПЦ и НИИ. Предупредительный санитарный надзор осуществляется по трем направлениям: при проектировании, строительстве и реконструкции; по охране атмосферного воздуха, водоемов, водоснабжения, почвы и при установлении санитарно-гигиенических норм и правил.

К основным задачам государственного санитарного надзора относится проведение санитарно-гигиенической регламентации опасных факторов, надзор за соблюдением санитарного законодательства, за реализацией государственной политики по вопросам профилактики заболеваний населения, за организацией и проведением санитарных и противоэпидемиологических мероприятий.

##### **4.1. Предупредительный санитарный надзор при проектировании, строительстве и реконструкции**

Предусматривает выдачу санитарных условий на проектирование, строительства, учет всех проектируемых, строящихся или реконструированных объектов; согласование отвода земельного участка под строитель-

---

ство, выбор места строительства; составление гигиенического заключения, утверждение проекта строительства (реконструкции) объекта; надзор в процессе строительства или реконструкции; прием вновь вводимых в эксплуатацию объектов строительства.

Предупредительный санитарный надзор по охране атмосферного воздуха, водоемов, водоснабжения и почвы предполагает учет всех объектов, загрязняющих воздух, водоисточники, почву; лабораторный контроль; изучение санитарно-гигиенического состояния указанных сфер и их влияния на заболеваемость населения; разработку рациональных методов техники очистки; разработку и предъявление санитарных планов-заданий на оздоровительные мероприятия.

Предупредительный санитарный надзор при установлении санитарно-гигиенических норм и правил предусматривает установление санитарно-гигиенических норм и правил, требований ГОСТов на все промышленные изделия, продукты питания, ткани, мыло, школьные парты, детскую мебель, игрушки, красители и т.д.; гигиеническую оценку и установление ГОСТов на новые виды химического сырья и материалов; государственный контроль подлежат всех медицинских биологических препаратов.

Текущий санитарный надзор проводится санитарными врачами. Для этих целей используют рейдовые обследования объектов, санитарно-гигиеническое описание как отдельных объектов, так и регионов. Текущий санитарный надзор предполагает изучение санитарно-гигиенических условий труда и гигиеническую оценку производственной сферы; лабораторный контроль и наблюдение за состоянием объектов; обнаружение и устранение санитарных вредностей; изучение заболеваемости и травматизма; организацию профилактических осмотров. Они осуществляют контроль за соблюдением санитарного законодательства в отношении работы женщин, физического развития детей; контроль гигиенических условий обучения, режима дня школьника и детей в других организациях; наблюдение за состоянием здоровья населения. В функции санитарных врачей входит также контроль состояния воздушной среды, водоемов, почвы; обеспечение санитарно-гигиенических требований при выработке правил внутреннего распорядка; разработка заданий и предложений по устранению санитарных недостатков и улучшению санитарного состояния объекта; организация санитарно-просветительной работы и санитарно-технического обучения.

Санитарные врачи обязаны принимать санкции (дисциплинарные взыскания, штрафы, изъятие продуктов, приостановка работы объекта или цеха, отстранение от работы и т.д.), следить за соблюдением санитарно-гигиенических норм при производстве, транспортировке, хранении и реализации пищевых продуктов, за организацией рационального питания на-

---

селения; осуществлять контроль оздоровительных мероприятий, предусмотренных комплексным планом; предъявлять планы-задания по оздоровлению объектов и проведению их в соответствие с санитарно-гигиеническими нормами.

#### **4.2. Предупредительный санитарный надзор по охране атмосферного воздуха, водоемов, водоснабжения и почвы**

1. Учет всех объектов, загрязняющих воздух, водоисточники, почву.
2. Лабораторный контроль.
3. Изучение санитарно-гигиенического состояния указанных сфер и их влияния на заболеваемость населения.
4. Разработка рациональных методов техники очистки.
5. Разработка и предъявление санитарных планов-заданий на оздоровительные мероприятия.

#### **4.3. Предупредительный санитарный надзор при установлении санитарно-гигиенических норм и правил**

1. Установление санитарно-гигиенических норм и правил, требований государственных стандартов (ГОСТов) на все промышленные изделия, продукты питания, ткани, мыло, школьные парты, детскую мебель, игрушки, красители и т.д.
2. Гигиеническая оценка и установление ГОСТов на новые виды химического сырья и материалов.
3. Государственному контролю подлежат все медицинские биологические препараты.

#### **4.4. Текущий санитарный надзор**

Санитарные врачи используют для этих целей рейдовые обследования объектов, санитарно-гигиеническое описание, как отдельных объектов, так и регионов. Текущий санитарный надзор предполагает.

1. Изучение санитарно-гигиенических условий труда. Гигиеническая оценка производственной сферы.
2. Лабораторный контроль. Наблюдение за состоянием объектов.
3. Обнаружение и устранение санитарных вредностей.
4. Изучение заболеваемости и травматизма.
5. Организация профилактических осмотров.
6. Контроль за соблюдением санитарного законодательства в отношении работы женщин и подростков.
7. Контроль физического развития детей и подростков.

8. Контроль гигиенических условий обучения, режима дня школьника и детей в других учреждениях.
9. Контроль состояния воздушной среды, водоемов, почвы.
10. Обеспечение санитарно-гигиенических требований при выработке правил внутреннего распорядка.
11. Наблюдение за состоянием здоровья населения.
12. Разработка заданий и предложений по устранению санитарных недостатков и улучшению санитарного состояния объекта.
13. Организация санитарно-просветительной работы и санитарно-технического обучения.
14. Применение санкций (дисциплинарные взыскания, штрафы, изъятие продуктов, приостановка работы объекта или цеха, отстранение от работы и т.д.).
15. Соблюдение санитарно-гигиенических норм при производстве, транспортировке, хранении и реализации пищевых продуктов.
16. Организация рационального питания населения.
17. Контроль оздоровительных мероприятий, предусмотренных комплексным планом.
18. Предъявление планов-заданий по оздоровлению и приведению в соответствие с санитарно-гигиеническими нормами.

## **5. Структура санитарно-эпидемиологической службы государства**

Государственный санитарный надзор осуществляется органами и учреждениями санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения. Санитарно-эпидемиологическую службу страны возглавляет главный государственный санитарный врач. Он является одновременно заместителем Министра здравоохранения.

Санитарно-эпидемиологическая служба включает Управление гигиены, эпидемиологии и профилактики Министерства здравоохранения; Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья; областные, городские и районные центры гигиены и эпидемиологии; центры дезинфекции и стерилизации; РНПЦ гигиены.

Основными специалистами являются санитарные врачи, врачи-эпидемиологи и их помощники (санитарные фельдшера), а также врач-дезинфекционист, врач-паразитолог, врач-бактериолог, врач-вирусолог, лаборант с высшим медицинским образованием, врач-статистик. Кроме того, в ЦГЭ и ОЗ работают инженера, физики, биологи, энтомологи, техники и вспомогательный персонал.

ЦГЭ и ОЗ состоит обычно из трех основных отделов: санитарно-гигиенический, эпидемиологический и дезинфекционный.



---

Санитарно-гигиенический отдел включает отделение коммунальной гигиены, отделение гигиены труда, отделение гигиены питания, отделение гигиены детей, отделение радиационной гигиены, а также физико-химическую и токсикологическую лаборатории (осуществляют санитарную экспертизу питьевой воды, сточных вод, воздуха, пищевых продуктов, промышленных товаров, инструментальное исследование микроклимата, шума, вибрации и др.).

Эпидемиологический отдел включает противоэпидемическое отделение, паразитологическое отделение, отделение особо опасных инфекций, антирабическое отделение и бактериологическую лабораторию, которая осуществляет 2 вида исследований – диагностические (у пациентов) и санитарно-бактериологические (у здоровых). В эпидемиологическом отдел ЦГЭ и ОЗ наравне с противоэпидемическим и паразитологическим отделениями может входить отделение по борьбе с кишечными инфекциями; отделение профилактики СПИД; отделение больничной гигиены; отделение социально-гигиенического мониторинга.

В структуре ЦГЭ и ОЗ имеется также вирусная лаборатория, экологический отдел, радиологическое отделение, отделение профилактической дезинсекции, дезинфекции, деротизации (оно содержится на хозрасчете), административно-хозяйственная часть.

Основными разделами работы ЦГЭ и ОЗ являются: контрольно-исполнительная деятельность, административно-правовая деятельность и организационно-методическая работа.

Санитарно-гигиенический отдел ЦГЭ и ОЗ осуществляет изучение состояния здоровья населения (отдельных контингентов); проведение предупредительного и текущего санитарного надзора; разработку санитарно-оздоровительных мероприятий; составление планов работы отдела и комплексных планов.

Эпидемиологический отдел ЦГЭ и ОЗ проводит эпидемиологическое обследование очагов инфекционных заболеваний, методическое руководство противоэпидемической работой лечебно-профилактических организаций, разработку комплекса противоэпидемических мероприятий, оценку эффективности прививок.

Организационно-методическая работа включает составление планов работы ЦГЭ и ОЗ и комплексных планов, изучение состояния здоровья населения и деятельности ЦГЭ и ОЗ, внедрение новых технологий, организация повышения квалификации сотрудников ЦГЭ и ОЗ.

Важнейшими отраслями санитарной деятельности являются жилищно-коммунальная санитария (планировка и строительство населенных мест; благоустройство населенных мест: водоснабжение, канализация,

очистка, озеленение; формирование ЗОЖ; санитарное просвещение); пищевая санитария (пищевая промышленность; общественное питание; продовольственные магазины; транспортировка и хранение пищевых продуктов; продажа пищевых продуктов; санитарное просвещение); промышленная санитария (промышленное строительство; вентиляция и освещение промышленных предприятий; техника безопасности; борьба с профессиональными вредностями и травматизмом); школьная санитария (строительство и оборудование школьных и дошкольных зданий; санитарное состояние школьных и дошкольных зданий; гигиена педагогического процесса и физического воспитания; проведение в школах массовых оздоровительных мероприятий; гигиеническое воспитание и обучение учащихся).

Ряд министерств (Министерство транспорта и коммуникации, Министерство внутренних дел, Министерство сельского хозяйства и продовольствия, КГБ и др.) имеют свои ведомственные санитарные службы. Все они в методическом и организационном плане подчинены государственной санитарно-эпидемиологической службе.

### **6. Основные функции ЦГЭ и ОЗ**

Главная функция ЦГЭ и ОЗ – изучение основных вопросов хозяйственного строительства и санитарного состояния региона с одновременным изучением состояния здоровья населения (демографические показатели, показатели заболеваемости, показатели физического развития).

Ведущее место в деятельности «Центра» занимает также систематическое санитарно-гигиеническое исследование воды, воздуха, почвы и продуктов массового потребления (молоко, овощи, мясо, фрукты и др.); проведение предупредительного санитарного надзора при строительстве объектов местного значения и текущего санитарного надзора за объектами района. Важная функция – проведение противоэпидемических мероприятий: обработка очага, обследование очагов инфекционных заболеваний с целью выяснения источника, путей передачи – оперативная работа; профилактическая работа – систематическое проведение или контроль профилактических прививок; борьба с бациллоносительством; борьба с переносчиками инфекций (комарами, мухами и т.д.). На основании полученных данных разрабатываются предложения по осуществлению основных оздоровительных мероприятий, проекты и решения, по которым вносятся предложения в руководящие органы местного самоуправления.

Обеспечение радиационной безопасности осуществляется посредством дозиметрического контроля, а также путем проведения контроля за накоплением радионуклидов населением. Эту же функцию несет контроль специальной диспансеризации; анализ миграции населения, его отселения

и переселения; контроль за оздоровлением взрослых и детей; организация автоматизированной системы оценки состояния здоровья населения.

Имеются определенные разновидности планов работы ЦГЭ и ОЗ: годовой комплексный план, который включает в основном вопросы стратегического назначения; профильные планы – планы по борьбе с кишечными инфекциями, дерматомикозами, по борьбе с гриппом, по борьбе с мухами; ежемесячные планы и графики работы (в них подробно расписывается вся работа).

Комплексный план работы ЦГЭ и ОЗ включает санитарно-гигиенические, организационные и противоэпидемические мероприятия, в т.ч. мероприятия по борьбе с инфекционными заболеваниями и гельминтозами. Планируется также финансово-хозяйственная работа. Предполагаются оздоровительные мероприятия и мероприятия по гигиеническому воспитанию населения, по оздоровлению условий труда промышленных рабочих и крестьян, по предупредительному и текущему санитарному надзору по каждой из отраслей санитарного дела.

### **7. Права главных государственных санитарных врачей и обязанности должностных лиц ЦГЭ и ОЗ**

Главный государственный санитарный врач Республики Беларусь, главные государственные санитарные врачи областей, городов, районов, районов в городах и их заместители имеют право в установленном порядке приостанавливать до проведения необходимых мероприятий и устранения имеющихся нарушений санитарных правил, а в случае невозможности их соблюдения прекращать:

- ↗ работы по проектированию и строительству объектов и их пусковых комплексов;
- ↗ эксплуатацию действующих предприятий;
- ↗ разработку, производство и применение продукции народного хозяйства;
- ↗ производство, хранение, транспортировку и реализацию продовольственного сырья и пищевых продуктов, использование воды.

Главный государственный санитарный врач Республики Беларусь, главные государственные санитарные врачи областей, городов, районов, районов в городах и их заместители имеют право в установленном порядке принимать решения о (об):

- временном отстранении от работы лиц, являющихся носителями возбудителей инфекционных заболеваний и источниками их распространения;

- ❑ проведении обследования и медицинского наблюдения за лицами, которые контактировали с инфекционными больными и могут быть источником распространения инфекционных заболеваний;
- ❑ обязательной госпитализации инфекционных больных и лиц с подозрением на инфекционное заболевание, представляющих опасность для окружающих;
- ❑ проведение дезинфекции, дезинсекции и дератизации в очагах инфекционных заболеваний, а также в помещениях и на территориях, где сохраняются условия для возникновения или распространения инфекционных заболеваний;
- ❑ определять виды прививок, проводимых по эпидемическим показаниям, сроки их проведения и подлежащий им контингент;
- ❑ налагать административные взыскания за нарушение санитарно-эпидемиологического законодательства;
- ❑ передавать материалы о санитарно-эпидемиологического законодательства в органы предварительного расследования;
- ❑ представлять нанимателям предложения о применении мер дисциплинарного взыскания к виновным;
- ❑ предъявлять требования к физическим и юридическим лицам о возмещении в установленном порядке ущерба, причиненного здоровью населения,
- ❑ отбирать образцы (пробы) материалов, веществ, пищевых продуктов, воздуха, воды и почвы для лабораторных исследований и проведения государственной санитарно-гигиенической экспертизы;
- ❑ обследовать условия проживания людей для организации и осуществления санитарно-гигиенических и противоэпидемических и противорадиационных мероприятий.

Главные государственные санитарные врачи имеют право предъявлять требования об устранении обнаруженных санитарных нарушений и о проведении санитарных и противоэпидемических мероприятий с указанием сроков их исполнения; давать заключения в случаях, когда возникает необходимость частичного отступления от требований действующих норм и правил. Их права также реализуются на этапе предупредительного санитарного надзора. Они участвуют в отводе участков под строительство, рассматривают проекты на новые изделия, проекты планировки и застройки населенных пунктов, дают заключения на вновь вводимые объекты.

Главные государственные санитарные врачи имеют право запрещать или приостанавливать эксплуатацию производственных объектов; отстранять от работы совсем или временно (до выполнения определенных санитарных требований) работников, пациентов с заразными болезнями, со-

---

прикасающихся с продуктами питания и предметами широкого потребления, а также работников учреждений, удовлетворяющих личные и бытовые нужды населения (парикмахерские, бани, прачечные и т.д.); налагать штрафы при обнаружении нарушений правил установленных санитарно-гигиенических норм, на учреждения, предприятия, отдельных лиц в размерах, предусмотренных действующими законодательствами; предлагать администрации наложить дисциплинарное взыскание (выговор, увольнение и др.); привлекать через прокурора к уголовной ответственности виновных в нарушении санитарно-гигиенических норм и правил.

Главные государственные санитарные врачи имеют право запрещать применение химических веществ в случае наличия опасности вредного влияния их на здоровье людей и использование для питания непригодных продуктов; назначать гигиеническую экспертизу; проводить пробы и емкости пищевых продуктов, изделий, предметов и материалов для лабораторного анализа и гигиенической экспертизы. Существенное значение имеет право требовать обязательной госпитализации инфекционных пациентов, представляющих опасность для окружающих; назначать карантин; обеспечивать обязательную дезинфекцию очага инфекционного заболевания; решать вопрос о проведении профилактических прививок; отстранять временно от работы больных лиц или бактерионосителей.

Главные государственные санитарные врачи имеют право беспрепятственно посещать объекты надзора в любое время суток и требовать предъявления сведений и документов.

К обязанностям должностных лиц ЦГЭ и ОЗ относится проверка исполнения актов законодательства, информирование органов власти на местах о положении дел; внесение предложений по решению имеющихся проблем; подготовка местных программ; контроль мероприятий по предупреждению и снижению уровня профессиональной и инфекционной заболеваемости, по санитарной охране территории от заноса и распространения карантинных и других инфекционных заболеваний при стихийных бедствиях, катастрофах и авариях.

Должностные лица обязаны обеспечивать проведение мероприятий по повышению уровня гигиенических знаний и координировать эту работу на обслуживаемой территории. Одной из первостепенных обязанностей должностных лиц является обеспечение надзора за соблюдением санитарных правил при предоставлении земельных участков под строительство и застройку населенных пунктов; при проектировании, строительстве и эксплуатации объектов, являющихся источниками загрязнения атмосферного воздуха, почвы, водоемов; при эксплуатации производственных и общественных зданий; при изготовлении и реализации товаров народного потреб-

ления; при производстве, хранении и транспортировке продуктов питания; при производстве, хранении, применении и захоронении радиоактивных веществ и источников излучения; при проведении мероприятий по снижению интенсивности и устранению шума, вибрации и неионизирующих излучений.

Решения и заключения органов и учреждений санитарно-эпидемиологической службы являются обязательными для исполнения всеми министерствами, ведомствами, предприятиями, учреждениями, организациями, должностными лицами и гражданами.

Должностные лица, обладающие государственными полномочиями, при осуществлении санитарного надзора выполняют две основные функции: контрольную и организаторскую, которые позволяют не только выявить и установить соответствующие нарушения санитарных норм и правил на объекте, но и требовать организации мероприятий по активному внедрению государственного законодательства.

Свои права и обязанности работники санитарно-эпидемиологической службы оформляют административно-правовыми документами – актами: констатационными, распорядительными, двухстороннего соглашения, разрешительными, административного принуждения, юрисдикционными.

Чаще факты нарушения санитарно-гигиенических норм и санитарно-противоэпидемических правил фиксируют в акте обследования и в протоколе о санитарном нарушении. Протокол о санитарном нарушении составляется в пятидневный срок в 2-х экземплярах. Один из них вручается лицу, виновному в совершении санитарного нарушения, другой остается в делах ЦГЭ и ОЗ. Постановление о наложении штрафа составляется в 3-х экземплярах. Один из них вручается руководителю предприятия или вышестоящему органу, где работает виновный. Штраф, в случае неуплаты его добровольно в установленный 15-дневный срок со дня вручения постановления, взыскивается из заработка оштрафованного.

## **8. Взаимосвязь ЦГЭ и ОЗ с ЛПО**

ЦГЭ и ОЗ контролируют санитарное состояние, обеспечение противоэпидемического режима работы всех ЛПО (поликлиник, диспансеров, больниц, МСЧ, ФАПов и т.д.). ЦГЭ и ОЗ отслеживает проведение мероприятий по выявлению инфекционных пациентов, по их госпитализации, диспансеризации, изоляции; полноту охвата профилактическими прививками; осуществляют методическое руководство больнично-поликлиническим персоналом с целью обеспечения своевременной диагностики инфекционных больных.

По поводу каждого случая инфекционного заболевания врачи направляют эпидемиологу ЦГЭ и ОЗ экстренное извещение, а он немедленно проводит эпидемиологическое обследование очага и организует текущую и заключительную дезинфекцию.

Особенность взаимодействия санитарно-эпидемиологических и лечебно-профилактических организаций заключается в потенцировании усилий при проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий и при использовании результатов изучения санитарной и эпидемической ситуации для составления планов работы ЛПО.

ЦГЭ и ОЗ взаимодействует также и с другими организациями и учреждениями, такими как комиссии по здравоохранению и социальному страхованию, чрезвычайные противоэпидемические комиссии при исполкомах, санитарно-технические советы, общества Красного Креста, общества охраны природы, торговые инспекции по качеству, ветеринарные инспекции, профсоюзные организации, технические инспекции по охране труда, органы прокуратуры и милиции, ЛПО и ведомственные санитарно-эпидемиологические службы.

### **9. Качественные показатели деятельности ЦГЭ и ОЗ**

Имеется ряд показателей, с помощью которых оценивается деятельность ЦГЭ и ОЗ: укомплектованность штатов (в %), удельный вес отклоненных проектов строительства (в %), полнота охвата наблюдениями строящихся объектов (в %), кратность обследования строящихся и наблюдаемых объектов, частота отравлений и профессиональных заболеваний (в %), выявляемость заражения из общего числа заболевших инфекционным заболеванием, полнота охвата очагов инфекции профилактической и заключительной дезинфекцией и дезинсекций (в %), полнота охвата населения вакцинацией, ревакцинацией и их эффективность (в %), структура и уровни заболеваемости инфекционными болезнями, полнота охвата объектов текущим санитарным надзором, их кратность и число выявленных случаев нарушений санитарных норм, заболеваемость с временной утратой трудоспособности по отраслям хозяйственной деятельности промышленных предприятий.

### **10. О проведении обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров**

В целях охраны здоровья населения, предупреждения профессиональных отравлений и заболеваний, несчастных случаев, обеспечения безопасности труда, предотвращения распространения инфекционных и паразитарных заболеваний работники отдельных профессий, производств

и организаций проходят обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (в течение трудовой деятельности) медицинские осмотры в соответствии с законодательством Республики Беларусь о труде.

Руководители ЛПО несут ответственность за обеспечение качества медицинского осмотра.

В целях предупреждения инфекционных заболеваний ЛПО осуществляются обязательные профилактические прививки.

### **11. О проведении профилактических прививок**

Профилактические прививки проводятся в целях предупреждения, снижения уровня и ликвидации инфекционных заболеваний.

Профилактические прививки проводятся в определенные сроки жизни человека независимо от эпидемической обстановки для создания специфической невосприимчивости организма человека к соответствующим инфекционным заболеваниям.

Отказ от профилактической прививки оформляется записью в медицинской документации пациента и подписывается пациентом (для несовершеннолетнего пациента – родителем или законным представителем) и медицинским работником.

**ПЕРЕЧЕНЬ** профилактических прививок, сроков их проведения, а также групп населения, подлежащих профилактическим прививкам

Первая вакцинация\* против вирусного гепатита В (новорожденные в первые 12 часов жизни).

Вакцинация против туберкулеза (новорожденные на 3-5 день жизни).

Вторая вакцинация против вирусного гепатита В (дети в возрасте 1 месяца).

Первая вакцинация против дифтерии, столбняка, коклюша и полиомиелита (дети в возрасте 3 месяцев).

Вторая вакцинация против дифтерии, столбняка, коклюша и полиомиелита (дети в возрасте 4 месяцев).

Третья вакцинация против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита и вирусного гепатита В (дети в возрасте 5 месяцев).

Вакцинация против кори, эпидемического паротита и краснухи (дети в возрасте 1 года).

Первая ревакцинация\*\* против дифтерии, столбняка, коклюша и полиомиелита (дети в возрасте 1 года 6 месяцев).

Вторая ревакцинация против полиомиелита (дети в возрасте 2 лет).

Ревакцинация против кори, эпидемического паротита и краснухи, вторая ревакцинация против дифтерии и столбняка (дети в возрасте 6 лет).



Третья ревакцинация против полиомиелита, ревакцинация против туберкулеза (дети в возрасте 7 лет).

Третья ревакцинация против дифтерии (дети в возрасте 11 лет).

Вакцинация против вирусного гепатита В (трехкратная) ранее не привитых (дети в возрасте 13 лет).

Ревакцинация против туберкулеза (дети в возрасте 14 лет).

Ревакцинация против дифтерии, столбняка (дети в возрасте 16 лет; взрослые в возрасте 26 лет и каждые последующие 10 лет жизни до достижения возраста 66 лет).

\***Вакцинация** – первичное введение иммунобиологического лекарственного средства в организм человека.

\*\***Ревакцинация** – повторное введение иммунобиологического лекарственного средства в организм человека через определенный промежуток времени после вакцинации.

## 12. Формы взаимодействия ЦГЭ и ОЗ с другими организациями

Чаще других используются следующие формы работы:

- ❖ **организация пресс-конференций** или заседаний "круглого стола" для представителей средств массовой информации с целью информирования населения по актуальным вопросам определенной тематики.
- ❖ **проведение брифингов**, т.е. коротких, сжатых во времени, инструктивных встреч специалистов санэпидслужбы с представителями средств массовой информации с целью их достоверного и оперативного информирования об официальной точке зрения высшего руководства по возникшей проблеме.

**Брифинг** - короткая, сжатая во времени, инструктивная встреча журналистов с представителями официальной структуры (государственного учреждения).

- ❖ **подготовка пресс-релизов** для анонсирования предстоящего события, а также для информирования средств массовой информации по актуальной проблеме.

Пресс-релиз – небольшая информация по актуальной теме.

- ❖ **подготовка "сообщений для СМИ"** в целях информирования средств массовой информации о предстоящих мероприятиях, в которых они могут принять участие, а также оперативного информирования о внештатных ситуациях, влияющих на санитарно-эпидемиологическое благополучие населения.
- ❖ **выступления** специалистов и руководства санитарно-эпидемиологической службы республики **на радио, телевидении,**

---

публикация статей в прессе по вопросам сохранения здоровья и профилактики заболеваний.

- ❖ проведение "прямых линий" на страницах печати в случаях, когда специалисты санэпидслужбы готовы напрямую ответить на вопросы населения.

" Прямая линия" – выступление руководства или специалистов санэпидслужбы в прямом эфире, либо на страницах печати с ответами на поступающие звонки населения.

Дальнейшая задача повышения эффективности и качества работы органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы связана с внедрением автоматизации в управлении ее различными звеньями, что даст возможность полно и оперативно следить за санитарной ситуацией и состоянием здоровья населения на территории республики, областей, городов и районов и на этой основе регулировать и управлять деятельностью ЦГЭ и ОЗ.

Разработана и внедрена система оперативного слежения за инфекционной заболеваемостью (АИС «Горздрав», АИС «Санэпид» и др.). Территориальные автоматизированные информационные системы (АИС) стали реальной основой поэтапной разработки и внедрения АИС в деятельность санэпидслужбы (слежение за эпидемической ситуацией и за состоянием внешней среды, контроль за выполнением санитарно-гигиенических мероприятий, прогнозирование инфекционной заболеваемости и др.).

Эффективное использование компьютерной техники дает возможность создать принципиально новую информационную базу для изучения системы взаимодействия условий внешней среды и здоровья общества, которая позволит значительно улучшить эффективность работы санэпидслужбы в организации санитарно-оздоровительных и противоэпидемических мероприятий, занимающих первостепенное место в первичной профилактике болезней.

---

## Лекция № 11. ВРАЧЕБНАЯ БИОЭТИКА И МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ

### Учебные вопросы

1. Основные представления.
2. Клятва Гиппократа.
3. Клятва врача Республики Беларусь.
4. Кодекс врачебной этики.
5. Образ хорошего врача.

### 1. Основные представления

В обществе изменяется стиль и образ жизни людей. В их отношениях появляются элементы злобы, ненависти и даже жестокости. А к отсутствию тех или иных категорий морали и нравственности повысилась чувствительность как у пациентов, так и у медицинских работников. Все это приводит к перераспределению человеческих ценностей и актуализирует данную проблему. Врачебная этика – наука о морали и нравственности. Медицинская деонтология – наука о должных принципах поведения медицинского персонала.

Если адекватно оценивать нынешнее социально-экономическое положение, то решать эту проблему прежде всего следует посредством разработки мер, не требующих существенных финансовых затрат. Содержательная же сторона этих мероприятий (этико-деонтологического характера) должна учитывать также сформированные за восьмидесятилетний период особенности менталитета: и населения, и медработников, и больных.

Известно, что такие категории этики врача как врачебный долг, ответственность, добро и зло, честь и совесть, профессиональное достоинство оказывают самое непосредственное влияние на исцеление пациента, на его скорейшее выздоровление. Они основаны на общественных ценностях, верности клятве врача, его прогрессивном мировоззрении, профессионализме, доброжелательности и милосердии. Здесь важно помнить, что при решении проблем взаимодействия врача и пациента, врача и пациента, врача и близких пациента, врача и медперсонала, врача и общества, а также проблем соблюдения врачебной тайны и разрешения врачебных ошибок решающую роль играет слово врача и его облик.

Формирование позитивных медико-этических взаимоотношений лечащего врача и пациента должно осуществляться в ходе лечебно-диагностического процесса во взаимосвязи и взаимозависимости с

---

эффективностью использования медицинских технологий (в широком смысле слова) и уровнем достижения конкретных результатов.

Нашей кафедрой выявлены те медико-этические характеристики, которые достоверно связаны с эффективностью реализации современных медицинских технологий. Назовем наиболее приоритетные из них: удовлетворенность пациентов отношением к ним лечащего врача; доверительность и откровенность в общении; оценка врача как личности и профессионала; оценка пациентом уровня квалификации врача; эффективность диспансерного наблюдения за пациентами в поликлинике.

Полученные факты позволяют повысить эффективность используемых врачом медицинских технологий, поскольку положительный эмоциональный контакт врача с пациентом способствует: во-первых, улучшению познания личности пациента; во-вторых, большей действенности лекарственных средств; в-третьих, приносит чувство удовлетворенности пациенту и врачу ходом лечения.

Анализ обоснованных жалоб пациентов показал, что основу оптимального контакта между врачом и пациентом составляет доверительность и благожелательность. Скрываемое или недостаточно осознаваемое врачом негативное отношение к пациенту приводит к ухудшению контакта с ним. В случае возникновения несоответствий или противоречий, неясной диагностики – обязательна консультация психотерапевта. Само по себе важно установление особенностей образа жизни пациента.

Самыми существенными были признаны следующие качества врача: уважительность, внимание к пациентам, любовь к профессии, доброта, вежливость, душевность, т.е. преобладали коммуникативные черты. Особенно высоко оценивались качества личности врача, формирующие социально-эмоциональный контакт. Замечу, что невербальное поведение врача (мимика, жест) обостренно воспринимается многими больными, которые больше верят выражению его лица, чем словам.

На основе нашего анализа при проведении беседы с пациентами напрашиваются следующие рекомендации: необходимо установление психологической атмосферы доверия и откровенности в общении с пациентами; предоставление понятной для них информации; обсуждение динамики проявлений болезни, хода лечения, какой-либо проблемы больного, связанной с жизненной ситуацией; подведение итогов.

Важным является завоевание доверия пациента, недопущение ятрогений. Соблюдение врачебной тайны по-прежнему являются основными этическими требованиями.

Исторически сложилась патерналистская, или авторитарная, модель взаимоотношений врача с пациентом: врач принимает на себя обя-

---

занность действовать на благо пациента и сам же определяет, в чем это благо заключается. В настоящее время появились антипатерналистские принципы: автономия личности, компетентность пациента, информированное согласие, конфиденциальность и др.

## 2. Клятва Гиппократата

Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигиеей и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае необходимости помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

Я направлю режим пациентов к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария.

Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Чтобы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; переступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

Клятва Гиппократата, *jusjurandum*, представляет собой ценный документ, освещающий нам врачебный быт медицинских школ в эпоху Гиппократата. Здесь, как и в других сочинениях Гиппократата сборника, никакого отношения врачей к храмовой медицине усмотреть нельзя; врачи – хотя и асклеиады, в том смысле, что ведут происхождение от Асклепия и клянутся им, но не жрецы аскепейона.

В древние времена медицина была семейным делом: она культивировалась в недрах определенных фамилий и передавалась от отца сыну. Затем рамки ее расширились, врачи стали брать учеников со стороны. Имеются данные, что врача в то время обучали медицине за плату. Вступая во врачебный цех, или корпорацию, врач должен был вести себя соответствующим образом: воздерживаться от всяких предосудительных действий и не ронять своего достоинства. Сформулированные в "Клятве" правила врачебной этики оказали большое влияние на все последующие времена; по образцу ее составлялись факультетские обещания, которые приносили доктора медицины при получении степени в Парижском университете. Несомненно, Гиппократова клятва была вызвана необходимостью отмежеваться от врачей одиночек, разных шарлатанов и знахарей, которых в те времена было немало, и обеспечить доверие общества врачам определенной школы или корпорации асклепиадов.

### 3. Клятва урача Рэспублікі Беларусь

Прымаючы з глыбокай удзячнасцю дараваныя мне медыцынскай навукай і практыкай правы урача, перад усім народам Рэспублікі Беларусь, маімі настаўнікамі і калегамі клянуся:

- у любы час дапамагаць усім хворым, незалежна ад іх сацыяльнага паходжання, веравызнання і нацыянальнасці;
- заўсёды захоўваць асабовыя і сямейныя таямніцы хворага;
- заўсёды працягваць вывучэнне медыцынскай навукі; садзейшчаць яе росквіту, абвешчаць аб усім, што атрымаю шляхам доследу ці практыкі;
- уважліва і удзячна адносіцца да сваіх настаўнікаў і перадаваць набытыя веды сваім вучням;
- быць добразычлівым да сваіх калег-урачоў, не дапушчаць абразы іх асобы, але заўсёды казаць прауду дзеля карысці нашай навукі і практыкі;
- у выпадках для мяне незразумелых ці цяжкіх абяцаю выкарыстоўваць дапамогу калег і ім ніколі не адмаўляць у падобнай паслузе;
- ніколі не нанесці ганьбы стану, у які я уступаю.

Калі парушу дадзеную мной клятву, то аддам сябе на суд калег і закона Рэспублікі Беларусь.

#### **4. Кодекс врачебной этики**

Кодекс врачебной этики (далее "Кодекс"), принятый в 1999 г. в Республике Беларусь, имеет 6 разделов: 1) общие положения; 2) правила, регулирующие врачебную практику; 3) врач и права пациента; 4) взаимоотношения с коллегами; 5) врач и прогресс медицины; 6) действие кодекса.

"Кодекс" содержит правила врачебной этики и деонтологии, отражающие основные принципы медицинской деятельности и взаимоотношений врачей и пациентов.

Соблюдение врачами правил медицинской этики и деонтологии принципов гуманизма, законодательства Республики Беларусь по вопросам охраны здоровья, уважение к коллегам и пациентам, создают во врачебных коллективах обстановку взаимного уважения и профессиональной требовательности, уменьшает возможность создания конфликтных ситуаций в процессе оказания медицинской помощи, способствует добросовестному выполнению врачами своего профессионального долга.

#### **РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

**СТАТЬЯ 1.** Врач в своей профессиональной деятельности руководствуется Клятвой врача Республики Беларусь, рекомендациями Всемирной медицинской ассоциации по этике, Конституцией и другими актами законодательства Республики Беларусь, регулирующими отношения, связанные с охраной здоровья населения, настоящим Кодексом врачебной этики.

**СТАТЬЯ 2.** Главной целью профессиональной деятельности врача является сохранение жизни и здоровья человека, предотвращение болезней и облегчение страданий больных вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, политических убеждений и вероисповедания.

**СТАТЬЯ 3.** Основным условием успешной врачебной деятельности является профессиональная компетентность врача и его высокие нравственные качества. Врач обязан повышать свою квалификацию в течение всей профессиональной деятельности, используя все возможности и доступные способы профессионального совершенствования.

**СТАТЬЯ 4.** Здоровье каждого человека является не только его личной, но и общественной ценностью. Занимаясь вопросами охраны здоровья населения, врач обязан взаимодействовать с органами власти и управления, с администрацией предприятий, организаций, учреждений и общественными организациями по вопросам охраны здоровья населения.

---

СТАТЬЯ 5. Врач обязан всеми доступными ему способами содействовать делу охраны здоровья населения, бороться с любыми формами проявления жестокости и унижения человеческого достоинства.

## **РАЗДЕЛ II. ПРАВИЛА, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ВРАЧЕБНУЮ ПРАКТИКУ**

СТАТЬЯ 6. Вся практическая деятельность врача должна быть направлена на профилактику заболеваний, максимально эффективное лечение пациентов, продление их жизни и облегчение страданий.

СТАТЬЯ 7. Врач в своей работе исключает использование профессиональных знаний в негуманных целях и медицинское воздействие на пациента с целью его наказания, равно как и в интересах третьих лиц. Врач не может участвовать в акте лишения жизни, присутствовать при пытках или иных актах жестокого обращения с человеком.

СТАТЬЯ 8. Во время работы врач должен сохранять трезвость и не находиться под воздействием каких-либо средств, вызывающих стойкое пристрастие к ним.

СТАТЬЯ 9. В своей работе врач принимает все меры по предотвращению вреда пациенту (физического, нравственного, материального) и не может безучастно относиться к неправильным действиям иных лиц, причиняющих ущерб людям.

СТАТЬЯ 10. Врач должен заниматься своим делом, не руководствуясь при этом мотивами получения личной выгоды. Врач не имеет права заключить с пациентом, используя его психическую или физическую несостоятельность, а также свое врачебное положение, противоправные имущественные сделки, заниматься вымогательством и взяточничеством, использовать труд пациента в личных целях, вступать с ним в интимную связь, навязывать свои философские, религиозные и политические взгляды.

СТАТЬЯ 11. Врач несет всю полноту ответственности за свои профессиональные решения и вправе отклонить любые попытки давления со стороны коллег, пациентов и других лиц, если их требования противоречат этическим принципам, профессиональному долгу и закону.

СТАТЬЯ 12. Участие врача в экспертных комиссиях, консилиумах, консультациях и т.п. должно быть объективным и принципиальным. Врач обязан профессионально отстаивать свою точку зрения, а при давлении на него – прибегать к юридической и общественной защите.

СТАТЬЯ 13. Врач вправе претендовать на такие условия работы и жизни, при которых он сможет соответствовать высоким социальным требованиям к нему, как к профессионалу.



---

**РАЗДЕЛ III. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА**

**СТАТЬЯ 14.** Врач и пациент имеют равные права на уважение их человеческого достоинства и могут защищать его в соответствии с действующим законодательством.

**СТАТЬЯ 15.** В работе врача недопустимо грубое и негуманное отношение к пациенту, унижение его достоинства, выражение неприязни или предпочтения другим пациентам. Врач обязан отдавать предпочтение интересам пациента, если это не причиняет ущерба самому пациенту или окружающим лицам.

**СТАТЬЯ 16.** Взаимоотношения врача и пациента должны строиться на основе взаимного доверия и взаимной ответственности. Пациент – активный участник процесса лечения.

**СТАТЬЯ 17.** Пациент имеет право на свободный выбор врача, на получение от врача полной информации о состоянии своего здоровья. О предлагаемых методах обследования и лечения, об их преимуществах и недостатках, а также о степени риска. При разногласиях с врачом пациент может обратиться к руководителю учреждения, в комиссию по врачебной этике, а также в другие органы управления и общественные объединения, занимающиеся вопросами защиты прав пациентов.

**СТАТЬЯ 18.** Врач в исключительных случаях вправе отказаться от работы с пациентом, перепоручив его другому специалисту:

а) при недостаточной компетентности или отсутствии необходимой технической возможности для оказания необходимого вида помощи;

б) при противоречии данного вида медицинской помощи нравственным принципам врача;

в) при невозможности установить с пациентом терапевтическое сотрудничество.

**СТАТЬЯ 19.** Врач в случаях, когда физическое или психическое состояние пациента исключает возможность доверительных отношений, устанавливает их с родственником пациента, его законным представителем или другим близким пациенту лицом, позиция которых, с точки зрения врача, соответствует интересам пациента.

**Статья 20.** Врач при возникновении у него профессиональных затруднений обязан немедленно обратиться за помощью к компетентным специалистам. Если обследование и лечение пациента требует знаний или методов, которыми данный врач не владеет, он в установленном порядке направляет пациента в другое учреждение здравоохранения, имеющее необходимые условия.

---

СТАТЬЯ 21. Все медицинские вмешательства производятся только с согласия пациента, кроме особых случаев, когда тяжесть физического или психического состояния не позволяет пациенту принять осознанное решение, или в других случаях, предусмотренных законодательством.

СТАТЬЯ 22. В случаях возложения на врача обязанностей по принудительному обследованию и лечению пациента он должен строго руководствоваться действующим законодательством.

СТАТЬЯ 23. Изъятие с диагностической и лечебной целями органов и тканей у пациента может производиться с его письменного согласия в установленном законом порядке, а в случаях, предусмотренных актами законодательства Республики Беларусь, с согласия его близких родственников или законных представителей. Изъятие органов и тканей пациента в иных целях недопустимо.

СТАТЬЯ 24. Врач обязан сохранять конфиденциальность своего общения с пациентом и не может разглашать врачебную тайну даже после смерти пациента, он также должен препятствовать разглашению такой информации иными лицами.

Врач может сообщать сведения о состоянии здоровья пациента его близким родственникам, если это обусловлено необходимостью лечения или ухода за ним и не осуществляется против воли больного, а также органам здравоохранения и правоохранительным органам в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь.

СТАТЬЯ 25. Врач обязан облегчать страдания умирающего человека всеми доступными и законными способами. Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента по его просьбе или по просьбе его близких, недопустима.

СТАТЬЯ 26. Врач не препятствует пациенту пользоваться духовной поддержкой служителя любой религиозной конфессии, разрешенной к функционированию на территории Республики Беларусь.

СТАТЬЯ 27. Секционное исследование разрешается при согласии родственников умершего. Исключение составляют случаи, предусмотренные законодательством Республики Беларусь.

#### **РАЗДЕЛ IV. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С КОЛЛЕГАМИ**

СТАТЬЯ 28. Во взаимоотношениях с коллегами от врача требуется честность, справедливость, доброжелательность, порядочность, уважительное отношение к знаниям и опыту коллег, готовность бескорыстно передать им свой опыт и знания.

СТАТЬЯ 29. Критика в адрес коллег должна быть аргументированной, не оскорбительной и не дискредитационной. Критикуется не личность коллег, а их профессиональные действия.

СТАТЬЯ 30. Недопустимы негативные высказывания в адрес своих коллег в их отсутствие и тем более в присутствии пациентов, их родственников или посторонних лиц.

СТАТЬЯ 31. Для защиты чести и достоинства врач может обращаться в комиссии по врачебной этике и в правоохранительные органы.

СТАТЬЯ 32. Врач не вправе препятствовать пациенту в выборе другого лечащего врача. Свою профессиональную репутацию врач создает только на основе результатов работы и не должен заниматься само-рекламой. Вместе с тем он имеет право на распространение информации о своих профессиональных навыках и квалификации.

СТАТЬЯ 33. Врач обязан постоянно сохранять благодарность и уважение к своим учителям и коллегам, научившим его врачебному искусству.

СТАТЬЯ 34. Врач должен делать все от него зависящее по созданию в трудовом коллективе благоприятного морально-психологического климата, активно участвовать в работе врачебной ассоциации, защищать честь и достоинство своих коллег, препятствовать медицинской практике бесчестных и некомпетентных коллег, непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациентов.

СТАТЬЯ 35. Врач обязан с должным уважением относиться к среднему и младшему медицинскому персоналу, а также содействовать повышению их профессиональных знаний и навыков.

## **РАЗДЕЛ V. ВРАЧ И ПРОГРЕСС МЕДИЦИНЫ**

СТАТЬЯ 36. В научно-исследовательской деятельности врач обязан руководствоваться приоритетом блага пациента над научными интересами и проводить испытания и эксперименты только в соответствии с установленными законом правилами и при согласии пациента.

СТАТЬЯ 37. Отказ пациента от участия в исследовательской программе не должен отрицательно влиять на отношение к пациенту и на качество оказываемой ему медицинской помощи.

СТАТЬЯ 38. Во врачебной практике применяются медицинские препараты и технологии, разрешенные Министерством здравоохранения Республики Беларусь. В отдельных случаях врач может использовать научно обоснованные, но еще не разрешенные к применению средства на условиях, предусмотренных действующим законодательством.

СТАТЬЯ 39. Врач может печатать свои наблюдения, научные изыскания в периодической медицинской печати и в других изданиях, участво-

---

вать в выставках достижений медицины как в республике, так и за рубежом.

### **5. Образ хорошего врача**

Врач XXI века – эрудированный врач, доступный, приветливый и искренний. Его открытость располагает к откровениям, позволяет легко установить контакт и доверие. Он способен хорошо слушать, что создает возможность быть услышанным пациентом.

Немаловажное значение имеет внешний вид. Врач всегда должен быть в форме в широком смысле слова: соответствующая одежда, облик, опрятность, физическое и духовное состояние, уместная улыбка на лице. Это вызывает симпатию.

Говорить надо понятным языком, не торопясь, без фамильярности и информационного шума, эмоционально уравновешенно.

Коммуникации с пациентами должны быть не только доступные, но и достойные, уверенные, естественные. Необходимым атрибутом в ходе общения является вежливость.

Серьезное впечатление пациента от обращения к врачу способствует созданию его авторитета и достижению положительного профессионального эффекта.

---

---

## Лекция № 12. ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

### Учебные вопросы

1. Первичная медицинская помощь.
2. Номенклатура организаций здравоохранения.
3. Представление об амбулаторно-поликлинических организациях.
4. Перечень амбулаторно-поликлинических организаций.
5. Задачи городской поликлиники.
6. Принципы и особенности работы городской поликлиники.
7. Преемственность в деятельности ЛПО.
8. Категории поликлиники.
9. Структура городской поликлиники.
10. Обязанности врача-терапевта участкового.
11. Задачи регистратуры городской поликлиники.
12. Потоки пациентов и их регулирование.
13. Институт врача общей практики (ВОП), цели и модели организации.
14. Противоэпидемические мероприятия.
15. Медицинская документация.
16. Задачи кабинета медицинской статистики.
17. Модель конечных результатов (МКР).
18. Лекарственное обеспечение населения и лечебно-профилактических организаций.

### 1. Первичная медицинская помощь

**Первичная медицинская помощь** это первый уровень оказания медицинской помощи. На этом уровне осуществляется первый контакт больных с системой здравоохранения.

**Первичная медицинская помощь** – общемедицинская помощь, направленная на лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний преимущественно по месту жительства граждан, проведение санитарных, противоэпидемических, профилактических мероприятий, гигиенического обучения, мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства.

В Республике Беларусь создана широкая сеть организаций здравоохранения для оказания населению первичной медицинской помощи:

- поликлинические отделения больниц и родильных домов,
- сельские врачебные амбулатории и сельские участковые больницы,
- самостоятельные городские поликлиники,
- районные поликлиники,

- врачебные здравпункты,
- стоматологические поликлиники,
- станции скорой медицинской помощи,
- фельдшерские здравпункты и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП).

В сельской местности ПМП обеспечивается медицинским персоналом сельских врачебных амбулаторий, сельских участковых больниц, фельдшерско-акушерских пунктов, а также выездными бригадами районных медицинских организаций.

В городах ПМП обеспечивается врачами-терапевтами участковыми амбулаторно-поликлинической сети для взрослого и детского населения, станциями скорой медицинской помощи, медико-санитарными частями (МСЧ) предприятий промышленности, строительства и транспорта.

## **2. Номенклатура организаций здравоохранения**

Номенклатура организаций здравоохранения утверждена Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 28.09.2005 г. № 35.

### **Номенклатура организаций здравоохранения**

- Больничные организации.
- Амбулаторно-поликлинические организации.
- Организации скорой медицинской помощи.
- Организации переливания крови.
- Санатории.
- Санитарно-эпидемиологические организации.
- Аптечные организации и организации медицинской техники.
- Организации особого типа

#### **Больничные организации**

- Больница.
- Госпиталь.
- Медико-санитарная часть.
- Диспансер.
- Центр.
- Родильный дом.
- Дом ребенка
- Хоспис

#### **Амбулаторно-поликлинические организации**

- Амбулатория.
- Поликлиника.
- Диспансер.

- Центр.
- Медико-реабилитационная экспертная комиссия.
- Военно-врачебная комиссия.
- Медико-санитарная часть.

#### **Организации скорой медицинской помощи**

- Станция.
- Центр.

#### **Организации переливания крови**

- Центр.
- Станция.

#### **Аптечные организации и организации медицинской техники**

- Аптека.
- Торгово-производственная.
- Производственно-торговая
- Торговая.

#### **Организации особого типа**

- Патологоанатомическое бюро.
- Лечебно-производственные мастерские.
- Лечебно-трудовой профилакторий.
- Протезно-ортопедический восстановительный центр.
- Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении.
- Служба судебно-медицинских экспертиз.
- База хранения медицинской техники и имущества.

### **3. Представление об амбулаторно-поликлинических организациях**

Амбулаториями и поликлиниками называют ЛПО, предназначенные для оказания медицинской помощи проходящим пациентам и для их лечения если необходимо. Слово амбулатория происходит от латинского *ambulare* – ходить. Слово поликлиника имеет в своей основе два греческих слова: *polis* – город и *klinice* – лечение.

Амбулатория отличается от поликлиники уровнем специализации и объемом деятельности. В ней оказывается лечебная и другая помощь по одной или нескольким специальностям (терапии, хирургии, педиатрии, акушерству и гинекологии и др.). Она не является полной. В поликлинике оказывается квалифицированная помощь по ряду специальностей, в том числе специализированная помощь (терапия, хирургия, неврология, офтальмология, ЛОР и др.).

Поликлиникой называют высокоразвитую специализированную лечебно-профилактическую организацию, предназначенную оказывать медицинскую помощь проходящим пациентам и на дому и осуществлять в

установленных объемах комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на лечение и предупреждение развития заболеваний и их осложнений.

Городская поликлиника является лечебно-профилактической организацией, призванной осуществлять в районе своей деятельности: проведение широких профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости; раннее выявление пациентов; оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению; пропаганду здорового образа жизни, формирование здоровья и др.

Городская поликлиника организуется в установленном порядке в городах, поселках для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению, проживающему в районе ее деятельности. Она работает по участково-территориальному (территориальному) принципу. Оказывает также медицинскую помощь прикрепленным работникам промышленных предприятий, строительных организаций и предприятий транспорта - по цеховому производственному принципу. Городская поликлиника может быть самостоятельной организацией или входить в состав больницы.

#### **4. Перечень амбулаторно-поликлинических организаций**

1. Амбулатория.
2. Поликлиника.
3. Диспансер.
4. Центр.
5. Медико-реабилитационная экспертная комиссия.
6. Военно-врачебная комиссия
7. Медико-санитарная часть.

В поликлинических организациях начинают и заканчивают лечение около 80 % всех пациентов, и лишь 20 % пациентов подлежат госпитализации. В этой связи возникает большая потребность в амбулаторно-поликлинической помощи. Поэтому в 1960 г. с целью приблизить медицинскую помощь к населению было принято решение открывать также самостоятельные поликлиники.

#### **5. Задачи городской поликлиники**

1. Оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению обслуживаемого района непосредственно в поликлинике и на дому.

2. Организация и проведение комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности.



3. Осуществление диспансеризации населения и, прежде всего, подростков, рабочих промышленных предприятий и строок, лиц с повышенным риском заболевания сердечно-сосудистыми, онкологическими и другими заболеваниями.

4. Организация и проведение мероприятий по медико-гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, в том числе рационального питания, усиления двигательной активности, борьба с курением и другими вредными привычками.

#### **Практическая реализация первой задачи.**

1. Оказание неотложной медицинской помощи пациентам при острых и внезапных заболеваниях, травмах, отравлениях и других несчастных случаях.

2. Оказание врачебной помощи на дому пациентам, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, систематическом наблюдении врача или решении вопроса о госпитализации.

3. Раннее выявление заболеваний, квалифицированное обследование пациентов, обратившихся в поликлинику.

4. Своевременное и квалифицированное оказание врачебной помощи населению, как на амбулаторном приеме в поликлинике, так и при оказании помощи на дому.

5. Госпитализация лиц, нуждающихся в стационарном лечении, с предварительным максимальным обследованием пациентов, в соответствии с профилем заболевания.

6. Восстановительное лечение пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с последствиями нарушения мозгового кровообращения, с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата.

7. Проведение всех видов профилактических осмотров (предварительные при поступлении на работу, периодические, целевые и др.).

8. Диспансеризация населения, в том числе: отбор лиц, подлежащих динамическому наблюдению за состоянием их здоровья.

9. Динамическое наблюдение за состоянием здоровья подростков: рабочих подростков, учащихся технических училищ, учащихся средних специальных и высших организаций образования, изучение их условий труда и быта; осуществление лечебно-оздоровительных мероприятий.

10. Противоэпидемические мероприятия (совместно с ЦГЭ и ОЗ): прививки, выявление инфекционных пациентов, динамическое наблюдение за лицами, бывшими в контакте с заразным пациентом, и за реконвалесцентами, сигнализация санитарно-эпидемиологической службы и др.

11. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентов и нарушений жизнедеятельности (рабочих и служащих), выдача – продление листов нетрудоспособности, дача трудовых рекомендаций нуждающимся в переводе на другие участки работы, отбор на санаторно-курортное лечение и т.д.

12. Направление в медико-реабилитационные экспертные комиссии (МРЭК) лиц с признаками нарушений жизнедеятельности.

13. Работа по формированию здорового образа жизни населения, подростков и рабочих промышленных предприятий, их гигиеническое воспитание.

14. Учет деятельности персонала и подразделений поликлиники. Составление отчетов по утвержденным формам и анализ статистических данных, характеризующих деятельность поликлиники.

15. Повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала (направление по системе чередования в стационары больниц, семинары, усовершенствование в медицинских университетах и на факультетах повышения квалификации и переподготовке кадров).

## **6. Принципы и особенности работы городской поликлиники**

1. Участково-территориальный принцип медицинского обслуживания населения. Вся территория делится на участки. За каждым терапевтическим участком закрепляется по 1700 человек (старше 15 лет).
2. Работа строится по скользящему графику. В течение недели врач принимает в различное время дня. К примеру, понедельник – 8-11, вторник – 11-14 и т.д., суббота- дежурный врач.
3. Принцип чередования (циклическая система). Врач из поликлиники один раз в 2 года от 4 до 6 месяцев работает в стационаре. Там он повышает свою квалификацию.
4. Двухзвеневая система. Врач ежедневно работает как в поликлинике на приеме, так и оказывает медицинскую помощь на дому
5. Диспансерный метод обслуживания. Диспансеризация.
6. Преемственность в оказании медицинской помощи.

## **7. Преемственность в деятельности лечебно-профилактических организаций**

Преемственность – это организационная система взаимодействия ЛПО, призванная обеспечить единый подход (доктрину) в организации лечебно-диагностического процесса, логического по содержанию, последовательного по времени и адекватного по этапам.

Она осуществляется разными путями: производственные встречи врачей, проведение конференций, семинаров и т.д.; передачей в стационары карт амбулаторного пациента для информации врачей о диагностике, методах и эффективности лечения пациентов в поликлинике, проведенных исследованиях и их результатах; передачей эпикриза из медицинских карт стационарного пациента после выписки из стационара в поликлинику с указанием рекомендаций по продолжению лечения и режима его в поликлинике и т.д.; дежурство по стационару.

Оценка преемственности амбулаторно-поликлиническими и стационарными организациями осуществляется посредством экспертной оценки данных. При этом экспертируется ряд признаков:

1. Обоснованность направления на госпитализацию.
2. Своевременность направления и самой госпитализации.
3. Профильность направления и самой госпитализации.
4. Степень полноты подготовки.
5. Качество оформления документации.
6. Сроки ожидания госпитализации.
7. Доля пациентов, которым отказано в госпитализации.
8. Причины отказов.
9. Сроки поступления экстренных хирургических пациентов.
10. Летальность экстренных хирургических пациентов.
11. Доля пациентов, получивших лечение по рекомендациям стационаров.

Оценка преемственности между поликлиникой и станцией скорой медицинской помощи (СМП).

1. Частота и структура необоснованных вызовов на СМП.
2. Частота и структура непрофильных вызовов.
3. Активность посещений больных поликлиник в день вызова СМП.
4. Передача списков часто и необоснованно вызывающих из СМП в органы здравоохранения.
5. Оперативный анализ работы СМП за сутки.
6. Совместные распоряжения.
7. Проведение конференций, семинаров, оперативных совещаний.
8. Информация населения о регламенте работы поликлиники, о значимости вызова "103", о порядке и правилах вызова.

## **8. Категории поликлиники**

Поликлиники в зависимости от мощности делятся на 5 групп.

I группа – свыше 1200 врачебных посещений в смену, обслуживает более 80 тысяч населения.

---

II группа – 750-1200 посещений в смену, обслуживает 50-80 тысяч населения.

III группа – 500-750 посещений в смену, обслуживает 33-44 тысячи населения.

IV группа – 250-500 посещений в смену, обслуживает 17-32 тысячи населения.

V группа – до 250 посещений в смену, обслуживает до 17 тысяч населения.

### **9. Структура городской поликлиники**

1. Руководство поликлиники.
2. Регистратура
3. Отделение профилактики.
4. Лечебно-профилактические подразделения:
  - 4.1. Терапевтические отделения.
  - 4.2. Хирургическое отделение (кабинет).
  - 4.3. Травматологическое отделение (кабинет).
  - 4.4. Урологический кабинет.
  - 4.5. Офтальмологическое отделение (кабинет).
  - 4.6. Оториноларингологическое отделение (кабинет).
  - 4.7. Неврологическое отделение (кабинет).
  - 4.8. Отделение медицинской реабилитации.
    - 4.8.1. Физиотерапевтическое отделение (кабинет).
    - 4.8.2. Кабинет (отделение) лечебной физкультуры.
    - 4.8.3. Кабинет механотерапии.
    - 4.8.4. Кабинет трудотерапии.
    - 4.8.5. Кабинет логопедии, психологии.
  - 4.9. Процедурный кабинет.
5. Вспомогательно-диагностические подразделения.
6. Кабинет для оформления медицинской документации с применением аудиовидеотехники (компьютеры, сканеры и др.).
7. Кабинет медицинской статистики.
8. Административно-хозяйственная часть.

### **10. Обязанности врача-терапевта участкового**

Врач-терапевт участковый обязан обеспечить:

- своевременную квалифицированную терапевтическую помощь населению участка в поликлинике (амбулатории) и на дому;

- 
- экстренную медицинскую помощь пациентам независимо от их места жительства, в случае их непосредственного обращения при возникновении острых состояний, травм, отравлений;
  - своевременную госпитализацию терапевтических пациентов, с обязательным предварительным обследованием при плановой госпитализации;
  - консультацию пациентов в необходимых случаях заведующим терапевтическим отделением, врачами других специальностей поликлиники (амбулатории);
  - использование в своей работе современных методов профилактики, диагностики и лечения пациентов, в том числе комплексной терапии и восстановительного лечения (лекарственные средства, диетотерапия, лечебная физкультура, массаж, физиотерапия и др.);
  - экспертизу временной нетрудоспособности пациентов в соответствии с действующим положением об экспертизе временной нетрудоспособности;
  - организацию и проведение комплекса мероприятий по диспансеризации взрослого населения участка (выявление, взятие на учет, динамическое наблюдение, лечебно-оздоровительные мероприятия) в соответствии с перечнем нозологических форм, подлежащих диспансерному наблюдению у врача-терапевта, анализ эффективности и качества диспансеризации;
  - выдачу заключений жителям своего участка, проходящим медицинские осмотры и отъезжающим за рубеж;
  - организацию и проведение профилактических прививок и дегельминтизации населения участка;
  - раннее выявление, диагностику и лечение инфекционных заболеваний, немедленную сигнализацию заведующему терапевтическим отделением (а при его отсутствии - руководству организации) о всех случаях инфекционных заболеваний или подозрительных на инфекцию пациентов, о пищевых и профессиональных отравлениях, о всех случаях нарушения режима и невыполнения противоэпидемических требований инфекционными пациентами, оставляемыми для лечения на дому;
  - направление в соответствующий ЦГЭ и ОЗ экстренного извещения;
  - систематическое повышение своей квалификации и уровня медицинских знаний участковой медицинской сестры;
  - активное и систематическое проведение санитарно-просветительской работы среди населения участка, борьба с вредными привычками, подготовка общественного актива участка.

---

Работа врача-терапевта участкового осуществляется по графику работы, утвержденному заведующим отделением (руководителем организации), в котором предусматриваются фиксированные часы амбулаторного приема пациентов, помощь на дому, профилактическая и другая работа. Распределение времени приема и помощи на дому определяется в зависимости от численности и состава населения участка, от сложившейся посещаемости и др.

### **11. Задачи регистратуры городской поликлиники**

1. Организация предварительной и неотложной записи пациентов на прием к врачу как при их непосредственном обращении в поликлинику, так и по телефону.

2. Обеспечение четкого регулирования интенсивности потока пациентов с целью создания равномерной нагрузки врачей и распределение его по видам оказываемой помощи.

3. Обеспечение своевременного подбора и доставки медицинской документации в кабинеты врачей, правильное ведение и хранение картотеки поликлиники.

Для осуществления этих задач регистратура организует и осуществляет:

- информацию населения о времени приема врачей всех специальностей во все дни недели, в том числе субботу и воскресенье, с указанием часов приема, номеров кабинетов и т.д.;

- информацию о правилах вызова врача на дом, о порядке предварительной записи на прием к врачам, о времени и месте приема населения главным врачом и его заместителями; адресах аптек, поликлиник и стационаров, оказывающих экстренную врачебную помощь населению в вечернее, ночное время и в воскресные и праздничные дни;

- информацию о порядке работы поликлиник, правилах подготовки к исследованиям (рентгеноскопии, рентгенографии, анализам крови, желудочного сока и др.) и т.д.;

- запись на прием к врачам поликлиники и регистрацию вызовов врачей на дом; направление в установленном порядке обратившихся в поликлинику на флюорографическое обследование и на профилактические осмотры;

- подбор медицинских карт амбулаторных пациентов, записавшихся на прием или вызвавших врача на дом; доставку медицинских карт в кабинеты врачей;

- оформление листков и справок о временной нетрудоспособности, подтверждение соответствующими печатями выданных пациентам спра-

вок, направлений, рецептов; сортировка и раскладка выполненных лабораторных анализов, электрокардиографических и др. обследований; строгий учет и регистрация в специальных журналах листков, справок временной нетрудоспособности и рецептурных бланков.

В составе регистратуры городской поликлиники имеется стол справок, стол самозаписи, рабочие места для приема и регистрации вызовов врача на дом, помещение для хранения и подбора медицинских карт амбулаторного пациента, помещение для оформления медицинских документов, медицинский архив.

Регистратура городской поликлиники находится в непосредственном подчинении руководителя поликлиники (главного врача, заместителя главного врача больницы по поликлиническому разделу работы, заведующего поликлиникой). Регистратура – это "зеркало" поликлиники.

## **12. Потоки пациентов их регулирование**

Различают следующие потоки пациентов.

1. Внеочередные пациенты – пациенты, требующие немедленного приема и оказания помощи.

2. Неотложные – таким пациентам прием должен быть осуществлен в день обращения.

3. Практически здоровые – прием можно перенести на другой день.

Регулирование потоков пациентов осуществляется с целью установления нормальной и равномерной нагрузки врачей, а также ликвидации длительного ожидания приема пациентов, отказов в приеме и ликвидации обезлички пациентов.

Регулировать следует неназначенных пациентов, пришедших на прием. Больше всего неназначенных пациентов посещает поликлинику в понедельник, среду, пятницу, в часы дня – с 9<sup>00</sup> до 11<sup>00</sup> и с 15<sup>00</sup> до 18<sup>00</sup>. С целью регулирования потока пациентов применяется скользящий график работы. Наибольшее число врачей ведет прием в указанные дни и часы, зимой – в 1 квартале. В другие же кварталы врачи больше занимаются диспансеризацией и профилактическими осмотрами.

Повторную явку назначает врач и сам выдает талон. В регистратуру пациент уже не обращается. Впервые обратившиеся принимаются в первую очередь. Карта амбулаторного пациента хранится по участкам до выздоровления. При эпидемиях гриппа регулируют потоки гриппозных и не гриппозных пациентов по соответствующим кабинетам.

### **13. Институт врача общей практики, цели и модели организации**

Важным направлением развития здравоохранения в современных социально-экономических условиях является введение **института врача общей практики**.

**Цель введения:** повышение качества и доступности медицинской помощи, более эффективное и рациональное использование имеющихся ресурсов здравоохранения, увеличение ответственности медицинских работников за каждого пациента.

#### **Модели организации работы врача общей практики (ВОП):**

1. ВОП работает в индивидуальном порядке (независимая врачебная практика).
2. Деятельность ВОП осуществляется в городской поликлинике (отделение врача общей практики).
3. Амбулатория врача общей практики (АВОП) в городах и крупных населенных пунктах.
4. Общеврачебная практика в сельской местности.
5. Центры здоровья.
6. Кафедры ВОП в медицинских университетах.

Важной задачей деятельности, как участковых врачей и ВОП, так и организаций здравоохранения, является организация и проведение **комплекса профилактических мероприятий**, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения.

В этой связи особое внимание уделяется профилактике инфекционных заболеваний, так как именно врач-терапевт (ВОП) чаще всего первым встречается с такими пациентами.

### **14. Противоэпидемические мероприятия**

Организация и проведение мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний на территории деятельности городской поликлиники, амбулатории является важным разделом медицинского персонала поликлиники, амбулатории, Центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья.

В обязанности поликлиники, амбулатории входит:

1. Обеспечение ранней диагностики инфекционных заболеваний.
2. Принятие необходимых мер для своевременной госпитализации инфекционных пациентов, а в случае оставления пациента с легким течением заболевания на дому: его лечение, взятие материала для амбулаторного обследования, контроль за соблюдением противоэпидемического режима.



---

3. Подача экстренного извещения в соответствующий Центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья на каждого выявленного инфекционного пациента или подозреваемого на инфекционное заболевание.

4. Регистрация всех выявленных пациентов или подозреваемых на инфекционное заболевание в специальном журнале (учетная форма № 060/у).

5. Проведение профилактических прививок и регистрация в журнале.

6. Проведение необходимых мероприятий по дегельминтизации населения.

7. Повышение знаний населения в области профилактики инфекционных заболеваний, общественной и личной гигиены.

В обязанности поликлиники, амбулатории, станции (отделения) скорой медицинской помощи входит немедленное извещение соответствующего Центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья обо всех случаях оказания первой помощи при пищевых отравлениях и токсикоинфекциях. В этих случаях медицинский персонал обязан: а) собрать рвотные и каловые массы (или промывные воды); б) принять меры к изъятию из употребления остатков подозреваемой пищи; в) направить собранный материал в бактериологическую лабораторию ЦГЭ и ОЗ.

В обязанности Центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья входит:

1. Учет инфекционных заболеваний, систематическое изучение санитарно-эпидемиологического состояния обслуживаемого района. Разработка планов мероприятий по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями.

2. Подготовка и проведение совещаний, конференций медицинских работников по вопросам эпидемиологии, профилактики инфекционных заболеваний.

3. Снабжение лечебно-профилактических организаций бактериальными и вирусными препаратами для проведения профилактических прививок, контроль за надлежащим хранением бактериальных препаратов и правильным их использованием.

4. Эпидемиологическое расследование очага инфекционного заболевания (в том числе и при внутрибольничном заражении) и лабораторное обследование контактных лиц в очаге с целью выявления источников инфекции, носителей и пациентов со стертыми и атипичными формами заболеваний.

5. Эвакуация инфекционных пациентов.

6. Методическое руководство и контроль за проведением профилактических прививок.

7. Принятие необходимых мер при нарушении противоэпидемического режима пациентами с легкими формами инфекционных заболеваний, оставляемыми для лечения дома.

8. Контроль за соблюдением в стационарах должного противоэпидемического режима, условиями и порядком приема, изоляцией и выпиской инфекционных пациентов, стерилизацией медицинского, лабораторного и др. видов инструментария, обеззараживанием инфицированного материала, посуды, белья и др.

9. Организация текущей дезинфекции, проведение заключительной дезинфекции и дезинфекции в очагах инфекционных заболеваний.

10. Руководство работой общественных санитарных инспекторов.

### **15. Медицинская документация**

1. Медицинская карта амбулаторного пациента, в которой лист уточненных диагнозов позволяет проводить полицейской учет заболеваемости по данным обращаемости в медицинскую организацию. Регистрируя заключительный (уточненный) диагноз путем заполнения статистического талона, врач должен в обязательном порядке вписать зарегистрированное заболевание в лист уточненных диагнозов медицинской карты амбулаторного пациента, что обеспечивает полноту полицейского учета заболеваний.

2. Статистический талон для записи заключительных (уточненных) диагнозов заполняется на каждый случай выявленного врачом острого заболевания (со знаком +), на каждый случай впервые в жизни выявленного врачом хронического заболевания (со знаком +), язву, бруцеллез, дифтерию, корь, коклюш, менингиты, энцефалиты, инфекционный гепатит, скарлатину, столбняк, полиомиелит, бешенство, риккетсиозы (включая сыпной тиф), малярию, лептоспироз. Извещение отсылается в Центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья по месту жительства пациента не позднее 12 часов с момента выявления заболевания.

3. Для контроля движения извещений в лечебно-профилактических организациях и ЦГЭ и ОЗ имеются специальные журналы, в которых ведется учет отправленных и полученных извещений.

4. Извещение о пациенте с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания. Перечень заболеваний, при которых заполняется извещение, дается на обороте документа.

---

Извещения направляются в диспансеры соответствующего профиля, где на их основании составляется алфавитная картотека, которая используется для контроля полноты учета, своевременности охвата диспансеризацией, решения оперативных задач, а также для составления отчетов о вновь выявленных пациентах с соответствующими заболеваниями. На основе этих отчетов вычисляют показатели заболеваемости важнейшими неэпидемическими заболеваниями.

5. Извещение о пациенте с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования. Инструкция по заполнению извещения дается на оборотной стороне документа. Обычно извещение направляется в соответствующий онкологический диспансер в трехдневный срок с момента выявления заболевания. Используется для учета онкологических пациентов, анализа онкологической заболеваемости населения и для организации диспансеризации.

6. Контрольная карта диспансерного наблюдения.

7. Книга для записи вызовов врачей на дом в дневные часы работы и по неотложной помощи в другие часы.

8. Книга для регистрации умерших на дому и выданных близким умершего врачебных свидетельств о смерти.

9. Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении).

10. Книга для регистрации выданных поликлиникой листков нетрудоспособности.

11. Листок нетрудоспособности.

12. Журнал инфекционных заболеваний.

13. Отчет о движении инфекционных заболеваний.

14. Сводная ведомость учета заболеваний населения, проживающего в районе обслуживания поликлиники.

15. Отчет о временной нетрудоспособности.

16. Дневник врача.

17. Дневник среднего медперсонала.

18. Отчетные формы.

#### Разделы отчета ЛПО.

1. Штаты организации на конец отчетного года.
2. Деятельность поликлиники (число посещений врача, включая профилактические, взрослыми, подростками, детьми, посещений врачами на дому).
3. Работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов): физио-, игло-рефлексотерапии, ЛФК, логопедическая помощь, рентгенологическая, ультразвуковая и т.д.

4. Работа диагностических отделений (рентгенологические исследования, ультразвуковые исследования, деятельность лабораторий).
5. Антирабическая деятельность (прививки, число обратившихся за помощью).

### **16. Задачи кабинета медицинской статистики**

1. Контроль правильности заполнения медицинской документации: талонов амбулаторного пациента, листков нетрудоспособности и др.
2. Контроль достоверности информации, особенно заполнения дневников врачей и среднего медицинского персонала.
3. Определение нагрузки врачей и медицинских сестер в пределах установленных нормативов.
4. Изучение принципа участковости по каждому участку.
5. Обеспечение учетной и отчетной документацией.
6. Статистический учет по установленным формам.
7. Составление годовых отчетов.
8. Изучение заболеваемости по участкам.
9. Оценка состояния здоровья населения территории обслуживания.

В кабинете медицинской статистики работает врач и средние медицинские работники.

### **17. Модель конечных результатов (МКР)**

- I. Показатели результативности, отражающие здоровье населения.
  1. Общая смертность.
  2. Заболеваемость населения.
  3. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ).
    - число случаев заболеваний на 100 рабочих;
    - число дней нетрудоспособности на 100 рабочих;
    - средняя длительность одного случая заболевания.
  4. Частота выхода на первичную инвалидность, в том числе в трудоспособном возрасте.
  5. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями (ОКИ)
  6. Досуточная летальность пациентов, направленных поликлиникой в стационар.
  7. Заболеваемость дифтерией.
- II. Показатели результативности, характеризующие деятельность поликлиники.
  1. Охват иммунизацией взрослого населения.
  2. Охват профилактическими осмотрами населения.
  3. Охват осмотрами лиц, занесенных в государственный регистр.

4. Реабилитация инвалидов.
  5. Распространенность артериальной гипертензии (АГ), в том числе пациентов АГ в 3-й стадии.
  6. Реабилитация пациентов инфарктом миокарда.
  7. Охват обследованием на СПИД групп высокого риска.
  8. Активность выявления пациентов гонореей и сифилисом (в %, отдельно по болезням).
  9. Охват населения R-флюорографическим обследованием (в %).
- III. Показатели дефектов.
1. Выявление пациентов в далеко зашедших (запущенных) стадиях заболевания (туберкулез, онкозаболевания, инфаркт миокарда и др.).
  2. Расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов (в %).
  3. Частота обоснованных жалоб.

### **18. Лекарственное обеспечение населения и лечебно-профилактических организаций**

Обеспечение населения лекарственными средствами (ЛС) и изделиями медицинского назначения предусмотрено законом Республики Беларусь "О здравоохранении".

Оказание медицинской помощи как амбулаторно-поликлиническим, так и стационарным пациентам, проведение различного рода профилактических мероприятий возможно благодаря применению высокоэффективных лекарственных средств и наличию хорошо организованной системы лекарственного обеспечения.

Производством лекарственных средств в Республике Беларусь занимаются предприятия фармацевтического профиля, которые входят в состав Белорусского государственного концерна по производству и реализации фармацевтической и микробиологической продукции «Белбиофарм»: ОАО «Белмедпрепараты» и предприятие «Диалек» в г. Минске, Борисовский завод медицинских препаратов, Несвижский завод медицинских препаратов, предприятие «Экзон» в г. Дрогичине. Многие ЛС поступают в порядке закупки по импорту из ряда зарубежных стран, а часть лекарственных средств – по линии гуманитарной помощи.

Связующим звеном между фармацевтической промышленностью, оптовыми поставщиками лекарственных средств и изделий медицинского назначения и лечебно-профилактическими организациями, а также населением, являются аптечные организации. В настоящее время на фармацевтическом рынке Республики Беларусь функционируют фармацевтические

---

организации и предприятия различных форм собственности, механизмов хозяйствования и финансирования, юридической принадлежности и др.

Значительная доля приходится на аптечную сеть Белорусского республиканского унитарного предприятия "Фармация" и областных унитарных "Фармация". На них возложены задачи по своевременному обеспечению потребностей населения и лечебно-профилактических организаций в лекарственных средствах, бактериальных и вирусных препаратах, перевязочных материалах, изделиях медицинского назначения и др. На территории административного района или крупного города функционируют центральные районные аптеки (ЦРА).

Определенную долю в лекарственном обеспечении населения также занимают аптечные организации негосударственных форм собственности. При лечебно-профилактических организациях функционируют больничные аптеки, которые финансируются из государственного бюджета. Кроме того, существуют аптечные организации различных министерств и ведомств (МВД, КГБ, железной и др.).

Система лекарственного обеспечения является составной частью медико-фармацевтического (здравоохраненческого) комплекса. Ее роль определяется постоянным совершенствованием амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи населению, внедрением новых лекарственных технологий лечения, ростом производства и расширением ассортимента лекарственных средств и изделий медицинского назначения и т.п. Главной задачей является организация лекарственного обслуживания населения и снабжения лечебно-профилактических организаций при условии соблюдения санитарного и фармацевтического режимов, которые регламентируются нормативно-технической документацией.

---

## Лекция № 13. ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

### Учебные вопросы

1. Формы медицинской помощи.
2. Основные задачи Координационного Совета.
3. Принципы и особенности скорой медицинской помощи.
4. Экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе.
5. Формы патологических состояний, требующих экстренной помощи.
6. Станции скорой медицинской помощи.
7. Структура обращаемости.
8. Документация станции (отделения) скорой медицинской помощи.
9. Система оказания скорой медицинской помощи.
10. Порядок организации скорой медицинской помощи.
11. Права и обязанности выездного врача скорой медицинской помощи.
12. Права и обязанности фельдшера выездной бригады скорой медицинской помощи.
13. Организация службы экстренной медицинской помощи по предупреждению и действиям в чрезвычайных ситуациях.

### 1. Формы медицинской помощи

Пациентам в зависимости от состояния их здоровья, медицинских показаний и противопоказаний, а также лечебно-диагностических возможностей организаций здравоохранения медицинская помощь оказывается в следующих формах.

- ✓ Скорая медицинская помощь.
- ✓ Плановая медицинская помощь.

Скорая медицинская помощь – форма оказания медицинской помощи при внезапном возникновении у пациента заболеваний, в том числе травм, отравлений и других неотложных состояний, а также внезапном ухудшении состояния здоровья пациента с хроническими заболеваниями, угрожающими его жизни, при которых требуется срочное (неотложное) медицинское вмешательство.

Плановая медицинская помощь – форма оказания медицинской помощи при заболеваниях, не требующих срочного (неотложного) вмешательства и не представляющих непосредственной угрозы для жизни пациента или окружающих.

Скорая помощь является одним из важнейших звеньев в системе здравоохранения в нашей стране и осуществляется государственной службой скорой медицинской помощи. Ее деятельность регламентируется

- Приказами Министерства здравоохранения Республики Беларусь об организации скорой медицинской помощи (СМП), об утверждении форм первичной медицинской документации службы скорой медицинской помощи, об утверждении клинических протоколов оказания скорой медицинской помощи взрослому и детскому населению и о создании в Республике Беларусь службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях

**Клинический протокол** – документ, устанавливающий общие требования к оказанию медицинской помощи пациенту при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.

**Медицинское вмешательство** – любое воздействие и (или) иная манипуляция, выполняемые медицинским работником при оказании медицинской помощи.

## 2. Основные задачи Координационного Совета

**Основными задачами Координационного Совета являются:**

- ❖ оценка состояния и качества оказания населению скорой медицинской помощи;
- ❖ определение направлений по совершенствованию качества оказания скорой медицинской помощи, а также повышению ее эффективности.

В действующих законодательных, нормативных правовых актах РБ оказание скорой медицинской помощи рассматривается как форма медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе оказывается станциями или отделениями скорой медицинской помощи.

Задачи организации медицинской помощи населению на современном этапе заключаются в том, чтобы эффективно и экономично использовать имеющиеся ресурсы здравоохранения, увеличить доступность и повысить качество медицинских услуг.

Главным направлением совершенствования скорой медицинской помощи должно явиться концентрация оказания скорой медицинской помощи на базе хорошо оснащенных стационаров интенсивного лечения, с функциональным единством догоспитального и госпитальных этапов.

Реформа управления и финансирования здравоохранения предъявили новые требования к врачу, оказывающему первую медицинскую помощь на догоспитальном этапе лечения, вне зависимости от формы собственности, территориальной подчиненности и ведомственной принадлежности.



Условием, обеспечивающим концентрацию потоков пациентов и повышение эффективности использования ресурсов, является интенсификация лечебно-диагностического процесса на всех уровнях, сокращение длительности пребывания пациентов в стационаре и увеличение оборота койки.

### **3. Принципы и особенности скорой медицинской помощи**

Скорая медицинская помощь, как вид медицинской помощи, имеет свои особенности, к которым относятся:

- доступность (безотказный характер предоставления);
- определяющее значение фактора времени («золотой час»);
- диагностическая неопределенность (необходимость посиндромной диагностики и терапии);
- многопрофильность;
- этапность;
- преемственность оказания медицинской помощи между этапами;
- высокая ресурсоемкость.
- Оперативность и своевременность оказания помощи.
- Полнота объема и высокая квалификация оказания медицинской помощи.
- Обеспечение беспрепятственной госпитализации.

Эти особенности явились основой создания в нашей стране лечебно-профилактических организаций скорой медицинской помощи.

### **4. Экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе**

Скорая медицинская помощь включает в себя медицинскую организацию, имеющую целью оказание экстренной медицинской, а также специализированной врачебной помощи при внезапных заболеваниях, угрожающих жизни пациента; при несчастных случаях, отравлениях, суицидальных попытках; при родах, прошедших вне спецотделений и организаций; при острых тяжелых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний как на месте происшествия, так и в пути следования, при массовых катастрофах и стихийных бедствиях.

**Экстренность** – ключевое понятие. Оно обозначает устранение острых патологических состояний, вызванных внешними и внутренними факторами. Они независимо от степени тяжести пациента требуют немедленной диагностики и немедленной лечебной деятельности.

### **5. Формы патологических состояний, требующих экстренной помощи:**

- имеется непосредственная угроза жизни, что без своевременной медицинской помощи может привести к смертельному исходу;
- нет непосредственной угрозы жизни, но угрожающий момент может наступить в любое время;
- нет прямой угрозы жизни, но не оказание своевременной медицинской помощи может причинить организму стойкие изменения;
- нет угрозы жизни, но в кратчайший срок необходимо облегчить страдания пациента;
- состояние пациента не опасно для его жизни, однако поведение его требует срочного медицинского вмешательства в интересах окружающих людей.

### **6. Станции скорой медицинской помощи**

Станции скорой медицинской помощи организуется в городах с населением свыше 50 тысяч как самостоятельные лечебно-профилактические организации. В городах с населением более 100 тысяч человек, с учетом протяженности населенного пункта и рельефа местности, организуются подстанции скорой медицинской помощи как подразделения станций (с расчетом 15-минутной транспортной доступности).

Основной функциональной единицей станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи являются выездные бригады и многопрофильные специализированные бригады (интенсивной терапии, реанимационно-травматологические, детской реанимации, токсикологические, психиатрические), а также фельдшерские бригады.

Бригады создаются в соответствии со штатными нормативами с расчетом обеспечения круглосуточной посменной работы. Специализированные бригады должны составлять от 30% до 50% от развернутых врачебных бригад на станции (отделении) скорой медицинской помощи.

Расчетная возможность прибытия бригады скорой медицинской помощи на место происшествия в городах не позднее 15 минут, в сельской местности – 30 минут. Неотложная медицинская помощь оказывается в течение 1 часа.

На станциях (отделениях) скорой медицинской помощи городов с населением свыше 100 тыс. должны выделяться бригады для оказания медицинской помощи детскому населению, кардиологические бригады, а в областных городах и г. Минске могут организовываться анестезиолого-реанимационные, неврологические, травматологические бригады. В зави-

симости от потребности выделяются машины с соответствующим медицинским персоналом для перевозки рожениц и пациентов в стационары, а также бригады для обезболивания онкологических больных.

На станциях (отделениях), подстанциях скорой медицинской помощи организуются многопрофильные бригады интенсивной терапии (БИТ).

Станции (отделению) скорой медицинской помощи выделяется носилочный автотранспорт из расчета 1 санитарный автомобиль на 10 тыс. населения. Транспорт, обслуживающий станции (отделения) скорой медицинской помощи, должен иметь единые опознавательные знаки согласно ГОСТ (специально оборудованный проблесковый маяк, звуковой сигнал, радиостанцию).

Санитарный автотранспорт должен систематически подвергаться дезинфекции (в соответствии с действующим положением). В случаях, когда транспортом станции скорой медицинской помощи перевезен инфекционный пациент, автомашина подлежит обязательной дезинфекции, которая осуществляется больницей, принявшей пациента.

Расчет работающих бригад для обслуживания населения: 0,8 бригады на 10 тыс. населения. Срок выезда по экстренной помощи – до 4-х минут. Сроки выезда по неотложной помощи – до 1 часа.

Бригада (врачебная, фельдшерская) – функциональная единица станции (отделения) скорой медицинской помощи, организованная в соответствии со штатными нормативами для обеспечения работы в одну или две смены, т.е. до 24 часов с согласия медицинского работника и профкома учреждения, исключая водителя. Выездные бригады станций (отделений) скорой и неотложной медицинской помощи являются одновременно бригадами постоянной оперативной готовности при массовых катастрофах, стихийных бедствиях, в очагах с большим числом пострадавших.

Для оказания экстренной помощи станция направляет соответствующие врачебные бригады, включающие в себя врачей, средний и младший медперсонал, а для оказания неотложной помощи врача скорой и неотложной медицинской помощи или фельдшера скорой и неотложной медицинской помощи. Медицинский работник (врач или фельдшер) является старшим бригады. Врачу подчиняются фельдшер, санитар и водитель. Фельдшеру – санитар и водитель. Распоряжения старшего бригады являются обязательными для выполнения всеми членами бригады, включая водителя.

Станция (отделение) скорой медицинской помощи работает круглосуточно. Вызовы от населения принимаются только медицинскими работниками. Станция скорой медицинской помощи возглавляется главным

врачом. Отделение и подстанция скорой и неотложной медицинской помощи возглавляется заведующим отделением (подстанцией).

Выезд специализированных бригад осуществляется по распоряжению старшего врача или фельдшера по приему и передаче вызовов. Вызов специализированных бригад осуществляются врачами и средними медицинскими работниками. В случаях поражения электротоком, тяжелой травмы, обильного кровотечения, механической асфиксии, сердечного приступа и других угрожающих жизни состояниях специализированные бригады могут быть направлены по вызову, поступающему непосредственно от населения.

Медицинский персонал, вызвавший специализированную бригаду скорой медицинской помощи, обязан проводить все необходимые медицинские мероприятия до приезда вызванной им бригады.

На станции (отделении) скорой медицинской помощи должно быть обеспечено оказание экстренной медицинской помощи непосредственно обратившимся пострадавшим и пациентам с выделением фельдшера для амбулаторного приема и обеспечения бригад для выезда на катастрофы и аварии.

В целях рационального распределения потока пациентов по стационарам станция скорой медицинской помощи должна иметь информацию о наличии свободных мест в больницах, роддомах и других лечебно-профилактических организациях, для чего систематически получает от них сведения о наличии свободных мест.

Пострадавшие и пациенты, доставленные бригадами станции (отделения) скорой медицинской помощи, подлежат безотлагательному врачебному осмотру в приемном отделении стационара и, при необходимости, госпитализации вне зависимости от наличия в стационаре свободных мест.

Для медицинского обеспечения пострадавших при массовых поражениях, катастрофах и т.д. станция (отделение), подстанция скорой медицинской помощи должна иметь постоянный месячный запас перевязочного материала, медикаментов, мягкого и твердого инвентаря, носилок, а также запасное оборудование и другие средства специального назначения.

Станция (отделение) скорой медицинской помощи осуществляет свою работу в тесном взаимодействии с лечебно-профилактическими организациями, отделениями милиции, службами ГАИ, пожарной охраны, ГО.

**Зоны обслуживания подстанции устанавливаются с учетом:**

1. Численности населения.
2. Плотности и возрастного состава населения.
3. Обрацаемости населения за скорой медицинской помощью.

4. Особенности застройки.
5. Насыщенности района промышленными предприятиями.
6. Наличием и состоянием транспортных магистралей.
7. Интенсивности движения.

Станции (отделению) скорой медицинской помощи выделяется носилочный автотранспорт из расчета 1 санитарный автомобиль на 10 тысяч населения.

Станции скорой медицинской помощи в зависимости от количества выездов, выполняемых в год, подразделяются **на 6 категорий:**

- ◆ Внекатегорийные - свыше 100 тысяч выездов в год;
- ◆ I – от 75 до 100 тысяч.
- ◆ II – от 50 до 75 тысяч.
- ◆ III – от 25 до 50 тысяч.
- ◆ IV – от 10 до 25 тысяч.
- ◆ V – от 5 до 10 тысяч.

## **7. Структура обращаемости**

**В структуре обращаемости выделяются:**

- **1. По причинам:**
  - внезапные заболевания – 75 %;
  - несчастные случаи, отравления, травмы – 6 - 10 %;
  - роды, осложнения беременности – до 1,5%;
  - срочная перевозка – 7 %
  - плановая перевозка – до 5%.
- **2. По классам болезней:**
  - болезни системы кровообращения;
  - болезни органов дыхания;
  - несчастные случаи, отравления, травмы;
  - болезни органов пищеварения;
  - симптомы неясно обозначенных состояний
- **3. По полу.** У женщин в 1,5 раза больше заболеваний, у мужчин в 1,5раза больше несчастных случаев, травм.
- **4. По возрасту.** Рост вызовов к детям от 0-2 лет и взрослым от 60-70 лет.
- **5. По сезонам года** – летом на 10-12 % вызовов меньше.
- **6. По дням недели** – в воскресенье на 10 % вызовов больше.
- **7. По часам** – с 18.00 до 23.00 часов в два раза больше обращений, пик – 21.00.
- **8. По профилю:**

- педиатрия – 1 место (66%);
- психиатрия – 2 место;
- кардиология – 3 место;
- неврология – 4 место;
- РАО – 5 место;
- токсикология – 6 место.

### **8. Документация станции (отделения) скорой медицинской помощи**

<b>форма N 109/у</b>	"Журнал записи вызовов станции (отделения) скорой медицинской помощи";
<b>форма N 110/у</b>	"Карта вызова станции (отделения) скорой медицинской помощи";
<b>форма N 114/у</b>	"Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи";
<b>форма N 115/у</b>	"Дневник работы станции (отделения) скорой медицинской помощи".

Сроки хранения карт вызова станции (отделения) скорой помощи и журналов записи вызовов станции (отделения) медицинской помощи составляют 3 года.

Станция (отделение) скорой медицинской помощи должна быть обеспечена городской телефонной сетью из расчета 2 ввода на 100 тыс. населения, радиосвязью с выездными бригадами и прямой – с организациями здравоохранения, милицией, службой МЧС, ГАИ.

### **9. Система оказания скорой медицинской помощи**

Она включает в себя самостоятельные станции и отделения скорой медицинской помощи, больницы скорой медицинской помощи.

Объем скорой медицинской помощи населению возрос и составляет более 340 выездов бригад скорой медицинской помощи на 1000 жителей.

Доставке в стационарные организации здравоохранения подлежат:

- о все пациенты и пострадавшие с явными признаками угрожающих жизни состояний и угрозой развития опасных для жизни осложнений,
- о при невозможности исключения патологических процессов и осложнений, требующих стационарного режима, диагностических и лечебных мероприятий,
- о пациенты, представляющие опасность для окружающих по инфекционно-эпидемическим и психиатрическим показаниям,
- о внезапно заболевшие и пострадавшие из общественных мест,
- о повторно обратившиеся за скорой медицинской помощью в течение суток.

Доставке в травматологические пункты подлежат пострадавшие при отсутствии признаков угрожающих жизни состояний и с сохраненной полностью или частично способностью к самостоятельному передвижению, не требующие проведения срочных стационарных диагностических и лечебных мероприятий.

#### **Взаимодействие с органами внутренних дел.**

Бригада СМП обязана обратиться за помощью и содействием в выполнении лечебно-тактического решения в органы внутренних дел в соответствии с установленным порядком в следующих случаях:

- выполнении вызова к пациентам и пострадавшим с криминальной травмой;
- агрессивным пациентам с алкогольным или наркотическим опьянением, при угрозе жизни и здоровью пациента или пострадавшего;
- при социальной опасности самого пациента (пострадавшего).

При оказании медицинской помощи и доставке в стационары пациентов и пострадавших, находящихся под следствием, судом или отбывающих наказание, обязательным условием выполнения вызова, а также приема и передачи документов и ценностей пациентов (пострадавших) с участием бригады СМП является сопровождение их работниками органов внутренних дел.

### **10. Порядок организации скорой медицинской помощи**

Пациенты, поступающие в состоянии, угрожающем жизни, госпитализируются непосредственно в реанимационные отделения, минуя приемные отделения.

В стационаре предусмотрена роспись дежурного врача (фельдшера, медсестры) приемного отделения в карте вызова бригады СМП. При этом указывается дата и время приема пациента, а подтверждается подписи штампом приемного отделения стационара.

При отказе пациента или пострадавшего от медицинского вмешательства или госпитализации ему, либо сопровождающим лицам, медицинским работником СМП в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа.

Отказ оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом, либо сопровождающими лицами, а также медицинским работником.

Если пациента не удалось убедить в необходимости госпитализации, врач скорой медицинской помощи:

- при угрожающем жизни состоянии пострадавших, связанных с тяжелой травмой, острой кровопотерей, отравлением, острым психозом, вызывает работников милиции для решения вопроса о госпитализации;

Режим работы станции (отделения) СМП круглосуточный. Вызова от населения принимаются только медицинскими работниками.

Для медицинского обеспечения пострадавших при массовых поражениях, катастрофах станция, подстанция скорой медицинской помощи должна иметь постоянный месячный запас перевязочного материала, медикаментов, мягкого и твердого инвентаря, носилок, а также запасное оборудование и другие средства специального назначения.

Во время своей работы врач или фельдшер могут встретиться с пациентами, зараженными особо опасными инфекциями (ООИ).

При установлении предварительного диагноза и проведении первичных мероприятий при указанных болезнях руководствоваться следующими сроками инкубационного периода: чума – 6 дней, холера – 5 дней, лихорадка Ласса, Эбола – 21 день.

Во всех случаях выявления пациента (трупа) – немедленная информация в органы и организации здравоохранения по подчиненности.

В случае обнаружения на месте вызова пациента или трупа подозрительного на ООИ, необходимо выполнить следующие мероприятия:

- ❖ пациента (труп) временно изолировать в комнате (квартире), где он проживал или был обнаружен. Контактных пациентов изолировать в соседних помещениях.
- ❖ передать данную информацию старшему врачу смены или диспетчеру по телефону,
- ❖ попросить прислать в помощь бригаду эпидемиологов и защитную одежду.

#### **Функции фельдшерских бригад:**

- ✓ транспортировка пациентов из одной лечебной организации в другое;



- ✓ транспортировка пациентов из дома в стационар по направлению участковых врачей;
- ✓ доставка рожениц в родильные дома;
- ✓ оказание помощи пациентам с различными травмами, когда нет необходимости в реанимационной помощи.

В сельской местности при ЦРБ созданы отделения СМП. Вызовы к населению там практически повсеместно обслуживают фельдшерские бригады.

### **11. Права и обязанности выездного врача**

На должность выездного врача станции скорой медицинской помощи назначается врач, имеющий специальную подготовку и опыт работы по диагностике и лечению неотложных состояний, угрожающих жизни, владеющий современными методами реанимации.

При выполнении своих функциональных обязанностей по оказанию экстренной медицинской помощи выездной врач непосредственно подчиняется старшему врачу. На подстанции работает под руководством заведующего и старшего врача. В подчинении выездного врача находится медперсонал бригады и водитель санитарного автомобиля.

Выездной врач станции скорой медицинской помощи обязан:

1. Оказывать медицинскую помощь больным и пострадавшим на месте и во время транспортировки на уровне современных достижений медицинской науки и практики.

2. Владеть методами диагностики и лечения неотложных состояний и лечебно-диагностической аппаратурой, имеющейся на оснащении бригады.

3. Работать по утвержденному графику без права сна. В свободное от вызова время находиться в помещении подстанции без права отлучаться с ее территории. Постоянно быть готовым к выполнению своих служебных обязанностей.

4. До начала смены расписаться о приходе, отметить у диспетчера подстанции, получить спецодежду, узнать персональный состав бригады, номер автомашины, проверить показания спидометра, принять медицинский ящик, наркотические препараты (хранить лично у себя в упаковке), электрокардиограф, тонометр и проверить их исправность. О приеме медицинского ящика, наркотических препаратов и аппаратуры расписаться в соответствующих журналах.

5. При получении вызова немедленно выехать для его выполнения независимо от укомплектованности бригады медицинских работников,

---

очередности и других причин. После выполнения вызова о всех недостатках информировать заведующего подстанцией или старшего врача.

6. В случае производственной необходимости по распоряжению заведующего подстанцией (старшего врача смены) выездной врач может быть перемещен для работы в другую бригаду, а по решению старшего врача – направлен на любую подстанцию в составе своей бригады или одиночно. В этом случае для переезда предоставляется транспорт станции, а время засчитывается как рабочее.

7. При сигнале о поступлении очередного вызова немедленно прибыть к диспетчеру подстанции, получить у него карту вызова скорой помощи, уточнить адрес, фамилию пациента, повод к вызову, время поступления вызова на подстанцию и выехать для его выполнения с бригадой в полном составе. При выезде на вызов включить рацию.

8. В случае невозможности выезда по любой причине информировать об этом диспетчера подстанции или старшего врача для направления следующей бригады.

9. При подаче санитарного автомобиля в плохом санитарном состоянии, не оборудованного и не оформленного согласно договора с автобазой (с неисправной рацией, отоплением, спидометром, дверными замками и другими дефектами) – информировать заведующего подстанцией для решения вопросов дальнейшей эксплуатации автомобиля. В отсутствие заведующего решать вопрос со старшим врачом.

10. Если у медицинского персонала или шофера будут малейшие признаки опьянения, немедленно сообщить заведующему подстанцией, а в его отсутствие – старшему врачу.

11. В случае аварии или неисправности автомашины в пути следования на вызов сигнализировать старшему диспетчеру для передачи вызова другой бригаде. Находящегося в автомашине больного передать прибывшей бригаде с соблюдением преемственности в оказании медицинской помощи. При невозможности ликвидировать неисправность автомашины своими средствами – сообщить об этом старшему диспетчеру для направления автомашины за бригадой. Для последующего оформления путевого листа водителя зафиксировать время ремонта автомашины.

12. Если следующая с пациентом бригада встречается на улице с несчастным случаем, остановить машину, оказать необходимую медицинскую помощь. В случае необходимости его госпитализации запросить у старшего диспетчера новый вызов и передать свой, о чем сделать отметку в карте вызова с указанием фамилии диспетчера и времени.

13. Находящиеся в пути следования и свободные от вызова бригады по первому требованию граждан, работников милиции или общественно-

---

сти обязаны останавливаться для оказания медицинской помощи независимо от места нахождения пациента или пострадавшего.

14. Если пациент по состоянию здоровья нуждается в более быстрой доставке в лечебную организацию, сообщить об этом водителю. При выполнении служебного задания водитель санитарного автомобиля пользуется правами преимущественного проезда, предусмотренного для автомашин, оборудованных специальными звуковыми и световыми сигналами.

15. При оказании медицинской помощи действовать быстро и решительно, проявляя внимание не только к пациенту, но и окружающим его лицам. Во всех случаях, несмотря на сложную обстановку, осмотр пациента должен быть тщательным, а медицинская помощь оказывается в возможно полном объеме на месте и в пути следования. Врач не имеет права производить какие-либо манипуляции, которые с большей безопасностью для больного могут быть выполнены в стационаре.

16. Место для госпитализации запрашивать у старшего врача или диспетчера отдела госпитализации, сообщив предполагаемый диагноз и состояние больного.

17. В случаях резкого ухудшения состояния здоровья больного во время транспортировки госпитализировать его по витальным показаниям в ближайшую больницу с учетом ее профиля и возможности оказания там экстренной медицинской помощи, сообщив об изменении маршрута старшему диспетчеру оперативного отдела с целью информации лечебного учреждения для подготовки к приему тяжелого пациента.

18. Пациенты, находящиеся в бессознательном состоянии или опьянении, трупы погибших или умерших в машине скорой помощи, в случае их транспортировки должны быть осмотрены на месте на предмет наличия у них документов, денег. Для проведения осмотра могут быть привлечены сотрудники милиции, представители администрации, общественности и другие лица с обязательным указанием в карте вызова и сопроводительном листе паспортных сведений привлеченных к осмотру лиц. При отсутствии работников милиции и свидетелей деньги и документы проверяются в приемном отделении совместно с медработниками клиники.

19. На каждого госпитального пациента четко заполнить сопроводительный лист. Подпись врача должна быть разборчивой, а на сопроводительном листе указан номер подстанции. Если пациент находится в бессознательном состоянии или опьянении, вписать в сопроводительный лист имеющиеся при нем документы, деньги, ценности и сдать их соответствующему лицу (инкассатору) приемного отделения, указав в сопроводительном листе и карте вызова фамилию принявшего и получить его подпись о приеме документов и ценностей.

20. По первому требованию пациента, родственников или окружающих лиц назвать номер бригады скорой помощи (фамилию врача или фельдшера бригады).

21. Выездному персоналу запрещается в салоне и кабине автомашины вести посторонние разговоры по рации, отвлекать водителя, спать или читать во время движения.

22. После выполнения вызова, используя домашний телефон больного, уличный таксофон, рацию или телефон приемного отделения больницы (если была госпитализация) сообщить диспетчеру направления об окончании вызова и необходимые сведения для заполнения карты регистрации вызова скорой помощи. Категорически запрещается возвращение на подстанцию без разрешения диспетчера направления.

23. При приеме вызова по телефону или рации уяснить адрес, повод к вызову, время поступления и передачи вызова, для исключения ошибки дублировать текст вызова вслух.

24. По мере возвращения на подстанцию сдавать старшему врачу или диспетчеру карты вызовов, заполненные полно и разборчиво.

25. В случае смерти до прибытия скорой помощи сообщать старшему врачу и действовать согласно его указаниям.

26. Оказание медицинской помощи при вызовах по поводу криминальных случаев, самоубийств и покушений на самоубийство руководствоваться специальной инструкцией. На месте происшествия осуществлять взаимодействие с сотрудниками милиции и поддерживать постоянную связь со старшим врачом. Лиц, покушавшихся на самоубийство, независимо от состояния их здоровья госпитализировать в специализированные стационары, прибегая в случае отказа к помощи охраны общественного порядка или специализированной психоневрологической бригады.

27. При оказании медицинской помощи во время массовых катастроф или аварий руководствоваться специальной инструкцией. Первый, оказавшийся на месте аварии врач скорой помощи, до прибытия главного врача, его заместителей или старшего по должности, является ответственным лицом за организацию спасательных работ и оказание медицинской помощи пострадавшим.

В этом случае все прибывшие на место происшествия бригады поступают в распоряжение ответственного врача, который обязан:

– установить размеры аварии и сообщить старшему врачу или заместителю главного врача по медицинской части о количестве пострадавших и их состоянии для определения потребности в бригадах скорой помощи;

- в случае необходимости развернуть в ближайшем укрытии, здании, палатке и т.п. медицинский пункт для сбора пострадавших;
- распределить обязанности между членами своей бригады и прибывающим медперсоналом;
- организовать наблюдение за извлечением пострадавших;
- организовать сортировку пострадавших и оказание первой помощи (остановку кровотечений, шинирование переломов, профилактику шока и т.п.);
- проводить регистрацию и эвакуацию пострадавших;
- в процессе работы поддерживать постоянную связь со старшим врачом;
- до прибытия старшего по должности оставаться на месте происшествия до окончания спасательных работ по ликвидации последствий аварии.

28. При выявлении пациента (умершего) подозрительного на карантинную инфекцию, всей бригаде провести меры экстренной личной профилактики по предупреждению возможного заражения. Оказать пациенту необходимую медицинскую помощь и информировать старшего врача о клинико-эпидемиологических и паспортных данных больных.

29. Закончив дежурство, выписать рецепты на израсходованные медикаменты, перевязочный материал и спирт. При оформлении рецептов на наркотические вещества руководствоваться приказами по станции о порядке прописывания наркотических и сильнодействующих лекарственных средств; сдать спецодежду, медицинский ящик, аппаратуру и наркотические вещества фельдшеру заправочного отдела подстанции или врачу новой смены в зависимости от графика работы. О сдаче медицинского имущества и наркотических веществ расписаться в соответствующих журналах.

#### **Выездной врач имеет право.**

1. Участвовать в управлении подстанцией, используя для этой цели постоянно действующие производственные совещания, собрания, конференции.

2. Вносить свои предложения по вопросам организации экстренной медицинской помощи, повышению уровня подготовки кадров средних медицинских работников и научной организации труда.

3. Решать вопросы диагностики, лечения и госпитализации пациентов, руководствуясь состоянием их здоровья, специальными организационно-методическими указаниями вышестоящих инстанций, приказами и распоряжениями по станции.

4. Требовать от администрации создания здоровых и безопасных условий труда, обеспечения исправной лечебно-диагностической аппаратурой, медикаментами, оборудованием и спецодеждой.

5. За добросовестное выполнение членами бригады трудовых обязанностей, проявленную ими инициативу и находчивость при оказании медицинской помощи – объявлять благодарность (в устной форме) и ходатайствовать перед администрацией о поощрении отличившихся.

6. За нарушение членами бригады трудовой дисциплины, медицинской этики и другие упущения по службе – объявлять замечания в устной форме, а при необходимости ходатайствовать перед администрацией о наложении дисциплинарных взысканий.

7. В соответствии с состоянием здоровья пациента и наличием в автомашине свободных мест решать вопрос сопровождения его одним из родственников или знакомым.

8. За образцовые выполнения трудовых обязанностей, успехи в оказании медицинской помощи – на поощрения, премирования и другие привилегии.

9. На повышение квалификации на курсах усовершенствования врачей (1 раз в пять лет).

10. При оказании медицинской помощи на месте массовых катастроф и аварий может быть привлечен медперсонал других ЛПО.

### **12. Фельдшер выездной бригады СМП обязан:**

- ✓ обеспечить немедленный выезд бригады после получения вызова и прибытие на место происшествия в пределах установленного временного норматива на данной территории;
- ✓ оказывать СМП пациентам и пострадавшим на месте происшествия и во время транспортировки в стационары;
- ✓ вводить пациентам и пострадавшим лекарственные средства по медицинским показаниям, осуществлять остановку кровотечения, проводить реанимационные мероприятия;
- ✓ уметь пользоваться имеющейся медицинской аппаратурой, владеть техникой наложения транспортных шин, повязок и методами проведения базовой сердечно-легочной реанимации;
- ✓ владеть техникой снятия электрокардиограмм;
- ✓ знать дислокацию лечебно-профилактических организаций и районы обслуживания станции;

- ✓ обеспечивать переноску пациента на носилках, в случае необходимости принять в ней участие (в условиях работы бригады переноска на носилках расценивается как вид медицинской помощи);
- ✓ при необходимости транспортировки пациента в бессознательном состоянии или состоянии алкогольного опьянения произвести осмотр на предмет обнаружения документов, ценностей, денег с указанием в карте вызова, сдать их в приемное отделение стационара с отметкой в направлении под роспись дежурного персонала;
- ✓ соблюдать правила санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического режима. При выявлении у пациента карантинной инфекции оказать ему необходимую медицинскую помощь, соблюдая меры предосторожности, и информировать старшего врача смены о клинико-эпидемиологических и паспортных данных пациента;
- ✓ соблюдать правила санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического режима. При выявлении у пациента карантинной инфекции оказать ему необходимую медицинскую помощь, соблюдая меры предосторожности, и информировать старшего врача смены о клинико-эпидемиологических и паспортных данных пациента;
- ✓ по требованию сотрудников внутренних дел остановиться для оказания СМП, независимо от места нахождения пациента (пострадавшего);
- ✓ вести утвержденную учетную и отчетную документацию;
- ✓ в установленном порядке повышать свой профессиональный уровень, совершенствовать практические навыки;
- ✓ обеспечить правильное хранение, учет и списание лекарственных средств;
- ✓ по окончании дежурства проверить состояние медицинской аппаратуры, транспортных шин, пополнить израсходованные в процессе работы лекарственные средства, кислород, закись азота;
- ✓ информировать администрацию станции СМП о всех чрезвычайных происшествиях, возникших в период выполнения вызова;
- ✓ по требованию сотрудников внутренних дел остановиться для оказания СМП, независимо от места нахождения пациента (пострадавшего);
- ✓ вести утвержденную учетную и отчетную документацию;
- ✓ в установленном порядке повышать свой профессиональный уровень, совершенствовать практические навыки.

Фельдшерская бригада включает в свой состав двух фельдшеров, санитаря и водителя. Врачебная бригада включает врача, двух фельдшеров

(либо фельдшера и медицинскую сестру-анестезистку), санитаря и водителя.

**Фельдшер выездной бригады СМП имеет право:**

- вызвать в случае необходимости на помощь врачебную бригаду СМП;
- вносить предложения по совершенствованию организации и оказания СМП, улучшению условий труда медицинского персонала.

Водитель входит в состав бригады СМП и является работником, обеспечивающим вождение санитарного автомобиля, подчиняется врачу (фельдшеру) и выполняет его поручения.

Обеспечивает вместе с фельдшером переноску, погрузку и разгрузку пациентов и пострадавших при их транспортировке.

Оказывает помощь врачу и фельдшеру при иммобилизации конечностей пострадавших и наложение жгутов и повязок, переносит и подключает медицинскую аппаратуру. Оказывает помощь медицинскому персоналу в сопровождении пациентов с психическими заболеваниями.

**Оперативный отдел.**

- Работает диспетчер – норма оформления вызова 4 минуты:
- прием вызовов;
- направление на вызов;
- оформление документации.

**13. Организация службы экстренной медицинской помощи по предупреждению и действиям в чрезвычайных ситуациях**

**Основные функции службы:**

- ✓ организация и осуществление контроля за санитарной и эпидемиологической обстановкой в республике;
- ✓ прогнозирование и оценка эпидемиологической обстановки в районах ЧС, разработка и осуществление противоэпидемических мероприятий;
- ✓ обеспечение готовности специализированных формирований экстренной медицинской помощи, организация работ по ее оказанию в районах чрезвычайных ситуаций.

**Состав службы ЭМП:**

- Органы управления республиканского и областного (городского) уровней здравоохранения;
- Республиканский и областные (территориальные) центры экстренной медицинской помощи и их клинические базы;



- ❑ Станции (отделения) скорой медицинской помощи, а также станции (отделения) экстренной и планово-консультативной медицинской помощи;
- ❑ Специализированные медицинские бригады постоянной готовности в составе Центра ЭМП;
- ❑ Бригады экстренной специализированной медицинской помощи, создаваемые на базе клиник, специализированных больниц;
- ❑ Врачебно-сестринские бригады, создаваемые на базе ЛПО городов (районов) для усиления бригад скорой медицинской помощи;
- ❑ Республиканские, областные и городские станции переливания крови;
- ❑ Республиканские и областные ЦГЭ и ОЗ ;
- ❑ Белорусское РУП "Фармация";
- ❑ Белорусское республиканское специализированное производственно-торговое объединение "Белмедтехника";
- ❑ Республиканское и областные бюро судебно-медицинской экспертизы;

**Специализированные бригады постоянной готовности: две ожоговые бригады в составе следующих специалистов в каждой:**

- ❖ Врач-хирург – 1;
- ❖ Врач-травматолог-ортопед – 1;
- ❖ Врач-анестезиолог-реаниматолог – 1.

**Две токсико-терапевтические бригады в составе специалистов в каждой:**

- Врач-токсиколог – 1;
- Анестезиолог- реаниматолог – 1;
- Медсестра - анестезистка – 1;
- Медсестра – 1.

**Две травматологические бригады в составе:**

- ✓ Врач-травматолог – 2;
- ✓ Врач-хирург – 1;
- ✓ Врач-нейрохирург – 1;
- ✓ Медсестра операционная – 2;
- ✓ Медсестра анестезистка – 2;
- ✓ Медсестра – 2.

Концепция экстренной медицинской помощи является теоретической основой для разработки и внедрения организационно-функциональной модели службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, основана на единых принципах и критериях.

Сохранение вероятности возникновения чрезвычайных ситуаций обусловлено:

- ☒ большим количеством предприятий, связанных с производством и хранением опасных материалов или использующихся при технологических процессах и в автоматизации производства;
- ☒ процессами старения конструкций и технологий, накоплением дефектов оборудования и нарушением технологических процессов;
- ☒ отступлением от правил соблюдения мер безопасности при строительстве и эксплуатации объектов промышленности;
- ☒ возможным неудовлетворительным уровнем профессиональной подготовки, подбором работников потенциально опасных производств и др.

**Катастрофа** – это внезапно возникающее явление природы или акция человека, повлекшая за собой многочисленные человеческие жертвы или нанесящая ущерб здоровью группе людей, одновременно нуждающихся в экстренной медицинской помощи или защите, вызвавшая диспропорцию между силами и средствами или формами и методами повседневной работы органов и учреждений здравоохранения, с одной стороны, и возникшей потребностью пострадавших в экстренной медицинской помощи, с другой стороны.

**Медицина катастроф (МК)** – научно-практическое направление медицины (здравоохранения), сформированное для решения специфических задач охраны здоровья общества и его отдельных групп при естественных и искусственных катастрофах (при чрезвычайных ситуациях).

Основными задачами научного характера МК являются разработка теоретических, методических и организационных основ:

- планирования, управления и технологии оказания первой медицинской, экстренной доврачебной, первой врачебной, экстренной квалифицированной и специализированной медицинской помощи пострадавшему при катастрофах (либо эвакуированному) населению;
- проведения медицинской сортировки;
- планирования и организации обучения медицинских специалистов на додипломном и последипломном периодах методам и навыкам оказания медицинской помощи населению при катастрофах.

**Основными задачами практического характера МК являются:**

- ✓ создание службы экстренной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, планирование и формирование сил и средств службы;

- 
- ✓ повышение оперативной готовности и совершенствование управления силами и средствами службы экстренной медицинской помощи;
  - ✓ планирование и осуществление медицинских мероприятий по предупреждению катастроф;
  - ✓ непрерывное обучение медицинских и других специалистов службы методам первой медицинской, первой врачебной, экстренной квалифицированной и специализированной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях;
  - ✓ учет и анализ сил и средств, оценка эффективности их использования при катастрофах, разработка предложений по совершенствованию оперативности и эффективности работы службы.

**Экстренная медицинская помощь** – медицинская помощь населению, оказываемая в кратчайшие сроки при угрожающих жизни и здоровью человека состояниях, травмах и внезапных заболеваниях.

**Служба экстренной медицинской помощи** – комплекс органов управления, сил и средств, методов управления и технологий оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

---

## Лекция № 14. ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

### Учебные вопросы

1. Историческая справка.
2. Управление и структура городской больницы.
3. Структура, документация и функции приемного отделения (покоя).
4. Рациональное использование коечного фонда.
5. Функции заведующего и ординатора отделения больницы.
6. Функции старшей и палатной медицинских сестер отделения.
7. График дежурств медсестер.
8. Отделение медицинской реабилитации.
9. Больницы сестринского ухода.
10. Организация лечебного питания (диетотерапия).
11. Лечебно-охранительный и санитарно-эпидемиологический режимы.
12. Компоненты профилактики внутрибольничных инфекций (ВБИ).
13. Организация патологоанатомической службы общесоматической больницы, ее структура и функции.
14. Учетные формы медицинской документации в стационаре.
15. Показатели деятельности стационара больницы.

### 1. Историческая справка

В Арабском Халифате существовали светские больницы бимаристаны. Первая больница была построена в 707 г. для больных проказой. Позже стали строить приюты и больницы для душевнобольных, слепых, престарелых. В X в. в Багдаде было 7 больниц, а в XII в. их насчитывалось более 60. При крупных больницах создавались библиотеки и врачебные школы. Больницы были 3-х видов: 1) крупные больницы для широких слоев населения, учреждались халифами, мусульманскими деятелями; финансировались за счет основателей и из государственной казны; 2) небольшие лечебницы, учреждались известными врачами и религиозными деятелями; 3) военные лечебницы, передвигались вместе с армией.

Под влиянием христианской религии в Византии стала формироваться монастырская медицина. При монастырях организовывались **ксенодохии** – приюты для увечных и больных путников, которые можно считать прообразами монастырских больниц и богаделен.

Больницы были распространены повсеместно. Нужно сказать несколько слов об их организации. Больница была похожа на маленький город. Каждое здание соответствовало одному из известных тогда типов бо-

лезней. Там была и колония для прокаженных – прообраз будущих европейских лепрозориев. Приведем еще один пример в доказательство хорошей организации больничного дела в Византии. В Константинополе в XII в. существовала больница из 5 отделений на 50 мест. В ней был постоянный штат врачей (хирургов, повитух) и их помощников. Они работали в 2 смены, которые чередовались через месяц. В каждом отделении было 2 врача, которые принимали проходящих больных (амбулаторный прием). Врачи получали жалованье деньгами и продуктами, пользовались бесплатным жильем и монастырскими лошадьми. Но было одно условие: они не имели права заниматься частной практикой без разрешения императора. При больнице была также медицинская школа.

Первые госпитали возникли под патронажем католической церкви. Слово «госпиталь» (*лат.* hospes – гостеприимный, hospitalis – гостеприимство) долгое время чаще всего употреблялись применительно к беднякам и путешественникам. Оно обозначало место, где им оказывалась гостеприимство. Монахи ухаживали за больными, пожилыми и умирающими, при этом не только облегчали их физические страдания, но и оказывали духовную религиозную поддержку. Фактически первые госпитали были **хосписами**.

В начале IX в. в аббатстве Сен-Галлен (Швейцария) была создана **образцовая система госпиталей**. В нее входили отдельные госпитали для монахов (*infirmarium*), «светских братьев» (конверсов), людей, собирающихся стать монахами, но еще не принявших постриг (новициев), бедняков (*hospitale pauperium*), для богатых гостей. Позднее к ним был добавлен лепрозорий, который находился за монастырской стеной.

Функции средневекового госпиталя были гораздо шире современного: 1) содержали больных и оказывали им посильную помощь; 2) давали приют, кормили и материально поддерживали бедняков, ослабленных и голодных, немощных стариков, сирот; 3) в госпиталях находили также кров и пищу путешественники и паломники. Таким образом, средневековый церковный госпиталь одновременно был приютом, богадельней, гостиницей, и лишь в незначительной степени больницей.

XVI-XVIII вв. на территории Беларуси было более 350 шпиталей. В них получали кров над головой, питание, присмотр (уход) и лечение. В одних шпиталях посильную помощь больным оказывали их здоровые сотоварищи, в других – монахи, в третьих – специально нанятые проходящие медики. Так, например, шпитали бонифратов (*лат.* «добрые братья») посещались врачом и хирургом, по советам которых выписывались лекарства.

Забегаая вперед, нужно сказать, что XVIII в. в развитии шпитального дела стал переломным: появились шпитали с исключительно лечебными целями.

С.П.Боткин содействовал **развитию общественной медицины**: организация борьбы с инфекционными заболеваниями и высокой смертностью населения, строительство больниц, становление школьной гигиены, введение внебольничной амбулаторной помощи и т.п.

По его инициативе для бесплатного обслуживания бедных слоев населения и проведения противоэпидемических мероприятий были введены должности **думских врачей**, которые содержались за счет средств городской думы (1884). Фактически, **впервые в Российской империи и в мировой практике** были введены **должности участковых врачей**, т.е. организована участковая медицинская помощь в городах.

## 2. Управление и структура городской больницы

Стратегия развития лечебно-профилактической помощи заключается в том, чтобы при сохранении нарастающих темпов развития отрасли эффективно использовать имеющиеся материальные и трудовые ресурсы, обеспечив высокий уровень качества и культуры медицинской помощи.

Основной лечебно-профилактической организацией, оказывающей медицинскую помощь населению, является объединенная больница, включающая поликлинику и стационар. Цель начатого в 1947 г. объединения поликлиник со стационаром было стремление обеспечить создание преемственности в наблюдении за пациентами в поликлинике и стационаре и систематическое повышение квалификации врачей для достижения более высокого качества лечебно-профилактической помощи населению. Однако, процесс оптимизации структуры управления организаций здравоохранения создал предпосылки для их реструктуризации. Особенно в городах. Появились центральные городские больницы, а также самостоятельные городские больницы, пользующиеся правом юридического лица.

Городская больница возглавляется главным врачом и его заместителями: по лечебной работе, по поликлинической работе, по медицинской реабилитации и экспертизе, по организационно-методической работе, по АХЧ. Число заместителей зависит от мощности больницы, определяемой числом коек.

Главный врач отвечает за:

- правильную расстановку кадров;
- своевременное повышение квалификации;
- проведение диагностики;
- внедрение в практику новейших технологий;

- работу аптеки;
- обеспечение мягким и твердым инвентарем;
- анализ заболеваемости, обеспеченность населения медицинской помощью;
- мероприятия по улучшению медицинской помощи.

Все стационары делятся по ряду признаков.

1. По организационному признаку - на объединенные с поликлиникой и необъединенные (самостоятельные).

2. По территориальному признаку - на республиканские, областные, городские, районные и сельские.

3. По контингентам - на общие: для обслуживания взрослого и детского населения и обслуживающие только взрослое население или только детское население.

4. По профилю – общепрофильные и специализированные.

В структуру городской больницы входят нижеследующие подразделения.

1. Стационар с приемным отделением.

2. Лечебно-диагностические отделения, кабинеты и лаборатории.

3. Физиотерапевтическое и реабилитационное отделение.

4. Патологоанатомическое отделение.

5. Прочие структурные подразделения: аптека, кабинет медицинской статистики, медицинский архив, библиотека, пищеблок, склад и др.

Госпитализация пациентов производится в стационаре заведующим отделением через приемное отделение. Прежде всего госпитализируются пациенты с острым заболеванием, работающие, стоящие на диспансерном учете.

#### **Преимственность в работе между поликлиникой и стационаром:**

- Организация учета пациентов, нуждающихся в плановой госпитализации.
- Наличие закрепленных за поликлиникой мест в стационаре для госпитализации плановых больных, их число и профиль.
- Полнота обследования пациентов, поступивших в стационар в плановом порядке.
- Сроки ожидания для плановой госпитализации.
- Процент отказов в госпитализации.
- Показатель госпитализации по профилю коек.
- Выполнение врачами поликлиники рекомендаций стационара.
- Проведение совместных конференций по вопросам преимущественности.

### **3. Структура, документация и функции приемного отделения (покоя)**

В стационаре численностью до 300 коек развертывается приемный покой, свыше 300 - приемное отделение. Прием пациентов днем осуществляется зав. отделением, ночью – дежурный врач.

В структуру приемного покоя входят следующие помещения: вестибюль, комната медперсонала, кабинет для осмотра больных, перевязочная, кабинет санитарной обработки, выписная.

К документации приемного покоя относятся: журнал регистрации госпитализируемых пациентов; медицинская карта стационарного пациента; врачебное свидетельство о смерти.

В приемном отделении осуществляется.

1. Учет движения пациентов по стационару.
2. Перевод пациентов из одного отделения (или больницы) в другое.
3. Прием пациентов.
4. Установление диагноза пациентам при поступлении.
5. Заполнение медицинской документации.
6. Распределение пациентов по отделениям.
7. Санитарная обработка пациентов.
8. Регистрация и учет принимаемых и выписываемых пациентов.
9. Прием вещей и выдача их.
10. Прием передач для пациентов.
11. Организация встреч пациентов с родственниками.
12. Оказание неотложной помощи.
13. Выдача справок о состоянии пациента.

Различают следующие виды поступлений в стационар: плановые (по направлению поликлиники); экстренные (доставка машиной скорой помощи) и поступление самотеком. В стационаре составляется график плановых мест по дням недели. Ведется журнал предварительной записи на госпитализацию плановых пациентов.

### **4. Рациональное использование коечного фонда**

К способам рационального использования коечного фонда относятся.

1. Своевременная госпитализация пациентов.
2. Преемственность обслуживания между поликлиникой и стационаром с целью сократить время пребывания в стационаре, увеличить число госпитализированных, не перегружать лабораторию дополнительными анализами.
3. Своевременно начатое профилактическое лечение.



4. Хорошая организация режима в стационаре.

5. Эрудиция врача.

Согласно приказу Министерства здравоохранения в обязанности каждого врача входит проведение санпросветработы среди населения по ФЗОЖ (ежемесячно 4 часа). С целью медико-гигиенического воспитания и обучения населения создаются лекторские группы в составе 2 врачей и 1 среднего медработника. Определяется тематика лекций.

Факторы, влияющие на длительность пребывания пациента в стационаре и рациональное использование коечного фонда: своевременность госпитализации; соблюдение преемственности; своевременность диагностических исследований; выполнение клинических протоколов диагностики и лечения; адекватная экспертиза трудоспособности; своевременные консультации; осмотры заведующего отделением; клинический мониторинг; внедрение новых эффективных методов лечения; анализ работы отделения; контроль работы среднего медперсонала.

### **5. Функции заведующего отделением и ординатора стационара больницы**

Заведующий отделением осуществляет руководство отделением и врачами; составляет график работы; следит за правильной диагностикой и лечением; решает вопросы о выписке, производстве операций, экспертизы трудоспособности; консультирует врачей; устраивает консилиумы; осматривает вновь принятых на стационарное лечение пациентов в день их поступления; систематически осматривает тяжелых пациентов; проводит «пятиминутки»; внедряет в работу важнейшие достижения науки и практики; участвует в патологоанатомическом исследовании умерших пациентов; проводит врачебные клинические и патологоанатомические конференции; осуществляет специализацию врачей-интернов; совершенствует качество медицинской помощи в отделении.

Заведующий отделением делает обходы отделения, в которых участвуют ординаторы и старшая медицинская сестра отделения. В ходе их контролируется выполнение врачебных назначений, санитарное состояние отделения, организация посещения родственников пациентов, лечебно-охранительный режим дежурства, уход за пациентами, выполнение правил внутреннего распорядка, хранение медикаментов, график работы и повышение квалификации медицинского персонала.

Ординатор ведет установленное число пациентов; применяет необходимые диагностические исследования; проводит лечение пациентов; ведет медицинские карты стационарного пациента; контролирует своевременность и правильность выполнения средним медицинским персоналом

врачебных назначений; участвует в обходе пациентов заведующим отделением; несет дежурство по больнице; представляет пациентов в ВКК и МРЭК.

**Консультация** – это осмотр пациента специалистом более высокой квалификации, чем лечащий врач, или другого профиля. Консультация организуется заведующим отделением (ответственным дежурным врачом) по заявке лечащего врача (дежурного врача) ЛПО.

**Консилиум** – это осмотр пациента двумя более специалистами одного или разных профилей более высокой квалификации, чем лечащий врач. Консилиум организуется заместителем главного врача по медицинской части (ответственным дежурным врачом) по заявке заведующего отделением (дежурного врача) ЛПО на проведение консилиума.

## **6. Функции старшей и палатной медицинских сестер отделения**

Старшая медицинская сестра осуществляет руководство работой среднего и младшего медицинского персонала; контроль организации ухода за пациентами; контролирование санитарно-гигиенического состояния отделения; поддержание персоналом, пациентами и посетителями правил внутреннего распорядка; выписывание и доставка медикаментов из аптеки; контроль за хранением медикаментов; составление графика работы среднего и младшего медицинского персонала.

Палатная медицинская сестра осуществляет выполнение врачебных назначений; уход за пациентами, обеспечение гигиенического режима, кормление тяжелых пациентов; наблюдение за санитарным состоянием палаты; организация связи с родными пациентов и забота о культурном времяпрепровождении пациентов; проведение санитарно-просветительской работы с пациентами; помощь врачу и старшей медсестре в ведении медицинской документации связи со вспомогательными отделениями; контроль за работой санитарок; измерение температуры (утром и вечером), наблюдение за пульсом и дыханием, измерение по назначению врача суточного диуреза, сбор мочи, кала для лабораторных исследований; обеспечение лечебно-охранительного режима отделения; ознакомление вновь поступивших с правилами внутреннего распорядка.

## **7. График дежурств медсестер**

График работы медицинских сестер в стационаре строится по принципу трехсменной или двухсменной работы. При трехсменной работе, в течении суток отделение обслуживается сестрами в три смены - с 9<sup>00</sup> до 15<sup>30</sup> часов (утренняя смена), с 15<sup>00</sup> до 21<sup>30</sup> часов (дневная смена) и с 21<sup>00</sup> до 9<sup>30</sup> часов утра (ночная смена). При двухсменной работе в течении суток

сменяется две сестры, работающие, примерно, по 12 часов. Медицинская сестра утренней смены приходит в отделение в 8<sup>30</sup> часов утра и в течении получаса принимает дежурство у ночной сестры. Последняя передает ей сведения о состоянии тяжелых пациентов в отделении и той помощи, которая была им оказана. Затем сестра принимает по описи белье, предметы ухода, инструментарий, медикаменты.

Двухступенная система обслуживания пациентов в стационаре предусматривает оказание медицинской помощи пациенту в стационаре только врачом и медсестрой. Трехступенная система предусматривает участие в непосредственном уходе за пациентом санитарки. В настоящее время не практикуется.

Для контроля за работой среднего и младшего персонала осуществляются: «пятиминутки», обход, выполнение врачебных назначений, контроль санитарного состояния отделения, посещения родственников пациентов, лечебно-охранительный режим, дежурства, уход за пациентами, правила внутреннего распорядка, хранение медикаментов, график работы.

### **8. Отделение медицинской реабилитации**

В соответствии с приказом МЗ РБ утверждены штатные нормативы медицинских работников, педагогического и прочего персонала отделений медицинской реабилитации в государственных ЛПО, оказывающих стационарную медицинскую помощь.

Должность заведующего отделением – врача-реабилитолога устанавливается при наличии в отделении не менее 30 коек. В отделениях до 60 коек должность заведующего вводится вместо 0,5 должности врача-реабилитолога. Должности врачей-реабилитологов устанавливаются из расчета 1 должность на 20 коек. Должность врача-физиотерапевта устанавливается из расчета 1 должность на 120 коек медицинской реабилитации.

Должности медицинских сестер (палатных) устанавливаются из расчета один круглосуточный пост на 20 коек, для пациентов с последствиями неврологических и нейрохирургических заболеваний – из расчета 1 круглосуточный пост на 10 пациентов. Должности медицинских сестер процедурного кабинета устанавливаются из расчета 1 должность на 50 коек.

Должности инструкторов по лечебной физкультуре устанавливаются в штате отделения (кабинета) лечебной физкультуры из расчета 1 должность на:

- ◆ 8 коек для пациентов неврологического и нейрохирургического профиля;

- ◆ 15 коек для пациентов кардиологического, кардиохирургического и ортопедотравматологического профиля;
- ◆ 30 коек для пациентов других профилей.

### **9. Больницы сестринского ухода**

БСУ создается с целью оказания медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста, долгожителям и инвалидам, страдающим хроническими заболеваниями, нуждающимся в медицинском наблюдении и уходе и по состоянию здоровья не нуждающимся в лечении. Госпитализация в БСУ осуществляется по его заявлению при наличии выписки из медицинской карты амбулаторного пациента.

Противопоказанием для госпитализации в БСУ является наличие у пациента состояния здоровья, требующего срочного медицинского вмешательства врачей-специалистов, а также наличие у него инфекционных заболеваний, алкоголизма и наркомании, заразных форм кожных и венерических заболеваний, активного туберкулеза, тяжелых психических расстройств.

### **10. Организация лечебного питания (диетотерапия)**

Существует определенное количество диетстолов, а также их разновидностей. Ежедневно палатные медсестры сообщают старшей медсестре отделения сведения о наличии пациентов с указанием назначенных им диет (столов лечебного питания) по состоянию на определенный час. После этого старшая медсестра каждого отделения заполняет порционное требование на питание находящихся в отделении пациентов на следующий день. Порционник подписывается завотделением и старшей медсестрой и представляется диетсестре медучреждения. На основании полученных порционников диетсестра составляет сводный порционник на всех пациентов.

На каждое наименование блюда должна быть заранее составлена постоянная карточка-раскладка, в которой приводится перечень продуктов питания, нормы их закладки, химический состав, калорийность, а также вес (выход) готового блюда. На основании сводного порционного требования и картотеки-раскладки диетсестра при участии шеф-повара, работника бухгалтерии составляет под руководством врача-диетолога меню-раскладку.

Диетсестра заполняет первые 5 граф меню-раскладки, а в последующих графах проставляют количество соответствующих продуктов, необходимых для приготовления одной порции каждого блюда. Это количество пишется в числителе, знаменателем же дроби работник бухгалтерии показывает количество продуктов, необходимых для приготовления всех пор-

ций данного блюда. При составлении меню-раскладки работник бухгалтерии производит подсчет дневной стоимости питания, которая не должна отличаться от предусмотренной по смете. В случае увеличения потребности в продуктах питания выписывается дополнительное требование. В случае же уменьшения потребности в продуктах избыток, остающийся в кухне, засчитывается при выписке требований на следующий день.

Закладка продуктов в котел проводится на кухне в присутствии диетсестры. Продукты взвешиваются. Проверяются также вес порций приготовленных блюд. Продукты питания хранятся в специально приспособленных помещениях - продуктовых складах, кладовых, овощехранилищах. Материальная ответственность за приемку, хранение и остаток продуктов питания возлагается на зав. складом (кладовщика). Отпуск продуктов из кладовой учреждения на кухню производится через шеф-повара на основании специальных требований, по которым составляется накладная. Отпуск продуктов, предназначенных для выдачи пациентам в виде сухого пайка, производится лицам, на которых возложена раздача этих продуктов пациентам (буфетчицы, раздатчицы).

Пробу готовой пищи на пищеблоке снимают дежурный врач, данные записывает в бракеражный журнал, после чего пища выдается в отделение. Доставка: на лошади или машине (автокаре) в термосах или ведрах. Выдача приготовленной пищи из кухни производится по раздаточной ведомости.

Различают два вида пищеблоков: централизованные (пища доводится до готовности на пищеблоке) и децентрализованные (с пищеблока пища поступает в отделение, где доводится до готовности). Должности диетврача и диетсестры выделяются в зависимости от коечной мощности. При числе коек свыше 300 – 0,5 ставки диетврача, а при числе свыше 500 – 1 ставка диетврача. На каждые 100 коек выделяется 0,5 ставки диетсестры.

## **11. Лечебно-охранительный и санитарно-эпидемиологический режимы**

Лечебно-охранительный режим включает в себя: устранение негативно действующих раздражителей; продление физиологического сна; устранение отрицательных психологических переживаний, связанных со способами лечения, проведения операций; устранение болезненных ощущений, связанных с лечебными манипуляциями; сочетание режима покоя и физической активности; поднятие общего нервно-психического тонуса пациентов; вкусно приготовленная и своевременно поданная пища; соблюдение медицинской этики и деонтологии.

---

Под санитарно-эпидемиологическим режимом подразумевается: влажная уборка помещения; генеральная уборка с помощью дезсредств; обеспечение спецодеждой и бельем; соблюдение правил личной гигиены; врачебный контроль за здоровьем персонала; уход за пациентами; контроль санитарного состояния палат; соблюдение правил внутреннего распорядка.

## **12. Компоненты профилактики внутрибольничных инфекций (ВБИ)**

К основным составляющим профилактики ВБИ относятся: выделение диагностической палаты в приемном отделении для температурающих пациентов (для уточнения диагноза); выделение изоляторов или боксов в детских и инфекционных больницах; проведение санобработки; порядок хранения вещей и выдачи больничной одежды, организация системы ухода за больными, система обработки шприцев и медицинского инструментария.

## **13. Организация работы патологоанатомического отделения общесоматической больницы, его структура и функции**

В стационаре каждый летальный исход является основанием для патологоанатомического обоснования диагноза заболевания. Тела умершего в больнице или на дому направляют на вскрытие в патологоанатомическое отделение. В этом отделении работает прозектор, санитары. Вскрытие трупов проводится в присутствии лечащего врача и заведующего отделением.

После этого составляется протокол вскрытия. В нем записывается патологоанатомический диагноз, основное и сопутствующее заболевание, данные гистологического и бактериологического исследований.

В структуру патологоанатомического отделения входят: кабинет заведующего отделением, прозекторская, другие административные кабинеты, секционный зал, траурный зал, лаборатории, помещение для хранения трупов.

К функциям патологоанатомического отделения относятся.

1. Вскрытие трупов умерших (патологоанатомическое).
2. Анатомиогистологическое исследование тканей.
3. Постановка патологоанатомического диагноза.
4. Установление причины смерти.
5. Проведение клинико-анатомических конференций.
6. Анализ клинических и секционных данных.

#### **14. Учетные формы медицинской документации в стационаре**

1. Медицинская карта стационарного пациента.
2. Журнал приема пациентов и отказов в госпитализации.
3. Журнал для записи оперативных вмешательств.
4. Листок ежедневного учета пациентов и коечного фонда в отделении.
5. Карта выбывшего из стационара.
6. Книга патологоанатомических вскрытий.
7. Лист назначений.
8. Температурный лист.
9. Порционное требование.

#### **15. Показатели деятельности стационара больницы**

I. Обеспеченность населения стационарной помощью (характеризуется числом коек на 10000 человек).

II. Нагрузка медицинского персонала (характеризуется числом коек на 1 должность, а также укомплектованностью штатных должностей персонала).

III. Использование коечного фонда (характеризуется числом дней занятости койки в году, средней длительностью пребывания больного на койке, оборотом койки).

IV. Качество стационарной помощи (определяется летальностью, частотой расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов, частотой послеоперационных осложнений, сроками госпитализации больных). Модель конечных результатов (МКР) для стационара:

I. Показатели результативности (ПР).

1. Уровень качества (% к стандарту).
2. Летальность в отделениях для взрослых по профилям: терапевтическому, хирургическому (% к числу выбывших пациентов).
3. Послеоперационная летальность (% к числу прооперированных).

II. Показатели дефектов (ПД).

1. Расхождение клинико-патологоанатомических диагнозов (% к умершим).

2. Послеоперационные осложнения (для отделений хирургического профиля) - % к оперированным.

3. Осложнения, наступившие в процессе лечения по вине врача (шок, кровотечение, постинъекционные абсцессы) - % к пролеченным.

4. Повторная госпитализация в связи с осложнением и преждевременной выпиской по вине отделения (% к госпитализированным).

5. Несвоевременное направление на МРЭЖ (% от подлежащих освидетельствованию).

---

## Лекция № 15. МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ РАБОЧИМ ПРОМЫШЛЕННЫХ, СТРОИТЕЛЬНЫХ И ТРАНСПОРТНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

### Учебные вопросы

1. Историческая справка.
2. Медико-санитарная часть (МСЧ), задачи, структура и функции.
3. Основные функции цехового врача и разделы плана работы.
4. Фельдшерский здравпункт.
5. Борьба с травматизмом.
6. Комплексный план оздоровительных мероприятий на промышленном предприятии.
7. Обязательные медицинские осмотры работающих.
8. Медицинские осмотры водителей автотранспортных средств.
9. Лекарственное обеспечение населения и медико-техническое снабжение организаций здравоохранения.

### 1. Историческая справка

Выдающийся ученый эпохи Возрождения швейцарский врач и химик Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм (Парацельс, 1493-1541) впервые проанализировал связь болезней рудокопов и литейщиков с профессиональными отравлениями свинцом, ртутью и сурьмой.

Немецкий врач Георг Агрикола (Бауэр, 1494-1555) предлагал меры предупреждения болезней: защитную обувь и одежду, усиленное питание, устройство вентиляционных «машин проветривания» и шахтных лестниц, укрепление сводов шахт специальными опорами, удаление грунтовых вод и т.д.

Основоположником профессиональной патологии и гигиены труда как отрасли медицины явился итальянский врач Бернардино Рамаццини (Ramazzini, Bernardino, 1633-1714).

*Петр Аркадьевич Столыпин* (1862-1911), государственный деятель-реформатор, Председатель Совета Министров Российской империи (1906-1911), принимал активное участие в реорганизации медицинской помощи. В своей речи перед 2-ой Государственной думой (март 1907 г.) изложил фундаментальные направления развития рабочего законодательства, в т.ч. по здравоохранению. Его положения составили основу Декларации правительственной программы: «Главнейшей задачей в области оказания рабочим положительной помощи является государственное попечение о неспособных к труду рабочих, осуществляемое путем страхования их, в случае болезни, уве-



чий, инвалидности и старости. В связи с этим намечена организация врачебной помощи рабочим». Инициативы П.А.Столыпина были воплощены лишь после его гибели (был убит): в 1912 г. был принят закон о страховании.

П.А.Столыпин большое внимание уделял борьбе с эпидемиями и оздоровлению городов. Возглавлял государственную Противочумную комиссию, участвовал в разработке долгосрочного плана оздоровления городов. Значительную ставку в решении проблемы делал на местное самоуправление при условии реальной помощи со стороны государства. К сожалению, не все задуманные мероприятия были выполнены своевременно, и лишь время показало правоту взглядов и широту мышления подлинно Государственного Человека.

Медицинское страхование в Российской империи в первой половине XX в. не получило должного развития из-за значительных социально-политических потрясений: Первая мировая война (1914-1918), Февральская и Октябрьская революция (1917), гражданская война и др. С введением монополии государственного здравоохранения медицинское страхование прекратило свое существование.

Медико-санитарные части стали создаваться фактически с 1939 г. на крупных промышленных предприятиях. В годы же Великой Отечественной войны потребовалось всемерное улучшение качества медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий, решавших жизненно важные для страны задачи в новых и сложных условиях. В стране в 1944 г. был создан новый тип комплексных лечебно-профилактических организаций на предприятиях – медико-санитарные части, сеть которых в последующем получила значительное развитие.

## **2. Медико-санитарная часть (МСЧ), задачи, структура и функции**

Рабочие обслуживаются лечебными организациями промышленных предприятий, т.е. по месту работы. Эти лечебные организации называются медицинскими санитарными частями. В состав МСЧ, как правило, входят поликлиника и стационар. Может быть одна поликлиника без стационара. Кроме того, в структуре МСЧ могут быть врачебные и фельдшерские здравпункты; центры гигиены и эпидемиологии; при наличии большого числа женщин – женские консультации; детские ясли и сад, профилактории, дома отдыха и др. При развертывании МСЧ планирование их осуществляется дифференцированно, в зависимости от мощности предприятия, технологии производства и степени влияния ее на здоровье рабочих. МСЧ бывают закрытого и открытого типов.

Как правило, МСЧ организуются, начиная с 4000 рабочих. На предприятиях химической, нефтеперерабатывающей промышленности

---

МСЧ организуются, начиная с 2000 работающих; в машиностроении – с 3000; во всех прочих – с 4000. Врачебные здравпункты открываются при наличии 800-1000 рабочих; в химической промышленности – 400 и более; машиностроении – 800 и более; фельдшерские здравпункты – от 400 до 1000 человек; в химической, нефтеперерабатывающей – 200-400; машиностроении 400-800 человек.

Основной задачей МСЧ является обеспечение рабочих квалифицированной помощью, приближение этой помощи к рабочим. МСЧ совместно с администрацией и профсоюзной организацией осуществляет:

- диспансеризацию здоровых рабочих и пациентов;
- изучение и предупреждение заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
- профилактику производственного травматизма и инвалидности;
- учет и изучение инфекционной заболеваемости;
- выявление причин профессиональной заболеваемости и разработку мер по ее ликвидации.

Медсанчасть выполняет также ряд более конкретных функций:

- изучает условия производства;
- контролирует условия труда;
- контролирует соблюдение техники безопасности;
- принимает меры, направленные на улучшение условий труда и техники безопасности;
- организует и проводит медосмотры (предварительные, периодические, целевые медосмотры и осмотры подростков);
- осуществляет медицинский отбор трудящихся, нуждающихся в направлении в санатории, профилактории, на диетпитание;
- проводит экспертизу временной нетрудоспособности;
- реализует комплекс мероприятий по реабилитации пациентов;
- организует работу по формированию здорового образа жизни;
- проводит санитарно-противоэпидемические мероприятия;
- выполняет и обеспечивает план аварийно-спасательных работ;
- участвует в составлении коллективного договора по оздоровительным мерам между рабочими предприятия и администрацией.

Медпомощь рабочим организована по трехэтапной системе: поликлиника —> стационар —> санаторий (санаторий-профилакторий). Поэтому важно добиваться непрерывности лечебно-диагностического процесса.

### **3. Основные функции цехового врача и разделы плана работы**

В основу медицинского обслуживания работников промышленных предприятий, строительных организаций и транспорта положен цеховой принцип. Ведущей фигурой в организации медицинской помощи является цеховой врач-терапевт, имеющий подготовку по терапии и профессиональной патологии. Он обслуживает до 2000 рабочих предприятия и является главным организатором профилактической и лечебной работы. На предприятиях нефтеперерабатывающей промышленности численность цехового участка должна быть равна 1000. Цеховые участки развернуты также и в составе территориальных поликлиник.

Специализация коечного фонда должна проводиться в соответствии со структурой заболеваемости на данном предприятии. В зависимости от особенностей профессиональной патологии может быть развернуто профпатологическое отделение терапевтического, неврологического, дерматологического оториноларингологического, офтальмологического профиля. Число коек на 1000 рабочих должно составлять – 10.

Основными функциями цехового врача являются:

1. Раннее выявление заболеваний, своевременная диагностика и квалифицированное лечение пациентов своего участка в поликлинике и стационаре по своей специальности.
2. Профилактическая работа на производстве (не более 9 час./нед.).
3. Направление пациентов на специальные виды стационарного и амбулаторного лечения в соответствующие ЛПО.
4. Организация предварительных, периодических, целевых медосмотров и осмотров подростков.
5. Диспансерное наблюдение за выделенными контингентами, активное лечение диспансеризуемых. Анализ эффективности диспансеризации. Рекомендации по рациональному трудоустройству.
6. Отбор пациентов, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, пребывании в профилактории, диетическом питании и других видах лечебно-профилактической помощи.
7. Руководство работой фельдшерских здравпунктов по оказанию первой помощи.
8. Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических условий в цехе.
9. Проведение соответствующих противоэпидемических мероприятий.
10. Участие в расследовании причин производственных травм и отравлений в надзоре за соблюдением правил техники безопасности.
11. Создание санитарного актива.
12. Санитарно-просветительная работа по формированию здорового

образа жизни.

13. Систематический анализ ЗВУТ рабочих цеховых участков, в том числе часто и длительно болеющих (ЧДБ) и инвалидов, и разработка предложений по ее снижению.

14. Экспертиза временной нетрудоспособности рабочих.

15. Совместно с профсоюзной организацией контроль за рациональным трудоустройством работающих в соответствии с решением ВКК.

16. Участие в составлении и выполнении коллективного договора по оздоровительным мероприятиям на цеховом участке и на предприятии.

17. Составление поквартальных и годовых планов работы, утверждаемых главным врачом.

План работы цехового врача составляется на год и поквартально. Он содержит следующие разделы.

1. Организационная работа (анализ заболеваемости, отчет на цеховом рабочем собрании, участие в заседаниях комиссий по трудоустройству, социальному страхованию и др.).

2. Лечебно-профилактическая работа (планирование и проведение приемов, проф. осмотры, диспансеризация, трудоустройство, экспертиза трудоспособности, профилактика гриппа, травматизма и др.).

3. Мероприятия по улучшению условий труда и быта рабочих и служащих (профилактическая работа в цехе по выявлению недостатков в организации и условиях труда, отдыха, питания рабочих; обход бытовых помещений, проверка выполнения рекомендаций и др.).

4. Пропаганда медицинских и гигиенических знаний, работа с санитарным активом (чтение лекций и проведение бесед, организация санитарных уголков, бюллетеней и т.п.; инструктаж санитарных уполномоченных, санитарных постов и т.п.).

5. Повышение квалификации (реализация различных форм и методов повышения квалификации врачей и медицинских сестер).

Задачи оздоровительной работы на предприятии изложены, в годовом комплексном плане МСЧ, в коллективном договоре, в перспективном плане социального развития коллектива промпредприятия.

#### **4. Фельдшерский здравпункт**

Задачами фельдшерского здравпункта являются:

1. Оказание первой доврачебной помощи при травмах, профессиональных отравлениях и внезапных заболеваниях, направление пациентов и пострадавших в поликлинику или больницу.

2. Организация транспортировки пациентов и пострадавших в необходимых случаях; освобождение рабочих или служащих от работы до

---

конца смены с выдачей справки, которая обменивается на листок нетрудоспособности.

3. Участие в разработке мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, инвалидности и травматизма.

К функциям относятся:

1. Учет длительно и часто болеющих и инвалидов.
2. Подготовительные мероприятия по организации периодических, целевых медосмотров и диспансеризации.
3. Противорецидивное лечение лиц, находящихся на диспансеризации.
4. Контроль за требованиями врачей по трудоустройству пациентов.
5. Учет беременных и подростков.
6. Медико-гигиеническое воспитание и обучение рабочих и служащих.
7. Участие в противоэпидемической работе (прививки, наблюдение за лицами, бывшими в контакте с инфекционными пациентами и т.д.)
8. Осуществление наблюдения за санитарным содержанием цехов, бытовых помещений, пищевых объектов, регулярными медосмотрами работников пищевых точек и т.д.
9. Организация обучения рабочих и служащих по оказанию само- и взаимопомощи, а также подготовка санитарных постов.
10. Участие в работе комиссии по социальному страхованию и охране труда.

Основной задачей врача является оказание рабочим и служащим участка квалифицированной помощи, участие в проведении профилактических мероприятий по предупреждению и снижению ЗВУТ, профессиональных болезней и инвалидности, улучшению их санитарно-гигиенических условий труда, оказание первой врачебной помощи при острых отравлениях и заболеваниях.

### **5. Борьба с травматизмом**

Борьбу с травматизмом осуществляет хирург совместно с отделом техники безопасности. Главное - вести точный учет всех травмированных. Медработники постоянно следят за условиями работы в цехах.

Этапы: I этап - первую помощь оказывают санитарные дружины, посты, которые обеспечены аптечками, жгутами; II этап - здравпункт; III этап - медсанчасть.

### **6. Комплексный план оздоровительных мероприятий на промышленном предприятии**

1. Санитарно-технические мероприятия: по рационализации труда и рабочего места, усовершенствованию технологических процессов, по

---

технике безопасности и предупреждению профзаболеваний и др.

2. Санитарно-гигиенические мероприятия: по общему санитарному благоустройству цехов, бытовых помещений (водоснабжение, питание, очистка, отопление помещений и др.); по борьбе с наиболее часто встречающимися заболеваниями (отдельно по каждому из видов заболеваний).

3. Лечебно-профилактические мероприятия: совершенствование организации и повышение качества оказания первой медицинской помощи и специализированного лечения; диспансеризация выделенных контингентов по производственным и медицинским показаниям, своевременное оздоровление их; мероприятия по охране труда женщин и подростков и др.

4. Организационно-массовые мероприятия: пропаганда медицинских и гигиенических знаний; санитарная самодеятельность, организация санитарных постов и санитарных дружин; организационно-массовая работа комиссий социального страхования и охраны труда.

Кроме того, заключается коллективный договор с организацией. Этот документ содержит следующие разделы.

1. Введение.
2. Мероприятия по выполнению производственного плана.
3. Оплата труда.
4. Мероприятия по улучшению техники безопасности, снижению заболеваемости и травматизма.
5. Мероприятия по жилищно-бытовому обслуживанию.
6. Культурное обслуживание.
7. Заключение.

К каждому договору разрабатывается смета, где указывается объем и стоимость работ по технике безопасности, по улучшению условий труда, ответственное лицо за выполнение работ. Коллективный договор зачитывается на общем профсоюзном собрании рабочих и служащих и ими утверждается. После этого для администрации этот договор - закон.

Перспективный план социального развития промышленного предприятия включает три основных направления:

- 1) максимальное обеспечение социально-экономической однородности коллектива;
- 2) ликвидацию препятствий, мешающих гармоническому развитию трудящихся как личности;
- 3) слияние интересов индивида, коллектива и общества.

## 7. Обязательные медицинские осмотры работающих

Среди показателей, характеризующих здоровье работающих, профессиональная заболеваемость занимает особое место, поскольку имеет медицинский, социальный, экономический и правовой аспекты. Специальным приказом утверждены:

1. Перечень вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов, при работе с которыми обязательны предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры в целях предупреждения профзаболеваний.

2. Перечень работ, для выполнения которых обязательны предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры в целях предупреждения заболеваний и обеспечения безопасности труда.

3. Инструкция по проведению предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров работающих.

4. Инструкция по составлению санитарно-гигиенической характеристики условий труда работающего при подозрении у него профессионального заболевания.

5. Заключительный акт по периодическому медицинскому осмотру.

Целью предварительных медицинских осмотров при поступлении на работу является определение соответствия (пригодности) рабочих и служащих поручаемой им работе, предупреждение профессиональных и общих заболеваний, обеспечение безопасности труда и предотвращение распространения инфекционных и паразитарных заболеваний.

В задачи периодических осмотров входит:

1. Выявление лиц с профессиональными заболеваниями или с подозрением на профессиональное заболевание.

2. Распознавание общих (непрофессиональных) заболеваний, при которых дальнейшая работа в контакте с профвредностью может ухудшить их течение.

3. Назначение индивидуальных лечебно-оздоровительных мероприятий лицам с выявленными заболеваниями или с подозрением на профессиональное заболевание (диспансерное наблюдение, обследование в клинике, лечение амбулаторно, в стационаре, оздоровление в профилактории, доме отдыха, рациональное трудоустройство и т.п.).

4. Оценка условий труда и разработка санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на ликвидацию причин, вызывающих профзаболевание.

Результаты предварительного осмотра оформляются в виде социально-клинического заключения. На основании последнего на руки работающему выдаётся справка с указанием лишь сведения "годен" или "негоден" к выполнению данной работы.

Санитарно-эпидемиологическая служба совместно с цеховыми, поликлиническими врачами и администрацией определяет контингенты лиц, подлежащие периодическим медицинским осмотрам, в срок до 1 января согласно определенного перечня.

Администрация промышленного или сельскохозяйственного предприятия на основании перечня контингентов составляет на очередной год пофамильные списки.

Лечебная организация, обеспечивающая проведение периодических осмотров, не позднее 1 февраля составляет календарный план периодических осмотров, совмещённый с перечнем лабораторных, инструментальных исследований и указанием специалистов, участвующих в осмотре.

5. Все данные периодического медицинского осмотра заносятся в медицинскую карту амбулаторного пациента. При этом каждый врач, принимающий участие в освидетельствовании, даёт своё заключение о профессиональной пригодности. На отдельный лист заносятся данные профессионального маршрута трудящегося (предприятие, цех, участок, профессия, вредные и неблагоприятные условия труда).

Возможны три разновидности заключений

1. Практически здоров. Может продолжать работу с данными профессиональными вредностями (указать профессию).

2. Выявлено общее (непрофессиональное) заболевание (указать диагноз): рабочий может продолжать работу, подлежит лечению, диспансерному наблюдению и т.д.; дальнейшая работа в контакте с профессиональными вредностями противопоказана (перевод на другую работу осуществляется по ВКК).

3. Подозрение на профессиональное заболевание. Рабочий подлежит дополнительному обследованию, динамическому наблюдению цехового или участкового врача.

Периодические осмотры необходимо закончить до 1 ноября и предложить администрации ряд лечебно-оздоровительных, профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий, требующих финансовых затрат для внесения в коллективный договор. Работа по периодическому осмотру завершается составлением в месячный срок акта заключительной комиссии, в состав которой входят председатель комиссии по периодическому осмотру, врач-гигиенист и врачи профильных специальностей, принимавшие участие в осмотре. Акт заключительной комиссии отражает



мероприятия лечебно-оздоровительного и санитарно-гигиенического характера и включает 3 раздела: констатирующий, данные динамического наблюдения и рекомендации.

### **8. Медицинские осмотры водителей автотранспортных средств**

Медицинское освидетельствование проводится с целью определения возможности допуска водителей к управлению автотранспортными средствами различных категорий, а также городским электротранспортом в зависимости от состояния здоровья и физического развития.

Медицинское освидетельствование водителей и кандидатов в водители проводится по месту медицинского обслуживания водительскими комиссиями, организуемыми при территориальных и ведомственных поликлиниках (отделениях).

Для решения особо сложных экспертных и конфликтных случаев медицинское освидетельствование водителей и кандидатов в водители автотранспортных средств поручается центрам профпатологии.

Различают следующие категории транспортных средств:

- А. Мотоциклы, мотороллеры и мопеды всех типов и марок.
- В. Автомобили, разрешенный вес (максимальный) которых не превышает 3500 кг и число сидячих мест которых, помимо сиденья водителя, не превышает восьми.
- С. Автомобили, предназначенные для перевозки грузов, разрешенный максимальный вес которых превышает 3500 кг.
- Д. Автомобили, предназначенные для перевозки пассажиров и имеющие более восьми сидячих мест, помимо сиденья водителя.
- Е. Составы транспортных средств с тягачами, относящимся к категориям транспортных средств "В", "С" или "Д".
- Трамвай, троллейбус.
- Трактора и другие самоходные машины.

К управлению транспортными средствами в зависимости от их категории допускаются лица:

- категории "А" - достигшие 16 лет;
- категории "В" (кроме такси), категории "С", а также трамваями и троллейбусами - 18 лет;
- категории "Д" и такси - 20 лет.

При выдаче удостоверения водителям указанных категорий транспортных средств до достижения установленного возраста, в удостоверении отмечается дата, с которой владелец его имеет право на управление транспортными средствами.

---

Инвалиды Отечественной войны и другие инвалиды из числа военнослужащих, а также инвалиды других категорий для определения медицинских показаний на получение автомобиля или мотоколяски с ручным управлением бесплатно, а также для определения медицинских противопоказаний к вождению транспортных средств, проходят медицинское освидетельствование в медико-реабилитационных экспертных комиссиях (МРЭК).

Инвалиды из числа военнослужащих, не имеющие медицинских показаний на бесплатное получение автомобиля или мотоколяски, но страдающие заболеваниями или повреждениями одной верхней или нижних конечностей, в связи с чем они нуждаются в автотранспорте с ручным управлением, проходят медицинское освидетельствование также во МРЭК.

Инвалиды, не имеющие медицинских показаний на бесплатное или льготное получение транспортных средств, но желающие приобрести автомобиль с обычным управлением за полную стоимость, проходят медицинское освидетельствование в лечебно-профилактических организациях на общих основаниях. Очередное переосвидетельствование все инвалиды проходят в лечебно-профилактических организациях.

Установлен определенный порядок медицинского освидетельствования и сроки переосвидетельствования. При прохождении медицинского осмотра свидетельствуемый представляет: паспорт или другой документ его заменяющий; военный билет; медицинскую карту амбулаторного пациента или выписку из нее из лечебно-профилактической организации по месту жительства; при медицинском переосвидетельствовании водитель представляет удостоверение на право управления транспортным средством; две фотокарточки образца, установленного для паспорта размером 6 х 4 см при первичном освидетельствовании и одну при повторном переосвидетельствовании; справки из психоневрологического, наркологического диспансеров (диспансерных отделений, кабинетов) по месту жительства (кроме военнослужащих, работников КГБ и МВД); квитанцию с отметкой сберкассы об оплате сбора за медицинский осмотр.

Данные медицинского освидетельствования заносятся в медицинскую карту амбулаторного пациента, на которую при освидетельствовании наклеивается фотокарточка. В ней отражаются объективные данные о состоянии здоровья освидетельствуемого, вид транспортного средства, на управление которым освидетельствуемый желает получить право, и делается пометка является ли свидетельствуемый стажированным водителем, водителем или кандидатом в водители, фиксируется заключение медицинской комиссии о годности к управлению той или иной категорией транс-

---

портного средства. Заключение о профессиональной пригодности освидетельствуемого дает каждый врач индивидуально по своей специальности, руководствуясь перечнем медицинских противопоказаний.

Общее заключение о пригодности к управлению транспортным средством выносится и подписывается председателем этой комиссии.

В случае вынесения заключения о негодности к управлению транспортными средствами врач-специалист указывает номер статьи "Перечня медицинских противопоказаний...", на основании которой вынесено это заключение.

Медицинское освидетельствование не проводится при наличии острого или обострения хронического заболевания и наличия инфекционного или венерического заболевания в разном периоде, а женщин - при наличии беременности всех сроков.

При возникновении подозрения на попытку скрыть свое заболевание, врачи-члены водительских комиссий должны запросить необходимую документацию из соответствующих лечебных учреждений.

Медицинская комиссия одновременно с медицинской картой амбулаторного пациента ведет журнал регистрации освидетельствованных лиц. Конфликтная медицинская водительская комиссия ведет учет конфликтных случаев в отдельном журнале. Водители транспортных средств подвергаются обязательному периодическому медицинскому переосвидетельствованию в определенные сроки.

Администрация автопредприятий и других организаций, где водитель автотранспорта работает по найму, имеет право направлять, на медицинскую комиссию водителей в индивидуальном порядке до наступления срока переосвидетельствования при проявлении признаков заболевания, препятствующего безопасному управлению автомобилем. В направлении на водительскую комиссию, выданном водителю в этом случае в обязательном порядке, указываются признаки заболевания (проявление хромоты, обмороки и т.д.), послужившие причиной досрочного переосвидетельствования.

При выявлении у водителей автотранспорта патологических состояний, препятствующих безопасности управлению транспортными средствами, право направления на переосвидетельствование имеют заведующие отделениями поликлиник и стационаров. Для водителей, не работающих по найму, эта информация должна сообщаться в ГАИ по месту жительства. Указанное направление отмечается в этапном эпикризе в амбулаторной карте.

Направление на освидетельствование и переосвидетельствование водителей осуществляют отделы кадров автопредприятия, государственная

---

автоинспекция (ГАИ) и другие организации. Решения о направлении водителя на медицинское переосвидетельствование принимают начальники управлений, отделов и отделений ГАИ и их заместители, старшие госавтоинспекторы отрядов внутренних дел, где отсутствуют отделения ГАИ, командиры строевых подразделений дорожно-патрульной службы.

Медицинские водительские комиссии при поликлиниках создаются приказом соответствующего органа здравоохранения, с персональным утверждением врачей-специалистов в следующем обязательном составе: терапевта, хирурга, невропатолога, окулиста, отоларинголога (женщины также освидетельствуются акушером-гинекологом). Врачи других специальностей привлекаются по показаниям. Председателем комиссии назначается заместитель главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе, в отдельных случаях по решению органов здравоохранения выделяется специально председатель. В состав медицинской комиссии включаются медрегистратор (он же секретарь комиссии) и медсестра.

Для разбора сложных и спорных случаев медицинских освидетельствований соответствующими приказами выделяются областные, межрайонные, городские конфликтные медицинские водительские комиссии. Лицам, признанным годным к управлению транспортными средствами, выдаются справки установленного образца. Справки подписываются председателем и секретарем комиссии и скрепляются печатью медицинской комиссии.

Лицам, признанным годными к управлению транспортными средствами в очках, в справке после слов "заключение" делается отметка "очки обязательны". Водители должны иметь при себе запасные очки. Справки без фотокарточки, скрепленной печатью - недействительны. Лицам, проходящим переосвидетельствование или направляемым на медицинское освидетельствование в порядке экспертизы и признанным негодными к управлению транспортными средствами, справки и заключения комиссии на руки не выдаются, а пересылаются непосредственно в ГАИ не позднее, чем на следующий день после освидетельствования.

Справки о годности к управлению транспортными средствами действительны в течение сроков, указанных в них. Водитель индивидуального авто-мототранспорта при управлении транспортным средством, а также при предъявлении транспортных средств на годовой технический осмотр обязан иметь при себе медицинскую справку о годности к управлению транспортными средствами. При утере медицинская справка возобновляется после прохождения повторного медицинского освидетельствования на общих основаниях после года ее выдачи, а до года выдается дубликат справки.

---

## Лекция № 16. СИСТЕМА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

### Учебные вопросы

1. Принципы организации земской медицины
2. Особенности медицинского обслуживания сельского населения.
3. Районный территориальный технологический уровень.
4. Особенности диспансеризации сельского населения.
5. Врачебные амбулатории.
6. Фельдшерско-акушерские пункты и их задачи.
7. Задачи, структура и функции центральной районной больницы.
8. Управление здравоохранением района.
9. Организация и порядок работы выездной врачебной бригады.
10. Экономические показатели, характеризующие деятельность ЦРБ.
11. Функции межрайонного специализированного лечебно-профилактического отделения.
12. Областные медицинские организации.
13. Перспективы развития сельского здравоохранения.
14. Современная структура управления организациями здравоохранения.

### 1. Принципы организации земской медицины

Земская медицина в Российской империи начала развиваться после земской реформы (1864) – введения земско-хозяйственного самоуправления в 34 (из 89) губерниях страны. До этого медицинская помощь сельскому населению практически не оказывалась. Больницы были только в губернских и уездных городах. Уровень помощи в них был низким, а смертность высокой. Опасность возникновения эпидемий и высокая смертность трудоспособного населения побуждали помещиков проявлять хотя бы минимальную заботу о медико-санитарном обслуживании сельского населения; уездные земства стали приглашать врачей.

Вначале система земской медицины была разъездной: врач жил в уездном городе и в определенные дни выезжал в селения. Затем разъездная система сменилась стационарной: на центральном участке строилась лечебница на 15-20 коек с отделением для рожениц и амбулаторией. Врач ежедневно в определенное время принимал в земском участке, а к больным выезжал в случае необходимости или по вызову.

Были введены принципы оказания медицинской помощи: бесплатность; общедоступность; участковость; связь профилактической и лечебной медицины; использование достижений науки; опора на самодеятельность населения (участковые санитарные советы и попечительства), заро-

---

ждение специализированной, неотложной и скорой медицинской помощи, ночные дежурства. Эти принципы были частично реализованы в системе государственного здравоохранения в СССР.

Важное достижение земской медицины – санитарная статистика (статистика заболеваемости). Значительное место занимала охрана здоровья детей: изучение здоровья и заболеваемости, развитие медицинской помощи, организация детских амбулаторий, приютов, летних яслей-приютов. Земская медицина была национальным достоянием России. Для своего времени это была мощная форма организации медицинской и лекарственной помощи, не имевшая аналогов в мировой практике. Но в земской медицине были и существенные недостатки: низкая квалификация персонала – «фельдшеризм» и др. Эти недостатки весьма точно и исторически достоверно описаны в художественных произведениях М.А.Булгакова и А.П.Чехова.

## **2. Особенности медицинского обслуживания сельского населения**

Рекомендации по предоставлению медицинской помощи в сельской местности приняты и дополнены 18-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей.

**1.** Сельские жители имеют такое же право на медицинскую помощь, как и городские. Качество медицинской помощи на селе не должно отличаться от качества медицинской помощи, доступной жителям городов, хотя на объем медицинских услуг, предоставляемых в сельской местности, могут влиять экономические и иные немедицинские факторы. Необходимы постоянные усилия, направленные на достижение соответствия наивысшему национальному стандарту уровня квалификации всех поставщиков медицинских услуг, действующих в сельской местности.

**2.** Сельским общинам и регионам следует собирать и анализировать факты, необходимые для оценки потребностей жителей данной местности в медицинской помощи, для планирования и развития местных медицинских служб.

**3.** Уровень образования и социально-экономического развития в сельской общине взаимосвязаны. Популяризации медицинских знаний в обществе способствуют объединенные усилия организаций местного самоуправления, общественных организаций и медицинских работников, направленные на достижение и поддержание высокого уровня практического здравоохранения.

**4.** В сельской местности отношения «врач-пациент» должны сохраняться в полном объеме.

**5.** Государственная система здравоохранения обязана обеспечить развитие сельских медицинских служб в той же степени, что и городских.

**6.** Как в городах, так и на селе должна быть обеспечена интеграция программ развития профилактической и лечебной помощи, гигиены и санитарно-гигиенического просвещения и средств их реализации.

**7.** Необходимо употребить все усилия для того, чтобы, как в городах, так и в сельской местности клиническая ответственность лежала исключительно на квалифицированных врачах. Вспомогательный медперсонал лишь временно может привлекаться для исполнения врачебных обязанностей. На селе должно быть достаточное количество врачей, прошедших современную подготовку, специально адаптированную к медицинским нуждам сельского населения.

**8.** В сельской местности должно быть достаточное количество вспомогательного медперсонала - медсестер, медбратьев и сиделок, - подготовленного в соответствии с уровнем культуры и образования в стране. Медицинское сообщество должно всеми возможными способами помогать сельским медицинским работникам в процессе получения основного и постдипломного образования.

**9.** Заболевания, характерные для сельской местности, требуют объединения усилий врачей и специалистов в соответствующей области медицины.

**10.** Медицинские работники должны руководить санитарно-гигиеническим просвещением сельского населения. Для достижения наилучших результатов медицинского просвещения необходимо сотрудничество врача с населением.

**11.** Национальные медицинские ассоциации должны сделать все, чтобы условия работы сельского врача были не хуже, чем городского.

**12.** Национальные медицинские ассоциации должны принимать активное участие в программах по улучшению здоровья населения в сельской местности.

Новая медико-экономическая модель здравоохранения предполагает соблюдение следующих важнейших принципов:

- обеспечение социальной справедливости, доступности медицинской помощи (вне зависимости от социального статуса граждан, уровня их доходов и места жительства);
- профилактическая направленность;
- экономическая, социальная, медицинская эффективность;
- единство медицинской науки и практики.

Социальная поддержка, медицинская помощь и обеспечение в настоящее время является насущной задачей для многих людей.

В плане получения своевременной и доступной медицинской помощи в сложной ситуации оказались сельские труженики. Уровень их невысоких доходов одновременно с большой стоимостью лекарственных средств сделал фактически труднодоступным получение амбулаторной помощи при ряде заболеваний в связи с затруднением для пациента оплатить лекарства во внебольничных условиях. Положение усугубляется также большим радиусом медобслуживания сельских врачебных участков. Чаще всего он измеряется десятками километров. К тому же не во всех случаях должное состояние путей сообщения между дальними деревнями, дефицит транспорта и высокие цены на топливо к нему, еще в большей мере осложняют возможность получения жителями села квалифицированной врачебной помощи.

Какой же выход из сложившейся ситуации? Необходимо определить гарантированный объем медпомощи для стационарного лечения жителей села. Одновременно с этим нужно обеспечивать также беспрепятственный гарантированный прием сельских пациентов на последующих этапах оказания специализированной медицинской помощи районными и областными медицинскими организациями, шире развивать также выездные формы оказания платных медуслуг. Для медперсонала следовало бы внедрить дифференцированную оплату труда в зависимости от его объема и качества.

Особое внимание наравне со сказанным надо уделить трактористам, комбайнерам, дояркам, телятницам, свиноводкам; лицам, работающим с ядохимикатами; служащим фактически ненормированного труда, а также сельским учителям.

Для сельского населения создана определенная система медицинской помощи, обладающая рядом ниженазванных особенностей.

1. Этапность в оказании медицинской помощи.
2. Территориальная разобщенность.
3. Большой радиус медицинского обслуживания.
4. Выраженная сезонность в обслуживании населения.
5. Состояние путей сообщения и транспорта.
6. Специфика сельскохозяйственного производства.
7. Многопрофильность специализации врача.

Главной особенностью в организации медицинской помощи сельскому населению является этапность, представляющая собой 4 **территориальные технологические уровни** оказания медицинской помощи сельскому населению (I - районный, II - городской, III - областной, IV - республиканский). Сущность ее состоит в том, что на вышестоящем этапе пациенты получают соответствующую более специализированную медицин-



---

скую помощь, которая им не была обеспечена на предыдущем этапе. Обычно, различают четыре этапа.

### **3. Районный территориальный технологический уровень**

1. Центральная районная больница (ЦРБ).
2. Участковая больница (включает в себя, как правило, врачебную амбулаторию).
3. Врачебная амбулатория (самостоятельная).
4. Амбулатория общеврачебной практики (АВОП).
5. Фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы).
6. Здравпункты на сельскохозяйственных предприятиях.
7. Детские сады.

### **4. Особенности проведения диспансеризации сельского населения**

1. Отбор контингентов для диспансеризации производится в зависимости от местных условий. Он осуществляется в порядке повседневной лечебной работы и во время профилактических осмотров сельского населения.

2. Диспансеризации подлежат: основные группы сельскохозяйственных рабочих – механизаторы (трактористы, комбайнеры и др.), животноводы (доярки, телятницы, свиноводы), лица, работающие с ядохимикатами; руководящий состав и специалисты (директора и председатели, агрономы, зоотехники, бригадиры, заведующие фермами и др.); пациенты с хроническими заболеваниями (туберкулез, ревматизм, пороки сердца, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки, хронический гастрит, гинекологические заболевания, хронические холециститы, грыжи и др.).

3. Медицинские осмотры проводятся врачами амбулаторий с привлечением медработников фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих данное население. При необходимости консультации привлекаются специалисты центральной районной больницы.

4. Лечение, организация соответствующей медицинской помощи, систематическое наблюдение за диспансеризуемыми обеспечиваются врачебной амбулаторией совместно с фельдшерско-акушерским пунктом и привлечением районных специалистов.

5. Мероприятия, проводимые в группе диспансерных пациентов в основном сводятся к следующему: систематическое плановое квалифицированное лечение (в частности, проведение плановых операций), трудоустройство, направление на санаторно-курортное лечение, диетическое питание, оздоровительные и другие мероприятия.

6. Общее руководство диспансеризацией осуществляет центральная районная больница через районных специалистов.

7. Районный Центр гигиены, эпидемиологии и общественного Здоровья вместе с сельской участковой больницей изучает условия труда и быта тружеников села и проводит мероприятия по их улучшению.

8. Диспансеризация проводится медицинскими работниками при активном содействии местных органов власти, правлений сельскохозяйственных предприятий, руководителей предприятий и общественного актива.

### **5. Врачебные амбулатории**

Врачебные амбулатории и ФАПы являются наиболее многочисленными на селе медицинскими организациями. Их порой называют первичными форпостами здравоохранения.

Врачебная амбулатория может быть самостоятельной организацией или входить в состав участковой больницы. Ведущая задача - оказание квалифицированной врачебной внебольничной помощи прикрепленному населению непосредственно в амбулатории и на дому.

На врачебную амбулаторию возлагается ряд функций:

- ведение приема и оказание помощи пациентам на дому;
- оказание первой медицинской помощи при острых заболеваниях и несчастных случаях (травмы, отравления и т.д.);
- обеспечение направления пациента в другие ЛПО в соответствии с медицинскими показаниями;
- раннее выявление заболеваний, своевременное амбулаторное обследование и лечение пациентов;
- выявление пациентов, нуждающихся в стационарном лечении и подготовка их для госпитализации;
- обеспечение преемственности в обследовании и лечении со стационаром, отделением скорой медицинской помощи ЦРБ;
- работа по ЭВН и выдача ЛН застрахованным;
- направление в установленном порядке лиц с нарушениями жизнедеятельности на МРЭК;
- проведение профилактических медицинских осмотров лиц, подлежащих обследованию в установленном порядке;
- диспансеризация населения: своевременное взятие на учет подлежащих диспансеризации лиц (пациентов и здоровых), обеспечение динамического наблюдения за состоянием их здоровья, проведение лечебно-оздоровительных мероприятий;

- преимущественное обеспечение медицинской помощью отдельных работников сельского хозяйства (механизаторов и др.);
- проведение мероприятий по обеспечению медицинской помощью работников сельского хозяйства в период массовых полевых работ;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий (профилактические прививки и т.д.);
- извещение ЦГЭ и ОЗ в установленном порядке об инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваниях, отравлениях населения и выявленных нарушениях санитарно-гигиенических требований;
- проведение санитарно-просветительской работы;
- плановые выезды врачей в подчиненные ФАПы для контроля и оказания практической помощи в работе.

В состав амбулатории могут входить: регистратура; врачебные кабинеты приема; вспомогательно-диагностические кабинеты (физиотерапии, ЛФК и др.), лаборатория, рентгеновский кабинет; административно-хозяйственная часть. Амбулатория, не объединенная с больницей, пользуется правом юридического лица, имеет круглую печать и штамп с указанием своего полного наименования.

### **6. Фельдшерско-акушерские пункты и их задачи**

ФАП организуется в селениях с числом жителей от 700 и больше. Расстояние до ближайшей медицинской организации обычно не менее 5 км. ФАПы могут организовываться в населенных пунктах и с меньшим числом жителей (300-700), если расстояние до ближайшей медицинской организации превышает 7 км (1 зав., акушерка, зубной врач, санитарка).

Задачи ФАПов:

1. Прием населения, оказание доврачебной медицинской помощи.
2. Выявление беременных женщин и их патронаж.
3. Наблюдение за роженицами на дому.
4. Обучение беременных гигиене беременности, гигиеническому уходу за ребенком, правильному вскармливанию, предохранению ребенка от инфекционных заболеваний.
5. Наблюдение за детьми до 1 года жизни, патронаж детей, проведение мероприятий по снижению младенческой и материнской смертности.
6. Медицинское обслуживание ясель, детских садов и школ.
7. Проведение профилактических прививок детям.
8. Участие в диспансеризации, наблюдение за здоровьем механизаторов, животноводов и др.

9. Обследование производственных условий и быта диспансеризованных, наблюдение за выполнением трудовых рекомендаций.
10. Профилактика сельскохозяйственного и бытового травматизма.
11. Санитарно-противоэпидемическая работа (подворные обходы, работа в очаге), текущий санитарный надзор, извещение территориального Центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья.
12. Организация санитарного актива и его обучение.
13. Выполнение функции аптечного пункта.
14. Составление планов и отчетов.

### **7. Задачи, структура и функции центральной районной больницы**

К районным медорганизациям относятся:

1. Центральная районная больница (ЦРБ).
2. Номерные (зональные) районные больницы.
3. Районный центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья.
4. Районные диспансеры.

В районе ведущей медицинской организацией является ЦРБ. Следует заметить, что в ЦРБ оказываются основные виды специализированной медицинской помощи. ЦРБ обеспечивают оказание амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи по 10-15 специальностям.

В состав ЦРБ входят:

- поликлиническое отделение;
- станция скорой мед. помощи;
- стационарные отделения по специальностям;
- лечебно-диагностические кабинеты и лаборатории;
- организационно-методический кабинет;
- патологоанатомическое отделение;
- аптека, пищеблок, медархив и др.

По мощности ЦРБ делятся на VI категорий: I категория – свыше 350 коек; II – 300-350; III – 250-300; IV – 200-250; V – 150-200; VI – 100-150. При ЦРБ организуются больничные советы, совет медсестер, а также общественный совет.

#### **Основные задачи ЦРБ**

1. Обеспечение квалифицированной, специализированной медицинской помощью населения всего района.
2. Осуществление оперативного и организационно-методического руководства сельским здравоохранением.
3. Консультативная помощь.
4. Планирование и прогнозирование здравоохранения района.
5. Контроль за деятельностью организаций здравоохранения района.

6. Финансирование. Выделение экономических приоритетов.
7. Снабжение медицинским оборудованием и аппаратурой.
8. Внедрение современных методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и оздоровления.
9. Составление сводных статистических отчетов.

### **8. Управление здравоохранением района**

Главный врач ЦРБ является одновременно главным врачом района. Он несет ответственность за организацию и уровень здравоохранения района.

Заместители (врачи) главного врача района: заместитель главного врача ЦРБ (главного врача района) по ЭВН; заместитель главного врача ЦРБ (главного врача района) по детству и родовспоможению; заместитель главного врача ЦРБ по медицинской части.

Для усиления оперативного руководства здравоохранения района при главном враче создается медицинский совет по вопросам здравоохранения района.

Состав медицинского совета по вопросам здравоохранения района.

1. Главный врач района.
2. Заместители главврача - врачи.
3. Главврач районного центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья.
4. Зав. поликлиникой (амбулаторией) ЦРБ.
5. Ведущие специалисты района (терапевт, хирург, педиатр, акушер-гинеколог и др.) – как правило, заведующие отделениями.
6. Председатель райкома профсоюза медработников.
7. Председатель райкома общества Красного Креста.

Роль организационно-методического кабинета в управлении здравоохранением района.

1. Организационно-методическое обеспечение организаций здравоохранения района.
2. Разработка и осуществление мероприятий по профилактике заболеваний и санитарно-гигиеническому воспитанию.
3. Организация проведения лечебно-оздоровительных мероприятий среди населения.
4. Организация специализированной помощи в межрайонных подразделениях и в ЦРБ.
5. Лечебно-консультативные мероприятия.
6. Организация работы выездных врачебных бригад.
7. Анализ и оценка состояния здравоохранения района.

8. Анализ состояния здоровья населения.
9. Анализ работы лечебно-профилактических организаций.
10. Анализ отчетов о сети, кадрах, деятельности лечебно-профилактических организаций.
11. Повышение квалификации.

### **9. Организация и порядок работы выездной врачебной бригады**

1. Выездная врачебная бригада является временным или постоянно действующим функциональным подразделением, создаваемым в областных (республиканских) и центральных районных больницах в целях приближения к населению сельских районов квалифицированной, специализированной, амбулаторно-поликлинической помощи.

2. Выездная врачебная бригада формируется главным врачом больницы из числа штатных врачей и средних медицинских работников с соблюдением действующего законодательства. В ее состав по указанию соответствующего органа здравоохранения могут включаться медицинские работники других лечебно-профилактических организаций (родильных домов, диспансеров и др.).

3. Состав врачей-специалистов выездной врачебной бригады определяется в зависимости от развития сети амбулаторно-поликлинических организаций (подразделений) на соответствующей территории, ее укомплектованности врачами и потребности населения в соответствующих видах медицинской помощи. В нее могут входить врачи: терапевты, педиатры, хирурги, акушеры-гинекологи, офтальмологи, невропатологи и др.

4. Выездная врачебная бригада работает по плану и графику, утверждаемому в установленном порядке главным врачом больницы, в составе которой она организуется.

5. Руководство выездной врачебной бригадой осуществляется по указанию главного врача больницы одним из квалифицированных врачей бригады, имеющим опыт лечебной и организационной работы.

6. Выездная бригада обеспечивается соответствующими транспортными средствами, оснащается необходимой аппаратурой и оборудованием для обследования и лечения пациентов.

7. Выездная врачебная бригада находится в непосредственном подчинении заместителя главного врача по экономике.

### **10. Экономические показатели, характеризующие деятельность ЦРБ**

1. Уменьшение затрат на медпомощь.
2. Уменьшение выплат по соцстрахованию.

3. Уменьшение числа случаев преждевременной смерти, инвалидности.
4. Снижение экономических потерь от простоя коек.
5. Обоснованное сокращение сроков лечения.

**Перечень организационно-методических мероприятий по улучшению медицинской помощи населению района обслуживания**

1. Организация выездных врачебных бригад.
2. Повышение квалификации персонала организаций здравоохранения района.
3. Лечебно-консультативные мероприятия.
4. Специализированная помощь.
5. Анализ состояния здоровья и здравоохранения.
6. Анализ отчетов.
7. Профилактика и оздоровление.

**11. Функции межрайонного специализированного лечебно-профилактического отделения**

1. Обеспечение специализированной высококвалифицированной медицинской помощью сельского населения.
2. Консультативные приемы.
3. Госпитализация пациентов.
4. Организационно-методическая и консультативная помощь врачам других лечебно-профилактических организаций.
5. Внедрение методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов по соответствующей специальности.

**12. Областные медицинские организации**

1. Областная больница. Консультативная поликлиника.
2. Клиники медицинских университетов.
3. Клинико-диагностический центр (КДЦ).
4. Областные специализированные больницы.
5. Областные диспансеры.
6. Детская областная больница.
7. Областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья.
8. Областная стоматологическая поликлиника.

В областной больнице сельские жители получают высококвалифицированную и специализированную помощь по всем профилям.

В состав областной больницы входят.

1. Консультативная поликлиника (может быть самостоятельной организацией).
2. Стационарные отделения по основным клиническим специальностям.

3. Лечебно-диагностические подразделения и кабинеты.
4. Патологоанатомическое отделение.
5. Кабинет медицинской статистики.
6. Организационно-методический отдел (фактически, подчиняется областному управлению здравоохранения).
7. Пищеблок.
8. Консультативный кабинет по медицинской генетике.
9. Отделение переливания крови.
10. Пансионат для пациентов, направленных из района.
11. Общежитие для медработников.

Стационарные отделения областной больницы.

1.	Терапевтическое.	14.	Пульмонологическое.
2.	Ревматологическое.	15.	Гастроэнтерологическое.
3.	Кардиологическое.	16.	Стоматологическое.
4.	Гематологическое.	17.	Онкологическое.
5.	Нефрологическое	18.	Неврологическое.
6.	Урологическое.	19.	Гинекологическое.
7.	Эндокринологическое	20.	Наркологическое.
8.	Аллергологическое.	21.	Психиатрическое.
9.	Хирургическое.	22.	Офтальмологическое.
10.	Нейрохирургическое.	23.	Оториноларингологическое.
11.	Торокальное.	24.	Радиологическое.
12.	Травматологическое.	25.	Педиатрическое.
13.	Ожоговое.	26.	Реанимационное.

Большую работу по оказанию консультативной и специализированной медицинской помощи сельскому населению оказывают консультативные поликлиники. В их состав входят отделения экстренной и планово-консультативной помощи. Эти отделения оказывают квалифицированную амбулаторно-консультативную помощь сельским жителям, направляемым в областной центр больницами сельских районов. Эти отделения в своем распоряжении имеют автомобильный транспорт для доставки врачей для срочных хирургических вмешательств или для доставки пациентов в областную больницу. При большинстве этих организаций существуют пансионаты для сельских жителей, приезжающих на консультацию или обследование.

### 13. Перспективы развития сельского здравоохранения

1. Совершенствование работы выездных врачебных бригад.
2. С целью приближения амбулаторно-поликлинической помощи к населению отдаленных деревень, а также для обслуживания тружеников



сельскохозяйственного производства в период посевных и уборочных работ непосредственно на полевых станах и в бригадах при ряде районных и крупных участковых больницах могут организовываться передвижные поликлиники, стоматологические установки, рентгенологические, флюорографические и клинико-диагностические лаборатории.

3. Развитие межрайонных специализированных лечебно-профилактических отделений.

4. Совершенствование службы СМП в сельской местности, организация в областных и республиканских больницах дистанционно-диагностических кабинетов и центров, обеспечение станций диспетчерской аппаратурой, медицинской техникой, укомплектование кадрами и т.д.

5. Внедрение экономических рычагов управления сельским здравоохранением.

6. Полное обеспечение сельского здравоохранения врачами.

Важнейшей задачей и направлением деятельности в области совершенствования организации медицинской помощи сельскому населению является реструктуризация.

Реструктуризация мед. помощи, оказываемой сельскому населению включает:

- ✓ сокращение неэффективно эксплуатируемых больничных коек и снижение диспропорций в их распределении по территориям республики;
- ✓ внедрение стационарозамещающих технологий;
- ✓ реструктуризацию медицинской помощи по уровню интенсивности лечебно-диагностического процесса;
- ✓ реструктуризацию медицинской помощи по территориальным технологическим уровням ее оказания;
- ✓ внедрение общей врачебной практики;
- ✓ другие формы реструктуризации.

Сокращение коек проводится без снижения объема финансирования, гарантируемого нормативами бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя, с планированием (на территориальном уровне) штатной численности персонала организаций здравоохранения исходя из численности обслуживаемого населения. При сокращении коек приводятся или приближаются к санитарным нормам площади на одну больничную койку; определяются возможности использования высвобождаемых площадей для оказания населению амбулаторно-поликлинической, медико-социальной помощи, для долечивания пациентов после острого периода болезни.

Отдельные участковые больницы преобразуются в амбулатории общей врачебной практики с дневными стационарами.

Стационарозамещающие технологии являются одним из важнейших резервов в здравоохранении республики, сокращают высокочрезвычайные и неэффективные функции организаций здравоохранения по гостинично-коммунальному обслуживанию и в определенной мере питанию пациентов в больничных организациях.

Реструктуризация медицинской помощи по уровню интенсивности лечебно-диагностического процесса включает частичную структурную реорганизацию медицинской помощи с созданием больниц, отделений, палат: интенсивного лечения, долечивания (после завершения острого периода заболевания), медико-социальной помощи, а также подразделений медицинской реабилитации (на амбулаторном, стационарном и санаторном этапах).

Совершенствование медико-социальной помощи: укрепление материально-технической базы сельских организаций здравоохранения; оснащение сельских учреждений здравоохранения санитарным автотранспортом; создание больниц сестринского ухода; преобразование ФАПов в отделения врачебных амбулаторий; создание межрайонных медицинских центров; объединение во всех городах и одноименных сельских районах служб здравоохранения; обеспечение опережающего роста заработной платы сельских медиков; предоставление жилья для специалистов-медиков.

#### **14. Современная структура управления организациями здравоохранения**

1. В областных центрах и городах областного подчинения упразднены гор. здрав. отделы при горисполкомах.
2. Функции гор. здрав. отделов возложены на вновь созданные городские центральные поликлиники, городские больницы, родильные дома. Структура управления здравоохранением города и прикрепленного одноименного района во всех областях Республики Беларусь разная.
3. Здравоохранение города и одноименного района соединены в единое целое с подчинением центральной поликлинике.
4. Сельское население одноименного района прикреплено к городским поликлиникам либо к их филиалам.
5. Сельское население прикрепляется к городским поликлиникам по секторальному принципу с учетом комплексного оказания медицинской помощи и транспортных маршрутов.

---

1. Служба скорой медицинской помощи централизована. Станция скорой медицинской помощи одноименного района вошла в состав городской станции.

2. Городские ЦГЭ и ОЗ стали именоваться как зональные ЦГЭ и ОЗ.

3. Районные ЦГЭ и ОЗ одноименных районов ликвидированы.

4. Другие районные ЦГЭ и ОЗ стали именоваться как зональные.

5. Функции управления в сельском районе возложены на главного врача ЦРБ и его заместителей.

6. ФАПы вошли в состав врачебных амбулаторий.

7. В ЦРБ организованы 4 основные лечебные отделения: хирургическое, терапевтическое, педиатрическое, акушерско-гинекологическое. При численности населения более 30 000 могут организовываться и другие отделения: инфекционное, неврологическое, ЛОР, офтальмологическое, травматологическое.

---

---

**Лекция № 17. СИСТЕМА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА. ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**Учебные вопросы**

1. История развития акушерско-гинекологической помощи.
2. Система охраны материнства и детства.
3. Основные задачи родильного дома.
4. Структура женской консультации
5. Цели и задачи женской консультации
6. Задачи регистратуры.
7. Обязанности врача акушер-гинеколога участкового.
8. Принципы и особенности работы женской консультации.
9. Диспансеризация беременных.
10. Перинатальная охрана плода.
11. Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам.
12. Диспансерное наблюдение родильниц.
13. Материнская смертность.
14. Группы диспансерного наблюдения.
15. Модель конечных результатов (МКР) для женской консультации.
16. Организация гинекологической помощи и вопросы диспансеризации.
17. Виды реабилитации гинекологических пациентов.
18. Медицинская документация.
19. Аборт как социально-гигиеническая проблема.
20. Организация акушерской помощи в стационаре родильного дома.
21. Организация специализированной помощи женщинам.
22. Санитарно-гигиенический режим роддома.
23. Организация стационарной гинекологической помощи.
24. Показатели и модель конечных результатов (МКР) для гинекологических, акушерских и неонатологических отделений.
25. Основы законодательства по охране материнства и детства.
26. Из «Трудового кодекса» Республики Беларусь.

**1. История развития акушерско-гинекологической помощи**

В Российской империи в XVII-XVIII вв. в наиболее крупных городах практиковали *иностранные акушерки*, которые оказывали помощь преимущественно женщинам-роженицам из высших классов. Большинство

населения по-прежнему широко пользовалось услугами *повивальных бабок*. Фактически, их деятельность не контролировалась законом.

**Первые законодательные акты** были изданы при *Петре I*. По предложению *П.З.Кондоиди*, Сенат издал указ «О порядочном учреждении бабичьева дела в пользу общества» (1754). В Москве и Петербурге были созданы «**бабичьи школы**» (1757). В них готовили «присяжных бабок» – акушерок («образованных повивальных бабок»). За 20 лет Московская школа подготовила всего 35 повивальных бабок, из них только 5 русских. В 1761 г. был открыт **первый роддом** в Москве, а в 1771 г. – в Петербурге. Затем были открыты воспитательные дома для сирот и подкидышей с повивальными школами, а также стационаром для оказания родильной помощи.

Началом **стационарной акушерско-гинекологической помощи и научного преподавания акушерства** стало открытие в Петербурге родильного госпиталя на 20 коек, а при нем - повивальной школы (1797).

В конце XVIII в. – начале XIX в. в белорусских городах была введена должность повивальной бабки на государственной службе. Их готовили в Белостокском повивальном институте, в Вильно (в университете, а затем в МХА), в повивальных институтах Москвы и Петербурга, со второй половине XIX в. – в повивальных школах Могилева и Гродно.

Но родовспоможение на большей части Российской империи по-прежнему находилось в руках народных знахарок. Это было одной из причин очень **высокой смертности** матерей и детей. Ежегодно погибало более 30 тысяч женщин детородного возраста. В 1913 г. из одной тысячи родившихся детей 273 умирало на первом году жизни.

До конца XIX в. системы родовспоможения в сельской местности не существовало. **Земская медицина** также полностью не удовлетворяла потребность населения в акушерско-гинекологической помощи из-за катастрофического дефицита медицинских кадров. Одна родильная койка приходилась на 10 000 женщин чадородного возраста. В Петербурге в 1868 г. было только 125 родильных коек. Женщина из родильного приюта выписывалась через 6 часов после родов. В 1878 г. земское собрание решает пригласить на каждый врачебный участок акушерку. При отсутствии дипломированных повивальных бабок, приглашали бабок-повитух, самоучек.

В то время, как повивальное искусство сформировалось в научное акушерство и достигло значительного уровня развития, гинекология находилась в зачаточном состоянии. Выделение гинекологии в специальную медицинскую дисциплину произошло только в середине XIX в.

В России **первые гинекологические отделения** были открыты в Петербурге (1842) и Москве (1875). Развитие науки в целом, а также дос-

---

тижения медицины и фармации позволили проводить достаточно сложные гинекологические операции. Во многом успешное развитие акушерства и гинекологии и расширение родильной помощи было обусловлено введением в медицину наркоза и анестезии, принципов асептики и антисептики и развитию трансфузиологии.

## **2. Система охраны материнства и детства**

Вопросы охраны здоровья женщин и детей прямо или косвенно отражены в статье 32 Конституции Республики Беларусь: «Брак, семья, материнство, отцовство и детство находятся под защитой государства». Одной из фундаментальных по своему значению статей Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» является статья 3, в которой определены основные принципы государственной политики в области охраны здоровья населения. Среди них: приоритетное медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение детей и матерей. Женщинам создаются условия, позволяющие сочетать труд с материнством, обеспечивается правовая защита, материальная и моральная поддержка материнства и детства. Беременной женщине гарантируется медицинское наблюдение в государственных организациях здравоохранения, стационарная медицинская помощь во время и после родов, а также лечебно-профилактическая помощь и медицинское наблюдение за новорожденными. Государство гарантирует беременным женщинам, кормящим матерям, а также детям в возрасте до трех лет полноценное питание.

Искусственное оплодотворение (экстракорпоральное оплодотворение, подсадка эмбриона, искусственная инсеминация) проводится в организациях здравоохранения по письменному заявлению женщины. Операция искусственного прерывания беременности (аборт) сроком не более 12 недель проводится по желанию женщины. Медицинская стерилизация в целях лишения способности к воспроизводству потомства проводится только по письменному заявлению.

Медицинское обслуживание детского населения осуществляется детскими поликлиниками, отделениями и консультациями.

Помощь женскому населению оказывается в женских консультациях и акушерско-гинекологических кабинетах/отделениях.

В республике работают консультации «Брак и семья» и медико-генетические консультации.

Важнейшим направлением развития здравоохранения остается охрана материнства и детства.

---

Система ОМД представляет собой взаимосвязанные комплексы медико-социальных мероприятий по обеспечению здоровья матери, плода, новорожденного ребенка и детей. Эти комплексы реализуются поэтапно.

1. Медико-социальная подготовка женщин к материнству.
2. Антенатальная охрана плода.
3. Интранатальная охрана плода.
4. Охрана здоровья новорожденных.
5. Охрана здоровья детей в дошкольный период.
6. Охрана здоровья детей в период школьного возраста.

Акушерско-гинекологическая помощь оказывается женщинам в специализированных организациях амбулаторного и стационарного типа. В городах: а) объединенный родильный дом с женской консультацией; б) женская консультация самостоятельная; в) женская консультация в составе МСЧ; г) гинекологический кабинет в составе поликлиники или МСЧ; д) родильное отделение общих больниц; е) гинекологическое отделение общих больниц; ж) гинекологическая больница; з) медико-генетическая консультация; и) акушерско-гинекологическая клиника медвуза; к) НИИ акушерства и гинекологии.

В сельской местности: а) родильные отделения областных, межрайонных и районных больниц; б) акушерско-гинекологические кабинеты; в). фельдшерско-акушерские пункты.

С 1949 г. основным типом акушерско-гинекологических организаций является родильный дом, имеющий, как правило, в своем составе женскую консультацию, акушерское и гинекологическое отделения.

### **3. Основные задачи и функции родильного дома**

1. Оказание высококвалифицированной акушерской стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи женщинам при беременности, в родах и послеродовом периоде.
2. Обеспечение ухода и квалифицированной медицинской помощи новорожденным детям в период пребывания в роддоме.
3. Организация раннего выявления, предупреждения и лечения гинекологических заболеваний.
4. Мероприятия по борьбе с мертворождаемостью и недонашиваемостью, младенческой смертностью, материнской смертностью, абортами.
5. Пропаганда, направленная на борьбу с абортами и пропаганду противозачаточных средств с целью предупреждения нежеланной беременности, на соблюдение правил личной гигиены.
6. Систематическое повышение врачебных знаний.

**Для решения этих задач родильные дома осуществляют:**

1. Обслуживание женщин в женских консультациях по территориально-участковому принципу.
2. Организуют и проводят профосмотры среди женщин с целью выявления хронических воспалительных заболеваний, доброкачественных и злокачественных опухолей, гонореи и т.д.
3. Осуществляют своевременную диагностику и своевременное взятие на учет женщин в ранние сроки беременности (до трех месяцев).
4. Проводят экспертизу трудоспособности.
5. Диспансеризуют всех женщин с отягощенным женским анамнезом (кесарево сечение и т.д.).
6. Осуществляют учет женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями.
7. Составляют комплексные планы по оздоровлению женщин.
8. Оказывают социально-правовую помощь женщине.
9. Осуществляют связь с другими лечебно-профилактическими организациями (и прежде всего, с детской поликлиникой).
10. Проводят санитарно-просветительскую работу и работу по формированию здорового образа жизни.

**4. Структура женской консультации**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Гардероб.                                     | 13. Кабинет для инъекций.  |
| 2. Зал ожидания.                                 | 14. Лечебно-диагностические кабинеты.                                |
| 3. Регистратура.                                 | 15. Кольпоскопический кабинет.                                       |
| 4. Кабинеты акушер-гинекологов участковых.       | 16. Физиотерапевтические кабинеты.                                   |
| 5. Кабинет детской гинекологии.                  | 17. Кабинет электрогрязеления.                                       |
| 6. Кабинет терапевта.                            | 18. Административные кабинеты.                                       |
| 7. Кабинет контрацепции.                         | 19. Кабинет ЛФК.   |
| 8. Кабинет сексопатолога.                        | Кабинет по проведению физиопсихопрофилактической подготовки к родам. |
| 9. Кабинет стоматолога.                          |  |
| 10. Кабинет по лечению бесплодия.                |  |
| 11. Социально-правовой кабинет.                  |  |
| 12. Операционная малая (для диатермокоагуляции). |  |

**5. Цели и задачи женской консультации**

Женские консультации осуществляют обслуживание женщин по территориально-участковому принципу: они проводят экспертизу трудоспособности; организуют профосмотры среди женщин с целью выявления



хронических воспалительных заболеваний, опухолей, гонореи и т.д.; осуществляют своевременную диагностику и взятие на учет женщин в ранние сроки беременности (до трех месяцев); диспансеризуют всех женщин с отягощенным женским анамнезом (кесарево сечение и т.д.); учитывают женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями; составляют комплексные планы по оздоровлению женщин; оказывают социально-правовую помощь женщине; обеспечивают преемственность с другими организациями здравоохранения (и прежде всего, с детской поликлиникой); ведут работу по формированию здорового образа жизни; проводят антенатальную охрану плода, оказание лечебно-профилактической помощи женщине во время беременности и после родов; организуют гинекологическую помощь и профосмотры с целью раннего выявления гинекологических заболеваний.

**Важное значение имеет:** проведение психопрофилактической подготовки к родам и мероприятий по снижению материнской смертности, мертворождаемости и ранней смертности; предупреждение развития поздних токсикозов у женщин; активное выявление, взятие на учет и динамическое наблюдение беременных в ранние сроки (до 12 недель). Значимое место занимает профилактика недонашиваемости (недоношенность - роды при сроке беременности менее 37 полных недель (менее 259 дней). Заметим, что доношенность – роды при сроке беременности от 37 до 42 полных недель (259-293 дня), а переношенность - роды при сроке беременности в 42 полные недели или более (294 дня и более).

К другим мероприятиям относится:

- ✓ оказание социально-правовой помощи,
- ✓ изучение условий труда и быта работающих женщин,
- ✓ мероприятий по борьбе с абортами и дача рекомендаций по использованию противозачаточных средств,
- ✓ пропаганда медико-гигиенических знаний и формирование здорового образа жизни.

## **6. Задачи регистратуры**

### **Задачи регистратуры женской консультации:**

- Организация предварительной и неотложной записи женщин на прием к врачу как при их непосредственном обращении в женскую консультацию, так и по телефону.
- Обеспечение регулирования интенсивности потока пациентов с целью создания равномерной нагрузки врачей.
- Обеспечение своевременного подбора и доставки медицинской документации в кабинеты врачей.

- Правильное и качественное ведение и хранение документации в картотеке регистратуры ЖК.

### **7. Обязанности врача акушер-гинеколога участкового**

**При первом обращении женщины врач акушер-гинеколог обязан:**

- ✓ Собирать анамнез.
- ✓ Провести общий осмотр женщины .
- ✓ Провести общее и специальное акушерское обследование
- ✓ Назначить обследование

**Обязанности врача акушер-гинеколога участкового:**

- Проводить лечебно-диагностические мероприятия.
- Раннее выявление беременных женщин.
- Выявлять беременных женщин, нуждающихся в своевременной госпитализации.
- Проводить психопрофилактическую и физическую подготовку беременных к родам.
- Профилактические осмотры женского населения.
- Отбор гинекологических пациентов на санаторно-курортное лечение.
- Предоставлять услуги по планированию семьи.
- Предоставлять своевременно отпуска по беременности и родам.
- Проводить экспертизу временной нетрудоспособности.
- Проводить санитарно-просветительную работу.
- Вести учетно-отчетную документацию.

После посещения женщины врач (акушерка) вносит соответствующую запись в «Книгу записей вызова врачей на дом» (ф. 031/у), «Медицинскую карту амбулаторного больного» (ф. 025/у), или «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (ф. 111/у).

### **8. Принципы и особенности работы женской консультации**

1. Женская консультация работает по участково-территориальному принципу. Один акушерский участок включает территориально приблизительно 2 терапевтических участка. За каждым акушер-гинекологом закрепляется участок обслуживания. Норма - 1000-1500 женщин в возрасте от 15 лет и старше или 2000-2500 женщин всех возрастов.

2. Работа строится по скользящему графику.

3. Принцип чередования. Через каждые 1,5-2 года акушер-гинеколог работает по 3-4 месяца в стационаре. Кроме того, 2 раза в месяц дежурит в стационаре объединенного или прикрепленного родильного дома.

4. Повышение уровня квалификации посредством участия в клинико-анатомических и теоретических конференциях.

### **9. Диспансеризация беременных**

Диспансерное наблюдение за беременными предусматривает пути их выявления, проведение медосмотров, ведение медицинской документации, определение группы риска, антенатальную охрану плода, физиопсихопрофилактическую подготовку к родам и т.д.

Выявление беременных проводится в основном двумя путями: при самостоятельном обращении женщин в женскую консультацию; при проведении профилактических осмотров в поликлиниках, женских консультациях, в здравпунктах и МСЧ предприятий.

Все беременные женщины подлежат диспансеризации. Каждый акушер-гинеколог женской консультации должен стремиться к, возможно, более раннему взятию всех беременных под меднаблюдение.

Позднее обращение беременных в женскую консультацию не позволяет акушер-гинекологу своевременно выявить возможную патологию в течении беременности. Эффективность его работы в этом случае снижается в 2 раза.

Ранние сроки - до 12 недель беременности. При первом обращении беременной в консультацию на нее заводят "Индивидуальную карту беременной и родильницы".

При нормальном течении беременности женщина посещает консультацию 1 раз в месяц в первую половину беременности, 2 раза (после 20 недели) во вторую и после 32 недель - 3-4 раза в месяц. В среднем до родов беременная должна 14-16 раз посетить консультацию.

В "Индивидуальной карте беременной и родильницы" составляется и записывается индивидуальный план наблюдения. "Карты" хранятся в кабинете каждого врача акушер-гинеколога в картотеке по месяцам и датам назначенного последующего посещения. Должны быть еще 3 отдельных ячейки для карт: родивших; подлежащих патронажу женщин; госпитализированных беременных.

Каждая беременная дважды осматривается терапевтом. В первую половину беременности терапевт определяет состояние жизненно важных органов беременной. Т.о. он решает вопрос о сохранении беременности. Во вторую половину беременности терапевт выявляет заболевания; определяет необходимость госпитализации; выбирает (при наличии экстрагенитальной патологии) специализированное учреждение для родоразрешения.

Женщина осматривается также стоматологом. При необходимости производится санация полости рта. Врачи других специальностей: ЛОР,

невропатолог, окулист, эндокринолог и др. консультируют беременную женщину при показаниях. В период беременности 3-4 раза исследуется моча и кровь. Определяется резус-принадлежность крови.

В "Индивидуальную карту беременной и родильницы" при первом обращении беременной заносят данные анамнеза. Особое внимание следует уделить исходу предыдущих беременностей и родов, особенностям менструальной функции, состоянию ее здоровья. В "Карту" заносятся также данные общего осмотра женщины, роста, массы тела, размеров таза, артериального давления на обеих руках; данные специального гинекологического осмотра.

Беременные, страдающие туберкулезом, диабетом, сердечно-сосудистыми и венерическими заболеваниями, невынашиванием беременности, болезнью Боткина, находятся одновременно под наблюдением соответствующих врачей-специалистов. Для родоразрешения такие пациентки направляются, как правило, в специализированные родильные отделения.

При каждом повторном осмотре необходимо обращать внимание на режим труда, отдыха, питания и физкультуру, выявлять наличие явных и скрытых отеков. Особое внимание следует обращать на функциональное состояние плода: его шевеление, сердцебиение, а также предполагаемую его массу.

При необходимости выдаются справки о переводе на легкую или безвредную работу. Такой перевод в соответствии с врачебным заключением осуществляется при любом сроке беременности. Для решения вопроса о трудоустройстве беременных используются "Гигиенические рекомендации к рациональному трудоустройству беременных женщин". Листки нетрудоспособности регистрируются в "Книге регистрации листков нетрудоспособности".

Связь женской консультации со стационаром роддома осуществляется при помощи "Обменных карт родильного дома, родильного отделения больницы", которые являются составной частью индивидуальных карт. В женской консультации в обменную карту заносятся следующие данные: анкетные сведения, даты первого и последнего посещений, данные последних лабораторных и инструментальных исследований, консультации врачей других специальностей, динамика веса, АД, время иммунизации стафилококковым анатоксином, срок предполагаемых родов. Она выдается на руки беременной. В стационаре в обменную карту заносятся данные о течении родов и послеродового периода, состояние женщины при выписке, сведения о ребенке (масса, рост, состояние при выписке, лечебные мероприятия).

Патронаж осуществляется с целью обследования жилищно-бытовых условий беременной, контроля за соблюдением рекомендованного врачом режима, обучения правилам личной гигиены. Он проводится, как правило, силами средних медработников. Для патронажа отбираются также карты не явившихся в назначенный срок женщин. Патронаж на дому производится по назначению врача. Первый патронаж осуществляется через 2 недели после взятия беременной на учет в женскую консультацию. Для полноценного патронажа на дому акушерка берет с собой тонометр, фонендоскоп, сантиметровую ленту, акушерский стетоскоп и пробирки для кипячения мочи. Записи о результатах патронажа заносятся в "Карту". В некоторых случаях патронаж на дому проводится врачом акушер-гинекологом.

После клинико-социального и лабораторного обследования (до 12 недель беременности) определяется принадлежность беременной к той или иной группе риска в зависимости от суммарной оценки вредных перинатальных факторов.

1. Группа высокого риска включает женщин с суммарной оценкой вредных перинатальных факторов в 10 баллов и выше.

2. Группа среднего риска - 5-9 баллов.

3. Группа низкого риска - до 4 баллов.

В зависимости от степени риска обеспечивается маркировка индивидуальных карт беременных. При наличии у беременной 10 баллов и выше решается вопрос о целесообразности сохранения беременности.

## **10. Перинатальная охрана плода**

Перинатальная охрана плода – важнейшая задача, т.к. родившийся ребенок должен быть не только живым, но и здоровым. Уровень ее характеризуется качеством взаимодействия и преемственности в оказании медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденному. Он отражается в показателе перинатальной смертности.

Перинатальная смертность – показатель частоты общей потери жизнеспособных плодов, погибших внутриутробно (до начала родовой деятельности), в момент рождения, а также новорожденных, умерших в первую неделю жизни (168 ч.). Рассчитывается показатель на 1000 родившихся живыми и мертвыми. Объединение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности в общий показатель обусловлено наличием единства этиологических причин и патогенетических механизмов, которые в зависимости от обстоятельств могут привести к гибели плода в период внутриутробной жизни, в момент родов или в первые дни после родов. Уровень перинатальной смертности позволяет в определенной степени оценить деятельность организаций родовспоможения.

На каждый случай перинатальной смертности ребенка (плода) заполняется свидетельство о случае перинатальной смерти (ф. № 106-2/у). Направляется в 3-х дневный срок для регистрации в ЗАГС. Среди детей, погибших в перинатальный период, 60 % составляют недоношенные дети.

По данным отдельных научных исследований, непосредственными причинами перинатальной смертности являются асфиксия, родовая травма, пороки развития, гемолитическая болезнь, врожденные инфекции; прочие причины.

Клинико-анатомический анализ случаев перинатальной смертности показывает, что к указанным выше непосредственным причинам смерти плода приводят заболевания матери, не связанные с беременностью, токсикозы беременности, различная патология пуповины и плаценты, неправильные положения плода, длительный безводный период, слабость родовой деятельности. Следовательно, при разработке мероприятий по профилактике перинатальной смертности особое внимание необходимо обращать на оздоровление организма женщины до и во время беременности, а также на повышение качества медицинской помощи беременным и новорожденным. Из послеродовых осложнений чаще встречаются кровотечения, травматические повреждения родовых путей, септические заболевания и эндокринные нарушения.

Причинами смертности новорожденных являются:

1. Дыхательные расстройства и другие респираторные состояния.
2. Врожденные аномалии.
3. Родовые травмы.
4. Внутриматочная гипоксия и асфиксия в родах.
5. Врожденная пневмония.
6. Гемолитическая болезнь.
7. Приобретенная пневмония.

### **11. Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам**

Обучение беременных женщин правилам личной гигиены, а также физическая и психопрофилактическая подготовка их к родам.

Физическая подготовка проводится групповым методом. В консультации женщины осваивают специальный комплекс упражнений, который рекомендуется выполнять дома до смены этого комплекса новым. Проводится также ультрафиолетовое облучение беременных.

В женской консультации функционирует "Школа матери" (с 16 недель беременности.) и "Школа будущих отцов". Целью занятий является подготовка беременных и ее близких родственников к будущему материнству и уходу за ребенком.

Во второй половине беременности (34-35 нед.) с женщинами проводится 5-6 (не более 8-19 человек) занятий по физиопсихопрофилактической подготовке к родам. Цель - подготовить женщину к родам, научить правильно вести себя во время родов и уметь снимать болевой синдром во время родов.

### **12. Диспансерное наблюдение родильниц**

После родов рекомендуется начинать наблюдение за женщиной через 10-12 дней после выписки ее из акушерского стационара. При этом акушер-гинеколог знакомится с данными стационара (обменная карта, справка) о течении и исходе родов, выявляет жалобы, характер лактации и обращает особое внимание на состояние молочных желез, брюшной стенки и характер лохий. Вагинальное исследование производится по показаниям.

Патронажу подлежат: не явившиеся в консультацию через 10-12 дней после выписки из акушерского стационара; по указанию акушерского стационара; при осложненном течении послеродового периода; не явившиеся повторно в установленный срок.

У всех родильниц следует выяснять выполнение режима дня, специальных физкультурных упражнений, дать рекомендации по индивидуальному использованию противозачаточных средств. Повторное посещение осуществляется перед концом декретного отпуска.

### **13. Материнская смертность**

Материнская смертность представляет собой обусловленную беременностью смерть женщины, наступившую в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания. Это смерть от причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ведением. Но не от несчастного случая или случайно возникшей причины. Определение материнской смерти не зависит от продолжительности и локализации беременности.

Случаи материнской смерти следует подразделять на 2 группы:

1. Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами (осложнения беременности, родов и послеродового периода);
2. Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами (в результате ранее существовавшей болезни или болезни, возникшей в период беременности).

Живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности. Причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни. Такими признаками считается сердцебиение,

пульсация пуповины или определенные движения произвольной мускулатуры. Причем независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный.

Показатель материнской смертности – число умерших женщин от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 000 родившихся живыми. Заметим, что материнская смертность нарастает с возрастом.

Причинами материнской смертности являются:

1. Аборты вне лечебного учреждения.
2. Кровотечения при беременности и родах.
3. Токсикозы беременности.
4. Внематочная беременность.
5. Сепсис во время родов и послеродового периода.
6. Искусственный медицинский аборт.

#### **14. Группы диспансерного наблюдения**

I - здоровые женщины (беременные, женщины на вредных участках производства, механизаторы, животноводы, научные работники и т.д.) - своевременное предупреждение гинекологических заболеваний.

II- акушерская группа (женщины, у которых предыдущая беременность протекала с осложнениями типа мертворождаемости, кесарево сечение, токсикоз и др.).

III - гинекологическая группа (эрозия шейки матки, доброкачественные опухоли яичников, кистомы, фибромиомы, хронические воспалительные заболевания, женщины с расстройством менструального цикла и др.).

#### **15. Модель конечных результатов (МКР) для женской консультации**

1. Показатели результативности.
  - 1.1. Уровень качества (% к стандарту).
  - 1.2. Преждевременные роды (% к числу родов).
  - 1.3. Число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих.
  - 1.4. Аборты (число случаев на 1000 женщин детородного возраста)
2. Показатели дефектов.
  - 2.1. Материнская смертность (включая смертность от абортов) - число случаев на 100 000.
  - 2.2. Процентная доля беременных, ни разу не посетивших женскую консультацию (к числу родивших).
  - 2.3. Число родов, осложненных эклампсией (на 1000 родов).



- 2.4. Мертворождаемость и смерть новорожденных в первые 6 дней, зависящие от дефектов наблюдения беременной (случаев на 1000 родов).
- 2.5. Число пациентов с запущенными онкозаболеваниями гениталий и молочных желез (на 10 000 женщин).
- 2.6. Обоснованные жалобы (на 10 000 женщин).
  - 2.6.1. Деонтологические.
  - 2.6.2. Жалобы на низкое качество профилактики, диагностики и лечения.

Аналогичная модель конечных результатов (МКР) используется также и для территориального акушерско-гинекологического участка.

Некоторые нормативы акушерско-гинекологической помощи. На приеме: акушер-гинеколог принимает 5 человек в час, на дому - 1,25. Средняя занятость койки в году: в городе составляет 340 дней, на селе - 280-300 дней. На 1000 населения должно приходиться 1,2 родильных койки и 0,8 - гинекологических. Одна должность врача в акушерском отделении выделяется на 20 коек, в гинекологическом - на 25 коек. Врач-педиатр: в отделении новорожденных здоровых детей - на 35 коек, в обсервационном - 25, в отделении недоношенных - 20.

## **16. Организация гинекологической помощи и вопросы диспансеризации**

Гинекологические заболевания выявляются тремя путями: 1) при обращении женщин в женскую консультацию; 2) при профилактических осмотрах; 3) при осмотрах в женских смотровых кабинетах отделений профилактики амбулаторно-поликлинических учреждений.

С целью лучшего выявления гинекологической заболеваемости каждая женщина территориального участка должна быть осмотрена врачом или медсестрой 1 раз в течение года, каждая работница промышленного предприятия - 2 раза в год. С этой целью при поликлиниках организуются смотровые кабинеты в составе отделений профилактики. На промышленных предприятиях выделяются специальные дни медосмотров. Полученные данные заносятся в амбулаторную карту пациента.

Лечение гинекологических пациентов осуществляется в основном в женской консультации, но может быть организовано на дому, на здравпункте, в специализированных диспансерах и в поликлинике.

Для работы в процедурном кабинете может выделяться акушерка. Учет процедур производится в "Журнале учета процедур". На каждую женщину, первично обратившуюся в женскую консультацию, заводится "Медицинская карта амбулаторного пациента". Диагноз записывается так-

же в "Листке записи заключительных уточненных диагнозов", с которого заполняется "Талон амбулаторного пациента".

При выявлении серьезных нарушений со стороны женской половой сферы врач направляет женщину на госпитализацию или берет на диспансерное наблюдение. Диспансеризации требуют до 30 % гинекологических больных. На каждую женщину, подлежащую диспансерному наблюдению, заполняется "Контрольная карта диспансерного наблюдения" (ф. № 030/у). Диспансеризация прекращается после выздоровления пациента или в связи с выездом ее из района консультации. В женской консультации может быть организована малая операционная и комната для временного пребывания больных после операций.

Разновидности амбулаторных операций и манипуляций.

1. Биопсия шейки матки.
2. Аспирация (шприцом) содержимого полости матки для цитологического исследования.
3. Полипэктомия.
4. Диатермокоагуляция.
5. Гидротубация.
6. Введение внутриматочной спирали и др.

Операции регистрируются в "Журнале записи амбулаторных операций". При направлении к специалистам других лечебно-профилактических организаций женщине выдается "Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты".

Профилактическим осмотрам организованного населения подлежат женщины старше 18 лет, проживающие в районе деятельности консультации, работающие на промышленных предприятиях и в учреждениях, расположенных в районе деятельности. На этих лиц составляется "Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру", на осмотренных - "Карта профилактически осмотренного".

Максимальный уровень гинекологических заболеваний приходится на жителей в возрасте 30-39 лет. В структуре заболеваний более 80 % составляют воспалительные процессы женской половой сферы, нарушение менструального цикла и патология климакса (10-12 %), доброкачественные опухоли (8 %).

С целью организации лечебно-профилактической помощи работницам промышленных предприятий врачу акушер-гинекологу специально предусматриваются дни (часы). График работы согласовывается с руководством предприятия и доводится до сведения работающих женщин. Организовываются промышленные кабинеты, комнаты личной гигиены женщины.

---

К дополнительным обязанностям врача акушер-гинеколога относятся: изучение условий труда; оздоровление в профилактории; организация диетпитания; углубленный анализ заболеваемости с ВУТ; трудоустройство; проведение профосмотров (заполняется "Карта подлежащего периодическому осмотру"); организация санактива; внедрение профилактических мероприятий.

### **17. Виды реабилитации гинекологических пациентов**

1. Медицинская реабилитация – включает профилактику возможных осложнений и последствий заболеваний и травм.
2. Профессиональная – включает не только восстановление трудоспособности, но и ее профилактику, а также вопросы физиологии и психологии труда, трудового обучения, переквалификации.
3. Социальная реабилитация – исключает влияние социальных факторов на развитие и течение болезни.
4. Педагогическая реабилитация – проводит обучение в процессе реабилитации пациентов.

### **18. Медицинская документация**

1. Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам за 20\_\_ год.
2. Свидетельство о перинатальной смерти.
3. Индивидуальная карта беременной и родильницы.
4. Обменная карта.
5. Контрольная карта диспансерного наблюдения.
6. Медицинская карта амбулаторного пациента.
7. Тетрадь патронажной мед. сестры.
8. История родов.
9. История развития новорожденного.
10. Справка на новорожденного.
11. История болезни.

### **19. Аборт как социально-гигиеническая проблема**

Было время, когда искусственное прерывание беременности каралось смертной казнью. В Европе смертная казнь лиц, произведших аборт, была узаконена в XVI в. В конце XIX в. (по русскому законодательству) люди, прибегшие к аборту, карались тюремным заключением и ссылкой на каторгу. С 1920 по 1936 гг. было узаконено искусственное прерывание беременности в условиях больниц. Затем три десятилетия существовал запрет. С 1955 г. правительство отменило запрет абортот.

---

Аборт представляет собой грубое насильственное травматичное вмешательство. Оно вызывает обменные, гормональные и психологические сдвиги. Между тем, каждые 2 из 3-х женщин используют традиционные малоэффективные методы противозачатия.

Одной из важных причин самопроизвольных абортов в возрасте 15-16 лет принято считать недоразвитие внутренних половых органов, а также раннюю внебрачную половую жизни. К внебольничным абортам прибегают девушки по разным причинам, хотя ведущее место, по мнению специалистов, занимает боязнь огласки, а иногда настойчивые требования "виновника" беременности.

Искусственное прерывание беременности следует рассматривать как сложную операцию, чреватую грозными осложнениями. После аборта вероятность осложнений при беременности и в родах возрастает в 3 раза. К осложнениям абортов относят: угрожающие жизни кровотечения; острые воспалительные заболевания половых органов; внематочную беременность; сепсис.

При "подпольных" абортах, совершаемых зачастую невежественными людьми, повышается возможность прободения стенки матки с повреждением близлежащих образований - мочевого пузыря, кишечника, органов брюшной полости.

Весьма нежелательны и отдаленные последствия аборта - хронические воспалительные процессы с последующим развитием соединительной ткани, или спаек, серьезно осложняющих течение повторных беременностей и родов. После абортов увеличивается частота самопроизвольных выкидышей, невынашиваемости, чаще возникает слабость родовой деятельности. Серьезным осложнением искусственного аборта является бесплодие. У первородящих оно отмечается в 60 % случаев.

Медицинская статистика утверждает, что примерно 15 % супружеских пар бесплодны. Помочь им в состоянии медико-генетические центры "Брак и семья". В этих центрах стали применять экстракорпоральное оплодотворение, то есть выращивание эмбриона в пробирке с последующей подсадкой его женщине. Отцом будущего ребенка может стать и супруг и донор. Но основной задачей центра является диагностика врожденных пороков развития плода и прерывание в этой связи беременности. Их число растет. Новейшее оборудование позволяет вести исследования на хромосомном уровне.

Упомянутые вредные последствия усугубляются в еще большей степени при производстве первого аборта и особенно в период до окончательного развития внутренних половых органов.

---

Среди профилактических мер по отношению к абортам можно назвать дачу рекомендаций; пропаганду противозачаточных средств, их индивидуальный подбор, обучение пользованию.

Медицинскими показаниями к воздержанию от беременности являются:

1. При кесаревом сечении (или другие операции на матке) - не менее чем на 2 года после операции.
2. После родов - на 1 год.
3. После тяжелых общих заболеваний - на 1 год.
4. После аборта - на 6-8 месяцев.
5. При угрозе жизни - постоянно.

Охрана материнства и детства не исключает также планирование семьи. ВОЗ дает следующее определение: "планирование семьи - это контроль детородной функции для рождения только желанных детей". Планирование семьи является одним из важных путей сохранения здоровья населения и будущего поколения. Снижение рождаемости стало одной из важнейших проблем - экономической, демографической и политической. Общая тенденция снижения рождаемости до уровня малодетности (1-2 ребенка в семье). Такой уровень рождаемости по расчетам демографов не обеспечивает простого воспроизводства населения.

Фертильный (детородный), или репродуктивный, период жизни женщины исчисляется возрастом от 15 до 49 лет. Но нормальный, наиболее благоприятный для матери и ребенка является беременность, наступившая в возрасте 19-39 лет с интервалом между родами не менее 2,0-2,5 лет. Беременность является нормальным физиологическим состоянием и функцией здоровой женщины и способствует предупреждению женских и онкологических заболеваний.

Грамотное репродуктивное поведение и разумное планирование семьи во многом снижает заболеваемость женского населения. Слишком ранняя (до 19 лет) и слишком поздняя (старше 35 лет) беременность, а также слишком частые роды с интервалом менее 2,0-2,5 лет оказывают неблагоприятное влияние на женщину и ребенка.

Предупреждение беременности у женщин группы "повышенного риска", т.е. моложе 19 лет и многорожавших в возрасте 35-40 лет при интервалах между беременностями не менее 2,0-2,6 лет позволят снизить материнскую смертность в 2 раза, а раннюю детскую смертность в 4 раза.

## **20. Организация акушерской помощи в стационаре родильного дома**

Основная задача объединенного родильного дома: оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах и в послеродовом периоде, а также при гинекологических заболеваниях; оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными в период пребывания их в родильном доме. Помощь оказывается по территориальному принципу. Но беременная имеет право выбрать по желанию родовспомогательное учреждение.

При поступлении в стационар сведения о беременных и роженицах заносят в "Журнал приема беременных и рожениц". При этом заполняется "История родов". Дежурный врач знакомится с "Обменной картой".

Стационар состоит из 2 подразделений: гинекологического (40 %) и акушерского (родильного) отделения (60 % коечного фонда).

В акушерском стационаре имеется несколько отделений:

1. Приемно-пропускной блок.
  - 1.1. Зал ожидания.
  - 1.2. Справочное бюро.
  - 1.3. Комната для персонала.
  - 1.4. Фильтр, в котором акушерки осматривают кожные покровы, зев, измеряют температуру и др.
  - 1.5. Две смотровых комнаты: для здоровых и пациентов.
  - 1.6. Два санпропускника.
  - 1.7. Две выписных: для здоровых и для пациентов.
2. Физиологическое (первое) акушерское отделение (50-55 % от всех акушерских коек).
3. Отделение (или палаты) для беременных с патологией беременности (25-30 % общего числа акушерских коек).
4. Обсервационное (второе) акушерское отделение (20-25 % коек).
5. Отделения (или палаты) для новорожденных детей в составе первого и второго акушерского отделения.

По существующим нормативам на акушерские койки приходится 60 % всего коечного фонда в родовспомогательных учреждениях и до 40 % - на гинекологические.

Прием рожениц ведет врач. В дневные часы - врачи отделений. С 13<sup>30</sup> - дежурные врачи. Здесь женщину осматривают, измеряют ее рост, массу тела, размеры таза, производят влагалищное исследование, исследование мочи на белок и т.д. Осуществляется санобработка.

В каждом акушерском отделении имеется: родовой блок, послеродовые палаты и палаты для новорожденных. В акушерском отделении основ-

ной структурной единицей является родовой блок, который включает в себя: предродовые палаты (10-12 % коек); родовой зал (число рахмановских кроватей - 6-8 % от коек в отдел); малая и большая операционные; изолятор для тяжелобольных, эклампсии; процедурный кабинет.

Мероприятия в предродовой палате сводятся к медицинскому наблюдению, измерению АД через каждые 2-3 часа, определению группы крови и содержанию гемоглобина в ней, медикаментозной терапии (по показаниям), наблюдению за сердцебиением плода, мониторинговому контролю за его состоянием (по показаниям).

Родовой блок оснащен оборудованием: централизованная подача кислорода, дыхательная и наркозная аппаратура, дефибриллятор, аппарат Вита, электроотсос, бактерицидные лампы, необходимый инструментарий и т.д. Как правило, имеется 2 родовых блока с целью производства периодической санитарной обработки.

Организация труда врачей и медицинских сестер заключается в следующем. Неосложненные роды при головном предлежании принимаются акушерской, все остальные роды – врачом. Малая и большая операционные должны быть оснащены всем необходимым для обработки разрывов промежностей, ручного отделения последа, кесарева сечения, ампутации матки.

Первый туалет новорожденного, обработка глаз, измерение длины и массы тела ребенка производится акушеркой в родовом блоке. Через 2-2,5 часа женщина переводится в послеродовое отделение. Новорожденный - в палату для новорожденных. Кровати матери и ребенка имеют один и тот же номер.

Послеродовое отделение. Палаты заполняются по циклическому методу, т.е. женщины одновременно поступают и одновременно выписываются, после производится уборка. Частота - 1 раз в 7-9 дней. Температура - 20-22<sup>0</sup>С. Имеются также кабинеты: смотровой, процедурный, инъекционный, пост дежурной медсестры, буфет, столовая, кабинет заведующего отделением, кабинет старшей медсестры.

Отделение новорожденных. Число детских коек в отделении новорожденных должно соответствовать числу материнских коек в послеродовом отделении. Причем 10-12 % коек выделяется для недоношенных и ослабленных детей. Во втором акушерском отделении должны быть боксированные палаты. Для организации полноценного ухода на каждую детскую кровать должно приходиться не менее 2,5 м<sup>2</sup>. Медицинское наблюдение и уход за новорожденными обеспечивают врач-неонатолог и квалифицированные медицинские сестры.

В этом отделении больше, чем в каком-либо другом, необходимо строгое соблюдение правил гигиены и асептики. Большое значение имеет правильное кормление детей. Ежедневно данные наблюдения за ребенком вносятся врачом в историю развития ребенка. Домой выписывают только здоровых детей. Глубоко недоношенных и больных детей переводят в специализированные детские отделения. О дне выписки ребенка домой обязательно телефонограммой сообщают в районную детскую поликлинику.

На 1 детскую кровать приходится не менее  $2,5 \text{ м}^2$  для доношенных и  $3,5 \text{ м}^2$  для недоношенных. При этом температура  $20-22^{\circ}$  и  $22-23^{\circ}$ , соответственно. Детские палаты оснащены кроваткам, грелками, кюветами и т.д.

Обсервационное отделение должно быть строго изолировано. При переходе из одного отделения в другое одевается спецхалат. Длительность пребывания 16-17 дней. В отделении новорожденных имеются боксированные палаты.

#### **Показания для перевода в обсервационное отделение.**

**В обсервационное отделение из других отделений переводятся беременные, роженицы и родильницы, имеющие:**

- ✓ повышение температуры тела в родах до  $38$  градусов и выше (при трехкратном измерении через каждый час);
- ✓ лихорадку более одних суток (температура тела до  $37,5$  градусов) неясного генеза;
- ✓ послеродовые воспалительные заболевания (эндометрит, мастит, раневая инфекция и др.);
- ✓ проявления экстрагенитальных воспалительных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (ОРВИ, ангина, герпес и др.).

В отделение патологии беременности госпитализируются беременные с экстрагенитальными заболеваниями; с осложнениями беременности; с неправильным положением плода; с отягощенным акушерским анамнезом. В этом отделении работает также терапевт родильного дома, используются методы функциональной диагностики.

Рекомендуется иметь небольшие палаты и распределять женщин по профилю патологии. Очень важно иметь крытые веранды для дневного сна и прогулок. Необходимо предусмотреть безотказную подачу кислорода и организацию рационального диетического питания.

#### **21. Организация специализированной помощи женщинам**

В борьбе за дальнейшее снижение материнской и перинатальной смертности и улучшение качества обслуживания беременных совершенствуются организационные формы работы акушерских стационаров. С этой целью развернуты специализированные отделения в родильных домах для



беременных женщин, страдающих сердечно-сосудистой патологией, туберкулезом, диабетом, болезнью Боткина; для беременных с несовместимостью крови матери и плода по резус-фактору; с угрозой преждевременных родов. Эти отделения и родильные дома оборудованы специальными отделениями для недоношенных детей. Стали создаваться также специализированные стационары, отделения и палаты для выхаживания недоношенных детей и квалифицированного лечения больных новорожденных при детских больницах.

Наряду со специализацией стационарной акушерской помощи женским консультациям было рекомендовано организовать специализированные приемы по профилактике и лечению недонашивания беременности, бесплодия, для беременных с несовместимостью крови матери и плода по резус-фактору, а также для гинекологических пациентов (эндокринологические нарушения), пациентов с воспалительными заболеваниями, новообразованиями, для девочек, страдающих гинекологическими заболеваниями и т.д.

## **22. Санитарно-гигиенический режим роддома**

Осуществляется в целях профилактики гнойно-септических заболеваний беременных, рожениц, родильниц и новорожденных.

1. Строгая изоляция пациентов от здоровых при поступлении и во время пребывания рожениц в роддоме.
2. Перед началом работы персонал принимает душ, надевает специальную одежду и обувь, стерильные маски, производится санация зева.
3. Систематический осмотр стоматолога.
4. Персонал 1 раз в квартал осматривают на бациллоносительство.
5. Посетителей не пропускают в родильное отделение.
6. Послеродовые и детские палаты заполняются циклично.
7. Дважды в год осуществляется профилактическая санобработка всего родильного дома.
8. Обеспечивается правильная организация ухода за родильницами и новорожденными.
9. Достаточная обеспеченность отделений бельем.
10. Строгое соблюдение медицинским персоналом правил личной гигиены и регулярный врачебный контроль за здоровьем персонала.

### **Методы санитарного просвещения и ФЗОЖ**

- ✓ Индивидуальные и групповые беседы на приеме у врача (в основном с беременными).
- ✓ Занятия в «Школе материнства» (с 15 – 16 недель беременности).

- ✓ Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам (32 – 34 недели беременности).
- ✓ Для будущих отцов организуются занятия по программе «Школа отцов».
- ✓ Совместные занятия беременных и их мужей.

Выполнение этих правил является необходимым условием для профилактики инфекционных заболеваний. Это особенно важно в настоящий период, т.к. появилось значительное число устойчивых к антибиотикам и сульфаниламидам штаммов бактерий.

### **23. Организация стационарной гинекологической помощи**

Гинекологическое отделение занимает 25-30 % коек. Обычно гинекологическое отделение должно иметь, как правило, три профиля коек: для оперативных и консервативных методов лечения и для искусственного прерывания беременности.

1. Консервативное (организуется как терапевтическое отделение).
2. Оперативное (организуется как хирургическое отделение), оно отделение подразделяется на чистое и гнойное.
3. Искусственное прерывание беременности.

Если невозможно выделить самостоятельные отделения, желательно максимальное разобщение больных указанных профилей по палатам, особенно онкогинекологических и больных с воспалительными процессами. В гинекологическом отделении обычно развертываются перевязочная, манипуляционная. Малая и большая операционные, физиотерапевтический кабинет и выписная комната. В последние годы стали создаваться специализированные гинекологические стационары. Прежде других был выделен онкогинекологический стационар. Наряду с этими отделениями в родильном доме имеются клиническая лаборатория, аптека, пищеблок с буфетами и раздаточными во всех отделениях, хозяйственная и подсобная служба.

### **24. Показатели и модель конечных результатов (МКР) для гинекологических, акушерских и неонатологических отделений**

1. Показатели результативности (ПР).
  - 1.1. Уровень качества.
  - 1.2. Летальность.
  - 1.3. Послеоперационная летальность.
2. Показатели дефектов (ПД).
  - 2.1. Расхождение клинико-анатомических диагнозов (% к умершим).
  - 2.2. Послеоперационные осложнения (% к оперированным).

- 2.3. Повторная госпитализация в связи с осложнением, преждевременной выпиской по вине отделения (% к госпитализированным).
- 2.4. Несвоевременное направление на МРЭК (% к подлежащим освидетельствованию).
- 2.5. Досуточная летальность.

Заметим, что названные показатели используются и в стационарах других профилей. В роддомах и акушерских отделениях дополнительно к ним применяются также материнская смертность, мертворождаемость, частота послеродовых осложнений.

Модель конечных результатов (МКР) для неонатологов родильных домов или акушерских отделений включает:

1. Показатели результативности.
  - 1.1. Уровень качества.
  - 1.2. Средняя длительность пребывания новорожденного в родильном доме.
  - 1.3. Летальность новорожденных в родильном доме (% к родившимся живыми).
2. Показатели дефектов.
  - 2.1. Заболеваемость новорожденных в первые 10 дней жизни (случаев на 100 новорожденных).
  - 2.2. Досуточная летальность новорожденных от синдрома дыхательных расстройств, обусловленного ателектазами легких (случаев на 100 новорожденных).
  - 2.3. Число случаев выписки новорожденных без предварительного сообщения о выписке медработникам по месту жительства ребенка (на 100 выписанных).

## **25. Основы законодательства по охране материнства и детства**

Охрана материнства и детства является приоритетным направлением здравоохранения Беларуси. Закон "О здравоохранении" определил, с одной стороны – правовые, экономические и социальные основы охраны здоровья женщин Беларуси, с другой - социальный и правовой статус системы здравоохранения.

Закон гарантирует:

1. Материнство и детство охраняется государством.
2. Создаются условия, позволяющие женщинам сочетать труд с материнством.
3. Обеспечивается правовая защита, материальная и моральная поддержка.
4. Осуществляется защита прав и интересов ребенка.

5. Женщине предоставлено право самой решать вопросы о материнстве.

В женской консультации предусмотрено функционирование социально-правового кабинета. В этом кабинете работает, как правило, юрист. Он выполняет ряд функций.

1. Юрист разъясняет женщинам существующее законодательство.
  2. Разрешает конфликты между женщиной и администрацией.
  3. Даёт санкцию на аборт при первой беременности.
  4. Решает вопросы удочерения и усыновления.
  5. Участвует в улучшении условий быта женщины.
  6. Проводит работу в школе молодоженов.
- Разыскивает нерадивых отцов, уклоняющихся от уплаты алиментов.

### **26. Из "Трудового Кодекса" Республики Беларусь**

Не допускается привлечение беременных женщин и женщин, имеющих детей в возрасте до 3-х лет: к работам в ночное время; к сверхурочным работам; направление в командировку.

Беременным женщинам снижаются нормы выработки или они переводятся на другую работу с исключением неблагоприятных факторов. Причем сохраняется средний заработок по прежней работе. Аналогично для женщин, имеющих детей в возрасте до 1,5 лет.

Отпуск по беременности и родам предоставляется на 126 календарных дней. При осложнениях или рождении 2-х и более детей - 140 дней. Отпуск исчисляется суммарно. Перед или после названного отпуска женщинам предоставляется ежегодный отпуск. При усыновлении из родильного дома предоставляется отпуск до истечения 56 дней со дня рождения ребенка.

Запрещается отказывать беременным женщинам и женщинам имеющим детей в возрасте до 3 лет, а одиноким матерям – до 14 лет (ребёнка-инвалида – до 16 лет) в заключении трудового договора или снижать зарплату. Наниматель может выдавать беременным женщинам путёвки в санатории и дома отдыха бесплатно или на льготных условиях, а также оказывать им материальную помощь.

---

---

## Лекция № 18. ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

### Учебные вопросы

1. Историческая справка.
2. Сеть организаций здравоохранения, в которых оказывается медицинская помощь детскому населению.
3. Структура детской поликлиники и роль регистратуры в ее работе.
4. Принципы и особенности работы детской поликлиники.
5. Основные направления работы детской поликлиники.
6. Права и обязанности врача-педиатра участкового и медсестры.
7. Организация лечения детей на дому.
8. Комплексная оценка состояния здоровья детей.
9. Медицинское обслуживание в школах.
10. Взаимосвязь участковой и специализированной служб в ходе диспансеризации детей.
11. Связь детской поликлиники с женской консультацией и родильным домом.
12. Модель конечных результатов (МКР) для детской поликлиники и педиатра участкового.
13. Гарантии и льготы семьям, имеющим детей.
14. Диспансерное наблюдение детей в возрасте до 18 лет.
15. Диспансерное наблюдение подростков в возрасте 15-17 лет.
16. Обязанности и права врача-педиатра подросткового кабинета.

### 1. Историческая справка

В 1913 г., который характеризовался более высокими, чем ранее, показателями промышленного производства, сельскохозяйственной продукции и т.д., младенческая смертность составляла 269 на 1000 родившихся. Фактически, каждый четвертый ребенок умирал, не дожив до 1 года, и каждый второй (43 %) – не дожив до 5 лет. В тот же период в России имелось 9 консультаций для женщин и детей и всего 7,5 тыс. коек для беременных и рожениц. В таких условиях почти все роды происходили без квалифицированной медицинской помощи и были отданы на откуп небольшого числа акушерок и массы невежественных повитух. Еще в 1912 г. лишь 5 % рожениц получали медицинскую помощь.

Государственная служба охраны материнства и детства начала создаваться после Великой Октябрьской социалистической революции. Организовывались первые органы по охране материнства и младенчества. Уже в декабре 1917 г. при Народном Комиссариате Государственного презре-

ния был организован отдел охраны материнства и младенчества. В 1918 г. был издан первый Декрет об организации детского питания, борьбе с беспризорностью. В последующем был издан целый ряд приказов, законодательств и постановлений.

Показатель младенческой смертности рассматривается как чуткий барометр санитарного благополучия населения, уровня медицинской помощи, и, в частности, педиатрической и акушерской. Медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение детей является приоритетной задачей белорусского здравоохранения. Необходимо помнить, что только здоровые дети могут стать здоровыми родителями. И только здоровые родители (матери) могут иметь здоровых детей.

## **2. Сеть организаций здравоохранения, в которых оказывается медицинская помощь детскому населению**

1. Детские больницы (городские, межрайонные, ЦРБ с детскими отделениями).
2. Педиатрические НИИ.
3. Детские санатории (противотуберкулезные, костнотуберкулезные, ортопедические, кардиологические и др.)
4. Детские оздоровительные площадки, летние оздоровительные лагеря.
5. Детские сады.
6. Школы и школы-интернаты.
7. Комнаты матери и ребенка.
8. Пункты детского питания и молочные кухни.
9. Детские дома и дома ребенка (учреждения, в которых воспитываются малыши, содержатся в основном на государственные средства).

Основной детской лечебной организацией является объединенная детская больница - стационар и поликлиника, возглавляемая главным врачом и заместителями по лечебно-профилактическим вопросам, по поликлиническому обслуживанию и по АХЧ.

Виды детских больниц: многопрофильные и специализированные, объединенные и необъединенные, различные по мощности (различают 7 категорий - от 50 до 400 коек).

К основным подразделениям, входящим в состав объединенной детской больницы относится стационар, поликлиника, вспомогательно-диагностические подразделения и административно-хозяйственная часть. К детским больницам может быть прикреплен санаторий для детей, страдающих ревматизмом и хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания. Основными видами лечебно-профилактической помощи

детям являются: амбулаторно-поликлиническая, стационарная и санаторно-курортная.

### 3. Структура детской поликлиники и роль регистратуры в ее работе

Основным звеном педиатрической службы является детская поликлиника (отделение). В своей деятельности она обеспечивает лечебно-профилактической помощью детей до 14 лет включительно (14 лет 11 месяцев 29 дней).

Поликлиника включает зал ожидания и два помещения – для приема детей-пациентов и для приема здоровых детей.

1. Помещение для приема детей-пациентов состоит из фильтра с боксами и с изолятором. Оно должно иметь отдельный вход и выход.

2. Помещение для приема здоровых детей состоит из фильтра; зала ожидания, гардероба, регистратуры (для записи к врачам-специалистам), комнаты для записи вызовов на дом (участковые педиатры часто используют децентрализованный принцип регистратуры, при котором картотеки находятся по участкам); кабинета заведующей; кабинетов участковых педиатров; прививочного кабинета; комнаты молодой матери; вспомогательно-диагностических кабинетов; кабинетов узких специалистов (кардиоревматологического, хирургического, ортопедического, травматологического, ЛОР, офтальмологического, психоневрологического, логопедического, сурдологического, фтизиатрического и др.); клинко-диагностических лабораторий; кабинета женской консультации (если нет в гинекологии); физиотерапевтического; R-логического кабинета, кабинета лечебной физкультуры; молочнораздаточного пункта с донорским пунктом для сцеживания грудного молока.

Мощность детской поликлиники определяется числом посещений в смену:

I категория	-	800 посещений;
II категория	-	700 посещений;
III категория	-	500 посещений;
IV категория	-	300 посещений;
V категория	-	150 посещений.

Справочная информация в детской поликлинике включает: часы работы поликлиники и отдельных врачей, правила приема детей в поликлинике, порядок вызовов врача поликлиники на дом и врача скорой помощи, дислокацию врачебных участков, адреса дежурных поликлиник, аптек, перечень необходимой документации для оформления ребенка в дошкольные учреждения и школу.

К задачам регистратуры детской поликлиники относятся:

1. Предварительная и неотложная запись детей на прием к врачу и для обслуживания на дому.
2. Своевременная доставка медицинской документации в кабинет врача.
3. Справочно-информационное обеспечение.

Уменьшение очереди в регистратуре детской поликлиники можно достичь посредством введения метода самозаписи на прием, вызова врача для обслуживания на дому по телефону, регулирования потока посетителей поликлиники, наличия справочной информации и т.д.

#### **4. Принципы и особенности работы детской поликлиники**

1. В основу положен участковый принцип оказания медицинской помощи. На педиатрическом участке рекомендуется иметь 800 детей. Одна ставка педиатра выделяется на 2500 детей школьного возраста или 700 - садового или 250 – ясельного. На 8-10 педиатрических участков выделяется 1 заведующий отделением. На 10 школьных и дошкольных – 1 заведующий здорового детства.

2. Работа планируется по скользящему графику.

3. Двухзвеневая система медицинского обслуживания. Врач работает на приеме 2,5 часа, остальное время - на дому. Нагрузка на приеме составляет 5 человек в час. На дому - 1,5 посещения в час. Планируется 6 посещений в 1 год на 1 ребенка. Рабочий день - с 7 до 14 часов.

4. Соблюдается принцип чередования.

5. Диспансерный метод обслуживания.

6. Система единого педиатра.

7. Непрерывность в наблюдении за здоровым ребенком с первых дней его жизни.

8. Этапность в лечении: поликлиника, стационар, санаторий.

9. Преемственность в работе врачей между детской поликлиникой и женской консультацией, детской поликлиникой и стационаром родильного дома, между детской поликлиникой и поликлиникой по обслуживанию взрослого населения (подростковой службой).

#### **5. Основные направления работы детской поликлиники**

1. Проведение профилактических мероприятий среди детского населения.
  - 1.1. Обеспечение динамического медицинского наблюдения за здоровыми детьми.
  - 1.2. Диспансеризация детей.
  - 1.3. Проведение профилактических прививок.



- 1.4. Организация сбора грудного молока. Обеспечение бесперебойной работы молочных кухонь и молочно-раздаточных пунктов, входящих в ее состав.
- 1.5. Проведение лекций, бесед, конференций для родителей, занятий в школе матерей и т.п.
2. Лечебно-консультативная помощь детям на дому и в поликлинике.
  - 2.1. Квалифицированная специализированная медицинская помощь.
  - 2.2. Направление на стационарное лечение.
  - 2.3. Направление в санаторий.
  - 2.4. Отбор в специализированные ясли-сады, лесные школы, пионерские лагеря и др.
3. Лечебно-профилактическая помощь в дошкольных учреждениях и школах.
4. Противоэпидемические мероприятия (совместно с ЦГЭ и ОЗ).
5. Правовая защита детей.
6. Повышение квалификации медперсонала.

Эти же разделы являются основными и для участкового педиатра. Главными задачами в работе участкового врача-педиатра являются: дальнейшее снижение заболеваемости и смертности детей всех возрастов, обеспечение оптимального физического и нервно-психического развития детей путем широкого внедрения комплекса профилактических мероприятий как специфического, так неспецифического характера. График работы участкового врача-педиатра должен быть скользящим, стабильным по времени начала и окончания приема в поликлинике, двухзвеньевым по системе оказания медицинской помощи.

### **6. Права и обязанности врача-педиатра участкового и медицинской сестры**

В обязанности врача-педиатра участкового входит:

1. Связь с женской консультацией. Создание преемственности в наблюдении за беременными женщинами (особенно из групп "риска").
2. Патронаж новорожденных в первые 3 дня после выписки из родильного дома. Контроль посещений новорожденных на дому участковой медицинской сестрой.
3. Прием детей в поликлинике. Назначение им режима, рационального питания, специфической и неспецифической профилактики рахита. Оценка физического и нервно-психического развития детей.
4. Профилактическое наблюдение за детьми. Направление на консультацию к врачам-специалистам и на необходимые лабораторные исследования.

---

5. Планирование (совместно с участковой медсестрой) профилактических прививок. Оформление медицинских отводов от них.

6. Динамическое наблюдение за детьми, взятыми на диспансерный учет. Оздоровление их совместно с врачами-специалистами. Анализ эффективности диспансеризации.

7. Обследование и оздоровление детей перед поступлением их в детские дошкольные учреждения и школы.

8. Учет и отбор детей на санаторное лечение.

9. Медицинская помощь детям на дому в день поступления вызова. Назначение физиотерапевтических методов лечения, ЛФК. Наблюдение до выздоровления, госпитализации или разрешения посещать поликлинику. Больного ребенка первого года жизни наблюдать ежедневно.

10. Стационарирование. При необходимости принимает все меры к немедленной госпитализации ребенка.

11. Информирование руководства о тяжелых пациентах, не госпитализированных по каким-то причинам.

12. Извещение ЦГЭ и ОЗ об инфекционном заболевании, проведение противоэпидемических мероприятий.

13. Повышение квалификации. Внедрение новейших методов лечения в практику педиатрии.

14. Санитарно-просветительская работа по вопросам развития и воспитания здорового ребенка и профилактики заболеваний.

15. Ведение медицинской документации.

16. Контроль за работой участковой медицинской сестры.

17. Организация санитарного актива.

18. Участие в общественной жизни коллектива.

Лечебная работа педиатра участкового предполагает лечение детей в поликлинике и на дому, своевременную госпитализацию детей, экстренную медпомощь больным, независимо от места жительства, экспертизу временной нетрудоспособности и т.д.

Профилактическая работа врача-педиатра участкового предполагает посещение новорожденного в первые 3 дня после выписки из роддома, диспансерное наблюдение за детьми участка, организацию санитарного актива, проведение санитарно-просветительной работы и др.

Противоэпидемическая работа врача-педиатра участкового включает осмотр детей перед проведением прививки и контроль за их состоянием после прививки, раннюю диагностику инфекционных заболеваний, заполнение экстренных извещений и сигнализацию об инфекционном пациенте в ЦГЭ и ОЗ, организацию наблюдения за ребенком, бывшим в контакте с пациентом инфекционным заболеванием.

К правам врача-педиатра участкового относятся:

1. Выдавать листки нетрудоспособности по уходу за ребенком-пациентом в соответствии с действующей Инструкцией.

2. Давать распоряжения подчиненным ему средним и младшим медицинским работникам, вносить предложения о поощрении этих работников или наложении на них дисциплинарных взысканий за отдельные упущения в работе или нарушения правил внутреннего трудового распорядка.

В обязанности участковой медицинской сестры детской городской поликлиники (отделения) входит:

1. Дородовой патронаж беременных женщин.

2. Совместно с врачом посещение новорожденных в первые три дня после выписки из родильного дома. Изучение материально-бытовых, культурно-гигиенических и социально-психологических условий.

3. Обеспечение систематического наблюдения за здоровыми и детьми-пациентами.

4. Контроль выполнения родителями лечебных назначений.

5. Ежемесячное планирование прививок детям, не посещающим дошкольные учреждения. Приглашение детей на прививку.

6. Своевременная организация врачебных осмотров детей, состоящих на диспансерном учете, согласно плану диспансеризации.

7. Выполнение назначенных врачом лечебных процедур на дому.

8. Помощь в проведении медицинских осмотров (проводит антропометрию, выписывает рецепты, справки, направления, листки нетрудоспособности, выписки, следит за очередностью приема).

9. Проведение бесед с родителями по вопросам развития и воспитания здорового ребенка и профилактики заболеваний.

10. Участие в организации санитарно-просветительных выставок в поликлинике, уголков здоровья.

11. Подготовка общественного санитарного актива на участке. Профилактика травматизма детей на участке, рейды по проверке чистоты, встречи населения с врачом.

12. Повышение квалификации.

13. Изучение передового опыта.

14. Участие в работе совета медсестер.

### **7. Организация лечения детей на дому**

Учитывается тяжесть состояния ребенка, характер и течение заболевания, возраст ребенка и домашние условия. При первом посещении назначается лечение, определяется характер питания, уход, режим. При не-

обходимости ребенок обеспечивается медикаментами на 1 прием. Детям выписываются рецепты на бесплатную выдачу лекарств на весь курс лечения до трехлетнего возраста. Обслуживание детей на дому ведет участковый педиатр. Он на дому работает 3 часа ежедневно.

Медицинская помощь на дому оказывается детям:

- с первичными заболеваниями;
- с острыми инфекционными заболеваниями или подозрительными на наличие инфекции, а также детям, имевшим контакты с инфекционными больными;
- при общем тяжелом состоянии ребенка.

Вызовы на дом до 14 часов обслуживаются участковыми врачами, с 14 до 16 час. – дежурным педиатром, с 16 час. до 8 час. утра следующего дня - неотложной помощью при станциях скорой медицинской помощи. Пациенты первого года жизни наблюдаются ежедневно. По заявке лечащего врача детская поликлиника обеспечивает пациенту ребенку проведение на дому лабораторных, функциональных исследований и консультаций других врачей специалистов.

При ухудшении состояния лечащий врач совместно с заведующим отделением принимает меры по госпитализации пациента. При направлении подробно указывается диагноз заболевания, тяжесть состояния, длительность и течение заболевания, проведенное лечение и обследование, индивидуальные особенности ребенка, контакты с инфекционными больными. При невозможности госпитализировать ребенка (отказ родителей, отсутствие мест в стационаре, карантин и др.) организуется стационар на дому.

К основным задачам кабинета (отделения) здорового ребенка относятся пропаганда здорового образа жизни; обучение родителей правилам ухода за детьми раннего возраста; контроль за нервно-психическим развитием детей; оценка уровня физического развития.

### **8. Комплексная оценка состояния здоровья детей**

Она предполагает следующее.

- I. Проведение профилактических осмотров.
- II. Учет определенных признаков.
- III. Распределение детей на группы здоровья в соответствии с состоянием здоровья.
- IV. Динамическая оценка физического развития, соматического и нервно-психического состояния в ходе диспансерного наблюдения за здоровыми и больными детьми.

I. Комплексная оценка здоровья детей проводится врачами-педиатрами детских городских поликлиник во время профилактических осмотров.

Различают следующие виды профосмотров.

1. Профосмотры по месту жительства или в детском учреждении.
2. Углубленные профилактические осмотры, при которых врачебному осмотру предшествует проведение функционально-диагностических исследований.

3. Комплексные профосмотры. Ежегодно проводятся комплексные медосмотры педиатром, офтальмологом, отоларингологом, хирургом-ортопедом, невропатологом, стоматологом.

4. Целевые профосмотры. К примеру, в 3, 5, и 7 лет - логопедом. При наличии дефектов речи у детей их следует исправить к 5-7 годам, т.е. до поступления в школу.

Особенности профилактических осмотров детей:

1. Зависимость периодичности осмотров от возраста: чем ребенок моложе, тем чаще они проводятся.

2. Соответствие объема и содержания профосмотра возрасту, физическому, функциональному и нервно-психическому развитию.

3. Внимание врачей направлено, прежде всего, на раннее установление отклонений от адекватной для данного возраста степени развития и принятия мер к их своевременной коррекции.

4. Цель профосмотра – не только сохранять, но и улучшать здоровье здоровых.

У классного руководителя выясняются особенности речи, слуха, зрения, поведения, успеваемости школьников. Анализируются жилищные условия, быт и привычки семьи каждого ученика. После осмотра классному руководителю передается так называемый профиль здоровья класса. На педагогическом совете и на родительских собраниях врач докладывает результаты профосмотра.

II. В ходе комплексной оценки учитываются следующие признаки.

1. Функциональное состояние органов и систем.

2. Резистентность и реактивность организма.

3. Уровень физического и нервно-психического развития.

4. Наличие хронической (в т.ч. врожденной) патологии.

III. Все дети распределяются на определенные группы здоровья.

Здоровые дети, не имеющие отклонений по всем признакам здоровья: не болеющие за период наблюдений, а также имеющие незначительные единичные отклонения, не влияющие на состояние здоровья, не требующие коррекции.

"Угрожаемые дети" – ослабленные дети, с риском возникновения хронической патологии и склонные к повышенной заболеваемости. В этот контингент входят: дети с наличием функциональных отклонений, обусловленных степенью морфологической зрелости органов и систем; дети первого года жизни с отягощенным акушерским и генеалогическим анамнезом; дети - часто болеющие или перенесшие одно тяжелое заболевание с неблагоприятным течением реабилитационного периода и т.д.

Диспансерное наблюдение за детьми до 3-х лет ведется при повышенном медико-социальном риске: недоношенные и переношенные; близнецы; дети рожденные с массой тела 4 000 грамм и более; больные гипотрофией и рахитом; часто болеющие респираторными заболеваниями; с отставанием в нервно-психическом развитии; находившиеся на искусственном вскармливании до 3-х месяцев; дети тяжело больных родителей и др.

Дети с хронической патологией в состоянии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации.

IV. Под диспансерным наблюдением должны находиться все дети: с болезнями раннего возраста, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, печени и желчных путей, желудка и 12-перстной кишки, мочеполовой системы, крови, эндокринной системы, нервно-психическими заболеваниями, болезнями опорно-двигательного аппарата, уха, горла, носа, с болезнями и поражениями глаз, отдельными инфекционными болезнями. У врачей-специалистов находится до 150-200 детей под диспансерным наблюдением. Ведется наблюдение также и за реконвалесцентами (сальмонеллез - 3 мес., болезнь Боткина - 6 мес., менингит – 3 года, инфекционный мононуклеоз - 2 года).

Хроническая патология выявляется на приемах, в период профосмотров, в стационаре. Перед диспансеризацией дети тщательно обследуются при участии специалистов. Затем назначается амбулаторное или стационарное лечение, намечается санаторно-курортное оздоровление.

Диспансеризация детей больных туберкулезом, злокачественными новообразованиями, психическими расстройствами и другими проводится в диспансерах. При их отсутствии – в детской поликлинике.

Динамическое наблюдение за состоянием здоровья детей предполагает использование диспансерного метода. Диспансеризация детского населения заключается: а) в периодических профосмотрах групп здоровых детей, объединенных общими возрастнoфизиологическими признаками; б) в активном систематическом динамическом наблюдении за пациентами; в) в своевременном и комплексном проведении необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий.

Диспансеризация здоровых детей включает:

1. Антенатальную охрану плода.
2. Диспансеризацию детей дошкольного возраста.
3. Диспансеризацию здоровых школьников.

1. К функциям, выполняемым детской поликлиникой по антенатальной охране плода, относится осуществление дородового патронажа беременных; участие в проведении занятий в школе матери; повышение знаний педиатров в области перинатальной патологии.

При диспансеризации детей дошкольного возраста особое внимание уделяется: передаче детей из отделения новорожденных в детские поликлиники; активному профилактическому наблюдению за детьми на 1-ом, 2-ом, 3-ем годах жизни; динамическому наблюдению за состоянием здоровья детей, поступающих в 1-й класс.

2. Наблюдение за состоянием здоровья детей раннего и дошкольного возраста предполагает наличие целого ряда особенностей. На 1-ом году жизни происходит адаптация ребенка к внешней среде, он привыкает к новому ритму жизни, сна, питания и т.д. На первом месяце врач посещает ребенка на дому 3 раза, медсестра 3 раза (недоношенных соответственно 3 и 4 раза). На втором месяце оценивается психомоторное развитие. Проводится осмотр ортопеда. В течение года ведется непрерывное наблюдение с частотой 1 раз в месяц. В общей сложности на 1 году жизни должно быть 14-16 наблюдений врача. На первом году жизни особое внимание уделяется профилактике рахита и гипотрофии. Профилактика рахита проводится витамином Д<sub>2</sub>. При каждом посещении ребенка взвешивают, определяют прибавку в весе. Один раз в 3 месяца производятся антропометрические измерения с оценкой физического и психического развития (средний, высокий и низкий).

К году ребенок осматривается на врожденный вывих тазобедренного сустава ортопедом дважды, определяется гемоглобин крови - у доношенных в 5 месяцев, у недоношенных - в 3 мес., исследуется моча на фенилкетонурию, исследуется глазное дно окулистом, осматривается хирургом, невропатологом, ЛОР-врачем, стоматологом. Оценивается ходьба, речь, наличие зубов. В год жизни пишется этапный эпикриз (как протекали роды, чем вскармливался, чем болел, прививки, оценка статуса).

Особое внимание нужно уделить профилактической работе с детьми первых 2-х лет жизни. В возрасте от 1 до 2 лет ребенок осматривается врачом 1 раз в квартал (движение, речь, закаливание, зрение, слух). В возрасте от 2 до 3 лет - 1 раз в 6 месяцев (со всеми антропометрическими измерениями). В 3 года - диспансеризация 3-х-леток.

В возрасте от 3 до 7 лет ребенок осматривается 1 раз в год. В 6-7 лет - диспансеризация 7-ми-леток (перед началом обучения в школе). Детям, поступающим в 1-класс, уделяется особое внимание. В 6-летнем возрасте убыстряется темп физического развития ребенка, возрастают нагрузки на сердечно-сосудистую систему, возникают различные нарушения осанки, часто отмечается гипертрофия лимфатического аппарата носоглотки. Для осмотра этой группы необходимо выделить 1 день в неделю. Необходимо также указать и противопоказания к прививкам, если таковые имеются.

На детей заполняют "Контрольную карту диспансерного наблюдения" и ее дубликат. Составляют план лечебно-оздоровительных мероприятий. После этого медсестра оформляет для классного руководителя дневник здоровья класса. В нем на каждого ученика должны быть представлены данные о размерах парты, особенностях зрения, слуха, состояния нервной системы, характерологических особенностях, физкультурной группе, рекомендации по режиму и необходимым лечебно-профилактическим мероприятиям.

Частота осмотров детей, посещающих дошкольные учреждения:

1. До 1 года - 1 раз в неделю.
2. От 1 до 2 лет - 1 раз в 10 дней.
3. От 2 до 7 лет - 1 раз в месяц.

Обязательны плановые углубленные осмотры:

1. До 1 года - 1 раз в месяц.
2. От 1 до 3 лет - 1 раз в квартал.
3. От 3 до 7 лет - 2 раза в год.

Все данные заносятся в карту развития ребенка. Особое внимание обращается на физическое и психомоторное развитие ребенка. Проводят взвешивание, измерение роста, окружность головы и груди. Определяют остроту слуха и зрения, проводят подробное исследование органов и систем.

3. Диспансеризация здоровых школьников включает плановые углубленные медицинские осмотры. При этом особое внимание уделяется: а) режиму дня школьников; б) питанию; в) своевременному проведению профилактических прививок; г) врачебному контролю за физическим воспитанием; д) гигиеническому воспитанию школьников; е) передаче 15-летних подростков в поликлинику для взрослых. Особое место в ней занимает проведение оздоровительных мероприятий.

С 7-ми лет устанавливается наблюдение школьными врачами. Осматриваются также школьники старших классов перед окончанием школы. В 15 лет заполняется форма Ф-25Ю и передается в подростковый кабинет общей поликлиники.



В детской поликлинике на каждого ребенка ведется история развития ребенка и карта патронажного посещения. Все больные дети обслуживаются на дому. В поликлинике проводится прием здоровых детей, больных детей с хроническими заболеваниями, повторных больных с неинфекционными заболеваниями.

С целью профилактики инфицирования 50-60 % детей посещают детскую поликлинику, будучи здоровыми; 40-50 % - дети с хроническими заболеваниями и реконвалесценты.

### **9. Медицинское обслуживание в школах**

На каждого учащегося заводится "Индивидуальная карта ребенка".

Школьный врач и медсестра выполняет следующие функции.

1. Наблюдение за здоровьем школьников.
2. Наблюдение за учебной нагрузкой.
3. Размещение школьников за парты соответствующих размеров.
4. Установление групп для занятий физкультурой.
5. Ежегодный углубленный медосмотр с антропометрическими измерениями, проверкой остроты зрения и слуха.
6. Профилактические прививки детям.
7. Дегельминтизация.
8. Выяснение причин неявки детей в школу.
9. Освобождение от занятий больных детей.
10. Контроль сроков выполнения карантина.
11. Контроль санитарного состояния школы.
12. Контроль правил личной гигиены школьников.
13. Оказание медпомощи детям.
14. Санитарно-просветительная работа среди школьников.
15. Контроль школьного буфета.
16. Гигиеническая подготовка учителей.
17. Гигиеническое обучение и воспитание учащихся.

### **10. Взаимосвязь участковой и специализированной служб в ходе диспансеризации детей**

В первые два года жизни особенно велика роль ранней диагностики врожденной патологии у детей – ортопедической, неврологической, глазной и др., что должно быть обеспечено значительной степенью участия врачей-специалистов.

Здоровье ребенка при комплексных профосмотрах оценивается бригадой врачей-специалистов. Участие врачей-специалистов из соответствующих диспансеров в проведении осмотров детей позволяет выявить

впервые 12-15 % ранее неизвестных заболеваний, состояний и отклонений в состоянии здоровья. Все дети ежегодно, а большинство - 2 раза в год, должны осматриваться стоматологом. Из них в санации нуждаются около 86 % .

В ряде поликлиник организованы отделения по воспитанию детей раннего возраста. В их состав входят кабинеты здорового ребенка, по профилактике и лечению рахита, профилактическому массажу и гимнастике, реабилитации детей первых лет жизни, имеющих в анализе факторы риска.

Разновидности специализированных центров.

1. Пульмонологические центры выполняют консультативно-методические функции, анализируют и контролируют эффективность диспансеризации и этапного лечения этих пациентов.

2. Нефрологические центры.

3. Кардиоревматологические центры (осматриваются дети с ревматологическими заболеваниями, с нарушениями ритма, изменениями в сердце, повышенным и пониженным АД).

4. Неврологические поликлиники (оказывают помощь при полиомиелите, ушибах мозга, нервно-мышечных заболеваниях, гепатоцеребральных дистрофиях, опухолях мозга, гидроцефалии, наследственно-дегенеративных заболеваниях).

5. Гастроэнтерологические центры.

6. Эндокринологические центры.

7. Аллергологические кабинеты.

## **11. Связь детской поликлиники с женской консультацией и родильным домом**

Наблюдение за детьми 1-го года жизни устанавливается со дня выписки матери и новорожденного из родильного дома. При передаче детей в детскую поликлинику из роддома сообщают основные данные о ребенке: паспортные данные, массу тела при рождении и выписке, дату вакцинации против туберкулеза, дату выписки. На основании полученных сведений записывается патронаж новорожденного в журнал вызовов участкового врача на дом и в журнал назначений участковой медсестры. История развития ребенка с эпикризом (в котором отмечены основные показатели раннего неонатального периода) передаются из родильного дома в поликлинику.

## **12. Модель конечных результатов (МКР) для детской поликлиники и педиатра участкового**

1. Показатели результативности.

- 
- 1.1. Первая группа здоровья детей первого года жизни (% неболевших к детям до 1 года жизни).
  - 1.2. Выявление туберкулиновых проб (% реакций, свидетельствующих о наличии иммунитета, от числа обследованных туберкулиновыми пробами).
  - 1.3. Заболеваемость детей (число случаев на 1000 детского населения).
    - 1.3.1. Корью.
    - 1.3.2. Коклюшем.
    - 1.3.3. Респираторно-вирусными инфекциями.
  - 1.4. Число дней нетрудоспособности по уходу за больным ребенком (на 100 работающих).
  - 1.5. Постнеонатальная смертность (число умерших в возрасте от 28 дней до 1 года (365 дней) на 1000 родившихся живыми).
  - 1.6. Уровень качества лечения (УКЛ) - средний % УКЛ всех больных острыми и хроническими заболеваниями.
  - 1.7. Уровень качества диспансеризации (УКД) - средний % УКД всех здоровых детей.
  - 1.8. Показатель неонатальной смертности (число случаев смерти за 0-27 суток на 1000 детей).
  - 1.9. Показатель ранней неонатальной смертности (число случаев смерти за 0-6 суток на 1000 детей).
  - 1.10. Показатель смертности детей в возрасте от 1 года до 2-х лет (случаев на 1000 детей).
2. Показатели дефектов.
    - 2.1. Заболеваемость детей (случаев на 1000 детей).
      - 2.1.1. Дифтерией.
      - 2.1.2. Полимиелитом.
      - 2.1.3. Туберкулезным менингитом.
    - 2.2. Смертность детей на дому (случаев на 1000 детей).
      - 2.2.1. От пневмоний.
      - 2.2.2. Острых кишечных инфекций (ОКИ).
      - 2.2.3. Несчастных случаев ("присыпания").
    - 2.3. Расхождение диагнозов при передаче детей в подростковую сеть (случаев на 1000 переданных).
    - 2.4. Отказ в выдаче больничного листка по уходу за ребенком-пациентом при наличии показаний (случаев на 1000 детей).
    - 2.5. Обоснованные жалобы (на 1000 детей).
      - 2.5.1. Деонтологические.
      - 2.5.2. Жалобы на низкое качество диагностики и лечения.
    - 2.6. Досуточная летальность (% к числу умерших).

- 2.7. Смертность на дому (% к умершим), в том числе от
  - 2.7.1. Пневмоний.
  - 2.7.2. ОКИ.
- 2.8. Общая заболеваемость детей (случаев на 1000 детей).
- 2.9. III группа здоровья детей в возрасте до 15 лет (%). Из них
  - 2.9.1. С заболеваниями органов дыхания (% к числу детей III группы здоровья).
  - 2.9.2. Сердечно-сосудистой системы.
  - 2.9.3. Нервной системы.
  - 2.9.4. Эндокринологические заболевания.
  - 2.9.5. Заболевания почек и мочевыводящих путей.

Аналогичная модель конечных результатов (МКР) используется также для характеристики административной территории (области, города, ТМО) и педиатрического врачебного участка.

### **13. Гарантии и льготы семьям, имеющим детей**

Женщины, имеющие детей в возрасте от 3 до 14 лет (детей-инвалидов – до 16 лет), не могут привлекаться к сверхурочным работам или направляться в командировку без их согласия.

Женщине предоставляется отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет. За этот период ежемесячно выплачивается государственное пособие. Притом время отпуска засчитывается в стаж работы.

Женщинам сохраняется также непрерывный трудовой стаж в случае прекращения трудового договора в связи с уходом за ребенком в возрасте до 14 лет (ребенок-инвалид - до 16 лет).

Матерям, воспитывающим ребенка-инвалида в возрасте до 16 лет, ежемесячно предоставляется 1 свободный от работы день. Аналогично для матерей, воспитывающих 2 и более детей.

Женщинам, имеющим детей в возрасте до 1,5 лет, дается перерыв для кормления ребенка. Частота - не реже чем через 3 часа, продолжительность - не менее 30 минут. Если 2 и более детей, то не менее часа.

Наниматели должны организовывать детские ясли-сады, комнаты для кормления грудных детей и личной гигиены женщины.

### **14. Диспансерное наблюдение детей в возрасте до 18 лет**

Диспансерное наблюдение детей в возрасте до 18 лет организуется согласно приказа Минздрава РБ от 10 мая 2007г. № 352, утвердившим Инструкцию о порядке проведения диспансеризации детей.

**Диспансеризация детей включает:**

- Медицинский осмотр врачом-педиатром;

- Врачами-специалистами;
- Лабораторные;
- Диагностические методы обследования;
- Проведение индивидуальной комплексной оценки состояния здоровья;
- Составление рекомендаций по режиму;
- Питанию, физической нагрузке;
- Лечению (по показаниям).

Дети, у которых имеются хронические заболевания или у которых в ходе диспансеризации впервые выявлены болезни, по медицинским показаниям проходят дополнительное медицинское обследование и берутся на диспансерный учет для дальнейшего динамического наблюдения и лечения врачом-педиатром участковым (врачом общей практики) или врачом-специалистом в соответствии с установленным диагнозом. На таких детей заполняется **статистический талон** заключительных (уточненных) диагнозов.

### **15. Диспансерное наблюдение подростков в возрасте 15-17 лет**

Для проведения профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий среди подростков создаются подростковые кабинеты или отделения, в которых работают врачи-педиатры подростковые, прошедшие усовершенствование по физиологии и патологии подросткового возраста. К подросткам относятся учащиеся общеобразовательных школ, лицеев, гимназий, средних специальных и профессионально-технических учебных заведений, работающие на предприятиях, в организациях и т.д.

Врач-педиатр подростковый организует весь комплекс лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий среди подростков и учащейся молодежи. Порядок работы врача-педиатра подросткового кабинета устанавливается органами здравоохранения с учетом местных условий.

В детских организациях здравоохранения (отделениях) оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, создаются **подростковые кабинеты**. Основным медицинским документом подростка является история развития ребенка (**форма 112/у**). На юношей в 14 лет оформляется медицинская карта допризывника (призывника) (**форма 112-1/у**).

**Медицинские осмотры подростков проводятся в следующем объеме:**

- юноши в возрасте 15-17 лет, девушки в возрасте 15-17 лет – осмотр врача-педиатра (врача общей практики) 2 раза в год;

- Врача-невролога, врача-офтальмолога, врача-отоларинголога, врача-детского хирурга, врача-стоматолога детского, врача-акушера-гинеколога (девушки), других врачей-специалистов по медицинским показаниям;
- Общий анализ крови;
- Общий анализ мочи;
- Глюкоза в крови в 15 лет;
- Определение остроты зрения 2 раза в год;
- Определение остроты слуха;
- Антропометрия;
- Измерение артериального давления;
- Электрокардиограмма в 15, 17 лет;
- Плантография – юношам в 15-17 лет, девушкам в 15 лет;
- Флюорографическое обследование органов грудной клетки в 17 лет;
- Ультразвуковое исследование сердца, органов брюшной и щитовидной железы юношам в 15 лет.

Медицинские осмотры юношей в возрасте **16 лет** совмещаются с медицинским освидетельствованием при приписке к призывным участкам.

По достижении подростком **18 лет** в детской организации здравоохранения (отделении), оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь, составляется **переводной эпикриз** и подросток передается под наблюдение организации здравоохранения для взрослого населения.

Для приема подростков из детской организации здравоохранения (отделения) **создается комиссия**, состав которой утверждается приказом главного врача организации здравоохранения для взрослого населения.

**В состав комиссии входят:**

- заместитель главного врача организации здравоохранения для взрослого населения (председатель комиссии),
- зам. главного врача детской организации здравоохранения (зав. педиатрическим отделением),
- заведующие терапевтическими отделениями,
- врач-хирург, врач-невролог, врач-отоларинголог, врач – офтальмолог организации здравоохранения для взрослого населения.

Передача медицинской документации на подростков в организацию здравоохранения для взрослого населения оформляется **актом передачи**.

К акту передачи прилагается **список подростков**, которые принимаются и (или) не принимаются под наблюдение организации здравоохранения для взрослого населения.

**В списке должно быть предусмотрено следующее:**

- Порядковый номер;

- Фамилия, имя, отчество;
- Число, месяц и год рождения;
- Домашний адрес;
- Место учебы (работы);
- Диагноз, поставленный в детской организации здравоохранения;
- Дата передачи медицинской документации;
- Замечания комиссии.

### **16. Обязанности и права врача-педиатра подросткового кабинета**

Врачом-педиатром подростковым назначается врач, прошедший специальную подготовку по вопросам физиологии, патологии и гигиены подросткового возраста, владеющий вопросами врачебной профориентации и консультации, иммунопрофилактики, врачебного контроля за занимающимися физкультурой и спортом, медицинского обеспечения подготовки молодежи к военной службе и др.

Врач-педиатр подростковый работает по цехово-территориальному принципу. Для проведения организационно-методической и профилактической работы врачу-терапевту подросткового кабинета в графике работы ежедневно выделяют 2,0-2,5 часа. Часовая нагрузка на амбулаторном приеме устанавливается 5,0 больных и 6,0 - на профосмотры.

Основные задачи врача-педиатра подросткового.

1. Оказание своевременной квалифицированной терапевтической помощи подросткам-учащимся общеобразовательных школ, лицеев, гимназий, учащимся, работающим подросткам.

2. Осуществление систематического учета обслуживаемого контингента.

3. Организация и проведение предварительных медицинских осмотров подростков при поступлении в учебные заведения или на производство с определением профпригодности.

4. Организация и проведение периодических медицинских осмотров подростков и учащейся молодежи 1 раз в год в установленные сроки.

5. Проведение совместно с врачами-специалистами анализа итогов периодических медицинских осмотров подростков, учащейся молодежи, допризывников и призывников и разработка по его результатам планов лечебно-оздоровительных мероприятий, учет их эффективности.

6. Организация и обеспечение совместно с другими врачами-специалистами соответствующих диспансерных мероприятий подросткам, допризывникам и призывникам с отклонениями в состоянии здоровья.

7. Отбор и направление пациентов подростков на стационарное и санаторно-курортное лечение, диетпитание, в профилактории и др.

---

8. Проведение врачебного контроля за физическим воспитанием подростков и оказание методической помощи в этой работе преподавателям физического воспитания.

9. Постоянный контроль за своевременным проведением лечебно-оздоровительных мероприятий среди юношей допризывного и призывного возраста, находящихся под наблюдением врачей-специалистов.

10. Оформление медицинской документации на юношей допризывного и призывного возрастов для военных комиссариатов.

11. Прием меддокументации на детей, переводимых из детских поликлиник, осмотр диспансерных пациентов терапевтического профиля. Проведение анализа переданной документации согласно актов передачи.

12. Контроль за работой здравпунктов учебных заведений.

13. Контроль за проведением прививок учащимся общеобразовательных школ, гимназий, лицеев; а также мероприятий по борьбе с гельминтозами.

14. Совместно с врачами осуществление контроля и методической помощи администрации, преподавателям, мастерам, воспитателям училищ, школ и др. учебных заведений, предприятий в организации рациональных режимов учебы, труда, быта, питания подростков.

15. Оформление медицинской справки подросткам, поступающим в Учреждения образования или на работу.

16. Проведение санитарно-просветительной работы, профориентации и профконсультаций подростков.

17. Ведение учетно-отчетной документации.

18. Анализ состояния здоровья подростков, призывников, разработка мероприятий по охране их здоровья совместно с руководителями учебных заведений, предприятий и заинтересованными ведомствами.

19. Работа в тесном контакте со специалистами ЛПУ, психоневрологического, наркологического, противотуберкулезного и с другими специализированными диспансерами, военными комиссариатами, администрацией учебных заведений и предприятий.

Врач-педиатр подростковый имеет право:

1. Требовать от администрации поликлиники выделения для подросткового кабинета специального помещения, оснащение его необходимым инвентарем, оборудованием, аппаратурой и компьютерами.

2. Контролировать проведение лечебно-оздоровительных мероприятий подросткам и призывникам врачами специалистами.

3. Получать информацию о подростках, состоящих под наблюдением в специализированных диспансерах и других ЛПО.



---

1. Готовить предложения руководству ЛПО по вопросам улучшения медобеспечения подростков, учащейся молодежи, призывников.

2. Принимать участие в медицинских советах, совещаниях, на которых обсуждаются вопросы медико-санитарного обеспечения подростков, учащейся молодежи и призывников.

3. Повышать свою квалификацию и проходить аттестацию на присвоение квалификационной категории в установленном порядке.

**Инвестиции в здоровье детей** это инвестиции в будущее, которые не только способствуют улучшению здоровья, но и приносят финансовую и социальную пользу!

---

---

**Лекция № 19. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ, ИЗДЕЛИЯМИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКОЙ (В.В. КУГАЧ)**

**Учебные вопросы**

1. Историческая справка.
2. Краткая характеристика фармацевтического рынка страны.
3. Аптечные организации, работающие на фармацевтическом рынке.
4. Министерство здравоохранения Республики Беларусь, его основные задачи.
5. Перечень административных процедур, совершаемых Министерством здравоохранения.
6. Структура Министерства здравоохранения Республики Беларусь.
7. Комиссия по лекарственным средствам.
8. РУП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении», его задачи и функции.
9. Аптечные организации государственной формы собственности.
  - 9.1. Аптечные организации системы РУП «Фармация», их структура и задачи
  - 9.2. Аптеки организаций здравоохранения.
  - 9.3. Вневедомственные аптечные организации.
10. Аптечные организации негосударственной формы собственности.
11. Организации, осуществляющие производство лекарственных средств.
12. Концерн «Белбиофарм»: основные направления деятельности.

**1. Историческая справка**

На территории Европы первые аптеки появились в испанских городах Толедо и Кордова в XI в. Первая аптека в Великобритании была открыта в Лондоне (1345). Термином «аптека» (греч. хранить, сберечь) обозначали хранилища ценных продуктов – вина, книг, лекарств. Так назвал свое собрание книг К. Гален. Существовало и другое название аптек – *officina medicamentorum* («мастерская лекарств»).

Задачи перед фармацевцией в новой системе здравоохранения в начале XX века были определены следующим образом: «1) рационализация лекарственного каталога, 2) механизация рецептуры, 3) обслуживание санитарно-профилактических мероприятий, 4) участие в работе по санитарному просвещению масс» (И.Левинштейн, 1926).

---

Аптека в 1920-е гг. рассматривалась руководителями здравоохранения как органичный элемент единой лечебно-санитарной сети, который должен активно участвовать в проведении общегосударственной политики в здравоохранении: «... аптека принадлежит к числу: а) наиболее распространенных и б) наиболее вкрапленных в толщу населения медицинских учреждений. Аптека – один из самых разветвленных щупальцев, которыми медицинская организация соприкасается с населением» (Н.А.Семашко, 1926). Аптека должна была стать «одной из форм смычки населения с медицинской организацией и должна в меру сил и возможностей проводить основы советской медицины. Когда это основное положение поймет каждый фармацевт – остальное приложится» (Н.А.Семашко, 1926).

В 1918 г. была начата национализация аптечных учреждений (декрет от 29.12.1918 г.), но ряд учреждений не были национализированы к 1921 г. Второй этап национализации был проведен в 1924-1929 гг.

## **2. Краткая характеристика фармацевтического рынка страны**

В Республике Беларусь зарегистрировано более 6000 наименований лекарственных средств, из них более 1000 – отечественного производства. Около 1000 наименований лекарственных средств реализуются без рецепта врача, остальные – по рецепту. Перечень безрецептурных лекарственных средств ежегодно пересматривается.

Емкость фармацевтического рынка в 2010 году в розничных ценах составила около 780 млн. долл. США. Ежегодно потребление лекарственных средств в стране вырастает на 9–10%.

## **3. Аптечные организации, работающие на фармацевтическом рынке**

На фармацевтическом рынке Республики Беларусь работают аптечные организации государственной и негосударственной формы собственности. С 1992 года Министерством здравоохранения осуществляется лицензирование фармацевтической деятельности.

Всего в стране насчитывается более 2800 аптек, в том числе 133 – больничные.

Розничную реализацию лекарственных средств осуществляют также медицинские работники около 2900 фельдшерско-акушерских пунктов и сельских врачебных амбулаторий.

На фармацевтическом рынке работают 95 аптечных складов, из них 12 – государственной формы собственности.

#### **4. Министерство здравоохранения Республики Беларусь, его основные задачи**

Главным республиканским органом государственного управления по всем вопросам здравоохранения в Республике Беларусь является Министерство здравоохранения. Министерство здравоохранения подчиняется Совету Министров Республики Беларусь, в своей деятельности руководствуется Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», др. законодательными актами и Положением о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь.

В соответствии с Положением, основными задачами Минздрава являются:

- осуществление государственной политики в области охраны здоровья населения;
- предоставление населению медицинской помощи, включая бесплатное лечение в государственных организациях здравоохранения;
- проведение государственной политики в области охраны здоровья населения;
- формирование здорового образа жизни;
- обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- организация научных исследований, внедрение достижений науки и техники в медицинскую практику.

Минздрав осуществляет руководство здравоохранением через управления здравоохранения областных исполкомов и Комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, а также через руководство юридическими лицами, подчиненными Минздраву.

Минздрав, органы управления здравоохранением исполнительных комитетов, подведомственные им организации здравоохранения, РНПЦ, медицинские НИИ, высшие и средние учреждения образования и др. подведомственные юридические лица составляют систему Минздрава.

В соответствии с Главными задачами в области фармации Минздрав:

- изучает состояние здоровья населения, разрабатывает и совместно с республиканскими органами государственного управления, облисполкомами и Минским горисполкомом проводит мероприятия по предотвращению заболеваний, снижению заболеваемости, инвалидности и смертности, увеличению продолжительности жизни населения;
- разрабатывает государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения и осуществляет контроль за их выполнением;

- 
- организует и контролирует обеспечение населения и организаций здравоохранения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и медицинской техникой и оборудованием, запасными частями к ним;
  - осуществляет государственную регистрацию лекарственных средств, фармацевтических субстанций и ведение Государственного реестра лекарственных средств;
  - осуществляет государственный контроль за качеством лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;
  - осуществляет государственный надзор за соблюдением условий промышленного производства, аптечного изготовления, реализации, хранения, транспортировки и медицинского применения в организациях здравоохранения лекарственных средств;
  - осуществляет сертификацию фармацевтических предприятий на соответствие требованиям Надлежащей производственной практики;
  - принимает решения об изъятии из обращения некачественных и фальсифицированных лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники. Осуществляет контроль за побочными реакциями на лекарственные средства;
  - осуществляет государственную регистрацию изделий медицинского назначения и медицинской техники, а также ведение Государственного реестра изделий медицинского назначения и медицинской техники Республики Беларусь;
  - организует и контролирует техническое обслуживание и ремонт медицинской техники;
  - осуществляет в установленном порядке выдачу специальных разрешений (лицензий) на медицинскую, фармацевтическую деятельность и деятельность, связанную с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, формирует и ведет реестры выданных специальных разрешений (лицензий);
  - осуществляет контроль в пределах своей компетенции за деятельностью юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, имеющих выданные Минздравом специальные разрешения (лицензии) на медицинскую, фармацевтическую деятельность и деятельность, связанную с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;
  - организует и осуществляет в пределах своей компетенции государственный контроль за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;

– разрабатывает и утверждает по согласованию с Министерством внутренних дел Республиканский перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих государственному контролю в Республике Беларусь;

– утверждает санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы;

– осуществляет гигиеническую регламентацию и регистрацию химических и биологических веществ и материалов и изделий из них, продукции производственно-технического назначения, товаров для личных (бытовых) нужд, продовольственного сырья и пищевых продуктов, а также материалов и изделий, применяемых для производства, упаковки, хранения, транспортировки, продажи, иных способов отчуждения продовольственного сырья и пищевых продуктов и их использования (далее - продукция).

### **5. Перечень административных процедур, совершаемых Министерством здравоохранения**

**Административная процедура** – действия уполномоченного органа, совершаемые на основании заявления заинтересованного лица, по установлению (предоставлению, удостоверению, подтверждению, регистрации, обеспечению), изменению, приостановлению, сохранению, переходу или прекращению прав и (или) обязанностей.

Административная процедура заканчивается:

– выдачей справки или другого документа (его принятием, согласованием, утверждением);

– регистрацией или учетом заинтересованного лица, его имущества;

– предоставлением денежных средств, иного имущества и (или) услуг за счет средств республиканского или местных бюджетов, государственных внебюджетных фондов, из имущества, находящегося в республиканской или коммунальной собственности.

В соответствии с Постановлением Совета Министров Республики Беларусь Министерство здравоохранения Республики Беларусь осуществляет следующие административные процедуры:

1. Выдача разрешений на выполнение международных научно-исследовательских проектов, объектом исследования которых является здоровье населения Республики Беларусь.

2. Выдача разрешений на ввоз и (или) вывоз ограниченных к перемещению через таможенную границу по основаниям неэкономического характера наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров; органов и (или) тканей человека, крови и ее компонентов; условно патогенных и патогенных генно-инженерных организмов.

3. Выдача разрешения на ввоз ограниченных к перемещению через таможенную границу незарегистрированных изделий медицинского назначения и медицинской техники, в том числе поступающих в качестве иностранной безвозмездной помощи; незарегистрированных лекарственных средств (фармацевтических субстанций), в том числе предназначенных для проведения доклинических исследований, государственной регистрации, использования в качестве выставочных образцов, клинических испытаний, а также для лечения ограниченных контингентов пациентов с редко встречающейся патологией, устранения последствий стихийных бедствий, катастроф, эпидемических заболеваний; незарегистрированных лекарственных средств (фармацевтических субстанций), поступающих в качестве иностранной безвозмездной помощи.

4. Выдача разрешения на оптовую реализацию остатков или на возврат поставщикам медицинской техники и (или) изделий медицинского назначения; лекарственных средств; наркотических средств и (или) психотропных веществ и (или) их прекурсоров.

5. Выдача разрешения на применение метода оказания медицинской помощи.

6. Регистрация тарифов на платные медицинские услуги и на новые виды платных медицинских услуг.

7. Выдача заключения об условиях переработки товаров (медицинская техника и изделия медицинского назначения) на таможенной территории и вне таможенной территории.

8. Согласование списков детей, выезжающих на оздоровление за рубеж в составе специальных организованных групп, и сопровождающих их лиц.

9. Предоставление информации из Государственного регистра лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий.

10. Проверка качества зарегистрированного в Республике Беларусь лекарственного средства и выдача протокола испытаний лекарственного средства:

– каждой серии (партии) или части серии (партии) лекарственного средства зарубежного производства – на соответствие требованиям нормативного документа производителя, содержащего показатели и методы контроля за качеством лекарственного средства (далее – нормативные документы производителя) до поступления в реализацию;

– каждой серии (партии) лекарственного средства отечественного производства на соответствие требованиям фармакопейной статьи производителя, фармакопейных статей Государственной фармакопеи Республи-

ки Беларусь (далее – фармакопейная статья) до поступления в розничную реализацию и медицинского применения в организациях здравоохранения.

11. Государственная регистрация (перерегистрация) и выдача регистрационного удостоверения на изделия медицинского назначения и медицинскую технику отечественного и зарубежного производства, а также внесение изменений в регистрационное досье ранее зарегистрированных изделий медицинского назначения и медицинской техники.

12. Государственная регистрация (перерегистрация) и выдача регистрационного удостоверения на лекарственное средство отечественного и зарубежного производства.

13. Государственная регистрация (перерегистрация) и выдача регистрационного удостоверения на фармацевтическую субстанцию отечественного производства.

## **6. Структура Министерства здравоохранения Республики Беларусь**

Министерство здравоохранения возглавляет Министр, который назначается на должность и освобождается от должности Президентом Республики Беларусь.

Министр здравоохранения имеет заместителей, численность которых определяется Президентом Республики Беларусь по представлению Совета Министров Республики Беларусь. Как правило – Первый заместитель Министра и три заместителя.

С 1 апреля 2004 г. в структуре Министерства здравоохранения создано 2 управления:

1. Управление по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности.

2. Управление фармацевтической инспекции и организации лекарственного обеспечения.

Основные задачи управления по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности:

- a. прием документов от соискателей лицензий и лицензиатов;
- b. предлицензионный надзор за выполнением требований законодательства к аптечным организациям и их структурным подразделениям;
- c. подготовка документов на коллегии Министерства здравоохранения и выдачу лицензий;

Основные задачи управления фармацевтической инспекции и организации лекарственного обеспечения:

- осуществление государственного надзора за соблюдением условий промышленного производства, аптечного изготовления, реализации,



хранения, транспортировки и медицинского применения в организациях здравоохранения лекарственных средств;

- разработка нормативных правовых актов в области фармации;
- организация обеспечения населения Республики Беларусь за счет средств республиканского бюджета.

### **7. Комиссия по лекарственным средствам**

При Министерстве здравоохранения Республики Беларусь работали Фармакологический и Фармакопейный комитеты, которые в соответствии с Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 02.09.2008 г. №1269 «Об утверждении Положения о государственной регистрации (перерегистрации) лекарственных средств и фармацевтических субстанций» реорганизованы в **Комиссию по лекарственным средствам**.

Комиссия:

- рассматривает экспертные заключения для государственной регистрации оригинальных лекарственных средств;
- рассматривает экспертные заключения в случае возникновения разногласий между экспертами при государственной регистрации генетических лекарственных средств;
- рассматривает экспертные заключения в случае несогласия заявителя с замечаниями эксперта (экспертов);
- дает рекомендации Министерству здравоохранения Республики Беларусь о назначении клинических испытаний лекарственных средств и биоэквивалентных испытаний генерических лекарственных средств;
- дает окончательное заключение о возможности государственной регистрации (перерегистрации), об отказе в государственной регистрации (перерегистрации) лекарственных средств, фармацевтических субстанций;
- осуществляет иные функции, предусмотренные законодательством.

### **8. РУП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении», его задачи и функции**

В 1997 году было создано Республиканское унитарное предприятие «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении». Предприятие действует на принципах хозяйственного расчета и основано на государственной форме собственности. В своей деятельности руководствуется законодательством Республики Беларусь и Уставом, который утвержден приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 250 от 15.10.1997

г. с дополнениями и изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Предметом деятельности Предприятия являются подготовка и экспертиза документации для:

- государственной регистрации лекарственных средств, медицинской техники, изделий медицинского назначения;
- сертификации лекарственных средств, медицинской техники, изделий медицинского назначения; контроль качества лекарственных средств, медицинской техники, изделий медицинского назначения.

Основными целями деятельности Предприятия являются:

- обеспечение безопасности, эффективности и ЛС, в том числе инспектирование производителей лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники и подготовка документов для выдачи лицензий на виды деятельности, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения;
- сертификация и контроль качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники.

Центр в своем составе имеет лабораторию фармакопейного и фармацевтического анализа (обеспечение качества на этапе регистрации), Республиканскую контрольно-аналитическую лабораторию (обеспечение качества на этапе допуска на рынок), Республиканскую клинико-фармакологическую лабораторию (обеспечение эффективности и безопасности лекарственных средств).

## **9. Аптечные организации государственной формы собственности**

### **9.1. Аптечные организации системы РУП «Фармация», их структура и задачи**

Государственные аптечные организации системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, работающие на принципах самокупаемости и самофинансирования, представлены:

- РУП «БелФармация»
- РУП «Минская фармация»
- Брестским, Витебским, Гомельским, Гродненским и Могилевским РУП «Фармация».

**РУП «Фармация»** осуществляют свою деятельность в соответствии с действующим законодательством, приказами и Постановлениями Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Уставом. Устав РУП «Белфармация» утвержден приказом Министерства здравоохранения Рес-

---

публики Беларусь № 128 от 29.05.2000 г., зарегистрирован Мингорисполкомом 14.06.2000 г., № 657, ЕГР № 1003642370.

Целью деятельности является:

- своевременное и наиболее полное удовлетворение потребностей населения, организаций здравоохранения (ОЗ) и иных учреждений в лекарственных и диагностических средствах, изделиях медицинского назначения (ИМН), предметах детского обихода, биологически активных добавках к пище, средствах личной гигиены, средствах для дезинфекции и дезинсекции, изделиях медицинской техники;

- обеспечения контроля качества лекарственных средств и изделий медицинского назначения;

- информационно-справочное обслуживание населения, организаций здравоохранения;

- иная деятельность, направленная на рациональное использование имущества Предприятия и получение прибыли.

*Организационная структура РУП Белфармация:*

- контрольно-ревизионный отдел;
- отдел бухгалтерского учета и отчетности;
- отдел организации работы аптечных учреждений и предприятий;
- финансово-аналитический отдел;
- отдел снабжения населения и организаций здравоохранения г.Минска лекарственными средствами;
- отдел организации снабжения республики лекарственными средствами, маркетинга, внешнеэкономической деятельности;
- сектор фармацевтической информации АСУ;
- сектор капитального строительства.

*Организационная структура РУП «Фармация»:*

- руководство с сектором кадров;
- отдел организации обеспечения лекарственными средствами, медицинскими товарами и фармацевтической информацией;
- отдел организации работы аптечных учреждений и предприятий;
- планово-экономический отдел;
- отдел организации бухгалтерского учета, отчетности и контроля;
- контрольно-ревизионный отдел;
- регистрационная группа.

*РУП «БелФармация» имеет следующие структурные подразделения без права юридического лица:*

- аптечный склад;
- городское аптечное справочное бюро;

▪ аптеки I и II категории, которые в свою очередь имеют прикрепленную сеть – аптеки IV и V категории.

Остальные РУП «Фармация», которые территориально расположены в областях, имеют следующие структурные подразделения без права юридического лица:

- аптечный склад;
- контрольно-аналитическая лаборатория;
- аптеки I и II категории и ЦРА с прикрепленной аптечной сетью из аптек III, IV и V категорий;
- справочное бюро аптек.

## **9.2. Аптеки организаций здравоохранения**

К системе государственных аптечных организаций Министерства здравоохранения Республики Беларусь относятся и аптеки организаций здравоохранения. Эти аптеки являются структурными подразделениями организаций здравоохранения, подчиняются главному врачу. Организации здравоохранения подчиняются Управлению здравоохранения (комитету по здравоохранению Мингорисполкома), которые в свою очередь подчиняются Министерству здравоохранения Республики Беларусь.

Аптека организуется в организациях здравоохранения с числом коек не менее 250 на основании приказа главного врача по согласованию с Управлением здравоохранения (Комитетом по здравоохранению г. Минска).

Задачи аптек организаций здравоохранения:

- Определение потребности в лекарственных средствах, изделиях медицинского назначения, товарах аптечного ассортимента в соответствии с формуляром лекарственных средств, профилем и спецификой работы организаций здравоохранения.

- Фармацевтическая деятельность и оказываемые фармацевтические услуги.

- Фармацевтическая информация медицинских работников о лекарственных средствах.

- Внедрение новых лекарственных средств в медицинскую практику.

## **9.3. Вневедомственные аптечные организации**

На фармацевтическом рынке Республики Беларусь работают аптечные организации, не подчиненные Министерству здравоохранения. К ним относятся аптеки Управления делами Президента Республики Беларусь, аптеки Белорусской железной дороги. По вопросам финансово-хозяйственной деятельности они подчиняются собственнику, фармацевти-

ческую деятельность осуществляют в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения.

Не подлежит лицензированию деятельность ведомственных аптек и аптечных складов Министерства обороны, Пограничных войск, Комитета государственной безопасности, Министерства внутренних дел.

#### **10. Аптечные организации негосударственной формы собственности**

Около 35% от общего числа аптек в Республике Беларусь составляют аптеки негосударственной формы собственности – общества с ограниченной ответственностью (ООО); общества с дополнительной ответственностью (ОДО); закрытые акционерные общества (ЗАО), частные унитарные предприятия (ЧУП), индивидуальные предприниматели (ИП). Например, совместное белорусско–польское предприятие ООО «ВитВар», г. Витебск; ОДО аптека №53, г. Минск; ЗАО «Компания Интерфарм», г. Витебск и др.

По вопросам финансово-хозяйственной деятельности подчиняются собственнику. Фармацевтическую деятельность осуществляют в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения.

#### **11. Организации, осуществляющие производство лекарственных средств**

Производство лекарственных средств в Республике Беларусь осуществляют 25 фармацевтических предприятий, из них 12– государственной формы собственности.

##### **Брестская область**

ОАО «Экзон»

##### **Витебская область**

ООО «Калина»

ООО «Рубикон»

ГП «БелВитунифарм»

##### **г. Минск**

ГНУ «Институт физико-органической химии» Национальной академии наук Беларуси

ГУ РНПЦ гематологии и трансфузиологии

ЗАО «Фарматех»

НПЧУП «Диалек»

ОДО «ЦНДИСИ»

ООО «Падис' С»

ООО «Фармтехнология»

ПРУП «Минскинтеркапс»

РУП «Академфарм»

---

УП «Хозрасчетное опытное производство Института физико-органической химии» Национальной академии наук Беларуси  
УНПРУП «Унитехпром» Белорусского государственного университета.

**Гродненская область**

Коммунальное сельскохозяйственное унитарное предприятие «Совхоз «Большое Можейково»

НП Кооператив «Биотест»

**Минская область**

Белорусско-голландское СП ООО «Фармлэнд»

ЗАО «БелАсептика»

ИЧУПТП «Инкрслав»

ОАО «Борисовский завод медицинских препаратов»

ОАО «Несвижский завод медицинских препаратов»

СООО «Лекфарм»

СООО «Трайплфарм»

**Могилевская область**

Бобруйское Республиканское унитарное предприятие «Гидролизный завод»

**12. Концерн «Белбиофарм»: основные направления деятельности**

С целью реализации государственной научно-технической политики в области создания лекарственных средств в 1992 году организован Белорусский комитет по производству и реализации фармацевтической и микробиологической продукции, который в 1996 году преобразован в Концерн «Белбиофарм». В настоящее время в структуру Концерна входят 10 предприятий, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность:

1. РУП «Белмедпрепараты»;
2. ОАО «Борисовский завод медицинских препаратов»;
3. УП «Минскинтеркапс»;
4. ОАО «Несвижский завод медицинских препаратов»;
5. РУП «Гродненский завод медицинских препаратов»;
6. ОАО «Экзон»;
7. СП ООО «Фармлэнд»;
8. РУПП «Изотрон»;
9. ЗАО «БелАсептика»;
10. Бобруйское Республиканское унитарное предприятие «Гидролизный завод».

---

Кроме того, в структуру концерна «Белбиофарм» входят УП «Лотиос» (методическое обеспечение Надлежащей производственной практики в Республике Беларусь, разработка лекарственных средств) и РУП «Медико-биотехнологический институт» (разработка проектов фармацевтических производств и организаций, проектные работы в сфере здравоохранения).

**Основные направления деятельности Концерна:**

- Участие в формировании экономической и научно-технической политики в области фармацевтической и микробиологической промышленности.

- Разработка программ развития фармацевтической и микробиологической промышленности.

- Обеспечение наращивания объемов производства и реализации, расширение номенклатуры фармацевтической и микробиологической продукции, повышение ее качества и конкурентоспособности.

Концерн «Белбиофарм» изучает конъюнктуру рынка, обобщает и распространяет отечественный и зарубежный передовой опыт, способствует развитию хозяйственных связей предприятий с потребителями производимой ими продукции.

В задачи Концерна входит разработка прогнозных показателей развития и анализ финансово-хозяйственной деятельности предприятий, обеспечение защиты их прав и интересов, помощь в строительстве, реконструкции и техническом перевооружении. Концерн «Белбиофарм» выступает в качестве государственного заказчика Государственных научно-технических программ «Лекарственные средства» и «Промышленная биотехнология».

Концерн «Белбиофарм» подлежит реорганизации с целью повышения эффективности его деятельности.

---

---

**Лекция № 20. ГОСУДАРСТВЕННОЕ СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

**Учебные вопросы**

1. Сущность государственного социального страхования.
2. Принципы государственного социального страхования.
3. Виды выплат по государственному социальному страхованию.
4. Экспертиза временной нетрудоспособности.
5. Задачи экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПО.
6. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность и порядок их выдачи.
7. Обязанности лечащего врача, заведующего отделением и заместителя главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе.
8. Организация работы и функции врачебно-консультационной комиссии по вопросам медицинской реабилитации и экспертизы трудоспособности.
9. Основные положения «Инструкции о порядке выдачи листков нетрудоспособности».

**1. Сущность государственного социального страхования**

Во всех случаях потери заработка обеспечивается удовлетворение необходимых материальных и культурных потребностей всех трудящихся через общественные фонды потребления. Это гарантируется Конституцией страны.

Система социального страхования является в определенной мере завоеванием народа. Это было связано с необходимостью обеспечения социально-экономической защиты трудящихся.

В соответствии с Законом Республики Беларусь «Об основах государственного социального страхования» предусмотрено государственное социальное страхование, которое представляет собой систему пенсий, пособий и других выплат гражданам Республики Беларусь за счет средств государственных страховых фондов в случаях, предусмотренных настоящим Законом.

**2. Принципы государственного социального страхования**

Основные принципы государственного социального страхования: участие работодателей, работающих граждан и физических лиц, самостоятельно уплачивающих обязательные страховые взносы, в создании госу-



дарственных страховых фондов; распределение средств от трудоспособных граждан к нетрудоспособным, от работающих к неработающим; гарантированность пенсий, пособий и других выплат в соответствии с законодательством; равенство граждан независимо от социального положения, расовой и национальной принадлежности, пола, языка, рода занятий, места жительства в праве на государственное социальное страхование; дифференциация условий и размеров пенсий, пособий и других выплат по государственному социальному страхованию; участие представителей юридических и физических лиц, уплачивающих страховые взносы, в управлении государственным социальным страхованием.

Законодательство о государственном социальном страховании состоит из названного Закона, а также других актов законодательства, регулирующих конкретные условия, размеры и порядок организации государственного социального страхования по каждому страховому случаю. Если международным договором предусмотрены иные правила, чем те, которые предусмотрены законодательством о государственном социальном страховании, то применяются правила международного договора. Средства государственного социального страхования состоят из обязательных страховых взносов работодателей и работающих граждан, а также физических лиц, самостоятельно уплачивающих обязательные страховые взносы в государственные страховые фонды, доходов от капитализации средств и других поступлений.

К случаям, при наступлении которых застрахованные граждане имеют право на государственное социальное страхование, относятся:

- ✓ болезнь и временная нетрудоспособность;
- ✓ беременность и роды;
- ✓ рождение ребенка, уход за ребенком до достижения им возраста трех лет;
- ✓ инвалидность;
- ✓ достижение пенсионного возраста; потеря кормильца;
- ✓ потеря работы;
- ✓ смерть застрахованного или члена его семьи.

### **3. Виды выплат по государственному социальному страхованию**

Виды выплат по государственному социальному страхованию: пенсии по возрасту, инвалидности, в случае потери кормильца, за выслугу лет; пособиями по беременности и родам; пособиями, связанными с рождением ребенка, уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет; пособиями по болезни и временной нетрудоспособности, выплатами, связан-

ными с санаторно-курортным лечением и оздоровлением; пособиями по безработице; пособиями на погребение.

Медицинские аспекты социального страхования рассматривают врачи, врачебно-консультационные комиссии (ВКК), специальные медико-реабилитационные экспертные комиссии (МРЭК). Граждане имеют право заключать договоры на добровольное социальное страхование. Работодатели имеют право за счет собственных средств осуществлять дополнительное социальное страхование своих работников. Добровольное и дополнительное социальное страхование может осуществляться негосударственными страховщиками (страховыми организациями) в соответствии с законодательством. Государство не несет ответственности по обязательствам негосударственных страховщиков (страховых организаций).

#### **4. Экспертиза временной нетрудоспособности**

Здоровье сопряжено с таким существенным состоянием людей как оптимальная трудоспособность, которая может утрачиваться. Вследствие этого наступает временная или стойкая утрата трудоспособности. По степени различают полную и частичную нетрудоспособность.

Временная нетрудоспособность (ВН) – функциональное состояние организма, вызванное болезнью или травмой, при котором нарушены функции, препятствующие продолжению профессионального труда. Она носит временный обратимый характер. При этом возможно возвращение больного к выполнению своей работы.

Экспертиза временной нетрудоспособности (ЭВН) осуществляется в соответствии с "Положением об экспертизе временной нетрудоспособности и организации реабилитации в лечебно-профилактических организациях". ЭВН граждан осуществляется в ЛПО, которым Министерство здравоохранения и Совет Федерации профсоюзов разрешили выдачу листков нетрудоспособности (ЛН).

#### **5. Задачи экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПО**

1. Комплексное решение вопросов лечебно-диагностического процесса, ЭВН и реабилитации в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах.

2. Ориентация медицинской помощи на сокращение трудопотерь по временной нетрудоспособности и инвалидности.

3. Установление временной нетрудоспособности и ее сроков.

4. Дача рекомендаций о характере и условиях труда, показанных по состоянию здоровья лицам с ограничением трудоспособности, не являющимся инвалидами.

5. Выявление пациентов, нуждающихся в реабилитации, и ее проведение до направления на МРЭК.

6. Выявление лиц ЧДБ и проведение мероприятий по снижению их заболеваемости и профилактике инвалидности.

7. Выявление признаков инвалидности и направление пациентов на освидетельствование во МРЭК.

8. Изучение причин ЗВУТ и инвалидности и проведение мероприятий по их профилактике.

### **6. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность и порядок их выдачи**

Имеются следующие формы документации: «Листок нетрудоспособности», «Книга регистрации листков нетрудоспособности», «Журнал записи заключений ВКК», «Направление на МРЭК», «Санаторно-курортная карта».

В ряде случаев выдаются справки произвольной формы: при обращении в здравпункт в ночное время, когда дежурит только средний медицинский персонал; при обследовании в поликлинических условиях или в условиях стационара в рабочее время при отсутствии у обследуемых признаков временной нетрудоспособности; при стационарном, диспансерном, поликлиническом обследовании лиц по направлению военкомата в период их призыва на военную службу; при временной нетрудоспособности лиц, уволенных с работы; лицам, перенесшим инфекционное заболевание, на период их бактериологического обследования; трудоспособным лицам, контактирующим с пациентами венерическими болезнями, на период их обследования и профилактического лечения в амбулаторных условиях; на период проведения судебно-медицинской экспертизы и принудительного лечения по определению нарсуа или органов МВД.

Выдача, продление и закрытие листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности проводится медицинскими организациями по месту жительства или по месту работы гражданина в установленном порядке. При наступлении временной нетрудоспособности вне места постоянного жительства листок нетрудоспособности выдается только за подписью главного врача, скрепленной печатью лечебного учреждения.

Листки нетрудоспособности выдаются только лечащим врачом и в специальных случаях ВКК. Продление их сверх сроков единоличной выдачи листка нетрудоспособности и справки о временной нетрудоспособности (свыше 6 дней) проводится лечащим врачом совместно с заведующим

отделением, а при его отсутствии - с заместителем главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе или главным врачом.

Порядок выдачи листков нетрудоспособности определен специальной инструкцией.

### **7. Обязанности лечащего врача, заведующего отделением и заместителя главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе**

Лечащий врач обязан:

1. На основании данных всестороннего медицинского освидетельствования пациента, исходя из степени выраженности функциональных нарушений, характера и течения патологического процесса, выполняемой работы, условий труда решать вопрос о временной нетрудоспособности в случаях заболеваний и травм, необходимости ухода за ребенком в возрасте до 3-х лет в случае болезни матери, а также получения отпуска по беременности и родам.

2. Выдавать листок нетрудоспособности в пределах 6 дней единовременно или по частям. Продление листков нетрудоспособности сверх этого срока проводится лечащим врачом совместно с заведующим отделением, а при его отсутствии с заместителем главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе трудоспособности или по медицинским вопросам или по амбулаторно-поликлинической помощи, либо с главным врачом

3. Устанавливать дату явки на прием.

4. Представлять пациента в любой срок временной нетрудоспособности на консультацию заведующему отделением или заместителю главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе нетрудоспособности на ВКК в неясных и конфликтных случаях.

5. Представлять совместно с заведующим отделением длительно болеющих на ВКК через один, два и три с половиной месяца от начала ВН и пациентов, имеющих признаки стойкой утраты трудоспособности независимо от продолжительности болезни, для решения вопроса о направлении их на освидетельствование в МРЭК.

6. Направлять совместно с заведующим отделением пациентов на МРЭК после проведения всего комплекса диагностических, лечебных и медико-реабилитационных мероприятий и заключения ВКК о необходимости такого направления в любой период от начала временной нетрудоспособности.

7. Изучать временную нетрудоспособность за последние 12 месяцев по данному или родственным заболеваниям.

8. Фиксировать в дневниках медицинской карты амбулаторного пациента объективные данные, послужившие основанием для выдачи листка нетрудоспособности, назначенные диагностические, лечебные и оздоровительные мероприятия, рекомендуемый режим, номер листка нетрудоспособности, отметки о его продлении или закрытии. В листке учета временной нетрудоспособности медицинской карты отмечать дату выдачи листка нетрудоспособности, первичный диагноз, а при закрытии - окончательный диагноз и срок временной нетрудоспособности.

9. Организовывать контроль за соблюдением пациентом предписанного режима не позднее первых 3 дней с момента освобождения от работы (с привлечением участковой сестры, страхделегатов). Делать отметки в листке нетрудоспособности при нарушении больным режима, предписанного врачом.

10. Своевременно выявлять пациентов, нуждающихся в проведении реабилитации, и направлять их на ВКК.

11. Давать рекомендации о нуждаемости в санаторно-курортном лечении, лечении в санатории-профилактории и диетическом питании.

12. Проводить ежедневный учет количества выдаваемых листков нетрудоспособности и анализировать сроки временной нетрудоспособности при основных заболеваниях, а также структуру (причины) временной нетрудоспособности на своем участке.

13. Анализировать первичный выход на инвалидность и причины наступления стойкой утраты трудоспособности у пациентов участка.

14. Проводить шифровку закрытых листков нетрудоспособности.

15. Анализировать ЗВУТ и инвалидность в прикрепленных предприятиях и совместно с хозяйственными и профсоюзными органами принимать участие в разработке мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости и инвалидности.

Заведующий отделением обязан.

1. Осуществлять организационно-методическое руководство и контроль за работой лечащих врачей по экспертизе трудоспособности, реабилитации, профилактике заболеваемости и инвалидности. Разрабатывать мероприятия по снижению заболеваемости и инвалидности.

2. Осуществлять консультации пациентов в сложных в отношении определения трудоспособности случаях в первые дни заболевания.

3. Проводить ежедневный контроль за обоснованностью выдачи листков нетрудоспособности (справок) в первые 6 дней от начала ВН, соблюдением правил их оформления и выдачи.

4. Проводить совместно с лечащим врачом после личного осмотра пациента продление временной нетрудоспособности свыше 6 дней, но не

---

более 10 дней; при длительной временной нетрудоспособности проводить регулярные осмотры в зависимости от тяжести заболевания, но не реже 1 раза в 10 дней.

5. Выдавать совместно с лечащим врачом листок нетрудоспособности пациентам, находящимся в стационаре, в пределах установленных сроков, матери по уходу за ребенком-пациентом в стационаре, отцу или другому члену семьи, при госпитализации матери, осуществляющей уход за ребенком до 3-х лет в установленном порядке.

6. Своевременно выявлять и направлять на ВКК больных, нуждающихся в медицинской реабилитации, организовывать и контролировать ее проведение.

7. При длительной временной нетрудоспособности совместно с лечащим врачом направлять амбулаторных и стационарных пациентов на ВКК через один, два и три с половиной месяца от начала временной нетрудоспособности, а также осуществлять направление на МРЭК, в т.ч. из стационара не позднее установленных сроков.

8. Своевременно выявлять признаки инвалидности и направлять амбулаторных и стационарных пациентов на ВКК с целью последующего направления на МРЭК сразу после выявления признаков инвалидности.

9. Проводить анализ качества работы врачей отделения по экспертизе трудоспособности с определением количества случаев и дней временной нетрудоспособности, средней длительности случая при различных заболеваниях (травмах).

10. Проводить экспертную оценку качества лечебно-диагностического процесса и реабилитации у всех пациентов, направленных на МРЭК для продления лечения.

11. Проводить систематический контроль и разбор наиболее часто встречающихся ошибок в выдаче, продлении и оформлении листков нетрудоспособности (справок), сроков временной нетрудоспособности, своевременности направления на МРЭК, обоснованности продления временной нетрудоспособности с санкции МРЭК.

12. В МСЧ организовывать проведение анализа ЗВУТ и инвалидности у различных цеховых врачей и разрабатывать мероприятия по их снижению.

13. Совместно с лечащим врачом решать вопросы о необходимости санаторно-курортного лечения и выдачи санаторно-курортной карты.

14. Проводить мероприятия по повышению квалификации врачей отделения по вопросам экспертизы ВН и реабилитации.

Заместитель главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе трудоспособности обязан:

---

1. Организовать выдачу листков нетрудоспособности (справок) во всех медицинских подразделениях учреждения, в том числе в приемных покоях больниц, пунктах неотложной помощи, травматологических пунктах и др. в соответствии с Инструкцией о порядке выдачи листков нетрудоспособности.

2. Консультировать сложных в отношении определения трудоспособности пациентов, решать все вопросы экспертизы трудоспособности с лечащим врачом, не имеющим заведующего отделением.

3. Консультировать обоснованность выдачи, продления, закрытия листков нетрудоспособности, сроков временной нетрудоспособности, используя разные формы контроля, в том числе учет ежедневно выдаваемых листков нетрудоспособности по врачам и отделениям, регулярный просмотр медицинских дел амбулаторных и стационарных пациентов, личный осмотр больного, плано-контрольные ВКК, проверка выполнения режима на дому.

4. Контролировать в стационаре обоснованность госпитализации с учетом состояния трудоспособности, своевременность госпитализации, активность сроков временной нетрудоспособности по госпитализации, своевременность направления длительно болеющих на ВКК стационара, в отделение реабилитации и на МРЭК, своевременность выписки пациентов из стационара, вынесения экспертной рекомендации выписанным пациентам.

5. Организовывать работу ВКК в амбулаторно-поликлинических организациях и стационарах, являясь ее представителем, составлять график ее работы, обеспечивающий участие лечащего врача в представлении пациента на ВКК.

6. Обеспечивать своевременное направление длительно болеющих в поликлинику и стационар на ВКК и МРЭК и устанавливать сроки.

7. Курировать работу отделения реабилитации и своевременное выявление пациентов и инвалидов, нуждающихся в ее проведении, контролировать в процессе реабилитации сроки временной нетрудоспособности и их обоснованность, частоту и тяжесть инвалидности, эффективность реабилитационных мероприятий.

8. Организовать сбор оперативной информации о временной нетрудоспособности в амбулаторных учреждениях и стационаре с расчетом сроков временной нетрудоспособности у отдельных врачей, по специальности, при разных нозологических формах; определять должные значения показателей и их отклонения, намечать меры по устранению отклонений.

9. Организовать работу врачей и заведующих отделениями по изучению причин инвалидности у разных специалистов, проводить совместно с заведующими отделениями экспертную оценку медицинских дел всех па-

циентов, первично признанных инвалидами и направленных на МРЭК для продления.

10. Организовать работу врачей по изучению причин заболеваемости и инвалидности по предприятиям, совхозам, колхозам и совместно с руководителями указанных предприятий, профсоюзными организациями, санитарно-эпидемиологическими станциями, намечать меры по профилактике и снижению заболеваемости и инвалидности.

11. Обеспечивать постоянный контакт с МРЭК, участвовать в заседаниях по освидетельствованию пациентов в прикрепленной МРЭК в соответствии с графиком (не реже 3 раз в месяц) и выработке индивидуальной программы реабилитации инвалида.

12. Организовывать врачебные конференции (не реже 1 раза в квартал, в том числе совместно с МРЭК не реже 2 раз в год) по вопросам состояния заболеваемости с временной нетрудоспособностью и первичной инвалидности, с разбором ошибок и дефектов в вопросах ЭВН и реабилитации, расхождений в решениях ВКК и МРЭК.

13. Организовывать мероприятия по обучению врачей амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров вопросам экспертизы нетрудоспособности и медицинской реабилитации, планировать повышение квалификации заведующих отделениями, обеспечивать своевременное изучение всеми врачами лечебно-профилактического учреждения действующих положений, инструкций, приказов, распоряжений по вопросам экспертизы трудоспособности, выдачи листков нетрудоспособности и реабилитации.

## **8. Организация работы и функции врачебно-консультационной комиссии по вопросам медицинской реабилитации и экспертизы трудоспособности**

ВКК организуется в лечебно-профилактических организациях (больницах, поликлиниках, диспансерах, женских консультациях, клиниках научно-исследовательских институтов и др.). Состав: председатель - заместитель главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе трудоспособности, а при его отсутствии заместитель главного врача по поликлинике, по медицинской части или главный врач; члены - заведующий соответствующего отделения и лечащий врач. При необходимости на заседании ВКК могут привлекаться врачи-специалисты данного или других лечебных организаций, сотрудники кафедр медицинских вузов.

Основные функции ВКК:

1. Консультации пациентов в сложных и конфликтных случаях экспертизы нетрудоспособности. ВКК принимает решения только после ос-



---

мотра пациента, изучения медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, данных обследования, условий и характера труда, профессии. ВКК высказывает мнение об обоснованности диагноза, лечения, своевременности использования реабилитационных средств и о возможности восстановления здоровья и работоспособности. При необходимости ВКК направляет пациентов на дообследование в диагностические центры, на консультацию и лечение в специализированные учреждения или в реабилитационные отделения.

2. Контроль за обоснованностью выдачи и продления листков нетрудоспособности в ранние сроки (одномоментно - контрольные ВКК, выборочное освидетельствование и др.).

3. Обязательные плановые освидетельствования пациентов в сроки один, два и три с половиной месяца от начала временной нетрудоспособности с целью контроля обоснованности диагноза, лечения, своевременного использования реабилитационных средств, тактики ведения пациента, сроков временной нетрудоспособности, определение трудового прогноза, показаний к проведению дальнейшей реабилитации или направлению на МРЭК.

4. Своевременное выявление лиц, нуждающихся в реабилитации и направление пациентов и инвалидов для проведения реабилитационных мероприятий.

5. Формирование индивидуальной программы оздоровления пациентов, не являющихся инвалидами: лицам с частичной временной нетрудоспособностью; лицам с незначительной стойкой утратой трудоспособности, не нуждающимся в направлении на МРЭК; длительно и часто болеющим.

6. Выдача и продление листка нетрудоспособности: для специального лечения в другом городе; для отпуска на санаторно-курортное лечение; доплатного листка нетрудоспособности при частичной временной нетрудоспособности вследствие туберкулеза или профессионального заболевания; продление листка нетрудоспособности при амбулаторном лечении по уходу за больным ребенком свыше 10 дней и в исключительных случаях за взрослым свыше 3-х дней; обмен в установленном порядке справок и заключений о ВН после предварительного рассмотрения каждого случая и выявления оснований для обмена.

7. Направление на освидетельствование на МРЭК в следующих случаях:

7.1. Длительно болеющих - не позднее 120 календарных дней со дня наступления непрерывной нетрудоспособности или не позднее 150 календарных дней нетрудоспособности в общей сложности за последние 12 ме-

сяцев по поводу родственных заболеваний, а при туберкулезе не позднее 6 месяцев при непрерывной временной нетрудоспособности и не позднее 8 месяцев в общей сложности в течение последних 12 месяцев при повторном заболевании туберкулезом.

7.2. Работающих лиц с признаками инвалидности (неблагоприятный клинический и трудовой прогноз).

7.3. Больных с детства и лиц пенсионного возраста при наличии признаков инвалидности.

7.4. Инвалидов для очередного переосвидетельствования.

7.5. Пациентов и инвалидов для определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) вследствие увечья, связанного с работой.

7.6. Инвалидов для определения медицинских показаний для обеспечения спец. и автотранспортом.

7.7. Лиц, потерявших профессиональную трудоспособность из-за трудовых увечий и профессиональных заболеваний при необходимости возмещения ущерба.

7.8. Для изменения причины инвалидности при наличии соответствующих документов.

8. Выдача заключений ВКК о необходимости предоставления академического отпуска или перевода на другой факультет по состоянию здоровья студентам высших и средних учебных заведений, ПТУ; об освобождении от выпускных экзаменов учеников общеобразовательных школ, гимназий и лицеев); о наличии права на представление дополнительной или отдельной площади и других заключений по запросам органов исполнительной власти, общественных организаций и др.

Данные освидетельствования пациента и решение ВКК записываются в первичных медицинских документах, а также в книге записей заключений ВКК и подписываются председателем и членами ВКК.

## **9. Основные положения**

### **«Инструкции о порядке выдачи листков нетрудоспособности»**

#### **9.1. Общие положения**

Листок нетрудоспособности - документ, который удостоверяет факт нетрудоспособности, освобождает от работы, является единицей статистического анализа и основанием для получения пособия по временной нетрудоспособности, по беременности и родам.

#### **9.2. Временная нетрудоспособность при заболеваниях и травмах**

Временная нетрудоспособность возникает при острых заболеваниях или обострениях хронических заболеваний, травмах и иных состояниях,

когда осуществление трудовой деятельности пациентами невозможно, труд противопоказан или препятствует проведению лечения.

В амбулаторно-поликлинических организациях листок нетрудоспособности (справка) выдается в день установления временной нетрудоспособности, в том числе в общевыходные и праздничные дни. Лечащие врачи выдают листки нетрудоспособности (справки) в пределах 6 дней единовременно или по частям, если требуется более частое наблюдение. Продление этих документов свыше 6 дней проводится по совместному решению лечащего врача и заведующего отделением (а там, где его нет - председателя ВКК, заместителя главного врача, главного врача) на период не более 10 дней и только после личного осмотра пациента. Прием пациента в этот период врачом может быть назначен на любой день, но обязательно и в последний день временной нетрудоспособности.

Длительно нетрудоспособные (свыше 1 мес.) подлежат обязательному освидетельствованию на ВКК через один, два и три с половиной месяца от начала временной нетрудоспособности.

Длительно болеющие в стационаре подлежат освидетельствованию на ВКК в стационаре через два или более месяцев от начала временной нетрудоспособности, а в отделениях реабилитации - до начала, в процессе и по окончании реабилитации. В случае, когда восстановление нетрудоспособности невозможно, ВКК направляет пациента из стационара на МРЭК.

При длительной нетрудоспособности, кроме контрольных освидетельствований на ВКК, пациенты направляются на МРЭК при непрерывной временной нетрудоспособности не позднее 4 месяцев, а при временной нетрудоспособности с перерывами по одному или родственным заболеваниям - не позднее 5 месяцев, в общей сложности, за последние 12 месяцев, а при туберкулезе - не позднее 6 месяцев при непрерывной временной нетрудоспособности и 8 месяцев - при временной нетрудоспособности с перерывами за последние 12 месяцев. При выявлении признаков инвалидности пациенты направляются на МРЭК ранее указанных сроков.

Если травма явилась результатом стихийного бедствия, повреждения опорно-двигательного аппарата, органа зрения или других патологических состояний потерпевшего, а также при осложнениях медицинских вмешательств листок нетрудоспособности выдается на весь период нетрудоспособности в общем порядке. Если в период освобождения от работы по справке в связи с бытовой травмой возникло другое заболевание, вызвавшее временную нетрудоспособность, то с первого дня этого заболевания выдается листок нетрудоспособности.

При операции искусственного прерывания беременности (аборт) листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом совместно с заве-

---

дующим отделением в лечебном учреждении, в котором производилась операция, на весь период временной нетрудоспособности, за исключением операции методом вакуум-аспирации в ранние сроки беременности. В этом случае листок нетрудоспособности выдается на день операции, а при возникновении осложнений с временной утратой трудоспособности - в общем порядке.

Для обследования и лечения трудоспособных граждан, в установленном порядке направляемых в лечебно-профилактические учреждения вне места постоянного их жительства, в том числе за пределы республики, а также при направлении на консультацию или лечение ребенка в сопровождении одного из родителей или другого члена семьи, листок нетрудоспособности выдается ВКК с освобождением от работы на требуемые дни, но не более, чем на 10 календарных дней.

На здравпункте листок нетрудоспособности сроком до 3-х календарных дней выдается только врачом. В вечернее и ночное время фельдшер (медицинская сестра, акушерка) здравпункта может освобождать нетрудоспособного от работы до конца смены, выдавая справку. Врач, к которому обращается пациент, проводит замену справки фельдшера здравпункта на листок нетрудоспособности. Если врач признает пациента трудоспособным, листок нетрудоспособности выдается только на часы освобождения от работы фельдшером.

Лицам, заболевшим в вечернее или ночное время (после окончания работы поликлиники) и обслуженным скорой медицинской помощью, листок нетрудоспособности может быть выдан на следующий день по решению ВКК (при необходимости с зачетом дня вызова бригады скорой медицинской помощи) если пациент признан нетрудоспособным.

При периодическом медицинском обследовании по месту жительства трудоспособных лиц, принимавших участие в работах по ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС или проживающих в зонах первоочередного и последующего отселения, в зоне проживания с периодическим радиационным контролем, выдается листок нетрудоспособности (при необходимости) сроком на 1 день. При обследовании в другом городе листок нетрудоспособности открывается ВКК по месту жительства, а закрывается в лечебно-профилактическом учреждении, проводящем обследование в день его окончания с учетом времени на проезд.

Листок нетрудоспособности не выдается: иногородним трудоспособным лицам, обратившимся за консультацией для обследования и лечения в лечебно-профилактическую организацию без соответствующего направления, за время нахождения под арестом и на период судебно-медицинской экспертизы.

### **9.3. Выдача листков нетрудоспособности при направлении на санаторно-курортное лечение и реабилитацию**

Листок нетрудоспособности выдается на весь период санаторно-курортного лечения (в том числе родителей с детьми), указанный в путевке, и время проезда в санаторий и обратно, но за вычетом срока очередного и дополнительного отпусков (даже если они использованы ранее).

Листок нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения, за исключением туберкулезных санаториев, выдается ВКК (при ее отсутствии - лечащим врачом совместно с главным врачом) лечебно-профилактического учреждения по месту жительства или работы пациента до отъезда в санаторий.

При обращении за листком нетрудоспособности необходимо представить: путевку (курсовку), справку администрации о длительности очередного и дополнительного отпусков и санаторно-курортную карту.

Листок нетрудоспособности для лечения в туберкулезном санатории выдается лечащим врачом совместно с главным врачом санатория (больной представляет справку администрации о продолжительности очередного и дополнительного отпусков). При повторном в одном календарном году направлении пациента противотуберкулезным диспансером на лечение в туберкулезный санаторий листок нетрудоспособности выдается без вычета дней отпуска.

Листок нетрудоспособности (справку) для проведения реабилитации в отделениях больниц, поликлиник и центрах реабилитации при необходимости выдает ВКК лечебно-профилактического учреждения, направляющего пациента на реабилитацию. В листке нетрудоспособности ВКК делает отметку о направлении в отделение (центр) реабилитации и представляет дату направления.

При направлении в санаторные центры реабилитации воинов-интернационалистов листок нетрудоспособности выдает ВКК ЛПУ по месту жительства или работы пациента.

Пациентам, направленным непосредственно из стационаров лечебных учреждений на долечивание после перенесенного острого инфаркта миокарда, оперативного вмешательства по поводу аортокоронарного шунтирования и аневризмы сердца, язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и после удаления желчного пузыря, листок нетрудоспособности выдается за все время пребывания в санатории. Он открывается в стационаре при направлении в санаторий и закрывается в санатории при выписке пациента.

#### **9.4. Временная нетрудоспособность в связи с необходимостью ухода за членами семьи**

Листок нетрудоспособности по уходу за пациентом членом семьи выдается, если отсутствие ухода угрожает здоровью пациента или при наличии показаний для госпитализации его невозможно поместить в больницу, а среди членов семьи нет другого лица, которое может ухаживать за пациентом без освобождения от работы.

Листок нетрудоспособности по уходу за больными старше 14 лет выдается лечащим врачом одному из членов семьи, совместно проживающих с заболевшим, на срок до 3-х дней. В исключительных случаях с учетом тяжести заболевания и бытовой обстановки этот срок может быть продлен по решению ВКК (главного врача) до 7 дней.

Листок нетрудоспособности не выдается: для ухода за пациентом, который находится в стационаре; для ухода за хроническим пациентом и инвалидом 1 группы (кроме случаев возникновения у них острых заболеваний, обострения хронического заболевания и иных состояний).

ЛН по уходу за пациентом ребенком до 14 лет при амбулаторном его лечении выдается, если нет жизненных показаний к его госпитализации, работающим матери или отцу либо другому работающему родственнику, фактически осуществляющему уход за больным ребенком, а также работающему отцу ли матери воспитателям опекунской (приемной) семьи, опекуну ребенка.

Листок нетрудоспособности по уходу за пациентом ребенком выдается со дня, с которого возникла необходимость этого, на период, в течение которого ребенок по заключению врача нуждается в уходе, но не более чем на 14 дней. Если ребенок продолжает болеть и далее нуждается в уходе по истечении 14 дней, выдается справка о ВН.

ЛН по уходу за пациентом ребенком выдается лечащим врачом на срок до 6 дней единовременно или по частям после личного осмотра ребенка. Продление ЛН свыше 6 дней проводится лечащим врачом совместно с заведующим отделением или иным лицом, которому предоставлено это право руководителем ЛПУ. Справка выдается лечащим врачом совместно с заведующим отделением по правилам продления ЛН.

ЛН по уходу за пациентом ребенком не выдается:

- для ухода за детьми с хроническими заболеваниями (кроме случаев обострения, оперативного лечения или возникновения острого заболевания),
- если мать (отец либо другой родственник) находится в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3-х лет;

– при наложении карантина на детское дошкольное учреждение или данного ребенка (в этом случае работающему члену семьи, ухаживающему за ребенком, выдается справка произвольной формы о карантине).

Не выдается листок нетрудоспособности по уходу за ребенком в возрасте до 3-х лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 16 лет в случае болезни матери, если ребенок продолжает посещать детское дошкольное учреждение и если мать находится в отпуске по беременности и родам.

#### **9.5. Выдача листков нетрудоспособности по беременности и родам**

ЛН по беременности и родам выдается врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии врачом, ведущим общий прием, совместно с заведующим отделением (главным врачом) с 30 недель беременности единовременно продолжительностью 126 календарных дней.

Беременным женщинам, проживающим на территориях, пострадавших от чернобыльской катастрофы с плотностью радиоактивного загрязнения от  $1 \text{ Ки/км}^2$  и выше, ЛН по беременности и родам выдается с 27 недель беременности продолжительностью 146 календарных дней.

В случае осложненных родов, рождении двух и более детей ВКК женской консультации (при ее отсутствии - общего лечебного учреждения) выдает дополнительный листок нетрудоспособности сроком на 14 календарных дней. Женщинам, временно выехавшим с места постоянного жительства в период отпуска по беременности и родам, дополнительный листок выдается в лечебном учреждении, в котором прошли роды.

При родах, наступивших до 30 недель беременности (от 27 недель у женщин из Чернобыльской зоны) и рождении живого ребенка листок нетрудоспособности выдается ЛПО, в которой произошли роды на весь период отпуска, предусмотренный Инструкцией, а в случае рождения мертвого ребенка - на 70 календарных дней.

Лицам, которые усыновили (удочерили), взяли на воспитание в опеку (приемную) семью под опеку ребенка в возрасте до 3-х месяцев, выдается листок нетрудоспособности на 70 календарных дней со дня усыновления (опеки). Листок нетрудоспособности выдается родильным домом, если новорожденный усыновлен (взят под опеку) непосредственно из него, в остальных случаях - женской консультацией по месту жительства.

#### **9.6. Выдача листка нетрудоспособности при других видах временной нетрудоспособности**

Листок нетрудоспособности для протезирования выдается только при госпитализации пациента в стационар протезно-восстановительного центра врачом стационара совместно с главным врачом на весь период госпитализации и проезда туда и обратно при выписке пациента из стационара.

---

Листок нетрудоспособности при карантине выдается врачом инфекционистом, а при отсутствии его - участковым врачом, если работник имел контакт с заразными больными и был отстранен от работы санитарно-эпидемиологической службой. При возможности его временного трудоустройства на другую работу в период карантина, по согласованию с ЦГЭ и ОЗ выдается заключение ВКК для трудоустройства.

### **9.7. Ответственность врачей и обжалование их действий**

За необоснованную выдачу, неправильное оформление листка нетрудоспособности (справок) врачи (средние медицинские работники), которым предоставлено право выдачи листков нетрудоспособности, привлекаются в установленном порядке к дисциплинарной ответственности.

Лица, неоднократно допускающие указанные нарушения, органами здравоохранения могут быть лишены права выдачи (продления) листков нетрудоспособности (справок) сроком от 1 до 3-х мес. или направлены на досрочную аттестацию на соответствие занимаемой должности или квалификационной категории.

Если в действиях медицинских работников с листками нетрудоспособности (справками) выявляются признаки преступления, в соответствии с действующим законодательством они привлекаются к уголовной ответственности.



---

---

**Лекция № 21. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА  
НАРУШЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
ПАЦИЕНТОВ. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ И  
ИНВАЛИДОВ**

**Учебные вопросы**

1. Директивные документы, регламентирующие порядок экспертизы нарушений жизнедеятельности пациентов.
2. Состав областных МРЭК.
3. Состав районных, межрайонных и городских МРЭК.
4. Состав специализированных МРЭК.
5. Обязанности и права областной МРЭК.
6. Обязанности и права городских, районных, межрайонных и специализированных МРЭК.
7. Порядок направления на МРЭК и осмотра граждан.
8. Основные критерии установления инвалидности, сроки повторного осмотра и порядок обжалования решений комиссии.
9. Основные понятия системы реабилитации пациентов и инвалидов.
10. Отделение медицинской реабилитации стационара.
11. Отделение медицинской реабилитации поликлиники.
12. Обязанности заведующего отделением (кабинетом) медицинской реабилитации.
13. Обязанности врача-реабилитолога.
14. Областной диспансер спортивной медицины.

**1. Директивные документы, регламентирующие порядок экспертизы нарушений жизнедеятельности пациентов**

Экспертиза нарушений жизнедеятельности и реабилитация пациентов и инвалидов проводится на основании "Положения о медико-реабилитационных экспертных комиссиях" (МРЭК).

МРЭК осуществляет экспертизу нарушений жизнедеятельности граждан, составляет индивидуальные программы реабилитации. Она находится в подчинении управлений здравоохранения исполкомов. Работа организуется по территориальному принципу, т.е. существуют областные, городские, районные, межрайонные. Они делятся также на общие и специализированные комиссии. Финансирование осуществляется из бюджета области, выделенного на охрану здоровья. Распорядителем кредитов является главный эксперт области по медико-социальной экспертизе и реабилитации.

---

---

## **2. Состав областных МРЭК**

- I. Основной состав.
  1. Реабилитологи-эксперты: терапевт, хирург, невропатолог.
  2. Старшая медицинская сестра.
  3. Медрегистратор (оператор ПК).
- II. Дополнительный штат (в зависимости от объема работы).
  1. Реабилитологи-эксперты (узкие специалисты): педиатр, окулист, психиатр и др.
  2. Врач-статистик.
- III. Другой персонал.
  1. Юрисконсульт.
  2. Главный бухгалтер.
  3. Бухгалтер-кассир.
  4. Инспектор по кадрам.
  5. Водитель.
  6. Уборщица.
  7. Гардеробщица.

## **3. Состав районных, межрайонных и городских МРЭК**

1. Реабилитологи-эксперты: терапевт, хирург, невропатолог.
2. Методист-реабилитолог.
3. Старшая медсестра.
4. Медрегистратор (оператор ПК).

## **4. Состав специализированных МРЭК**

1. Два врача-реабилитолога по профилю комиссии.
2. Терапевт или невропатолог.
3. Методист-реабилитолог.
4. Старшая медсестра.
5. Медрегистратор (оператор ПК).

## **5. Обязанности и права областной МРЭК**

1. Организационно-методическое руководство.
2. Контроль нижестоящих МРЭК.
3. Анализ состояния медико-социальной экспертизы и реабилитации.
4. Выяснение причин инвалидности.
5. Разработка мероприятий по профилактике инвалидности.
6. Повторная экспертиза по направлению нижестоящих МРЭК.
7. В сложных случаях - направление в Республиканский научно-практический центр экспертизы и реабилитации инвалидов.

8. Определение потребности в выделении специальных транспортных средств.
9. Внедрение научно-обоснованных методов работы.
10. Повышение квалификации экспертов.

Руководит работой областных МРЭК главный эксперт области по медико-социальной экспертизе и реабилитации. Он же является председателем одного из составов областной МРЭК.

Председателем комиссии назначается один из врачей.

### **6. Обязанности и права городских, районных, межрайонных и специализированных МРЭК**

1. Установить степень ограничения жизнедеятельности пациентов, причину и время наступления инвалидности.
2. Установить процентную долю утраты профессиональной трудоспособности для лиц, которые получили увечье в связи с исполнением производственных обязанностей.
3. Составление индивидуальных программ реабилитации.
4. Анализ результатов работы.
5. Участие в проведении конференций, совещаний, семинаров.
6. Трудоустройство инвалидов.
7. Консультативная помощь ЛПО.
8. Контроль проведения экспертизы временной нетрудоспособности.
9. Выдача удостоверений инвалидам.

МРЭК имеют право требовать сведения об условиях работы инвалидов, а также направлять на дообследование или на восстановительное лечение.

### **7. Порядок направления на МРЭК и осмотра граждан**

Направление на МРЭК производится ВКК лечебных организаций по месту жительства или лечения пациента. При отсутствии в лечебных организациях ВКК направление пациентов производится лечащим врачом совместно с главврачом ЛПО.

Лечебная организация заполняет "Направление на МРЭК" установленной формы и пересылает его в МРЭК. "Направление на МРЭК" подписывается ВКК, т.е. лечащим врачом, заведующим соответствующего отделения и заместителем главного врача по медико-социальной экспертизе и реабилитации (или главным врачом).

В случае, если для определения степени утраты трудоспособности медицинских данных недостаточно, МРЭК направляет пациента на кон-

сультацию в специальную ЛПО или помещает в стационар для уточнения диагноза.

После вынесения решения МРЭК отрывной корешок "Направления" с заключением отсылается в территориальную амбулаторно-поликлиническую организацию по месту жительства пациента.

Осмотр осуществляется, как правило, по месту жительства, т.е. территориально. Проводятся также выездные заседания. Данные экспертизы и решение комиссии заносятся в протокол заседания и акт осмотра МРЭК. Датой установления инвалидности считается день поступления документов в МРЭК. Справки с решением МРЭК о группе, причине инвалидности, сроке повторного осмотра направляются в управления социальной защиты, областной военкомат, УВД, УГБ, а также по месту работы.

В настоящее время пенсионный возраст по старости установлен: мужчины - 60 лет, женщины - 55 лет. Рабочие и служащие, занятые на подземных работах, в горячих цехах, а также на других работах с тяжелыми условиями труда, получают пенсию на 5-10 лет раньше. Снижение пенсионного возраста распространяется также и на другие группы населения.

Нарушение функций и ограничения жизнедеятельности подлежат количественной оценке. В целях ее унификации в оценке разных параметров определяется «функциональный класс» (ФК), ранжированный по – балльной шкале (от до), принятой за 100%, интервал между баллами составляет 25%: ФК-0 характеризует нормальное состояние параметра; ФК-1 – легкое нарушение функции или критерия жизнедеятельности (от 1 до 25%); ФК-2 – умеренное нарушение (от 26 до 50%); ФК-3 – значительное нарушение (от 51 до 75%); ФК-4 – резкое нарушение вплоть до полной утраты функции или способности (от 76 до 100%).

Группа инвалидности устанавливается в соответствии с «Инструкцией по определению группы инвалидности».

Основанием для определения I группы инвалидности является зависимость от постоянной нерегулируемой помощи других лиц вследствие резко выраженного ограничения жизнедеятельности (ФК-4), обусловленного заболеваниями, последствиями травм, тяжелыми комбинированными анатомическими дефектами и приводящего к социальной недостаточности.

Основанием для определения II группы инвалидности является значительно выраженное ограничение жизнедеятельности (ФК-3), обусловленное заболеваниями, последствиями травм, комбинированными анатомическими дефектами и приводящее к социальной недостаточности.

Основанием для определения III группы инвалидности является умеренное ограничение жизнедеятельности (ФК-2), обусловленное заболева-

ниями, последствиями травм и выраженными анатомическими дефектами и приводящее к социальной недостаточности

После определения одной из групп инвалидности МРЭК устанавливает ее причину: профессиональное заболевание; трудовое увечье; инвалидность с детства; инвалидность с детства вследствие ранения, контузии или увечья, связанных с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны (либо с последствиями военных действий); инвалидность с детства, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС; заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС (при аварийных ситуациях на других атомных объектах, при испытаниях ядерного оружия); заболевание получено в период военной службы; заболевание (увечье), вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС.

#### **8. Основные критерии установления инвалидности, сроки повторного осмотра и порядок обжалования решений комиссии**

Инвалиды I группы осматриваются один раз в 2 года, инвалиды II и III групп - один раз в год. Инвалидность устанавливается до первого числа месяца, следующего за тем месяцем, на который намечен очередной повторный осмотр.

Без указания срока переосвидетельствования группы инвалидности устанавливаются инвалидам: инвалидам с необратимыми хроническими заболеваниями и анатомическими дефектами, предусмотренные перечнем заболеваний; мужчинам по достижении 55 лет и женщинам по достижении 50 лет и более. В последних случаях экспертиза может быть проведена по заявлению этих лиц. Без указания срока повторного осмотра группа инвалидности устанавливается также при устойчивых необратимых морфологических изменениях, невозможности улучшения состояния здоровья и социальной адаптации.

При обжаловании решений нижестоящих МРЭК областная комиссия осуществляет повторный осмотр в течение одного месяца.

#### **9. Основные понятия системы реабилитации пациентов и инвалидов**

Предупреждение инвалидности - система медицинских, гигиенических, педагогических, профессиональных и других мер, направленных на предупреждение (профилактику) или уменьшение частоты и тяжести инвалидности.

Реабилитация - процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив им тем са-

---

мым средства для изменения их жизни и расширения рамок их независимости.

Медицинская реабилитация - целенаправленный процесс восстановления медицинскими и физическими методами функциональных возможностей организма человека, нарушенных вследствие врожденного дефекта, перенесенных болезней или травм.

Медико-профессиональная реабилитация - процесс восстановления трудоспособности, сочетающий медицинскую реабилитацию с тренировкой профессионально значимых функций, подбором профессии и адаптации к ней.

Профессиональная реабилитация - процесс восстановления инвалида в прежней профессии путем специализации рабочего места или обучения новой профессии.

Трудовая реабилитация - процесс трудоустройства и адаптации инвалида на конкретном рабочем месте.

Социальная реабилитация - система мероприятий, обеспечивающих улучшение уровня жизни инвалидов, создание им равных возможностей для полного участия в жизни общества.

Абилитация - система мер государства и общества, обеспечивающих условия для первичной социально-бытовой и трудовой адаптации детей, а также преодоления развития у них дефектов.

В структуре причин первичной инвалидности около 70 % составляют сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, травмы, болезни нервной системы и органов чувств. Из признанных инвалидами нуждаются в реабилитации 32-48 процента (32,6 % - из числа больных с заболеваниями нервной системы и органов чувств, 47,8 процента от числа инвалидов ортопедо-травматологического профиля, 43,2 процента - терапевтического профиля). Дети с отклонениями в состоянии здоровья и инвалиды, а их более 340 тысяч, также нуждаются в целенаправленной системе оздоровления.

Задачами медицинской реабилитации является организационно-методическое и научное руководство службой медицинской реабилитации, разработка научных основ, направленных на профилактику и снижение инвалидности, восстановление трудоспособности пациентов и инвалидов с острыми и хроническими заболеваниями, после травм и крупных оперативных вмешательств. Разработка эффективных методов и средств медицинской реабилитации, включая их в индивидуальные программы реабилитации для профильных пациентов и инвалидов.

## 10. Отделение медицинской реабилитации стационара

В его состав рекомендуется включать стационар дневного пребывания пациентов, кабинеты ЛФК, механотерапии, психотерапии, физиотерапии, формирования навыков самообслуживания. Отделение медицинской реабилитации больницы может быть однопрофильным или многопрофильным в зависимости от мощности больницы и потребности в медицинской реабилитации.

Основными задачами является проведение дообследования, формирование индивидуальной программы реабилитации, определение прогнозируемых результатов стационарного этапа, обеспечение полной реализации программы.

Основными функциями отделения медицинской реабилитации являются:

- отбор пациентов в отделение;
- осуществление медицинской реабилитации пациентов (инвалидов) по индивидуальным комплексным программам;
- внедрение в практику новых современных средств и методов медицинской реабилитации;
- экспертиза временной нетрудоспособности рабочих и служащих;
- осуществление взаимосвязи с другими отделениями, организациями здравоохранения в лечении и обследовании пациентов, а также с учреждениями социального обеспечения;
- направление пациентов в отделения медицинской реабилитации поликлиник, санаториев, санаториев-профилакториев промышленных предприятий;
- осуществление консультативной и организационно-методической помощи по вопросам медицинской реабилитации прикрепленным учреждениям здравоохранения;
- повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала на рабочих местах в установленном порядке.

Отделение медицинской реабилитации госпитализирует пациентов после окончания курса интенсивного лечения, а также принимает пациентов для проведения медицинской реабилитации из других отделений стационара. Отбор пациентов осуществляется врачом реабилитологом, при необходимости комиссией, состав и порядок работы которой устанавливается главным врачом организации здравоохранения.

При направлении и переводе в отделение медицинской реабилитации представляется выписка из медицинской карты стационарного или амбулаторного пациента с указанием результатов клинико-диагностических ис-

следований, проведенного лечения, длительности реабилитационных мероприятий, длительности нетрудоспособности.

Медицинская реабилитация пациентов в соответствии с индивидуальной программой реализуется в имеющейся материальной базе под контролем врача-реабилитолога. С целью обеспечения эффективного использования средств и методов медицинской реабилитации должна предусматриваться материальная база для ЛФК, тренажеры, трудотерапии, в том числе для формирования бытовых навыков, для закаливания (сауна), тренировки в состоянии разгрузки (бассейн), мануальной терапии, физиологической стимуляции, в том числе через биологические активные точки тела, массаж, в том числе подводный, психотерапии, при необходимости логопедической коррекции.

### **11. Отделение медицинской реабилитации поликлиники**

Целью поликлинического этапа медицинской реабилитации является предоставление пациенту (инвалиду) всего доступного арсенала тренировочных средств и условий, позволяющих ему возможно полнее компенсировать утерянные функции, восстановить здоровье и работоспособность.

Отделение медицинской реабилитации является структурным подразделением городской, районной поликлиники. Район деятельности отделения определяется соответствующими органами здравоохранения. В сельских районах целесообразно создавать единые отделения медицинской реабилитации для стационарных и амбулаторных пациентов. Штаты отделения устанавливаются на планируемый объем работы в соответствии с конкретными местными условиями и корректируются в течение года в зависимости от нагрузки и наличия дневного стационара.

В отделение медицинской реабилитации поликлиники направление пациентов производится заведующими структурными подразделениями организаций здравоохранения, расположенных в районах деятельности данного отделения. Прием пациентов и отбор на реабилитацию осуществляется врачебно-консультационной реабилитационной комиссией поликлиники, врачами-реабилитологами или при необходимости врачебными отборочными комиссиями (ВОК). В отделение принимаются пациенты после купирования острого периода заболеваний или его обострения, а также инвалиды с индивидуальной программой реабилитации.

Функции отделения медицинской реабилитации поликлиники:

- составление индивидуальной программы реабилитации пациента и инвалида; ее своевременное осуществление с использованием современных средств и методов;



- 
- выполнение реабилитируемыми индивидуальной программы реабилитации, составленной МРЭК;
  - освоение и внедрение в практику работы отделения новых современных средств и методов реабилитации;
  - привлечение для консультации необходимых специалистов больницы, поликлиники, в структуре которой находится данное отделение;
  - оказание консультативной и организационно-методической помощи по вопросам медицинской реабилитации поликлиническим организациям в районе деятельности отделения;
  - экспертиза трудоспособности и направление на МРЭК в соответствии с действующими положениями;
  - взаимосвязь и преемственность с другими отделениями поликлиники, прикрепленными поликлиниками и больницами, направляющими пациентов на медицинскую реабилитацию, а также организациями социальной защиты;
  - проведение клинических разборов в случае необоснованного направления в отделения, дефектов в ведении пациента на этапах лечения, неэффективности проводимых реабилитационных мероприятий и др.;
  - осуществление мероприятий по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала в установленном порядке;
  - направление пациентов, при необходимости, в стационарные отделения реабилитации;
  - обеспечение учета и отчетности по формам и в сроки, утвержденные Министерством здравоохранения и Министерством статистики и анализа.

В состав отделения медицинской реабилитации включаются имеющиеся в поликлинике кабинеты: лечебной физкультуры, психотерапии, механотерапии (тренажеров), функциональной стимуляции, иглорефлексотерапии, массажа, включая подводный, сауна, бассейн, тренировки ходьбы, трудотерапии и бытовой реабилитации, при необходимости логопедическое обучение, дневной стационар, и в полном составе отделение восстановительного лечения. Кабинеты трудовой терапии должны иметь помещения для восстановительной функции верхних и нижних конечностей, позвоночника, восстановления бытовых навыков.

## **12. Обязанности заведующего отделением (кабинетом) медицинской реабилитации**

На должность заведующего отделением (кабинетом) медицинской реабилитации назначается врач, имеющий 3-летний стаж работы и прошедший специальную подготовку.

---

Заведующий отделением (кабинетом) медицинской реабилитации несет непосредственную ответственность:

- за уровень реабилитационной работы в отделении (кабинете);
- за организацию рабочих мест персонала;
- за внедрение в практику работы отделения современных методов и средств медицинской реабилитации, основанных на достижениях науки, техники и передового опыта лечебно-профилактических организаций;
- за обеспечение взаимосвязи и преемственности с другими структурными подразделениями организации здравоохранения, прикрепленными поликлиниками и больницами, с МРЭК, ВКК, организациями социальной защиты.

Заведующий отделением (кабинетом) медицинской реабилитации имеет определенные права и обязанности:

- принимать непосредственное участие в подборе и расстановке врачебных и других кадров отделения, способствовать повышению квалификации персонала отделения (кабинета);
- решать вопросы приема пациентов на медицинскую реабилитацию в отделение, формировать им индивидуальные комплексные программы реабилитации, при необходимости организовать консультации специалистов и по согласию с руководством – консилиумы;
- при невозможности реабилитации направлять пациентов на МРЭК;
- проводить клинические разборы дефектов ведения пациентов на этапах лечения, неэффективно проводимых реабилитационных мероприятий, в случае необоснованного направления пациентов на медицинскую реабилитацию;
- обеспечивать своевременное начало, непрерывность, преемственность, последовательность, этапность и индивидуальный подход в осуществлении программы медицинской реабилитации;
- контролировать своевременность и качество заполнения медицинской документации, установленных учетно-отчетных форм врачами отделения (кабинета), составлять отчеты о работе отделения (кабинета);
- проводить экспертизу временной нетрудоспособности в соответствии с положением об экспертизе временной нетрудоспособности;
- представлять руководству к поощрению лучших работников и вносить предложения о наложении дисциплинарного взыскания на лиц, нарушающих трудовую дисциплину;
- анализировать результаты реабилитационной работы и совершенствовать ее.

---

---

### **13. Обязанности врача-реабилитолога**

1. Вести амбулаторный прием пациентов.
2. Каждому пациенту (инвалиду) сформировать индивидуальную комплексную программу реабилитации, определить последовательность использования средств и методов и конкретных исполнителей каждого ее этапа.
3. Оценивать эффективность использования отдельных средств и методов реализации индивидуальной программы и ее реализации в целом, используя современные методы оценки резервов систем организма.
4. В неясных случаях привлекать для консультации заведующего отделением и других специалистов ЛПО.
5. Проводить разъяснительную работу с пациентами и их родственниками по вопросам режима питания, труда, быта и оздоровительной тренировки систем, обеспечивающих восстановление и поддержание здоровья и трудоспособности.
6. Проводить экспертизу временной нетрудоспособности в установленном порядке в соответствии с положением об экспертизе временной нетрудоспособности.
7. Совместно со средними медицинскими работниками, непосредственно обеспечивающими реализацию индивидуальной программы, наметить пути повышения ее результативности.
8. Качественно и своевременно вести мед. документацию, установленные учетно-отчетные формы, составлять отчеты о своей деятельности.
9. Обеспечить преемственность в проведении медицинской реабилитации между стационаром, поликлиникой и другими структурными подразделениями организаций здравоохранения, МРЭК, ВКК.
10. Оказывать консультативную и методическую помощь по вопросам медицинской реабилитации врачу стационара и амбулаторно-поликлинических организаций в районе деятельности отделения медицинской реабилитации.

### **14. Областной диспансер спортивной медицины**

Областной диспансер спортивной медицины является ЛПО, предназначенной для медобеспечения лиц, занимающихся физкультурой и спортом и организационно-методического руководства этими службами в области. В соответствии со своим назначением диспансер:

- осуществляет организационно-методическое руководство и консультативную помощь организациям здравоохранения по вопросам спортивной медицины;

- 
- организует, осуществляет медицинское наблюдение и лечение, реабилитацию прикрепленных к диспансеру спортсменов, учащихся детских спортивных школ, а также инвалидов, занимающихся физической культурой и спортом;
  - осуществляет медицинское обеспечение спортивных мероприятий, проводимых в области;
  - осуществляет консультации лиц, занимающихся физкультурой и спортом;
  - проводит разъяснительную работу среди населения о средствах и методах восстановления и укрепления здоровья;
  - оказывает методическую помощь в организации врачебного контроля за физическим воспитанием в детских дошкольных организациях, школах, ЛПО, высших и средних учебных заведениях, особенно в отношении лиц, отнесенных к специальной медицинской группе;
  - может быть базой для подготовки на рабочем месте медицинских работников по профилю.

---

## Лекция № 22. ОСНОВЫ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ

### Учебные вопросы

1. Страховая медицина: истоки зарождения, сущность.
2. Опыт работы организаций здравоохранения в новых условия хозяйствования.
3. Цели страховой медицины.
4. Формы страхования.
5. Финансовые фонды.
6. Основные субъекты медицинского страхования.
7. Группы медицинских услуг.
8. Добровольное медицинское страхование (ДМС).
9. Принципы и виды ДМС.
10. Правила и порядок ДМС.
11. Порядок расчетов и распределения средств, получаемых от страховых компаний.
12. Терминология добровольного медицинского страхования.

### 1. Страховая медицина: истоки зарождения, сущность

Можно выделить 3 формы организации медицинской помощи в Российской империи: 1) частнопрактикующая медицина – для аристократии и состоятельных слоев общества; 2) земская медицина; 3) фабрично-заводская медицина – для рабочих получила развитие после первой русской революции (1905-1907), основывалась на принципах страхования; фактически эту форму организации медицинской помощи можно рассматривать как прообраз страховой медицины.

В 1861 г. в Российской империи было отменено крепостное право. Но, фактически, одна форма рабства сменилась другой. Быстрое развитие капиталистического производства сопровождалось тяжелой эксплуатацией рабочих: высокий уровень производственного травматизма, заработная плата рабочих не покрывала их минимальных жизненных потребностей, продолжительность рабочего дня составляла 12-15 часов; большинство рабочих жило в перенаселенных бараках без соблюдения санитарно-гигиенических норм и др. Все это негативно сказывалось на здоровье и продолжительности жизни рабочих...

В 1887 г. страховое общество «Россия» инициировало создание акционерных обществ взаимного страхования рабочих от несчастных случаев. На промышленных предприятиях стали действовать больничные (страховые) кассы. Но медицинская страховка не стала популярной из-за по низким денежных выплат пострадавшим рабочим (в России эти выплаты были в 4-5

раз меньше чем в Германии, где уже 1883 г. был принят закон об обязательном государственном страховании рабочих на случай болезни, а в 1884 г. – закон о страховании от несчастных случаев).

В российском обществе назревал социально-экономический кризис, критической точкой которого стала революция 1905-1907 гг. Требования о введении государственного страхования рабочих были включены в Программы партий социально-демократической ориентации: Российской социал-демократической партии (РСДРП), партий конституционных демократов, социалистов-революционеров, правового порядка и др.

Стали формироваться общие сберегательно-вспомогательные кассы. Возникли 2 основных формы страхования рабочих и служащих от болезней и несчастных случаев: 1) больничные кассы (формировались на добровольной основе за счет отчисления 3 % от заработной платы, 50 % расходов касс предполагалось покрывать за счет нанимателя); 2) страховые товарищества (создавались только за счет предпринимателей).

Начала расти сеть больничных касс (создавались при наличии не менее 200 участников, имели свой устав). Больничные кассы и их объединения содержали амбулатории (первая амбулатория была организована в Минске в 1899 г.), лечебные организации или заключали договоры с земскими общественными управлениями и медицинскими организациями, частными больницами. Предоставлялась первичная врачебная помощь (при экстремальных ситуациях), амбулаторное и стационарное лечение. Предусматривалась бесплатная выдача лекарств! Застрахованным лицам в 3-х случаях полагались денежные пособия (размер зависел от их социального и материального положения и степени тяжести увечий): 1) болезнь, повлекшая утрату трудоспособности; 2) роды; 3) погребение. Закон «Об обеспечении рабочих на случай болезни» был утвержден Государственной думой и царем лишь в 1912 г. Определенная часть регионов и категорий рабочих остались за рамками его действия.

## **2. Опыт работы организаций здравоохранения в новых условиях хозяйствования**

С 1993 года Россия вместо прежних обязательств заботиться о здоровье всех своих граждан и взяла на себя принципиально иные обязательства – признавать, соблюдать и защищать права своих граждан в сфере охраны здоровья. Государство дало права пациентам застрахованным и т.д. пользоваться ими в том объеме, в каком люди считают это необходимым. При этом государство оставило за собой заботу о детях, стариках, сиротах, инвалидах.

---

С переводом здравоохранения на новые условия хозяйствования в экономику здравоохранения были введены определенные новые экономические категории:

- норматив бюджетного финансирования на одного жителя. Применяется при расчете и выделении средств для каждой административной территории (республики, области, района).

- нормативы, выполняющие функции цены (тарифа) на медицинские услуги и помощь (лечение одного пациента различных профилей заболеваний и категорий сложности, оказание различных видов медицинских и других услуг), т.е. эти нормативы устанавливаются по показателям, характеризующим, в наибольшей мере, конечные результаты деятельности.

- контрольные цифры, отражающие конечные результаты деятельности учреждений здравоохранения по оказанию медицинской помощи. Они включают численность и состав населения, объем и качество медуслуг, техническое оснащение, показатели социального развития коллективов здравоохранения, показатели здоровья населения.

- система контроля качества и эффективности работы. Она включает в себя использование показателей (моделей) конечных результатов; общественно-государственный контроль (комиссии, опрос, анкетирование и др.); изучение удовлетворения потребности населения в медицинской помощи; применение технологий-стандартов; экспертную оценку.

В системе лекарственного обеспечения хозяйственными звеньями являются фармацевтические заводы и фабрики, республиканские и областные, торгово-производственные, унитарные предприятия «Фармация», аптечные склады (базы), аптеки и др.

Вышеизложенное позволило реализовать следующие механизмы:

- переход от выделения средств из бюджета по отдельным статьям расходов к финансированию по нормативам;

- сочетание бюджетного финансирования деятельности организаций здравоохранения с развитием платных услуг населению;

- развитие самостоятельности и инициативы трудовых коллективов;

- установление зависимости и оплаты труда каждого работника от конечных результатов деятельности, объема, качества и эффективности труда;

- использование различных форм хозяйствования, включая внутри-системные арендные отношения, кооперативную, индивидуально-трудовую деятельность, распространение гибких режимов труда, развитие малых предприятий и т.д.

### 3. Цели страховой медицины

Много веков люди получают медицинскую помощь за деньги. Но простые отношения купли-продажи делают в этой сфере пациента очень уязвимой фигурой. В этой связи более ста лет население пользуется медицинским страхованием.

Основная цель страховой медицины – сохранение и укрепление здоровья путем создания экономической заинтересованности и ответственности за его охрану, повышение эффективности и качества медпомощи. А также увеличить ассигнования на здравоохранение; экономически заинтересовать предприятия и работающих в сохранении и укреплении здоровья; обеспечить защитный механизм в условиях рынка; стимулировать рыночные отношения в здравоохранении.

Но и в условиях рынка принципы государственного здравоохранения не должны терять свое значение, даже при разгосударствлении медучреждений. Нужно учитывать, что страховая медицина не должна затмить бесплатность медицины. Медицинское страхование позволит здравоохранению адаптироваться к новым условиям. Важно в переходный период сохранить социальные гарантии.

Заметим, что цель любого вида страхования защита человека от каких-либо материальных издержек при наступлении страхового случая, т.е. события, предусмотренного договором страхования. Государство обязано создать необходимый механизм для «права граждан на бесплатную медицинскую помощь в государственных медицинских учреждениях».

Поэтому необходимо решить несколько задач:

- определить источники финансовых средств для оплаты медицинской помощи;
- узаконить получение этих средств в достаточном объеме для обеспечения всех граждан государственно гарантированным социальным благом – бесплатной медицинской помощью в государственных медицинских организациях;
- гарантировать равный доступ граждан к медицинской помощи;
- обеспечить максимальный медицинский и экономический результат на каждый рубль;
- сформировать заинтересованность граждан, юридических лиц, органов местной и центральной власти в сохранении и укреплении здоровья нации;
- сделать права и законные интересы гражданина приоритетом в деятельности системы здравоохранения.

Страхование – это соглашение страховщика (страховая компания) со страхователем (предприятия, исполкомы, частные лица). При этом в обмен



на страховой взнос обеспечивается возмещение ущерба, связанного с медицинской помощью в определенные сроки и условиях. Это форма социальной защиты населения в области охраны здоровья за счет целевых источников финансирования, которые осуществляются через независимого посредника.

К настоящему времени в России сформирована общегосударственная система обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) представляет собой:

- ключевой механизм социальной защиты человека на случай возникновения страховой ситуации;

- государственную систему правовых, организационных и экономических мер, обеспечивающую конституционные гарантии получения каждым гражданином страны медицинской помощи за счет страховых взносов;

- систему контролируемых государством договорных отношений;

Источники ОМС:

- часть единого социального налога, который платят работодатели за своих работников;

- целевые обязательные платежи за неработающее население, которые поступают от местных администраций и от Пенсионного фонда;

- платежи федерального бюджета на льготное лекарственное обеспечение.

Таким образом, медицинское страхование представляет собой систему, обеспечивающую сохранение здоровья путем создания экономической ответственности граждан и предприятий за охрану здоровья населения.

#### **4. Формы страхования**

1. По источникам: государственное, общественное и частное.
2. По условиям: обязательное и добровольное.
3. По объему услуг: полное и частичное.
4. По организационным формам: только амбулаторная помощь, только стационарная помощь или и то, и другое.

Моментом страхования работника служит момент заключения договора. Каждому застрахованному выдается страховой полис. Это документ, удостоверяющий право застрахованного гражданина на получение медицинской помощи. Полис указывает на того субъекта (страховую компанию), кто будет оплачивать оказанные пациенту медицинские услуги. Страховая компания – это не только плательщик за услуги, но и контролер качества этих услуг.

Смысл ОМС заключается в том, чтобы при возникновении ситуации, требующей медицинской помощи (страховой случай), эта помощь была оплачена из средств страхового фонда. Наличие у конкретного человека возможности привлечь к оплате медицинских услуг средства этого фонда подтверждается полисом ОМС. Для работающих он выдается на предприятии, на неработающих – только в страховой компании. Продолжительность действия полиса – 1 год. При увольнении работника полис обязательно обменивается и об этом сообщается в страховую компанию.

Страховым случаем является необходимость получения застрахованным медицинской помощи, которая возникает в связи с заболеванием застрахованного и (или) иными обстоятельствами, требующими предоставления ему медицинской помощи, включая профилактические услуги, в том числе противоэпидемические.

Страхователь (исполком, предприятие или частное лицо) заключает договор со страховщиком (страховая компания). Для работающих граждан страхователем будет предприятие. Для неработающих граждан страхователем будет исполком. Лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, заключают договор самостоятельно. В соответствии с договором страхователь перечисляет страховые взносы страховой компании. Дополнительное страхование обеспечивает дополнительные медицинские услуги. Они оговорены в документе медицинского страхования. Документ медицинского страхования определяет виды медицинской помощи и мед.услуг. Они соответствуют стандартам качества. Медицинские услуги оплачивает страховое учреждение, застраховавшее гражданина.

Если человек не использовал полностью страховое медицинское возмещение, то можно перенести на следующий период.

За медицинскую помощь производится платеж в адрес оказавшего услуги медицинского учреждения в виде фиксированной суммы, размер которой определяется действующим тарифом.

Тарифы на медицинские услуги – это регулируемые цены, которые устанавливаются специальным соглашением заинтересованных субъектов.

В случае нарушения со стороны врачей: стандартов качества лечения, допущения ошибок в диагностировании, допущения ошибок в выборе методик лечения и др. предприятие вправе не оплачивать счета данного учреждения здравоохранения в полном объеме. Если понесен ущерб, то нужно требовать компенсации ущерба здоровью в полном объеме.

Медицинская помощь застрахованному лицу в случае нарушения им ТБ, правил дорожного движения, правил поведения на транспорте, нарушения правопорядка оплачивается страховой организацией с последующим взысканием полной стоимости лечения с данного лица.

Страховые медицинские взносы определяются Советом депутатов. Причем учитываются тарифы медицинских услуг. Базовая ставка может быть увеличена в зависимости от факторов риска, пола, возраста, с учетом региональных особенностей и т.д.

Обязательное медицинское страхование здоровья граждан определяется законодательством на основе нормативов затрат на медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение одного жителя. Страховые взносы относятся на издержки по основной деятельности.

При повышенной профессиональной опасности вводится дополнительное обязательное медицинское страхование из хозрасчетного дохода предприятия. Размер определяется собранием трудового коллектива.

Дополнительными источниками финансирования в условиях страховой медицины являются средства предприятий на непосредственную оплату медуслуг, благотворительные взносы, кредиты банков, доходы от ценных бумаг.

Обязательное медицинское страхование представляет застрахованным ранее возможности на медпомощь, независимо от трудового вклада и размеров индивидуального взноса. ОМС обеспечивает получение социально-гарантированного государством объема медицинской помощи и является наиболее адекватной системой при рыночных отношениях. Последние характеризуются рядом особенностей:

1. Самостоятельность субъектов хозяйствования, действующих на рынке, сочетающаяся с экономической ответственностью.
2. Рыночная экономика (договорные обязательства характеризуются развитыми горизонтальными связями).
3. Наличие конкуренции.
4. Наличие устойчивой денежной единицы.
5. Свободное ценообразование. Цена в условиях рынка выполняет функции: распределение товара между потребителями, способствует рациональному расходованию ресурсов, настраивает производство на потребителя.

Государство определенным способом регулирует цены. Цены не регулируются государством там, где имеется высокая конкуренция, а также в отраслях, имеющих стабильный рынок и цены.

Заметим, что понятие защита в правовом аспекте подразумевает существование двух видов действий. Первое – это охрана прав и законных интересов от посягательств и профилактика правонарушений. Второе – это реагирование на факт нарушения права, направленное на его восстановление.

Договор обязательного медицинского страхования в пользу работающих граждан заключают их работодатели, в пользу неработающих – местная администрация.

Страховые медицинские организации являются коммерческими организациями. С ними заключают договоры медицинского страхования плательщики взносов – страхователи (работодатели, местные администрации). Страховая медицинская организация заключает договоры с wybranными ею медицинскими организациями на оказание своим застрахованным медицинских услуг. При наличии у страховой организации: а) лицензии, б) заключенных договоров со страхователями работающего и (или) неработающего населения и в) договоров с услугодателями (медицинскими организациями). Территориальный фонд обязательного медицинского страхования передает ей на основании договора доверительного управления денежные средства в объеме, пропорциональном количеству застрахованных граждан. Медицинские организации конкурируют между собой за пациентов, они заинтересованы работать интенсивно и качественно.

### **5. Финансовые фонды**

В условиях обязательного медицинского страхования граждан предлагается формирование двух основных фондов, т.е. источников финансирования учреждений здравоохранения: фонд охраны здоровья (ФОЗ) и фонд медицинского страхования.

Фонд охраны здоровья будет включать в свою очередь следующие фонды: фонд медицинского страхования неработающих граждан, фонд целевого финансирования здравоохранения, резервный фонд, валютный фонд.

Фонд охраны здоровья имеет свое предназначение:

1. Финансирование государственных программ.
2. Профессиональная подготовка кадров.
3. Развитие здравоохранения.
4. Медицинское страхование граждан.
5. Создание финансового резерва для оказания медпомощи пострадавшим от стихийных бедствий, аварий и катастроф.

### **6. Основные субъекты медицинского страхования**

1. *Страхователь.* Для работающего – предприятия. Для неработающего населения – дети, учащиеся, студенты, пенсионеры, инвалиды, бомжи – исполкомы. Страхователь несет ответственность за страховые взносы.

2. *Страховая компания* - субъект медицинского страхования. Она самостоятельно хозяйствует с любыми формами собственности, обладает правом юридического лица, который аккумулирует средство; организует помощь, контролирует качество медицинской помощи и несет юридическую ответственность за него. Это – социальная служба, автономная, независимая организация вне рамок здравоохранения.

Главная цель – сохранить и укрепить здоровье путем экономической ответственности граждан, предприятий, организаций в охране здоровья населения. Задачи страховой компании: контроль расчетов за медуслуги и изучение потребности в медицинских услугах, удовлетворенности в них (медицинский маркетинг).

Главное условие деятельности страховой компании – прибыль, но она не должна заслонить больного.

Компания действует на основании договора, который заключается на выполнение определенного вида помощи и по определенным тарифам. Страховой агент в системе медицинского страхования заключает договоры страхования и определяет размер страхового взноса.

3. *Медицинская организация* – финансирование оперативной деятельности медорганизаций будет осуществляться страховыми организациями в соответствии с утвержденными тарифами медуслуг. Отчисления промышленных предприятий требуют законодательного устава, единой нормы отчислений по единой методике.

## 7. Группы медицинских услуг

1. Гарантированная медицинская помощь. Это система государственных и общественных мероприятий, обеспечивающих всем гражданам социально гарантированный объем медицинской помощи независимо от размеров фактически выплаченного страхового взноса (т.е. то, что бесплатно гарантировано любому).

2. Платные медуслуги оказываются за счет личных средств граждан госорганизаций и других хозяйственных субъектов:

- все виды анонимного лечения в лечебно-диагностических организациях (условие – если есть бесплатное альтернативное лечение);
- все виды диагностического лечения на дому;
- наблюдение врачей стационара за пациентами после выписки домой;
- лечение сексологической патологии;
- хирургическая стерилизация за исключением показаний к ней и т.д.

3. Наиболее дорогостоящие виды лечения, финансируемые за счет республиканского фонда. К ним относятся операции на сердце, сосудах,

---

оперативное лечение кардиологических пациентов, ортопедия и многие другие.

### **8. Добровольное медицинское страхование**

Добровольное медицинское страхование (ДМС) – средство социальной защиты граждан, реальный механизм привлечения дополнительных финансовых средств и возможность накопления опыта работы в условиях рынка медицинских услуг.

ДМС деятельность по формированию страховых фондов за счет дополнительных денежных взносов предприятий, организаций, учреждений независимо от форм собственности, а также отдельных граждан, пожелавших застраховать свое здоровье из личных средств.

Страхование преследует одну цель – создать для застрахованного лица резерв денежных средств, которые при необходимости будут использованы для обеспечения его затрат. Вероятность возникновения подобного события называют страховым риском, а фактическое возникновение этого события – страховым случаем. Физическое или юридическое лицо, которое заключает договор ДМС и платит страховые взносы, называется страхователем. Специальная лицензированная организация, которая берет на себя обязательства по осуществлению выплат при возникновении страхового случая, страховая компания или страховщик. Страховщик аккумулирует у себя взносы лиц – страхователей.

Страхование является обязательным либо добровольным. Страховщик осуществляет только оплату услуг медицинских организаций.

При ДМС плательщик взносов (страхователь) и страховая компания (страховщик) в своем договоре всегда определяют предельную сумму расходов, могут быть произведены в интересах застрахованного.

Цель добровольного медицинского страхования - укрепление здоровья населения путем создания экономической заинтересованности предприятий и граждан в охране здоровья, достижение на основе принципов страховой медицины высокого уровня медицинского обслуживания населения, гарантированного страховыми программами.

В программы добровольного медицинского страхования включаются в основном сервисные услуги. Добровольное медицинское страхование основывается на системе рыночных отношений в области здравоохранения, где в качестве товара выступают услуги здравоохранения, а покупателями являются предприятия, организации или частные лица. Важнейшей особенностью системы добровольного медицинского страхования является то, что любая дополнительная медицинская помощь, услуга, оказанная за-

---

страхованным, должна быть оплачена. Цена является договорной и должна учитывать интересы всех субъектов страхования.

### **9. Принципы и виды добровольного медицинского страхования**

Добровольное медицинское страхование организуется на следующих принципах. Независимость страховых организаций от государственной системы здравоохранения. Оплата страховой организацией надстандартной медицинской помощи и дополнительных услуг. Участие в добровольном медицинском страховании специально отобранных страховой организацией лечебно-профилактических организаций и подготовленного квалифицированного персонала, строго выполняющего условия страхового полиса.

К видам добровольного медицинского страхования относятся рисковое и накопительное страхование.

Рисковое: страхование на случай заболеваний, обеспечивающее застрахованным возмещение затрат на оказание медицинской помощи высокого уровня при наступлении страхового случая.

Накопительное страхование: обеспечивает накопление средств на лечение любых заболеваний в соответствии с категорией страхового полиса.

### **10. Правила и порядок добровольного медицинского страхования**

Между страховщиком и медицинской организацией заключается договор на предоставление лечебно-профилактической помощи. По договору медицинские организации предоставляют услуги определенного объема и качества. Страховое общество обязуется оплачивать оказанные услуги по представляемым страховщику счетам (актам сдачи-приемки работ) по тарифам и в порядке определяемым согласованием сторон. Страховой взнос устанавливается по согласованию между страховщиком и страхователем и может уплачиваться единовременно или равными частями ежемесячно, ежеквартально, за полугодие.

Медицинскую помощь застрахованным могут оказывать все ЛПО, независимо от форм собственности, и лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, заключившие договора со страховой компанией. ЛПО разрабатывают самостоятельно и в обязательном порядке представляют страховой организации перечень всех предлагаемых видов медицинских и дополнительных услуг, которые и включаются в программу ДМС.

**Функции страховщика:**

Разработка страховых программ и условий страхования, оперативно включающих новые услуги, предлагаемые здравоохранением. Активное продвижение страхового продукта на рынке (рекламная кампания, привлечение и обучение страховых агентов). Организация предстраховых медицинских осмотров с целью определения состояния здоровья на момент страхования и составление индивидуальных страховых программ. Обучение медицинского персонала принципам работы в системе добровольного медицинского страхования (семинары, инструктажи на рабочем месте, распространение страховой документации и т.д.).

Проведение периодического контроля - определение соответствия объема и качества оказанной медицинской помощи основным договорным параметрам по набору услуг, доступности, соблюдению времени приема, своевременности консультаций заведующими отделениями и госпитализации в стационар, комфортности размещения больных, оснащения 1-2-х местных палат бытовыми приборами и др.

Своевременное рассмотрение обоснованных претензий клиентов, организация экспертных комиссий с приглашением компетентных лиц. Изучение состояния здоровья застрахованных и получение медико-статистических данных для расчета оптимальных тарифов медицинского страхования. Проведение маркетинга, предоставление всей необходимой страховой документации, организация инструктажа менеджеров и продажи страховых полисов в лечебно-профилактических организациях, в страховой компании, в ее филиалах и представительствах. Своевременная оплата по представленным счетам за оказанные дополнительные услуги в соответствии с действующим Прейскурантом и страховой программой, а также оплата по договору за работу менеджера.

Страховая компания заинтересована в том, чтобы:

- у застрахованного не возникало никаких проблем со здоровьем (не возникало страховых случаев);
- застрахованный оплачивал максимальное количество страховых рисков;
- не требовалось производить страховые выплаты;
- затраты на оплату медицинских услуг застрахованному были минимальными.

Интересы застрахованного человека состоят в том, чтобы:

- не возникало проблем со здоровьем;
- не оплачивать риски;
- оплачивать риски, вероятность которых велика;
- нести минимальные финансовые затраты;



- возникающие проблемы являлись бы страховыми случаями;
- объем медицинских услуг был оптимальным

**Функциями лечебно-профилактических организаций являются:**

Проведение углубленных медосмотров для желающих застраховаться по рисковому варианту с целью определения состояния здоровья на момент страхования.

Оказание своевременной, квалифицированной, экстренной и плановой амбулаторной и стационарной помощи, необходимого обследования, восстановительного лечения клиентам страховщика.

Расширение объема диагностических, лечебно-консультативных услуг по желанию клиентов после согласования со страховщиком в пределах страховых сумм и оплатой по прейскурунту.

Проведение периодического и выборочного контроля качества выполненных лечебно-консультативных, диагностических и других услуг в пределах должностных обязанностей ответственных лиц организации. Решение вопросов временной нетрудоспособности, с оформлением всей необходимой меддокументации в соответствии с действующим законодательством, Инструкцией и Положением о порядке выдачи листков нетрудоспособности.

Выдача заключения по запросу страховщика о состоянии здоровья всем желающим получить страховой полис. Проведение экспертного контроля обоснованности сроков лечения и необходимого объема обследования в пределах страховой программы.

Обеспечение необходимого санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в соответствии с ГОСТом. Соблюдение медицинской этики и деонтологии, высокой организации и порядка в оказании плановых медуслуг добровольно застрахованным в специально назначенное время, а в экстренных случаях - вне очереди.

Немедленная информация страховщика обо всех возникших непредвиденных обстоятельствах, которые могут отрицательно повлиять на взаимоотношения страховщика, страхователя, организации здравоохранения. Проведение своевременного разбора претензий от добровольно застрахованных, принятие оптимальных решений к восстановлению взаимоотношений сторон. Предоставление менеджеру страховщика необходимых полномочий на рабочем месте в практическом выполнении страховых программ застрахованных.

**Функциями менеджера страховой компании в ЛПО являются:**

Согласование со страховщиком условий предоставления медицинских и дополнительных услуг застрахованным. Организация предоставле-

ния медицинских и дополнительных сервисных услуг клиентам страховщика в соответствии со страховой программой застрахованного.

Осуществление контроля объема и качества предоставляемой медицинской помощи и условий сервисного обслуживания клиентов страховщика. Оперативное решение вопросов, возникающих в процессе обслуживания застрахованных граждан с персоналом и администрацией лечебной организации.

Информирование страховщика обо всех трудностях, возникающих в процессе обслуживания клиентов страховщика: отсутствие необходимых медикаментов, расходных средств и др., необходимость расширения страховой программы, привлечения возможностей и специалистов других лечебных учреждений, невозможность выполнения договора в части предоставления сервисных услуг, возникновение конфликтных ситуаций в процессе реализации страховой программы и др.

Оформление (за дополнительную плату) договоров добровольного медицинского страхования с гражданами, обратившимися непосредственно в данное ЛПО и желающими приобрести полис добровольного медицинского страхования. Менеджер принимает участие в работе экспертной комиссии при разрешении споров, возникающих в процессе реализации договора между страховщиком и ЛПО.

### **11. Порядок расчетов и распределения средств, получаемых от страховых компаний**

Порядок расчетов за оказанные медицинские и другие услуги должен быть указан в договоре между организацией здравоохранения и страховщиком и предусматривать соблюдение следующих условий:

- расчеты производятся по ценам, указанным в приложении к договору;
- оплата за оказанные услуги осуществляется страховщиком по предоставленному счету.

Средства, полученные лечебно-профилактическими организациями от страховой компании, учитываются как внебюджетный источник. Они могут быть направлены на развитие материально-технической базы организаций здравоохранения, социальные нужды и поощрение работников в соответствии с положением, действующим на данной территории.

В России существуют четыре основных источника оплаты оказываемых гражданам медицинских услуг. На первом месте – фонды ОМС, на втором – средства бюджетов, на третьем – личные средства граждан и на четвертом – средства ДМС.

---

Основной объем оказываемых гражданам медицинских услуг оплачивается из внебюджетных фондов ОМС. Однако существуют виды медицинской помощи, которые относятся к сфере не только личного интереса граждан, но и интереса государственного. Они находятся по-прежнему на бюджетном финансировании. К таковым относятся:

- скорая медицинская помощь, оказываемая станциями скорой медицинской помощи;
- амбулаторно-поликлиническая помощь, оказываемая в специализированных диспансерах и больницах при следующих заболеваниях:
  - заболевания, передаваемые половым путем;
  - заразные заболевания кожи;
  - туберкулез;
  - заболевания, вызываемые особо опасными инфекциями;
  - синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД);
  - психические расстройства и расстройства поведения;
  - наркологические заболевания.

Дорогостоящие медицинские услуги, высокотехнологичные:

- операции на «открытом» сердце (протезирование клапанов, аортокоронарное шунтирование);
- баллонная дилатация (ангиопластика) коронарных артерий и установка в них стента (стентирование);
- проведение гемодиализа (очищение крови с помощью аппарата «искусственная почка»);
- химиотерапия острого лейкоза;
- трансплантация органов и костного мозга;
- лечение тяжелых ожогов и отморожений;
- современная лучевая терапия и химиотерапия злокачественных заболеваний.

На государственном монополизированном рынке медицинских и страховых услуг взаимодействуют экономические интересы нескольких корпораций: государственного управления, поставщиков услуг (страховых организаций), производителей услуг (медицинских организаций), страхователей (работодателей и местных администраций), производителей и продавцов фармпрепаратов и медицинской техники.

Подключение к этой работе общественных объединений пациентов, средств массовой информации, политиков, юристов, аналитиков и специалистов-медиков, обеспечение представительства пациентов в коллегиальных органах, принимающих решения в сфере здравоохранения – это нормальная практика современного гражданского общества.

---

## **12. Терминология добровольного медицинского страхования**

Субъекты медицинского страхования.

В качестве субъектов медицинского страхования выступают: страхователь (застрахованный), страховщик (страховая медицинская компания), представители медицинских услуг, лечебно-профилактические организации, научно-исследовательские и медицинские университеты, другие организации, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Страховая сумма – сумма, предназначенная для оплаты расходов на медицинские услуги застрахованному в рамках страховой программы в течение периода времени, определенного договором медицинского страхования.

Страховой взнос – плата за страхование, которую страхователь обязан внести страховщику в порядке определенном договором страхования.

Объем медицинской страховой ответственности – перечень заболеваний и других событий, связанных с изменением состояния здоровья застрахованных, при наступлении которых производится оплата медицинской помощи, предусмотренной договором медицинского страхования.

Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

---

---

**Лекция № 23. МЕНЕДЖМЕНТ И МАРКЕТИНГ В МЕДИЦИНЕ, ФАРМАЦИИ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ****Учебные вопросы**

1. История формирования менеджмента.
2. Проблемы управления здравоохранением.
3. Структура системы здравоохранения страны.
4. Место здравоохранения в общей системе государственных органов управления.
5. Организация как формирование для эффективной деятельности менеджера в медицине и фармации.
6. Обобщённые характеристики организации.
7. Особенности управленческого труда.
8. Понятие о менеджменте и маркетинге в здравоохранении.
9. Виды, методы и уровни управления здравоохранением.
10. Кибернетика как наука об управлении системами.
11. Содержание процесса управления.
12. Виды управленческих документов и компоненты управления.
13. Технология работы с устной информацией.
14. Нововведения как объект инновационного менеджмента.
15. Инновационный проект: понятия, этапы создания и реализации.
16. Эффективность инновационного процесса.
17. Методы оценки инвестиционных проектов и порядок их оценки.

**1. История формирования менеджмента**

Во времена Иоанна IV Грозного при царском дворе была создана первая на Руси аптека. В XVI в. на территории Кремля, в здании, где располагалась Государева аптека, был организован Аптекарский приказ. Первоначально он был задуман как придворное учреждение по управлению государевым врачебным и аптекарским делом (обеспечение лечебной помощью царя, его семьи и приближенных). Со временем функции его значительно расширились.

Во второй половине XVII в. в его ведение входило: руководство аптеками, аптекарскими огородами и сбором лекарственного сырья; приглашение на службу ко двору врачей; контроль за работой врачей и за ее оплатой; подготовка и распределение врачей по должностям; проверка «докторских сказок» (историй болезней); снабжение войск медикаментами; организация карантинных мер; судебно-медицинское освидетельствование; собирание и хранение книг; подготовка российских лекарей (с 1654 г.); а также - заготовка и продажа водки, вина, пива и меда.

Таким образом, Аптекарский приказ можно считать, в некотором роде, прообразом Министерства здравоохранения. В 1714 г. Петр I переименовал Аптекарский приказ в Канцелярию Главнейшей аптеки, после чего функции этого учреждения вышли далеко за пределы царского двора.

**Индустриальный период** (1776-1890 гг.) описан в работах А. Смита, Р. Оуэна, Ч. Беббиджа. Последний совершил переворот в управлении, создав проект "аналитической машины".

**Период систематизации** (1856-1960 гг.) связан с возникновением фабрик и заводов. Это был период начала обучения менеджменту. Появились различные школы менеджмента.

В XIX - начале XX века медицинское дело в Российской Империи находилось в ведении Министерства внутренних дел, при котором был создан Медицинский Департамент.

**Классическая школа.** Искали личности с определенными чертами характера, которые бы обеспечили успех деятельности. Школа научного управления. Заложена **Ф. Тейлором**. Было сосредоточено внимание на эффективности деятельности организации, а не человека.

**"Административная" школа.** Изучались вопросы роли и функций менеджера. Ее пионером был А. Файоль. Он выделил пять функций: планирование, организация, подбор и расстановка кадров, руководство (мотивация) и контроль.

**"Школа человеческих отношений" (поведенческая школа).** В основу положена психология и социология. Внимание сосредотачивалось на работнике, а не на его задании. Родоначальником этой школы считается Э. Мэйо.

**Информационный период** (с 1960 г. – по настоящее время). "Количественная школа" (или управленческая) связана с применением математики и компьютеров в управлении. Появился системный анализ. Следуя теории систем, любая организация должна иметь систему функционализации, систему результативных и эффективных стимулов, систему власти, систему логического принятия решения.

Современный выпускник вуза и в последующем специалист должен быть способен работать в новой социально-экономической среде. В подготовке такого врача важное место занимает постижение науки и искусства менеджмента.

**"Менеджмент"** – означает «управление». Фактически – это человеческие возможности, это умение добиваться поставленных целей, используя труд, мотивы поведения и интеллект людей. Термин **"управление"** шире термина "менеджмент". Хотя часто они используются как синонимы.

---

Менеджер должен иметь с одной стороны профессиональные медицинские, а с другой стороны – данные ему природой, психофизические характеристики.

**Настоящий менеджер** – признанный лидер любого коллектива. Он управляет организацией здравоохранения (подразделением), её хозяйственной деятельностью и медперсоналом.

## 2. Проблемы управления здравоохранением

Здравоохранение – сложная общественная динамическая функциональная система. Здравоохранение, будучи подсистемой общества, непосредственно осуществляет всю совокупность медицинских и часть социально-экономических мероприятий. Она направлена на охрану и улучшение здоровья всего населения страны.

Управление здравоохранением – процесс обеспечения эффективного функционирования системы для достижения цели охраны здоровья населения. Это процесс планирования, организации и контроля для достижения названной цели. Управление включает ряд функций: процесс стратегического планирования, мотивацию, организацию взаимодействия, полномочия, контроль. Организация же – это структура для достижения поставленной выше цели.

Управление здравоохранением обеспечивает динамическое пропорциональное развитие; сохранение определенной структуры; поддержание эффективного режима деятельности; реализацию различных программ (национальных, президентских, государственных, отраслевых, региональных и др.), направленных на достижение целей и задач по охране здоровья населения в данных конкретных определенных условиях и при имеющихся ресурсах.

Для управления здравоохранением характерен ряд особенностей: чрезвычайная ответственность принимаемых решений; трудность предвидения результатов и сложность, а подчас невозможность, исправления допущенных ошибок.

К принципам управления обычно относят плановость, стимулирование труда, системный подход, объективность и конкретность.

Потребность в современных высокообразованных руководящих кадрах организаторов здравоохранения и привитии социально-гигиенического мышления лечащим врачам ощущается повсеместно. Особенно высока эта потребность в низовых звеньях. Это, в свою очередь, диктует необходимость данной подготовки уже на студенческой скамье, т.к. до 30 – 40 % выпускников в течении первых 3-х лет занимают руководящие должности. Сказанное является стратегической задачей.

---

Перевод экономики на интенсивный путь развития, повышение ее эффективности во многом зависит от уровня руководства народным хозяйством, сектором экономики, системы планирования и управления. Совершенствование здравоохранения направлено на устранение деформаций в механизме функционирования этой системы.

Управление медицинским обслуживанием, основанное на экстенсивном подходе и "валовых" показателях работы затрудняет использование интенсивных медицинских технологий, не стимулирует достижение высоких конечных результатов.

В условиях излишней централизации управления деформировались сами критерии оценки и методы стимулирования труда медработников: уравнительный подход к оплате труда сочетался с чисто административными средствами и мерами. Излишне формализованными оказались отношения врач-пациент, что привело к ухудшению морально-психологического механизма этих отношений. Требуется не только преобразование организационных структур управления отраслью, но и изменение сознания самих работников, выработка новой системы мотивации их трудовой деятельности. Важным средством контроля могут быть, например, съезды, ассоциации врачей, профессиональные союзы и т.д. Они усилят самоуправленческие начала в трудовых коллективах.

Соединение хозяйственного механизма с интересами работников и мотивацией их трудовой деятельности – важная составляющая новой модели экономической организации здравоохранения. Ее успешное развитие как части народно-хозяйственного комплекса тесно связано с качественными преобразованиями в планировании здравоохранения. В соответствии с общими задачами реформы управления предстоит сосредоточить внимание на вопросах научного обоснования стратегии развития отрасли, выявлении и реализации приоритетов в ее структуре, обеспечить необходимые условия для эффективного хозяйствования организаций здравоохранения.

В то же время становится очевидной необходимость децентрализации управления здравоохранением, передачи части функций и полномочий центра низовым звеньям отрасли.

Необходимо также более равномерное распределение управленческих и контрольных полномочий, большая самостоятельность региональных органов управления и организаций здравоохранения. Принципиальные изменения вносятся и в методы нормирования, и в основные показатели оценки работы медицинских организаций.

Развитие платных медицинских услуг должно дополнять общественные гарантии в здравоохранении. Суть проблемы в том, чтобы найти оптимальные пропорции в распределении социально-значимых благ через



---

общественные фонды потребления и через заработную плату. В этом плане разумное расширение круга жизненных благ за счет определенной платности медицинского обслуживания усиливает стимулирующие потенции оплаты труда.

### **3. Структура системы здравоохранения страны**

Здравоохранение Республики Беларусь включает: государственную систему здравоохранения; негосударственные организации здравоохранения; индивидуальных предпринимателей, другие организации, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую и (или) фармацевтическую деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Основой здравоохранения Республики Беларусь является государственная система здравоохранения, состоящая из:

- Министерства здравоохранения Республики Беларусь и подчиненных ему государственных организаций здравоохранения; управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов и Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета;
- органов управления здравоохранением других республиканских органов государственного управления и подчиненных им государственных организаций здравоохранения;
- органов управления здравоохранением государственных организаций, подчиненных Правительству Республики Беларусь, и подчиненных им государственных организаций здравоохранения;
- государственных организаций здравоохранения, подчиненных местным исполнительным и распорядительным органам;
- государственных организаций, обеспечивающих получение медицинского (фармацевтического) образования и (или) повышение квалификации и переподготовку медицинских (фармацевтических) работников;
- государственных медицинских (фармацевтических) научных организаций;
- государственных организаций, обеспечивающих функционирование здравоохранения (медицинских информационно-аналитических центров, ремонтно-технических организаций, транспортных организаций и др.).

#### **4. Место здравоохранения в общей системе государственных органов управления**

В условиях существующей структуры управления системой здравоохранения руководят органы государственного управления, а также местные Советы депутатов.

Руководство здравоохранением предполагает в основном реализацию трех задач: 1) создание управленческого аппарата; 2) подбор, расстановку и подготовку кадров; 3) учет, планирование и прогнозирование здравоохранения.

Президент Республики Беларусь определяет государственную политику и осуществляет иное государственное регулирование в области здравоохранения в соответствии с Конституцией, Законом «О здравоохранении» и иными законодательными актами.

Совет Министров Республики Беларусь в области здравоохранения:

- обеспечивает проведение единой государственной политики;
- развитие международного сотрудничества;
- разработку и реализацию государственных программ;
- не реже одного раза в год отчитывается перед Президентом о проведении единой государственной политики и о состоянии здоровья населения;
- осуществляет иные полномочия в соответствии с Конституцией, Законом и иными законодательными актами.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь в области здравоохранения:

- проводит единую государственную политику;
- организует оказание населению медицинской помощи;
- организует обеспечение санитарно-эпидемического благополучия населения;
- организует лекарственное обеспечение населения;
- проведение научных исследований, внедрение достижений науки и техники в медицинскую практику;
- координирует и (или) контролирует деятельность других республиканских органов государственного управления и иных государственных организаций, подчиненных Правительству, местных исполнительных и распорядительных органов, юридических и физических лиц;
- определяет порядок разработки территориальных программ государственных гарантий по обеспечению граждан доступным медицинским обслуживанием;

- осуществляет иные полномочия в соответствии с настоящим Законом и иными актами законодательства.

Системой здравоохранения, в целом, руководит министерство. Министр здравоохранения несет персональную ответственность за выполнение возложенных на аппарат управления задач и обязанностей. Он устанавливает степень ответственности своих заместителей, начальников управлений, руководителей отделов и подразделений за руководство отдельными областями деятельности, а также за работу организаций и предприятий системы здравоохранения.

Министр и его заместители назначаются Президентом по согласованию с Советом Министров.

В Министерстве здравоохранения имеется Коллегия, состав которой утверждается Советом Министров по представлению Министра здравоохранения.

Местные исполнительные и распорядительные органы областного и базового уровней в области здравоохранения в пределах своей компетенции:

- разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий по обеспечению граждан доступным медицинским обслуживанием;
- обеспечивают финансирование подчиненных им государственных организаций здравоохранения и государственных организаций, обеспечивающих функционирование здравоохранения;
- осуществляют иные полномочия в соответствии с законодательством;
- организуют оказание организациями здравоохранения, осуществляющими в установленном законодательством порядке медицинскую деятельность, медицинской помощи пациентам, проживающим на соответствующей территории, а также в пределах своей компетенции координируют и контролируют их деятельность.

На местах руководят здравоохранением местные органы государственной власти – Советы депутатов в областях и отдельных районах через сессии Советов и исполнительно-распорядительные органы (исполкомы и их отделы).

В аппарате исполнительных комитетов местных Советов депутатов создаются управления (отделы, комитеты) здравоохранения. В своей деятельности они подчиняются как соответствующему Совету депутатов, так и Министерству здравоохранения страны. Начальники управлений здравоохранения руководят деятельностью подчиненных ему организаций здравоохранения.

---

Областные управления здравоохранения и Комитет здравоохранения Минского горисполкома подчиняются соответствующим органам общей компетенции и Министерству здравоохранения страны. Главные врачи ЦРБ находятся в подчинении районных исполкомов, а также вышестоящих органов здравоохранения. Такой принцип "двойного" подчинения обеспечивает учет общегосударственных и местных интересов. Различают три уровня управления организацией: технический, управленческий и институциональный.

### **5. Организация как формирование для эффективной деятельности менеджера в медицине и фармации**

"Жизнь" организации подобна жизни человека. Она проходит пять фаз развития.

#### **1. Рождение организации:**

- определение цели – выжить;
- кризис стиля руководства;
- задача – выход на рынок;
- организация труда – максимальное увеличение прибыли.

#### **2. Детство и юность:**

- цель – прибыль и рост;
- задача – захват части рынка;
- организация труда – планирование прибыли, увеличение жалованья и признание заслуг.

#### **3. Зрелость:**

- цель – сбалансированный рост и формирование имиджа;
- задача – завоевание рынка, учет разнообразных интересов;
- организация труда – разделение и кооперация, премии;
- эффект производства достигается за счет делегирования полномочий.

#### **4. Старение – высшая ступень деятельности:**

- цель – сохранить результаты и позиции;
- задача – стабильность;
- организация труда – координация действий.

#### **5. Возрождение:**

- цель – оживление всех функций;
- задача – омоложение;
- организация труда – коллективное премирование;
- рост за счет коллективизма.

## **6. Обобщенные характеристики организации**

**1. Ресурсы.** Используются для достижения тактических и стратегических целей. К ним относятся: люди, основные и оборотные средства, технологии и информация.

**2. Зависимость от внешней и внутренней среды.**

### **К факторам внешней среды относятся:**

- органы власти (политика, технология, общество);
- рабочие (наемные);
- нормы общественной жизни, рынок рабочей силы;
- конкуренты (конъюнктура);
- владельцы;
- клиенты;
- жители района;
- профсоюзы;
- профессиональные группы;
- банки;
- поставщики.

**Под внутренней средой** организации понимают ситуационные факторы внутри организации. Во многом это результат управленческих решений. Внутренняя среда фактически представляет собой хозяйственный механизм организации и включает цель, структуру, задачи, технологию, трудовые ресурсы, т. е. людей.

**Цели** – это конечный желаемый результат, которого стремятся добиться трудовой коллектив. Они должны быть реальными и выполнимыми.

Разделение труда в организации. Сущность управленческой деятельности в системе здравоохранения.

## **7. Особенности управленческого труда**

Управление – процесс эффективного достижения цели. Оно подразумевает планирование, организацию, мотивацию и контроль.

### **Особенности управленческого труда:**

- 1.** Умственный труд состоит из трех видов деятельности: организационно-административной и воспитательной, аналитической и конструктивной, информационно-технологической.
- 2.** Участие в создании материальных благ через труд других людей.
- 3.** Информация как предмет труда.
- 4.** Организационная и вычислительная техника как средства труда.
- 5.** Управленческие решения как результат труда.

В управлении выделяют, обычно, руководителей, специалистов и вспомогательный персонал.

### **Уровни управления**

1. Высший уровень.
2. Руководители среднего звена.
3. Низший уровень управления.

Менеджеры всех уровней имеют две области заданий: задания по менеджменту и задания по специальности. На высшем уровне исполнения (задание по специальности) занимает **10%** времени, на среднем – **50%**, на низшем – **70%**.

### **Объект и субъект управления**

**Объект** – организация (или ее часть), на которую направлено управляющее действие.

**Субъект** – орган или лицо, осуществляющее управляющее действие.

## **8. Понятие о менеджменте и маркетинге в здравоохранении**

В настоящее время закрепилось понятие «менеджмент», от английского – management. В переводе это означает управление, заведование, умение справляться с работой. В основе менеджмента заложен хозяйственный расчет. Он диктует необходимость добиваться прибыли, доходов, самоокупаемости. Для этой цели существуют современные формы организации и оплаты труда.

Еще чаще, чем слово «менеджмент», встречается понятие менеджер, т.е. специалист по управлению. В английском языке manager означает управляющий, заведующий, хозяин, руководитель. Его роль отражается в наборе определенных поведенческих правил, соответствующих должности или организации. Различают три категории управленческих ролей: межличностные роли, информационные роли и роли, связанные с принятием решений. Какими качествами должен обладать менеджер? Современный менеджер – человек интеллектуальный, независимый, компетентный, творчески мыслящий, действующий нестандартно, противник бюрократизму. Менеджер как минимум должен уметь подбирать и обучать работников, контролировать работу сотрудников аппарата управления, организовывать функционирование системы, принимать нестандартные решения, вести переговоры, уметь работать с людьми, знакомиться со всей поступающей и исходящей информацией. В бизнесе широко распространено такое понятие как предприниматель. Это человек риска, организатор нового вида услуг, разработчик идеи, человек, ориентирующийся на финансовые возможности. Одна из американских корпораций («Уэлкомбэрроуз») сформулировала 11 заповедей для управляющего: честность, порядоч-

ность, этичность, уважение к личности, способность к коллективной работе, творчество, новаторство, качество работы, чувство гражданства, эффективность и гибкость.

Раньше учили искусству управления. Все сводилось к реализации комплекса: стратегия, структура, контроль. Сейчас же существует наука об управлении. Учитывается как человеческий фактор (умение организовать производственную группу; дать соответствующую заданию мотивацию), так и моральный фактор (признание заслуг, удовлетворенность своей работой). Советы менеджеру («ключики» в управлении): продумать начало и конец, заставить себя слушать, уметь чувствовать аудиторию, раскованность («разговор без пиджаков», т.е. разговаривать как с равным), оправдать социальный заказ группы, уметь вести дискуссию, уметь отвечать на вопросы, уметь слушать собеседника, представить модель конечного результата, обладать некоторым актерством.

В управлении здравоохранением возрастает роль маркетинга. Маркетинг – вид человеческой деятельности, направленной на удовлетворение нужд и потребностей посредством обмена (продажи). Маркетинг, фактически, представляет собой анализ рынка. Это комплекс мероприятий в области предложения и оказания медицинских услуг во взаимосвязи со всеми факторами, оказывающими влияние на процесс функционирования здравоохранения. Этот процесс включает также оказание медицинских услуг и товаров от врача (производителя) к пациенту (потребителю). В новых экономических отношениях для рынка в здравоохранении характерны следующие признаки: стоимость и цена медицинских услуг и товаров, наличие получателей, свобода производителей услуг, конкурентные отношения.

### **9. Виды, методы и уровни управления здравоохранением**

Под видами управления здравоохранением подразумевают управление людьми, управление ресурсами и управление деятельностью (медицинской, организационной, технической, хозяйственной и др.).

К методам управления относятся: организационно-распорядительные методы (регламентирование, нормирование, инструктирование); правовые методы (предписания, рекомендации, санкционирование); социально-психологические методы; экономико-математические (экономический анализ, методы исследования операций); статистические методы; системный анализ.

Уровни управления: низовой, средний, высший, национальный. Низовой уровень предполагает управление отдельной организационной единицей. Средний уровень предполагает управление комплексом организа-

ционных единиц. Высший уровень предполагает управление совокупностью комплексов организационных единиц. Национальный уровень предполагает управление системой.

Должности занимают: в первом случае – руководители организаций здравоохранения, во втором – руководители здравоохранения в городе и районе, в третьем – руководители органов управления здравоохранения области, в четвертом – руководители Министерства здравоохранения, государства.

### **10. Кибернетика как наука об управлении системами**

Современному организатору здравоохранения все чаще приходится решать многообразные оперативные, тактические и стратегические проблемы управления с позиций системного анализа. Поэтому необходимо иметь представление об управлении системами. Этой задачей занимается кибернетика. Дадим ее определение. Кибернетика – наука об общих законах получения, хранения, передачи и преобразования информации в управляющих системах. Система – совокупность элементов, частей, объединенных единой целью и находящихся во взаимосвязях, обеспечивающих новое интегративное качество (иммерджентность). Иммерджентность – способность системы при образовании из частей приобретать новое качество, которым не обладает каждая из частей в отдельности.

Заметим, что любая система наделена определенными (системными) признаками. Важнейшими из них являются цель (целенаправленность системы), делимость (ее иерархия, подсистемы), относительная изменчивость (устойчивость) во времени и пространстве, измеряемость, взаимосвязанность по горизонтали и вертикали, а также иммерджентность.

Основы кибернетики впервые изложил американский ученый Норберт Винер в 1948 г. Его перу принадлежит книга "Кибернетика или управление и связь в животном и машине". Он утверждал, что все сущее на Земле состоит из систем.

В середине XIX века К.Маркс писал: "Общество не состоит из индивидуумов, а выражает сумму тех связей и отношений, в которых эти индивидуумы находятся друг к другу". Этим было заложено новое интегративное качество системы. А "Вся природа" – писал Ф. Энгельс – простирается перед нами как некоторая система связей и процессов".

Таким образом, кибернетика расширила рамки управления. Понимая управление как всеобщий процесс, она сделала возможным применение логико-математического аппарата во всех частных областях менеджмента. Ее практическое применение неоспоримо. К примеру, уже даже при небольшом количестве подчиненных число связей достаточно велико! Так,



по Грайкунасу, при одном подчиненном – 2, при 2-х – 6, 3-х – 18, 4-х – 44, 5-ти – 100, 10-ти – 5 210, 15-ти – 245 974 и т.д.

В системном анализе применяются определенные понятия (понятийный аппарат): операция - законченное действие; процедура - сумма операций; трудовой процесс - совокупность процедур; технология - определенный набор и последовательность данных операций и процедур, их взаимосвязь; исследование операций (этим путем изучается построение моделей, описывающая как функционирует рассматриваемая система).

### 11. Содержание процесса управления

Процесс управления носит замкнутый циклический характер, но в то же время имеет поступательное развитие по спирали с прямой и обратной связью.

Управление как процесс и научная дисциплина охватывает четыре функции: цель (Ц) на основе изучения проблемной ситуации; сбор и обработка информации (И); принятие решения на основе объективного и точного расчета и анализа информации (Р); осуществление принятого решения и контроль (К) за его исполнением (ЦИРК).

**Цель** – конечный результат, модель будущего. Цель может подвергаться декомпонированию (разбиение, построение "дерева" целей), ранжированию (выбор приоритетов, построение «дерева» критериев), целеполаганию (операции и процедуры работы с целью). Одна треть всех неудач в здравоохранении объясняется неточной формулировкой цели. Поэтому формулировать цель необходимо так, чтобы дураку было понятно, а умному интересно. Подчинённый должен ответить самому себе «Что Вы хотите от меня».

Генеральная цель управления системой здравоохранения – снижение потерь общества от заболеваемости и смертности при имеющихся ресурсах, минимизация потерь потенциальной и активной жизни населения. Управленческая цель – есть ориентация будущего состояния управляемых объектов, которого они должны достигнуть под воздействием субъекта управления или органа управления.

Проблемы – препятствия на пути достижения цели. Выявлением этих препятствий завершается процесс целеполагания. Достижение конечной цели – смысл управления – лежит через их преодоление. Важно вовремя предвидеть и диагностировать все "возмущения" проблемы, изменения в среде и быстро отреагировать на них.

**Информация** – это новые сведения, воспринятые и оцененные для решения тех или иных задач. В здравоохранении всю информацию можно подразделить на следующие группы: медицинская управленческая (ре-

---

сурсная) информация; медицинская технологическая информация (относящаяся к пациенту и лечебно-диагностическому процессу); медико-статистическая и медико-экономическая информация.

Вся информация, необходимая руководителю для управления в системе здравоохранения, подразделяется на следующие виды: медико-статистическая, планово-экономическая, научно-техническая, организационная, правовая, научно-медицинская и информация о материально-техническом и лекарственном обеспечении.

Медицинская управленческая информация имеет свое назначение для разработки управленческих решений и контроля их исполнения, для оценки деятельности системы и определения перспективы ее развития. Управленческая информация – сведения об объекте управления, проблемной ситуации и окружающих условиях, необходимые для управления. Информация служит средством снятия неопределенности. Информация – «хлеб» управления. Определенная часть руководителей считает, что это «ключ» к власти.

Под медицинской информацией обычно подразумевают систему документов для записи данных о состоянии здоровья населения и качестве оказанной ему медицинской помощи. 60 % ошибок зависит от неправильного обеспечения информацией. Не следует также забывать, что ее необходимо анализировать. Существуют определенные требования, предъявляемые к управленческой информации. Это – целенаправленность, достоверность, оперативность, своевременность, полнота и адекватность, функциональное назначение. Виды работы с информацией: сбор, хранение, преобразование, передача.

Свойства информации: способность управлять построением структур, сохраняться и изменяться во времени, переходить из пассивной формы в активную, способность быть переданной на расстояние, подвергаться переработке. Пригодность информации для управления объектом определяется новизной, понятливостью, полезностью, достоверностью.

Поток информации в организации должен быть двухсторонним. Существуют количественный, смысловой и прагматический подходы к анализу потоков управленческой информации. Носителями информации являются компьютеры, бумага, картон, пленка, письма, телеграммы, записи, книги, журналы, рисунки и др. Потребителем информации, используемой в управлении здравоохранением, являются лица, входящие в состав аппарата управления и весь медицинский и фармацевтический персонал.

**Управленческое решение** – развернутый во времени логикомыслительный, эмоционально-психологический и правовой акт, который руководитель разрабатывает лично или коллективно. Первый руководи-

---

тель имеет четыре раздела деятельности: кадры, ресурсы, контроль, координация. Имеются определенные категории руководителей: руководители, специалисты, технический персонал. Руководители возглавляют самостоятельную организацию, имеющую свой бюджет. Однако, в определенном смысле слова каждый врач обязан обладать качествами менеджера, т.к. он управляет лечебно-диагностическим процессом.

### **Классификация управленческих решений.**

1. Социальные (направленные на профессиональный отбор, подготовку специалистов, резерва, повышение квалификации и др.).
2. Медицинские (сеть, перепрофилирование и т.д.).
3. Административно-организационные (регламентация, информация, внедрение и т.п.).
4. Ресурсные (финансы, сеть, обеспечение, лекарства и др.).
5. Административно-хозяйственные (строительство, эксплуатация зданий).

Требования к эффективному управленческому решению: компетентность (должно приниматься на том уровне, на котором оно возникло и приниматься теми лицами, которые обладают компетенцией и информацией), практичность решения, своевременность, конкретность, гибкость, жизнестойкость. Решения имеют три степени обязательности: приказ (что, кому, когда, где, как); распоряжение (менее жесткое принуждение); рекомендации (допускается уточнение). По времени действия решений в здравоохранении они разделяются на долго-, средне- и краткосрочные.

Разработка и принятие решений – сложные процессы, т.к. на выбор решения влияет множество факторов. В настоящее время решения часто принимаются так называемым рутинно-логическим способом. Большинство из них эвристические. По некоторым данным, около 70 % решений имеют субъективный фактор. Недопустимость волюнтаризма в управлении здравоохранением очевидна. Однако, волюнтаризмо-бюрократическая система любой страны должна допускать возможность борьбы с ней. В этом, на мой взгляд, заключается её демократизм.

Существуют определенные разновидности управленческих решений, основанные на "грехах" управления: необдуманнные решения, слепые решения, эгоцентрические, рискованные, эмоциональные, импульсивные, "гениальные", самодовольные, глупые, застойные, упрямые, инертные и др.

Существуют также ошибки, допускаемые при разработке и принятии решений: не на том уровне принято, не рассчитывается экономичность решения, неправильно распределена информация; неадекватность, недостоверность, несвоевременность (некомпетентность), неконкретность; не-

---

эластичность решения; оно не носит предупредительного характера; не достаточно уделяется времени контролю и др.

Под **контролем** понимается система мер, обеспечивающая выполнение управленческого режима ради достижения организацией своих целей. Реализация решений, т.е. контроль исполнения в здравоохранении налажен недостаточно. Одним из недостатков является то, что руководитель не делает так, чтобы люди хотели работать. А для этого нужны стимулы. В настоящее время эффективные стимулы к высококачественному труду медицинских и фармацевтических работников не в полной мере разработаны. Во многом, это связано с бюджетно-кредитными возможностями государства.

Различают при типа контроля: предварительный, заключительный и текущий. Формы организации контроля в управлении здравоохранением предполагают определение эффекторов, способов и методов воздействия.

**Формы реализации решений:**

1. Меры административно-принудительного воздействия (приказ, инструктивно-методические рекомендации и указания и др.).

2. Использование коллегиальных методов (медицинский совет, совет медицинских сестер, совет по внедрению и др.).

3. Методическое руководство управляемыми объектами (внедрение новых методов работы, обеспечение современным оборудованием и аппаратурой, ведение учетно-оперативной документации и др.).

4. Формы стимулирования труда медицинских работников (вынесение благодарности, присуждение званий, премирование, аттестация на категорию, наложение взысканий и др.).

5. Контроль за деятельностью – организация делопроизводства, регистрация документов, их хранение, оформление; работа с письмами и заявлениями; разделение функций управления между руководителем и подчиненными; организация приема (регистрация устных заявлений, принятие распоряжений, проведение мероприятий и др.).

Гласность контроля является основой демократичности управления. Обязательной является также коллегиальность. Формы контроля (проверка, обследование, отчет и др.) выбирают по ситуации. Определяются их кратность, т.е. периодичность, а не установление сроков. Контроль должен быть централизованно-децентрализованным по форме и планово-предупредительным по содержанию. Это важно!

## 12. Виды управленческих документов и компоненты управления

К видам управленческих документов относятся: распорядительные (Указы Президента, постановления правительства, решения органов управления, приказы, планы и др.); отчетные (отчеты, обзоры, справки, доклады и др.); общего характера (письма, заявления, жалобы, договоры, заключения, протоколы, акты и т.д.). Делопроизводство – совокупность и процесс разработки документов, их движение, система организации и управления. Движение всей документации – документооборот.

К основным компонентам управления относятся: прогнозирование, организация, руководство, координация и контроль.

Прогнозирование предполагает внесение корректив в анализ состояния здоровья населения, определение контрольных показателей; учет перспектив социально-экономического развития данной территории; внедрение новых методов прогнозирования отдельных показателей заболеваемости; коррекцию текущих и перспективных планов снижения заболеваемости.

Организация управления предполагает обеспечение полного комплекса медицинской помощи населению, проживающему на территории обслуживания; обеспечение высокого качества оказания медицинской и фармацевтической помощи; оценку деятельности амбулаторных организаций, в целом, и каждого врача, в частности, с позиций достижения положительных конечных результатов; уточнение кадрового и материально-технического обеспечения здравоохранения района; обеспечение четкой организации внедрения в каждом звене здравоохранения.

Руководство требует: предусмотреть рациональное использование различных форм и методов воздействия на коллективы и отдельных работников в целях четкого, своевременного, полного и правильного исполнения решений; обеспечить оказание необходимой медицинской помощи в максимальном объеме при каждом конкретном посещении; снизить до объективно необходимого минимума число посещений амбулаторных организаций пациентами по поводу одного заболевания; обеспечить координацию, объединение, взаимосвязь и преемственность различных звеньев здравоохранения.

Контрольные функции в процессе управления предполагают осуществление постоянного контроля за качеством лечебно-диагностического процесса; выборочный личный контроль руководителя за внедрением новых форм работы в различных подразделениях здравоохранения; изучение причин, порождающих неувязки в выполнении приказа; контроль вопро-

---

сов в ходе подготовки материалов на заседании медсовета и при анализе отчетных документов.

### **13. Технология работы с устной информацией**

Совещание – орган управленческой работы. Оно предполагает участие всех присутствующих. Собрание преследует информационные цели. Различают следующие разновидности совещаний: административно-аппаратные (занимают 33 %), научно-практические (проводятся в 56 % случаев), общественно-производственные (11 %).

Административное совещание должно проводиться строго по уровням. Совещание нельзя проводить без предварительной подготовки. Совещание надо начинать с постановки цели. Ошибки, допускаемые при проведении оперативного совещания: ищут виновных, ищут в спешке, три четвертых времени говорит председатель, решение принимается наспех, «большая» деятельность совещаний, нервная обстановка.

На эффективность проведения совещания влияют: организационные факторы; технические (мебель, микрофон и др.); санитарно-гигиенические (освещение, вентиляция, определенная температура (наибольшая работоспособность при  $t=+18^{\circ}\text{C}$ ); социально-психологические.

Существуют 3 формы проведения совещания: стандартная, бездокладная и метод мозговой атаки. Стандартная форма предполагает наличие следующих компонентов: доклад, прения, разработка решения. Хороший доклад – короткий. Он должен содержать новые мысли и идеи, строится на фактическом материале. Важно, чтобы он имел практические предложения, был хорошо произнесен. Надо обязательно сопровождать иллюстрациями, электронными презентациями и т. д.

Представим структуру доклада или статьи: 1) вводная часть – 10-15 % времени на текст (изложить цель, современное состояние проблемы, дать вопросы для дискуссии); 2) основная часть – 70-80 % (цифры, факты, аргументы, анализ, оценка); 3) заключение – 15-20 % времени или текста (выводы, предложения, резюме). Далее – обсуждение (прения, дискуссия). Выступить надо в 3-х случаях: 1) когда не согласен; 2) когда согласен, но с коррективами и 3) когда хочется.

Решение должно быть конкретным. Хорошо, когда имеются варианты, которые потом следует компоновать.

Бездокладная форма – это современный метод – доклад не делается, а докладчик пишет тезисы (на 2 страничках) и раздает за 1-2 суток всем участникам совещания. Всё обсуждение начинается с дискуссии.

В случае проведения совещания по типу «мозговой атаки» при обсуждении вариантов решения – все равны. И каждый высказывает любую

точку зрения. Требуется конечно, компетентность. По данным социологии, для того, чтобы правильно решить любой вопрос, достаточно мнения семи высококвалифицированных специалистов.

Следует помнить о том, что в процессе обсуждения внимание притупляется. Существуют определенные физиологические фазы: до 40 минут – фаза концентрации внимания!; до 90 минут – деконцентрации и более 90 минут – фаза отрицательной активности! Поэтому любое обсуждение должно длиться не более 50 минут! Важно также знать, что без перерыва никогда нельзя работать!

Можно дать методические советы к проведению совещания: необходимо иметь план заседания, его повестку и секретаря; производить корректировку, распределение и определение выполнимости вопросов; начинать надо с легкого вопроса; давать точные поручения (а не «обратить внимание...») и др. Имеет значение внешний вид и качества председателя, как-то темно-красный гладкий галстук, улыбка, бодрость, его правомочность и компетентность.

Таким образом, предметом науки об управлении является субъект управления, а объектом управления – коллективный труд. Наука об управлении является типичной дисциплиной, интегрирующей достижения различных научных направлений. Она складывается из ряда последовательных научно-обоснованных объективных условий для принятия организационного решения, а также форм и методов его реализации и контроля. Методологической основой является содержательный анализ процесса управления, динамизм его развития в соответствии с конкретно-историческими условиями данной общественно-экономической формации.

#### 14. Нововведения как объект инновационного менеджмента

Принято считать, что понятие “*нововведение*” является русским вариантом английского слова **innovatoin**. Буквальный перевод с английского означает “введение новаций” или в нашем понимании этого слова “введение новшеств”.

*Под новшеством понимается* новый порядок, новый обычай, новый метод, изобретение, новое явление. Русское словосочетание “*нововведение*” в буквальном смысле “*введение нового*” означает процесс использования новшества.

С момента принятия к распространению новшества приобретает новое качество – **становится нововведением** (инновацией). Процесс введения новшества на рынок принято называть процессом **коммерциализации**. Период времени между появлением новшества и воплощением его в нововведение (инновацию) называется **инновационным лагом**.

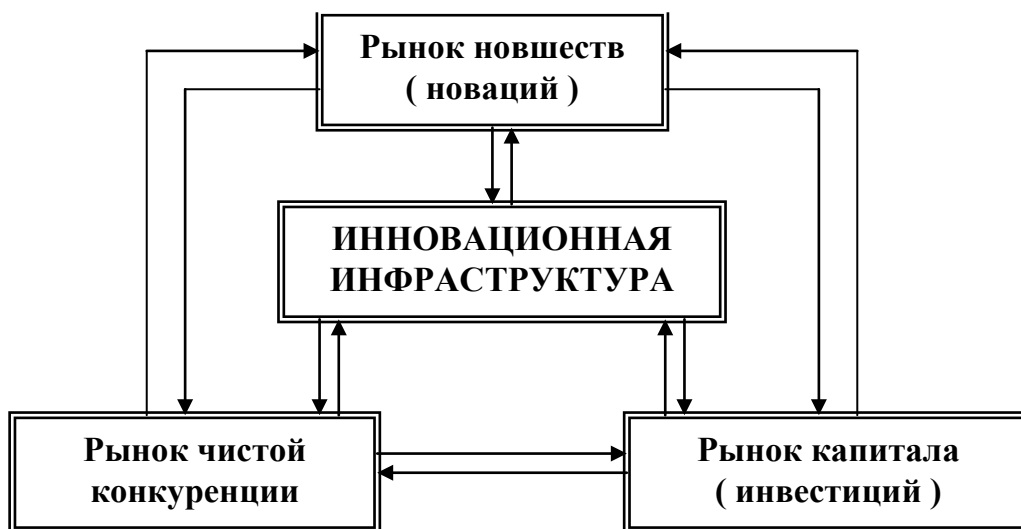
В повседневной практике, как правило, отождествляют понятие **новшество, новация, нововведение, инновация**, что вполне объяснимо. Любые изобретения, новые явления, виды услуг или методы только тогда получают общественное признание, когда будут приняты к распространению (коммерциализации), и уже в новом качестве они выступают как нововведения (инновации).

Общеизвестно, что переход от одного качества к другому требует затрат ресурсов (энергии, времени, финансов и т.п.). Процесс перевода **новшества (новации) в нововведение (инновации)** также требует затрат различных ресурсов, основными из которых являются инвестиции и время.

В условиях рынка как система экономических отношений купли – продажи товаров, в рамках которой формируются спрос, предложение и цена, *основными компонентами инновационной деятельности* выступают **новшества, инвестиции и нововведения**.

Новшества формируют рынок новшеств (новаций), инвестиции рынок капитала (инвестиций), нововведения (инновации) рынок чистой конкуренции нововведений.

#### Схема инновационной деятельности



**Под инновациями** в широком смысле понимается прибыльное использование новшеств в виде новых технологий, видов продукции и услуг, организационно-технических и социально-экономических решений производственного, финансового, коммерческого, административного или иного характера.

Период времени от зарождения идеи, создания и распространения новшества и до его использования принято называть жизненным циклом инновации. С учетом последовательности проведения работ жизненный цикл инновации рассматривается как инновационный процесс.



**Рынок новшеств (новаций).** Основным товаром рынка является научный и научно-технический результат продукт интеллектуальной деятельности, на который распространяются авторские и аналогичные права, оформленные в соответствии с действующими международными, федеральными, корпоративными и другими законодательными и нормативными актами.

**В мировой практике принято различать:**

- научную (научно-исследовательскую) деятельность,
- научно-техническую деятельность,
- а также экспериментальную (опытно-конструкторскую) деятельность.

**Рынок новшеств формируют** научные организации, вузы, временные научные коллективы, объединения научных работников, научно-исследовательские подразделения коммерческих организаций, самостоятельные лаборатории и отделы, отечественные и зарубежные новаторы.

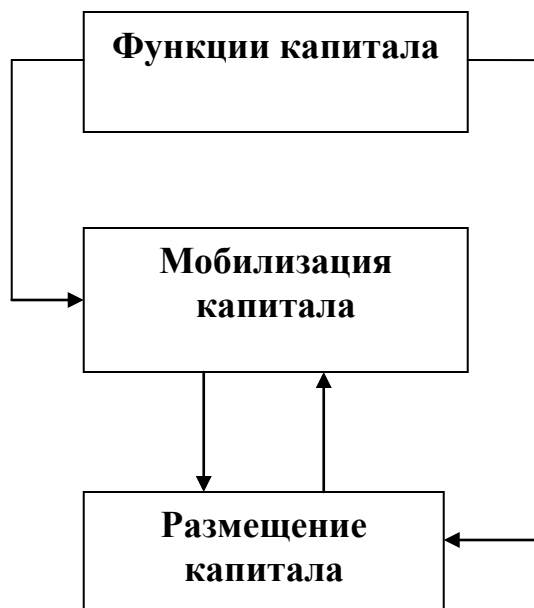
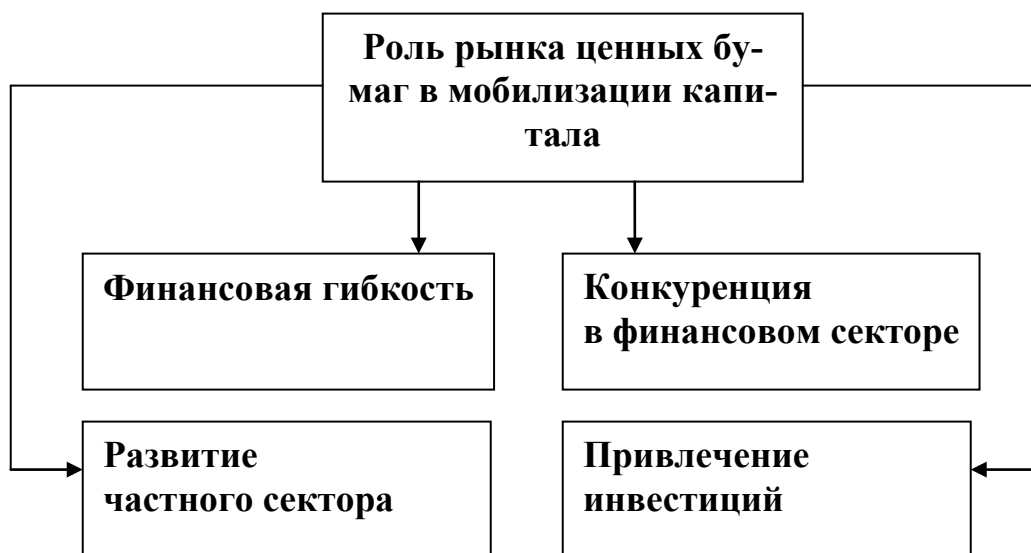
### Классификация инноваций и инновационных процессов

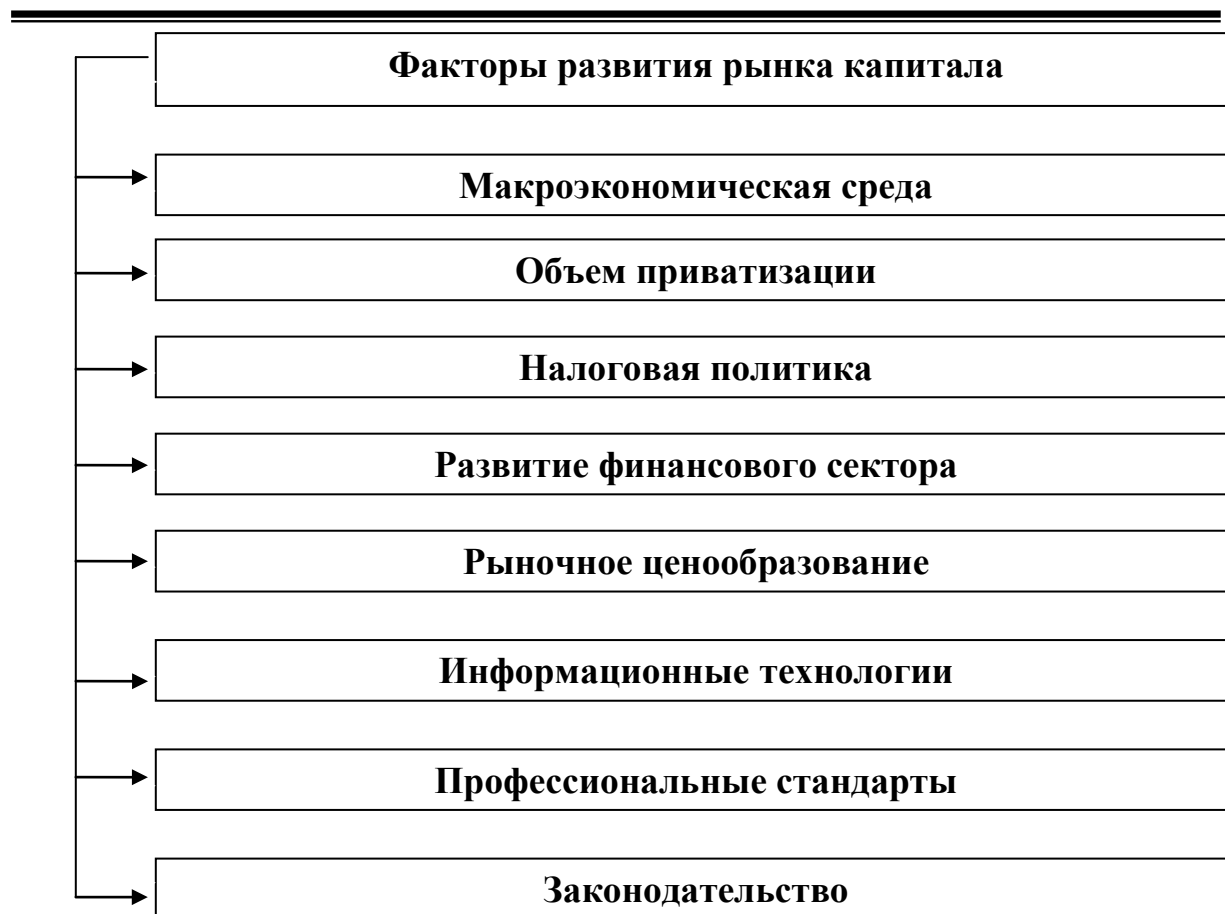


**Рынок чистой конкуренции нововведений.** Рынком чистой конкуренции называется совокупность продавцов и покупателей, совершающих сделки со сходным товаром в ситуации, когда ни один покупатель или продавец не оказывает большого влияния на уровень текущих цен.

---

---

**Рынок капитала (инвестиций)****Рынок капитала (инвестиций)**



В инновационной сфере **определяющую роль** играют долгосрочные и среднесрочные инвестиции, так как инновационный процесс длится в среднем 3 - 5 лет и более. В самом общем виде инвестиции представляют собой долгосрочные вложения средств в различные отрасли экономики с целью получения прибыли.

**Инвестиции:**

- Прямые.
- Портфельные.
- Интеллектуальные.
- Финансовые.
- Рискоинвестиции.
- Альтернативные.

**Инвесторы:**

- Правительственные.
- Региональные.
- Корпоративные.
- Частные.
- Иностраные.

- Межгосударственные.

**Инфраструктура:**

- Биржи, финансовые брокеры и инвестиционные консультанты.
- Государственные и коммерческие банки.
- Инвестиционные и финансовые компании.
- Депозитарии, регистраторы, трансферт-агенты.
- Пенсионные фонды и страховые компании.
- СМИ, издательства.
- Инвестиционные фонды.

**Инновационная сфера** представляет собой систему взаимодействия инноваторов, инвесторов, товаропроизводителей конкурентоспособной продукции, услуги и организации в целом. На этом инновационный процесс завершается.

### **15. Инновационный проект:**

#### **понятия, этапы создания и реализации**

**Понятие инновационный проект употребляется в двух смыслах:**

- Как дело, деятельность, мероприятие, предполагающее осуществление комплекса каких-либо действий, обеспечивающих достижение определенных целей;
- Как система организационно-правовых и расчетно-финансовых документов, необходимых для осуществления каких-либо действий.

Каждый проект независимо от сложности и объема работ, необходимых для его выполнения, проходит в своем развитии определенные состояния: от состояния, когда “проекта еще нет”, до состояния, когда “проекта уже нет”.

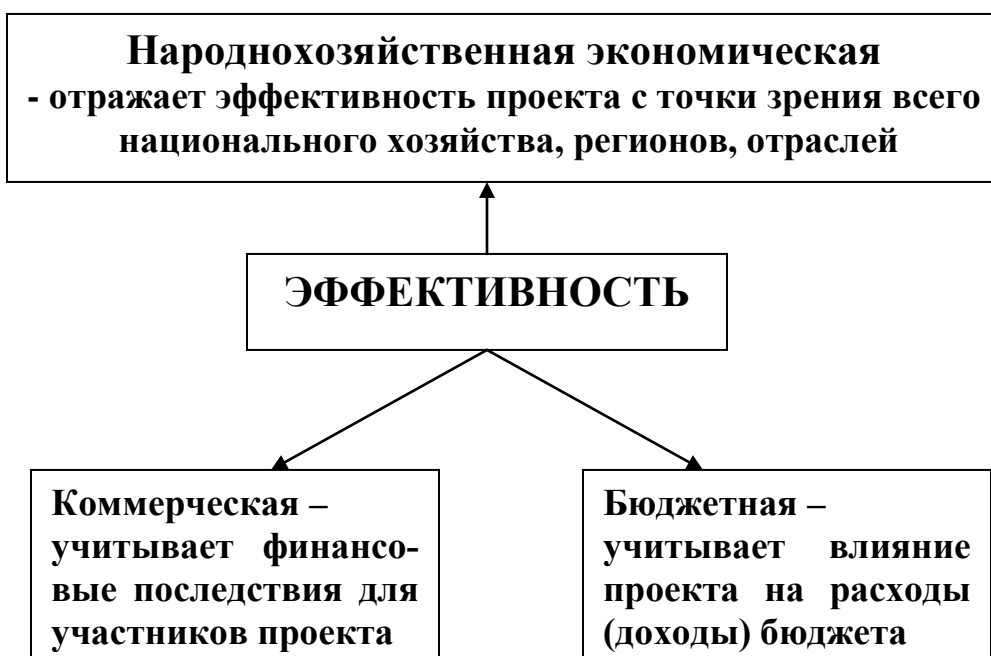
Согласно сложившейся практике, состояния, через которые проходит проект, называют фазами. Каждая фаза разработки и реализации проекта имеет свои цели и задачи.

**Создание и реализация проекта включает следующие этапы:**

- Формирование инвестиционного замысла.
- Исследование инвестиционных возможностей.
- Подготовка контрактной документации.
- Подготовка проектной документации.
- Строительно-монтажные работы.
- Эксплуатация объекта.
- Мониторинг экономических показателей.

---

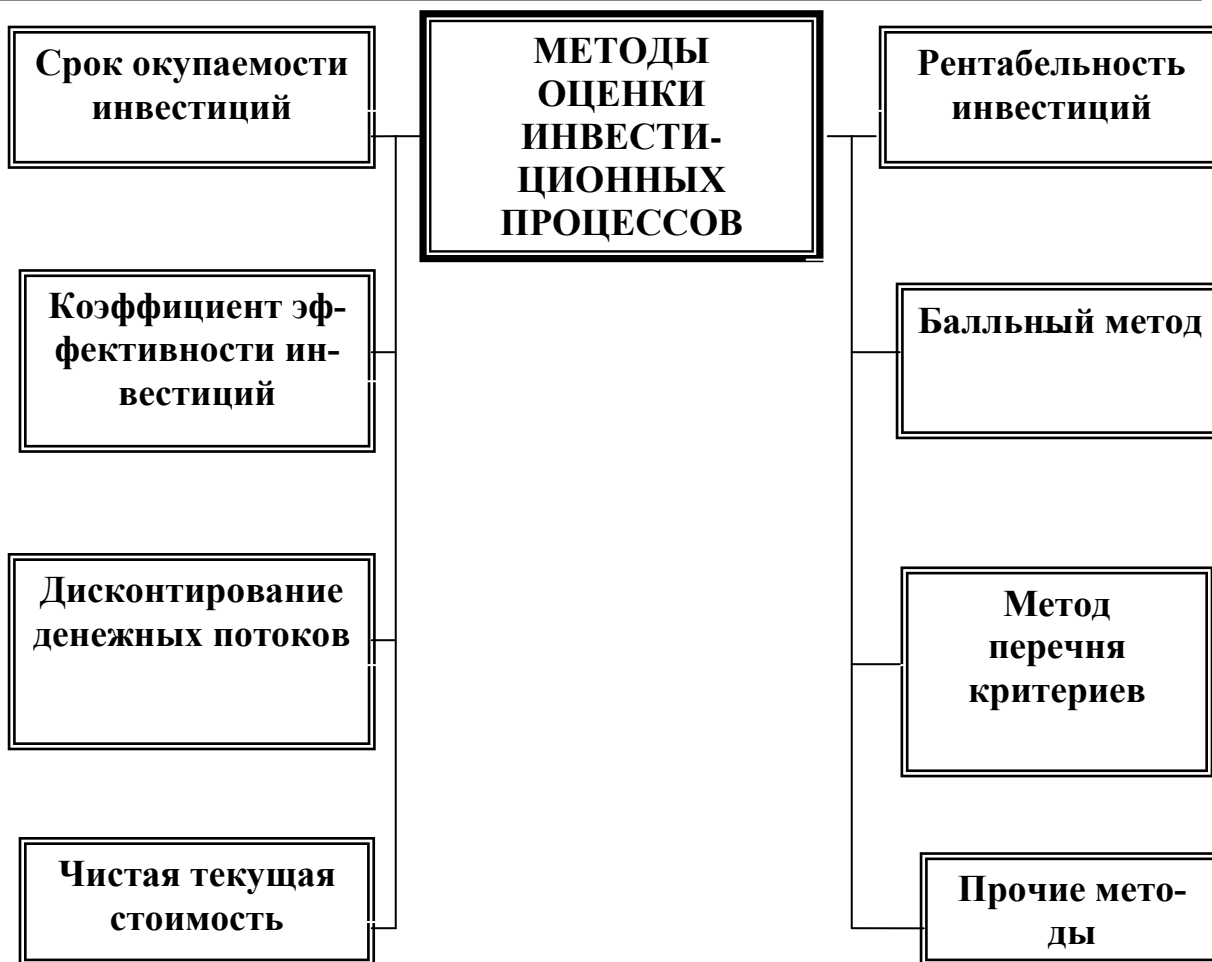
## 16. Эффективность инновационного процесса ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИННОВАЦИОННОГО ПРОЕКТА



## 17. Методы оценки инвестиционных проектов и порядок их оценки

**Инвестиции** - затраты денежных средств, направленные на воспроизводство (поддержание и расширение) основных средств предприятия.

**Инвестирование** (вложение денежных средств в землю, сооружения, производственные мощности) – имеет целью продолжение и расширение производственной деятельности предприятия, получение дохода и прибыли в будущем.



Срок окупаемости инвестиций определяется подсчетом числа лет, в течение которых инвестиции будут погашены за счет получаемого дохода (чистых денежных поступлений).

### Инвестиции

$$\frac{\text{Год.амортизация} + \text{Год.чистая прибыль}}{\text{Среднегодовая чистая прибыль}}$$

Кoeffициент эффективности инвестиций (рассчитывается путем деления среднегодовой прибыли на среднюю величину инвестиций).

$$\frac{\text{Среднегодовая чистая прибыль}}{\text{сумма инвестиций} - \text{остаточная стоимость}}$$

**Дисконтирование денежных потоков.** В мировой практике существует несколько подобных методов, однако их суть сводится к сопоставлению величины инвестиций с общей суммой приведенных (дисконтированных) будущих поступлений.

---

**Чистая текущая стоимость.** Разность между общей накопленной величиной дисконтированных доходов и первоначальными инвестициями составляет чистую текущую стоимость (чистый приведенный эффект)

**Рентабельность инвестиций.** Применение этого метода позволяет рассчитывать и сравнивать не только абсолютные показатели (чистую текущую стоимость), но и относительные показатели, к которым относится рентабельность инвестиций:

$$\frac{\text{Общая накопленная величина дисконтированных доходов}}{\text{Величина инвестиций}}$$

**Метод перечня критериев.** Суть метода отбора инвестиционных проектов с помощью перечня критериев заключается в следующем: рассматривается соответствие проекта каждому из установленных критериев и по каждому критерию дается оценка проекту. Метод позволяет увидеть все достоинства и недостатки проекта и гарантирует, что ни один из критериев, которые необходимо принять во внимание не будет забыт, даже если возникнут трудности с первоначальной оценкой.

**Балльный метод.** Метод балльной оценки заключается в определении наиболее важных факторов, оказывающих влияние на результаты проекта (т.е. составляется перечень критериев). Критериям присваиваются веса в зависимости от их важности.

**Прочие методы.** При выборе проекта, оценке его эффективности следует учитывать факторы неопределенности и риска. Под неопределенностью понимается неполнота или неточность информации об условиях реализации проекта, в том числе сопутствующих затратах и результатах. Неопределенность, связанная с возможностью возникновения в ходе реализации проекта неблагоприятных ситуаций и последствий, характеризуется понятием риска.

В мировой и отечественной практике существует несколько стандартизованных принципов оценки инвестиционных проектов.

- Прежде всего, проводится предварительное обследование проекта, в ходе которого определяется цель проекта и ее соответствие текущей и прогнозируемой деятельности предприятия.
- Затем осуществляется оценка целесообразности реализации инвестиционного проекта.

---

## Лекция № 24. ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### Учебные вопросы

1. Основные направления экономики здравоохранения.
2. Задачи экономики здравоохранения.
3. Факторы, определяющие рост валового внутреннего продукта.
4. Эффективность здравоохранения.
5. Методики расчета экономической эффективности здравоохранения.
6. Виды рынков.
7. Фармакоэкономический анализ.

### 1. Основные направления экономики здравоохранения

Источником, из которого покрываются расходы на здравоохранение, является фонд потребления национального дохода. Расходы на нужды здравоохранения с каждым годом растут. Но в то же время влияние здравоохранения на рост экономической эффективности общественного производства выражается в приросте национального дохода в результате достижений в охране здоровья трудящихся. Этим обусловлено возникновение в начале 60-х годов XX века молодой отрасли медицинской науки - экономики здравоохранения.

Цель экономики здравоохранения заключается в максимальном удовлетворении потребностей населения в медицинской помощи при экономически обоснованных материальных и финансовых затратах. Эффективность здравоохранения – это борьба не только за экономию средств, но и за более полное удовлетворение потребностей населения при одних и тех же и даже меньших затратах.

В концентрированном выражении к основным направлениям экономики здравоохранения относят: формы проявления экономических законов в сфере здравоохранения; эффективность форм и методов медицинской помощи и санитарно-гигиенического обследования населения, а также методы рационального и эффективного использования материальных, трудовых и финансовых ресурсов; роль и место здравоохранения в системе общественного производства.

### 2. Задачи экономики здравоохранения

1. Правильное определение объемов и рациональное использование экономических ресурсов в здравоохранении.
2. Разработка методологии соотношения конечного результата состояния здоровья населения с затратами труда.



3. Выявление тенденции дальнейшего изменения структуры расходов здравоохранения.

4. Научное обоснование тенденций технического прогресса и динамики материального развития отрасли.

5. Определение оптимального соотношения численности различных работников здравоохранения.

6. Изучение социально-экономических проблем, связанных с изменением оплаты труда, материального стимулирования работников здравоохранения.

7. Анализ дифференцированной деятельности организаций здравоохранения по основным стадиям медико-технологических процессов.

8. Изучение возможности применения хозрасчетных отношений в лечебно-профилактических организациях.

Определяющими являются медицинский и социальный критерии эффективности мероприятий по охране здоровья. Медицина активно участвует в сохранении и продолжении жизни, а также в улучшении здоровья человека. Это величайшие материальные и духовные ценности общества. Однако медицина является не только гуманной отраслью, но и реальной силой, умножающей материальные ценности общества.

Основным источником, как говорилось, из которого покрываются расходы на здравоохранение, является национальный доход. В то же время влияние здравоохранения на рост экономической эффективности общественного производства выражается в приросте национального дохода в результате достижений в охране здоровья трудящихся.

Здравоохранение влияет на увеличение трудовых ресурсов общества и на рост производительности общественного труда, т.е. на основные факторы, от которых зависит рост валового внутреннего продукта.

### **3. Факторы, определяющие рост валового внутреннего продукта**

**ВВП** (валовый внутренний продукт) является обобщающим экономическим показателем. Он выражает в рыночных ценах совокупную стоимость товаров и услуг созданных внутри страны и только с использованием факторов производства **данной** страны.

**Резиденты** – все хозяйствующие субъекты (предприятия и население).

Первый аспект. Мероприятия, осуществляемые работниками здравоохранения по снижению смертности, влияют на увеличение численности работников сферы материального производства.

Второй аспект. Благодаря повышению качества медицинской помощи населению увеличивается средняя продолжительность жизни.

---

Третий аспект. Развитие здравоохранения, а также развитие охраны труда - важнейшее условие снижения общей заболеваемости и травматизма, с также заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Благодаря снижению заболеваемости уменьшаются расходы на выплаты пособий по временной нетрудоспособности из средств социального страхования, затраты государства на лечение пациентов, пенсии инвалидам труда и др.

Четвертый аспект. Велики потери трудовых ресурсов в связи с инвалидностью. Снижение временной нетрудоспособности, летальности и инвалидности - важный резерв улучшения трудовых ресурсов.

Пятый аспект. Неизмеримо велико значение здравоохранения в повышении производительности труда. Известно, что при прочих равных условиях здоровый человек создает больше продукта и лучшего качества, чем физически слабый.

Все это дает основание говорить об экономике в здравоохранении (фармации), выборе рациональных форм медицинской (фармацевтической) помощи и более эффективного и экономного расходования средств.

Каков же вклад здравоохранения в общую экономику страны, в народное хозяйство?

Несмотря на то, что труд работников здравоохранения не создает потребительских стоимостей, здравоохранение оказывает огромное влияние на развитие общественного производства: организации здравоохранения располагают трудовыми, материальными и денежными ресурсами. Все это дает основание говорить об экономике здравоохранения, выборе рациональных форм медицинской помощи и более эффективного и экономного расходования средств.

В экономике здравоохранения можно выделить 2 понятия: эффективность здравоохранения и экономичность здравоохранения. Эффективность здравоохранения определяется как значение здравоохранения в развитии общественного производства и повышение его эффективности. Экономичность здравоохранения – это экономное расходование потребляемых здравоохранением средств. Эти проблемы лучше всего отражают основные требования закона хозяйствования: достижение наибольших результатов при наименьших затратах. Экономическая система здравоохранения позволяет при минимальных затратах добиться оптимальных результатов. При неэкономичных расходах ресурсы, мобилизованные для той или иной цели, превышают необходимые. Утечка средств - результат бездумного расходования ресурсов. Техническая неэкономичность - привлечение слишком дорогостоящих ресурсов. Ответность - ключевой момент борьбы с утечками средств в секторе здравоохранения.

---

Итак, становится очевидным, что врачи и здравоохранение в целом, сохраняя и приумножая здоровье народа, участвуют в сохранении и приумножении источника всех богатств на земле - рабочей силы, создателя всего национального богатства. Труд врача общественно полезен и необходим.

#### 4. Эффективность здравоохранения

Под эффективностью вообще понимают степень достижения запланированного эффекта. Под эффектом понимается конкретный конечный результат, характеризующий социальную, медицинскую и экономическую эффективность.

Выбор критериев эффективности должен быть индивидуализирован для того, чтобы отражать специфику осуществляемой программы или мероприятия.

Социальная эффективность - степень достижения поставленных целей в области улучшения демографических показателей. Социальный эффект (результат) здравоохранения может измеряться такими показателями, как средняя ожидаемая продолжительность жизни, рождаемость, смертность, естественный прирост населения и т.д. Социальный эффект здравоохранения зависит от изменения всех социально-экономических условий в стране.

Медицинская эффективность - степень достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Медицинский эффект (результат) здравоохранения может выражаться различными статистическими показателями, определяющими уровень заболеваемости и ее тенденции, числом заболевших и здоровых лиц, показателями, характеризующими качество медицинской помощи и т.д.

Экономическая эффективность - степень достижения положительных финансовых результатов вследствие улучшения здоровья населения. Экономический эффект (результат) может быть измерен в виде потерь в производстве национального продукта в связи с уровнем преждевременной смертности; числа сохраненных жизней в трудоспособном возрасте; уровнем инвалидности и ее динамики; производства прибавочного продукта в результате мероприятий здравоохранения; стоимости ликвидации или снижения некоторых заболеваний; своевременности использования материальных средств и полученных результатов и многих других.

Экономическая эффективность всегда рассчитывается, как отношение достигнутого экономического результата к затратам или эффекта к затратам.

---

---

Эффективность = Результат (Эффект) / Затраты

### **5. Методики расчета экономической эффективности здравоохранения**

Методики определения экономической эффективности здравоохранения базируются на исчислении косвенного экономического эффекта. Последний определяется величиной предотвращенного экономического ущерба.

Этот предотвращенный ущерб складывается за счет уменьшения затрат на медицинское обслуживание; уменьшения выплат по социальному страхованию (оплата листов нетрудоспособности, число рабочих дней, оплата пенсий, и др.); уменьшения случаев преждевременной смерти (число работающих).

В настоящее время разработан ряд методик по определению конкретной экономической эффективности мероприятий здравоохранения. Среди этих методик, прежде всего, могут быть отмечены следующие:

- расчет экономического эффекта от уменьшения и снижения инфекционных и ряда неинфекционных заболеваний;
- расчет экономического эффекта от сокращения временной нетрудоспособности работников предприятий народного хозяйства;
- расчет экономического эффекта от снижения инвалидности и преждевременной смертности;
- оценка экономического эффекта от сохранения жизни;
- расчет экономической эффективности затрат на проведение лечебных и оздоровительных мероприятий, а также научно-исследовательских работ;
- расчет экономических потерь от простоя коек;
- расчет условной экономии бюджетных средств в результате сокращения сроков лечения.

### **6. Виды рынков**

#### **Виды рынков:**

- ✓ Высококонкурентный, немонополизированный.
- ✓ Рынок монополистической конкуренции.
- ✓ Олигополистический рынок.
- ✓ Дуополистический рынок.
- ✓ Полностью монополизированный рынок

**В зависимости от масштабности рынков их классифицируют по следующим видам:**

- Мировые рынки.
- Страновые рынки.
- Региональные рынки.
- Локальные рынки.

**По критерию легальности можно выделить следующие виды рынков:**

- Легализованные рынки.
- Полулегальные, полупрозрачные, теневые.
- Криминальные теневые рынки.

**К рынкам медицинских товаров и услуг представляется целесообразным выделить следующие разновидности рынков:**

- Лечебно-профилактических и диагностических услуг (хирургических, терапевтических, стоматологических и др.).
- Санитарно-эпидемиологических услуг.
- Санаторно-лечебных услуг.
- Услуг лечебной физкультуры.
- Услуг скорой медицинской помощи.
- Услуг по медицинскому обслуживанию на дому.
- Консультационных медицинских услуг.
- Лекарственных препаратов.
- Средств лечения и защиты от болезней.
- Медицинского оборудования, аппаратуры, технических средств.
- Научных и проектных разработок в области медицины.

**Цена** – денежное выражение стоимости медицинской услуги или товара, показатель величины ее или денежное выражение количества и качества труда, затраченного на ее оказание медицинскими работниками.

К видам стоимостных расценок в здравоохранении относят стоимостные расценки на фактически сложившиеся затраты; договорные цены (сверх установленных норм); прейскуранные цены (на платные услуги); цены при индивидуальной трудовой деятельности.

Полные затраты на лечение пациента состоят из текущих затрат и прибыли. К текущим затратам относятся суммарные стоимостные затраты времени медицинского персонала; суммарные стоимостные затраты, текущие по статьям сметы расходов и постоянные расходы.

Методика определения стоимости медицинской помощи предполагает установление стоимости одного посещения, врача-терапевта участкового (это стоимость содержания врачебной должности, деленная на число посещений в эквивалентных единицах, (на приеме и на дому). За условную единицу принимается посещение пациентом врача-терапевта участкового, на которого расходуется 12 минут и стоимость стационар-

ного лечения (может быть выражена через стоимость содержания 1 койки).

К основным экономическим понятиям относятся нижеследующие:

Фондовооруженность = Стоимость основных фондов / Среднегодовая численность работающих по штату.

Фондоотдача = Доход от реализации медуслуг / Стоимость основных фондов.

Фондоемкость (в стационаре) = Среднегодовая стоимость основных фондов / Число госпитализированных больных.

Фондоемкость (в поликлинике) = Среднегодовая стоимость основных фондов / Число обратившихся в поликлинику.

Производительность труда = Доход от реализации медуслуг / Число работающих, участвующих в получении дохода.

Рентабельность = (Прибыль / Стоимость основных фондов) x 100.

Норматив рентабельности = Прибыль / Себестоимость (за вычетом материальных затрат).

Прибыль – это часть чистого дохода, которая включается в цену, пропорционально какому-либо виду затрат, либо всем затратам в целом.

Себестоимость – это денежный эквивалент количества и качества, вложенного в медуслугу труда, прямого и опосредованного.

Экономическая эффективность = Величина экономического эффекта / Затраты.

## 7. Фармакоэкономический анализ

### Основные цели фармакоэкономических исследований:

- определение стоимости лечения в денежном выражении;
- анализ результатов лечения, с учетом терапевтического эффекта;
- определение издержек в денежном выражении и при лечении, связанных с эффектом для общества

### Методы фармакоэкономического анализа:

**Анализ минимальной стоимости (минимизации затрат)** – сравнение различных методов лечения при условии их равной эффективности и безопасности.

**Анализ “стоимость-эффективность” (эффективности затрат)** – один из видов полного экономического анализа, когда одновременно уточняются или оцениваются и стоимость, и результаты проводимого лечения до достижения определенного терапевтического эффекта.

---

Этот тип анализа наиболее часто используется при выборе одного из методов лечения, позволяющих добиться неодинаковых клинических результатов. Он базируется на определении стоимости и эффективности сравниваемых методов лечения, т.е. измерении всех результатов каждой альтернативы в виде полученной выгоды и сопоставлении с произведенными затратами.

**Анализ “польза-ценность” (полезности затрат)** – сравнение различных альтернатив лечения в разрезе расходов и исходов заболевания. Такой анализ учитывает изменение качества жизни пациента (смертность, полное выздоровление), определяемого той или иной программой лечения. Он позволяет оценить влияние лечения на качество и длительность жизни пациента, независимо от характера медицинского вмешательства или вида заболевания, т.е. оцениваются не затраты в денежном выражении, а обеспечение пациенту дополнительных лет качественной жизни.

**Анализ затрат и результатов (рентабельности)** - метод изучения стоимостной составляющей чистой прибыли, измеряемой в денежных единицах или вычисление ожидаемой прибыли (экономия от вложенных средств, от внедрения метода лечения) и расчет получаемой экономии. Это отношение цены к финансовой выгоде, получаемой при использовании изучаемого препарата или метода лечения.

**Анализ рентабельности** может проводиться не только для сравнения лекарственных средств друг с другом, но и альтернативных фармакотерапии способов лечения. Анализ позволяет сравнить исходную денежную стоимость результата применения двух альтернативных вариантов, имеющих как одинаковую, так и различную эффективность.

**Анализ стоимости болезни** - позволяет просчитать стоимость лечения того или иного заболевания за определенный отрезок времени (год, месяц)

Посредством фармакоэкономических исследований с помощью специальных экономических методов измеряется также экономия затрачиваемых ресурсов, в том числе различные **материальные и нематериальные издержки**.

**Прямые издержки** - стоимость лечения и расходы на него лечебно-профилактической организации, т.е. диагностические мероприятия, фармакотерапия, лечение сопутствующих заболеваний, симптомов или побочных эффектов сопутствующими лекарствами, длительность курса лечения, обслуживание и наблюдение врачом и средним медперсоналом, оперативное вмешательство, реабилитация и другие мероприятия.

**Непрямые, или косвенные издержки** связаны с эффектом для общества – период временной нетрудоспособности, выплаты по листку не-

---

трудоспособности, уход по инвалидности после лечения, выплаты социального страхования, затраты времени родственников по уходу за пациентами, затраты и потери, связанные со смертью пациента и т.д.

**Нематериальные издержки** (они не могут быть выражены деньгами) связаны с психосоциальными факторами:

- ❖ телесными (боль, подвижность, нарушение сна, половой функции, уродства);
- ❖ мыслительными (реакция, концентрация, память);
- ❖ психическими (страх, депрессия, беспокойство, апатия);
- ❖ социальными (изоляция, конфликт, зависимость, нарушение досуга).



---

---

## Лекция № 25.   **ОСНОВЫ**                           **МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ** **МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

### Учебные вопросы

1. Концепция построения медико-экономической модели.
2. Компоненты новой медико-экономической модели здравоохранения.
3. Приоритетные направления стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011-2015 гг.
4. Мероприятия по реализации стратегии развития здравоохранения.
5. Добровольное медицинское страхование.
6. Добровольное страхование от заболеваний и травм.
7. Лекарственная политика.

### 1. Концепция построения медико-экономической модели

На наш взгляд, концепция построения медико-экономической модели здравоохранения может быть представлена системой взглядов на оценку здоровья населения, особенность здравоохранения государства, разделы дисциплины, государственную политику страны, на специфику демографических процессов и др.

Здоровье населения характеризуется следующими основными показателями:

- I. Медико-демографические показатели.
- II. Показатели заболеваемости и инвалидности.
- III. Показатели физического развития.

Высокую значимость несут показатели смертности и бремени болезней:

1. Младенческая смертность.
2. Смертность взрослого населения.
3. Общая ожидаемая продолжительность жизни при рождении.
4. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни представляет собой оценку того, сколько лет человек может прожить в здоровом состоянии.

Сказанное имеет свою специфику в различных системах здравоохранения:

- Государственной.
- Национальной.
- Страховой.
- Частной.
- Смешанной.

**Основные разделы дисциплины:**

а) теоретические основы, история и методология общественного здоровья и здравоохранения;

б) здоровье населения и медицинская статистика;

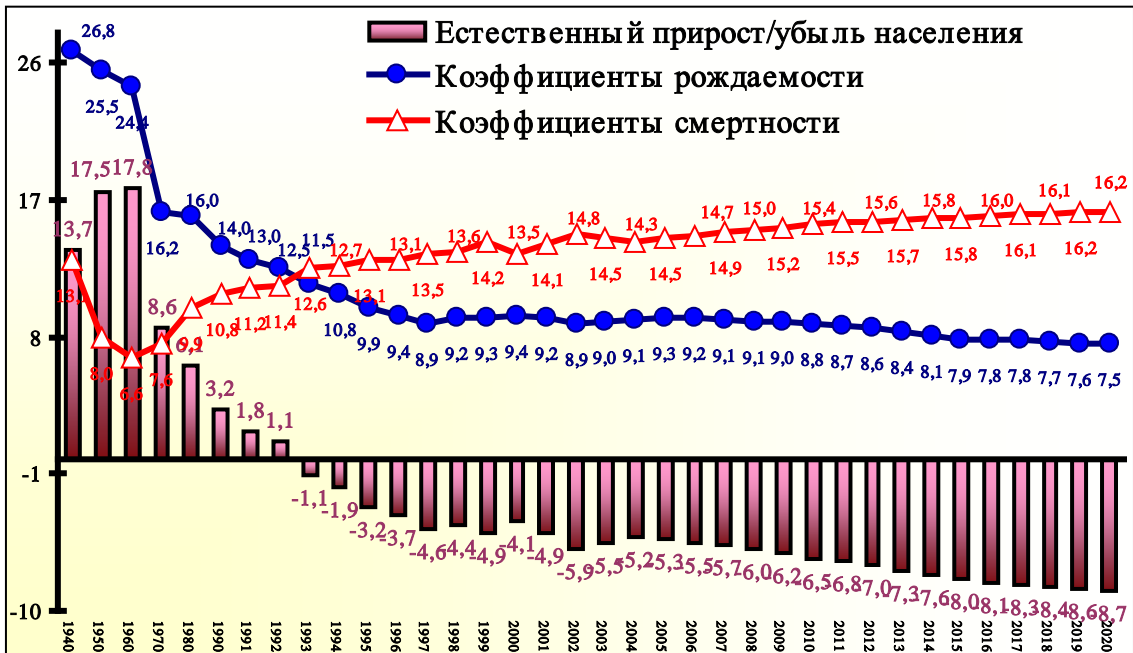
в) организация, управление и экономика здравоохранения.

Основные принципы государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения изложены в Законе «О здравоохранении».

- создание условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения;
- обеспечение доступности медицинского обслуживания, в том числе лекарственного обеспечения;
- приоритетность мер профилактической направленности;
- приоритетность развития первичной медицинской помощи, лекарственного обеспечения, медицинского обслуживания несовершеннолетних, женщин во время беременности, родов и после родов, инвалидов и ветеранов;
- обеспечение санитарно-эпидемического благополучия населения и его будущих поколений;
- формирование ответственного отношения населения к сохранению, укреплению и восстановлению собственного здоровья и здоровья окружающих;
- ответственность республиканских органов государственного управления, местных исполнительных и распорядительных органов и других организаций за состояние здоровья населения;
- ответственность нанимателей за состояние здоровья работников.

Прогнозируемые коэффициенты рождаемости, смертности и естественного прироста населения в Республике Беларусь (показатель на 1000 населения), подтверждающие остроту проблемы.

Современные параметры воспроизводства населения почти в 2 раза меньше, чем требуется для замещения поколений.



## 2. Компоненты медико-экономической модели здравоохранения

### 2.1. Планирование финансовых средств в современных условиях.

Источниками финансирования являются:

- средства республиканского и (или) местных бюджетов;
- безвозмездная (спонсорская) помощь юридических лиц и (или) индивидуальных предпринимателей;
- иные источники, не запрещенные законодательством Республики Беларусь.

2.2. Реализация территориальных программ государственных гарантий оказания медицинской помощи.

2.3. Пациентам оказывается медицинская помощь **следующих видов**: первичная медицинская помощь; специализированная медицинская помощь.

2.4. Формы медицинской помощи:

- скорая медицинская помощь;
- плановая медицинская помощь.

2.5. Объемы медицинской помощи, представляемой населению административно-территориальной единицы Республики Беларусь за счет средств бюджета, определяются из нормативов объемов медицинской помощи на 1000 жителей.

2.6. Показатели объемов медицинской помощи населению.

- Скорая медицинская помощь – число выездов (на 1000 населения).
- Амбулаторно-поликлиническая помощь – число посещений врачей и врачами на дому (на 1000 нас.).

- Число проведенных пациентами койко-дней.
- Уровень госпитализации – число пролеченных пациентов (на 1000 нас.).

#### **2.7. Разновидности экспертиз:**

1. Экспертиза временной нетрудоспособности.
2. Медико-социальная экспертиза (экспертиза нарушения жизнедеятельности пациентов).
3. Военно-врачебная экспертиза.
4. Медицинская судебная экспертиза.
5. Независимая медицинская экспертиза.

**2.8. Развитие внебюджетной деятельности, в т.ч. платных медицинских услуг.**

- Медицинские услуги сверх установленного государством гарантированного объема бесплатной медицинской помощи являются дополнительными и оказываются государственными организациями здравоохранения на платной основе.

**2.9. Создание унифицированной системы стратегического и оперативного планирования, нормирования, лицензирования и сертификации.**

Важность и значимость планирования здравоохранения подчеркивается возрастающей потребностью населения в медицинской помощи и нарастанием ее стоимости.

Уровень первичной заболеваемости населения Республики Беларусь увеличился.

Общая заболеваемость выросла.

Соотношение общей и первичной заболеваемости увеличилось, что указывает на значительное накопление хронической патологии.

Показатель обеспеченности населения койками и врачами – высокий.

#### **Сказанное обусловлено:**

- а) ростом культуры и благосостояния народа;
- б) изменением возрастного состава населения;
- в) характером и структурой заболеваемости;
- г) спецификой социально-экономических процессов.

Медицинская (фармацевтическая) деятельность осуществляется на основании специальных разрешений (лицензий), выдаваемых в соответствии с законодательством Республики Беларусь о лицензировании.

**Нормы** – количественные показатели состояния внешней среды и лечебно-профилактической помощи, а также разработанные и регламентированные показатели деятельности организаций здравоохранения, нагруз-

---

ки медперсонала и использования материальных средств организаций здравоохранения.

**Норматив в здравоохранении** - реальный показатель обеспечения населения медицинскими услугами, который намечено достигнуть в плановом порядке и который обеспечен медицинскими кадрами, финансовыми средствами и капиталовложениями

**2.10.** Использование методов программно-целевого управления, экономического управления и анализа, принципов экономической самостоятельности и ответственности организаций здравоохранения.

### **3. Приоритетные направления стратегического развития здравоохранения республики Беларусь на 2011-2015 гг.**

Исходные данные для поэтапного внедрения новой системы финансирования, позволяющей минимизировать затраты для эффективного функционирования системы здравоохранения:

- ✓ по нормативу на одного прикрепленного жителя для оказания первичной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- ✓ исходя из заказанного и согласованного объема медицинской помощи в стационарных условиях;
- ✓ исходя из количества вызовов для оказания скорой медицинской помощи;
- ✓ совершенствование, реструктуризация, модернизация здравоохранения путем внедрения ресурсосберегающих, экономически эффективных современных технологий;
- ✓ переход на модель хозяйствования с преимущественным развитием первичной медико-санитарной помощи с перераспределением финансовых, кадровых и материально-технических ресурсов на амбулаторно-поликлинический уровень;
- ✓ развитие профилактического направления в системе здравоохранения, усиление мер ответственности за укрепление здоровья на индивидуальном, национальном, региональном и местном уровнях;
- ✓ увеличение инвестиций в здравоохранение за счет развития внебюджетной деятельности, расширения платных медицинских услуг, повышение конкурентоспособности отрасли здравоохранения;
- ✓ реализация комплекса мер по улучшению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матери и ребенка;
- ✓ совершенствование кадровой политики и усиление роли медицинской науки с ориентацией ее на решение проблем демографической безопасности страны;

- ✓ развитие государственно-частного партнерства в решении проблем здравоохранения;
- ✓ повышение эффективности и действенности госсаннадзора по контролю за факторами окружающей среды;
- ✓ совершенствование информатизации здравоохранения и создание единой системы мониторинга здоровья населения;
- ✓ развитие международного сотрудничества.

#### **4. Мероприятия по реализации стратегии развития здравоохранения**

##### **1. Совершенствование системы планирования, управления, финансирования, правового сопровождения развития здравоохранения:**

1.1. концентрация ресурсов на приоритетных направлениях деятельности и реструктуризации медицинской помощи, внедрение ресурсосберегающих технологий, перераспределение финансовых потоков на усиление амбулаторно-поликлинического звена;

1.2. переход от принципов содержания государственных организаций здравоохранения к принципам оплаты по установленным тарифам конкретных, согласованных объемов стационарной и скорой медицинской помощи; и финансирование по нормативам на одного прикрепленного жителя амбулаторно – поликлинических организаций;

1.3. внедрение методологии определения, классификации и сбора данных для отслеживания финансовых потоков в системе здравоохранения по Национальным Счетам Здравоохранения;

1.4. внедрение Национальной отчетности эффективности использования финансовых средств и международных методик оценки потребностей ресурсов на реализацию Государственных программ;

1.5. разработка технологий расчетов тарифов на медицинскую помощь и планирование ее объемов;

1.6. определение стоимости медицинской услуги как товара и создание конкурентной среды;

1.7. создание системы постоянного мониторинга формирования, состояния, использования ресурсов здравоохранения и результатов финансовой деятельности в целях научного менеджмента и формирования политики планирования в здравоохранении;

1.8. обеспечение сбалансированности территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи за счет средств бюджета;

1.9. экономическое стимулирование профилактической направленности здравоохранения.

---

---

## **2. Создание национальной системы стандартов оказания медицинской помощи населению на основе международных требований:**

2.1. совершенствование методологии разработки клинических протоколов на основе доказательной медицины; мониторинг, обновление клинических протоколов и руководств, внедрение их в клиническую практику и образовательный процесс.

## **3. Совершенствование внебюджетной деятельности и регламентации платных услуг:**

3.1. формирование многоуровневого здравоохранения, целенаправленная поддержка наряду с государственными частных медицинских организаций;

3.2. развитие внебюджетной деятельности здравоохранения; привлечение дополнительных ассигнований за счет средств добровольного медицинского страхования граждан, средств нанимателей, а также из негосударственных источников;

3.3. обеспечение участия органов местного самоуправления в дополнительном финансировании отрасли;

3.4. наращивание объемов экспорта платных медицинских и образовательных услуг за счет внедрения новых технологий диагностики и лечения, создание современной инфраструктуры рынка медицинских услуг;

3.5. развитие медицинского маркетинга и совершенствование нормативной правовой базы по регулированию сферы медицинских услуг на внутреннем и внешнем рынках.

## **4. Обеспечение правовой и социальной защиты работников отрасли, повышение эффективности мероприятий по охране труда:**

4.1. разработка комплекса мер правового, организационного и экономического характера по усилению мотивации медицинских работников к повышению качества оказания медицинской помощи и профессиональному росту;

4.2. разработка комплекса мер, направленных на повышение статуса медицинских и фармацевтических работников, на осознание населением потенциала и ее перспектив, значимости для общества;

4.3. разработка дифференцированной системы оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема и качества выполняемой работы, повышение доли ее стимулирующей части;

4.4. внедрение в организациях здравоохранения системы экономического стимулирования за достижение наилучших показателей в обеспечении населения медицинской помощью надлежащего качества.

---

---

## **5. Обеспечение устойчивого курса отраслевой политики, направленного на улучшение состояния здоровья народа и совершенствование деятельности системы здравоохранения**

5.1. формирование политики в области здравоохранения на принципах преемственности, обеспечения законодательных основ, постоянного мониторинга индикаторов здоровья населения и процессов деятельности организаций здравоохранения по охране и укреплению здоровья;

5.2. разработка методологии стратегического планирования в системе здравоохранения в рамках государственных гарантий на основе нормативов предоставления государственных медицинских услуг, в том числе услуг профилактики; совершенствование технологии программно-целевого планирования отрасли здравоохранения;

5.3. совершенствование системы социальных гарантий оказания медицинской помощи за счет средств бюджета;

5.4. повышение эффективности межсекторального взаимодействия и координация деятельности исполнительных и распорядительных органов власти по решению вопросов здравоохранения;

5.5. совершенствование информационного обеспечения системы управления здравоохранением, создание единой консолидирующей информационной системы, а также системы мониторинга и анализа достигнутых результатов.

5.6. обеспечение качества на всех уровнях оказания медицинской помощи путем взаимосвязанных мероприятий по оптимизации использования ресурсов, внедрению современных технологий, мониторингованию получаемых результатов с последующей корректировкой;

5.7. создание целостной системы управления качеством медицинской помощи на основе стандартизации, использования доказательных технологий, системы показателей качества и методики их оценки;

5.8. приведение нормативной правовой базы здравоохранения в соответствие с требованиями нового этапа развития здравоохранения в рамках таможенного союза.

### **Совершенствование, реструктуризация, модернизация здравоохранения путем внедрения ресурсосберегающих, экономически эффективных современных технологий.**

## **6. Совершенствование системы предоставления качественных медицинских услуг на всех уровнях оказания медицинской помощи:**

6.1. улучшение преемственности между всеми уровнями предоставления услуг здравоохранения, оптимизация сети организаций здравоохранения и повышение координирующей роли организаций здравоохранения республиканского уровня;



6.2. укрепление службы охраны материнства и детства при концентрации усилий по совершенствованию первичной медицинской помощи детям и подросткам, планированию семьи, интеграции родовспомогательных организаций с общей лечебной сетью;

6.3. интеграция родовспомогательных организаций с многопрофильными больницами, реорганизация крупных организаций родовспоможения по типу перинатальных центров и поддержка их деятельности;

6.4. внедрение программ комплексной профилактики и лечения пре- и перинатальной патологии;

6.5. обеспечение мониторинга состояния здоровья детей, в том числе, их физического развития;

6.6. разработка и внедрение эффективных медицинских технологий, использовании уникальных методов диагностики и лечения нарушений репродуктивного здоровья;

6.7. укрепление родильных и гинекологических отделений с обеспечением реанимационно-анестезиологической помощи для улучшения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению. Развитие передвижных форм лечебно-диагностической и консультативной помощи.

## **7. Приоритетное развитие первичной медицинской помощи:**

7.1. увеличение доли финансовых вложений в ПМП до 40% от общего финансирования здравоохранения;

7.2. повышение качества и эффективности медицинских услуг, предоставляемых первичным звеном здравоохранения, путем улучшения его инфраструктуры, оснащения базовым медицинским и лабораторным оборудованием, компьютерной техникой, средствами связи;

7.3. укомплектование медицинскими кадрами первичного звена, повышение уровня укомплектованности врачами и средним медперсоналом до 11%;

7.4. дальнейшее развитие общей врачебной практики, обеспечение непрерывной подготовки врачей и медицинских сестер по общеврачебной практике;

7.5. развитие ресурсосберегающих технологий;

7.6. расширение функций медицинской сестры с целью уменьшения нагрузки на врачебный персонал;

7.7. повышение технической оснащенности и мобильности службы скорой медицинской помощи (современные санитарные автомобили, медицинская техника, средства связи, телекоммуникации), ограничение роли этой службы случаями, требующими реальной экстренной помощи.

## **8. Дальнейшая реструктуризация и совершенствование стационарной медицинской помощи:**

8.1. реорганизация стационарной помощи на основе сокращения необоснованных госпитализаций, длительности госпитального этапа и интенсификации работы коечного фонда;

8.2. повышение эффективности организации и оказания специализированной медицинской помощи больным с распространенными и инвалидизирующими заболеваниями;

8.3. совершенствование системы медицинской реабилитации пациентов;

8.4. создание сети межрайонных центров специализированной помощи для обслуживания населения нескольких районов.

## **9. Усиление роли организаций здравоохранения республиканского уровня в координации деятельности региональных организаций здравоохранения, а также в разработке и внедрении эффективных медицинских технологий:**

**В области кардиологии и кардиохирургии** - создание и освоение новых видов оперативных вмешательств, реконструктивных операций и технологий, разработка новых алгоритмов и протоколов лечения со сложной и сочетанной сердечнососудистой патологией; развитие интервенционной кардиологии в областях (г. Минске);

### **В области онкологии**

- ✓ разработка приемлемых для Беларуси методов скрининга и профилактики онкологических заболеваний;
- ✓ внедрение новых технологий раннего выявления онкологических больных и современных технологий лечения;

**В области травматологии и ортопедии** – увеличение числа организаций здравоохранения, выполняющих высокотехнологичные травматолого - ортопедические операции; доведение числа операций по эндопротезированию тазобедренного сустава до 5000 в год к 2015 г., а к 2020 г. с учетом всех нуждающихся в этом виде помощи.

**В области неврологии и нейрохирургии** – внедрение новых методов лечения, включая хирургические, дегенеративных заболеваний нервной системы, болезней базальных ганглиев, патологии периферической нервной системы; использование клеточных биотехнологий в лечении демиелинизирующих заболеваний; внедрение эндоваскулярных методов оперативных вмешательств: рентгенэндоваскулярной эмболизации артериовенозных мальформаций головного и спинного мозга с помощью эмболизирующих композиций.

---

---

**10. Разработка новых форм социальной помощи пожилым гражданам:**

- 10.1. открытие хосписов и расширение коек сестринского ухода;
- 10.2. содействие повышению уровня социальной адаптации пожилых людей и поддержание их жизненной активности мерами реабилитационного и оздоровительного характера.

**11. Обеспечение эффективными, безопасными и качественными лекарственными средствами:**

- 11.1. формирование перечня основных лекарственных средств, клинических протоколов с учетом требований доказательной медицины на основе фармакоэкономического анализа;
- 11.2. совершенствование системы обеспечения качества лекарственных средств;
- 11.3. повышение эффективности контроля за побочными реакциями на лекарственные средства;
- 11.4. участие испытательных лабораторий по контролю качества лекарственных средств в международных программах ВОЗ;
- 11.5. развитие государственной фармацевтической инспекции с созданием территориальных структурных подразделений и вступлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь в Схему сотрудничества фармацевтических инспекций (PIC/S);
- 11.6. сертификация отечественных производителей лекарственных средств на соответствие требованиям Надлежащей производственной практики.

**12. Переоснащение государственных организаций здравоохранения Республики Беларусь высокотехнологичными медицинской техникой и изделиями медицинского назначения**

- 12.1. решение задач импортозамещения, создание условий, благоприятствующих дальнейшему развитию отечественной медицинской промышленности, разработка и реализация объединенной импортозамещающей программы «Белмедтехника» на 2011-2015 годы;
- 12.2. переоснащение высокотехнологичными дорогостоящим медицинским оборудованием и расходными материалами медицинских центров республиканского и областного уровня в рамках реализации Государственной комплексной программы профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний на 2010-2014 годы и Государственной программы «Туберкулез» на 2010-2014 годы.

**13. Развитие санитарно-эпидемиологической службы.**

- 13.1. совершенствование методического обеспечения контроля качества и безопасности товаров, критериев оценки опасности факторов окру-

---

жающей среды для человека, совершенствование методологии оценки риска для здоровья населения;

13.2. разработка нормативной и методической базы государственного санитарного надзора в соответствии с требованиями либерализации экономики;

13.3. совершенствование методов комплексного гигиенического регламентирования химических и биологических веществ;

13.4. дальнейшее развитие иммунопрофилактики – расширение спектра применяемых вакцин, улучшение их качества, совершенствование календаря прививок и др. Создание отечественного производства вакцинных препаратов;

13.5. поддержание и совершенствование мониторинга, прежде всего на основе молекулярно-биологических и генетических методов исследования;

13.6. обеспечение постоянной готовности страны к борьбе с инфекциями, представляющими эпидемическую опасность для международного сообщества;

13.7. развитие опережающих научных фундаментальных и прикладных исследований по актуальным инфекционным заболеваниям с элементом инновационной деятельности, направленной на создание импортозамещающей продукции.

#### **14. Развитие профилактического направления в системе здравоохранения, усиление мер ответственности за укрепление здоровья на индивидуальном, национальном, региональном и местном уровнях:**

14.1. развитие профилактических и реабилитационных технологий, включая всеобщую диспансеризацию населения Республики Беларусь, санитарное просвещение по актуальным проблемам охраны здоровья;

14.2. создание целостной национальной образовательной и воспитательной системы по формированию здорового образа жизни; переход от принципа здравоохранения к принципам здравосозидания;

14.3. создание новых подходов к гигиеническому и нравственному воспитанию и образованию детей и подростков, формированию здорового образа;

14.4. участие населения и общественных организаций в охране и укреплении здоровья;

14.5. привлечение средств массовой информации к более активной работе с общественностью по вопросам охраны и укрепления здоровья, повышению информированности населения.

## **15. Совершенствование кадровой политики и усиление роли медицинской науки:**

15.1. совершенствование системы подготовки и переподготовки медицинских кадров, развитие комплексной системы стратегического планирования кадровых ресурсов с учетом потребности практического здравоохранения, требованиями действующего законодательства, их рационального размещения и эффективного использования;

15.2. осуществление мониторинга трудовых ресурсов путем создания унифицированной персонифицированной многоуровневой системы учета медицинских и фармацевтических кадров в режиме реального времени, совместимой с существующими базами персонифицированного учета, обеспечения информационного, программного и организационного сопровождения базы данных;

15.3. обеспечение оптимального баланса процессов обновления и сохранения количественного и качественного состава работников отрасли;

15.4. приведение численности и структуры медицинских кадров в соответствие с объемами деятельности персонала, потребностью отрасли, увеличение доли средних медицинских работников в кадровой структуре отрасли в соответствии с мировыми тенденциями;

15.5. устранение дублирования функций, перераспределение функций между различными профессиональными группами (между врачами-специалистами и средним медицинским персоналом, между средним и младшим медперсоналом);

15.6. совершенствование системы подготовки управленческих кадров, резерва руководителей медицинских учреждений по специальным программам с учетом требований, предъявляемых современным состоянием отрасли;

15.7. расширение практики подготовки специалистов на второй ступени высшего медицинского (фармацевтического) образования;

15.8. усиление материально-технической базы медицинских учреждений образования, обеспечение тесной связи образовательного процесса с организациями практического здравоохранения и медицинскими научно-практическими центрами;

15.9. повышение профессионального уровня работников здравоохранения на основе дальнейшего развития системы непрерывной подготовки, совершенствования системы государственных образовательных стандартов подготовки специалистов, в том числе с применением дистанционных форм.

---

---

## **16. Концентрация интеллектуальных, материально-технических и финансовых ресурсов медицинской науки на решении первоочередных задач практического здравоохранения**

16.1. определение и первоочередное обеспечение развития прорывных научных направлений в области фундаментальных и прикладных исследований;

16.2. обеспечение интенсивного развития в сфере научно-инновационной деятельности;

16.3. усиление межведомственной и междисциплинарной интеграции по приоритетным направлениям медицинской науки, обеспечение более тесной связи научных организаций и организаций образования;

16.4. усиление деятельности по внедрению новых медицинских технологий, созданных в результате выполнения научных исследований и разработок, и контроля за внедрением;

16.5. повышение качества подготовки научных работников высшей квалификации.

## **5. Добровольное медицинское страхование**

**Добровольное медицинское страхование** – средство социальной защиты граждан.

Это деятельность по формированию страховых фондов за счет дополнительных денежных взносов предприятий, организаций и отдельных граждан, пожелавших застраховать свое здоровье из личных средств.

Цель – укрепление здоровья населения путем создания экономической заинтересованности предприятий и граждан в охране здоровья посредством высокого уровня медицинского обслуживания населения, гарантированного страховыми программами.

### **Виды добровольного медицинского страхования:**

- **Рисковое:** страхование на случай заболеваний, обеспечивающее застрахованным возмещение затрат на оказание медицинской помощи высокого уровня при наступлении страхового случая.

- **Накопительное:** страхование, обеспечивающее накопление средств на лечение любых заболеваний в соответствии с категорией страхового полиса.

## **6. Добровольное страхование от заболеваний и травм**

Республиканское унитарное страховое предприятие «Белгосстрах» (далее страховщик) заключает договоры добровольного страхования от заболеваний и травм.

**Субъектами страхования являются:**

- Страховщик.
- Страхователь.
- Застрахованное лицо.
- Выгодоприобретатель.

Страхователями могут быть физические лица, заключившие со страховщиком договор страхования в пользу третьих лиц (застрахованных лиц) и уплатившие (уплачивающие) по нему страховую премию; юридические лица независимо от организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели.

Застрахованное лицо – физическое лицо, чьи имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровья являются объектом страхования, и в пользу которого заключен договор страхования, если в нем не названо в качестве выгодоприобретателя другое лицо.

Объектом страхования – являются имущественные интересы застрахованного лица, связанные с причинением вреда его жизни или здоровью.

**Варианты страхования**

- «Минимум»;
- «Гарантия»;
- «Стандарт»;
- «Производство»;
- «Быт»;
- «Спорт-профи».

**7. Лекарственная политика**

Лекарственная политика является неотъемлемой частью всей политики в области здравоохранения, зависит от нее и определяется ею.

Цель политики государства в области лекарственных средств - повышение степени равноправной доступности (как по стоимости, так и по ассортименту) высокоэффективных и безопасных лекарственных средств для населения.

При этом в первую очередь рассматриваются основные жизненно необходимые лекарственные средства, недопустимость фальсификации лекарственных средств.

**«Фальсифицированным»** считается любой фармацевтический препарат, информация о котором, изложенная на этикетке, является умышленно вводящей в заблуждение относительно идентификации или происхождения препарата.

При этом важно различать поддельные препараты и препараты, не соответствующие стандарту. По оценкам ВОЗ, примерно 10% (или около

21 млрд. долл.) мирового оборота фармацевтической промышленности основано на продаже фальсифицированных препаратов. Порой пациенты не подозревают о том, что принимают поддельные препараты, только потому, что эти препараты не причиняют очевидного вреда. Весьма вероятно, что эта проблема – лишь верхушка айсберга, а основная часть проблемы остается нераскрытой. Распространение подделок связано с недостатком в системе посреднической дистрибуции лекарств. Небольшие дистрибьюторские фирмы могут принимать лекарства без должным образом оформленной документации.

**Ключевые факторы, способствующие распространению подделок:**

1. Недостатки юридического регулирования системы фармацевтической дистрибуции.
2. Отсутствие государственных органов, контролирующих фармацевтический сектор, или их неэффективная работа.
3. Отсутствие государственной системы лицензирования производителей и импортеров лекарственных препаратов.
4. Невыполнение действующего законодательства.
5. Слишком длинный путь препарата от производителя к потребителю, большое количество посредников (самый надежный вариант – закупка лекарств аптекой непосредственно у производителя).
6. Спрос, превышающий предложение.
7. Высокие цены на препараты.
8. Развитие технологий нелегального производства (современные технологии позволяют создавать копии, практически неотличимые от оригинала).
9. Нежелание компаний раскрывать информацию об обнаружении подделок.
10. Низкий уровень контроля качества препаратов, предназначенных для экспорта.

В реальности действуют еще множество других факторов таких как:

- ✓ экономические условия в стране;
- ✓ наличие альтернативной медицины;
- ✓ культурные особенности (например, склонность населения к самолечению);
- ✓ особенности определения формы отпуска лекарств (в некоторых странах антибиотики продаются без рецепта) и т.д.

В «Руководстве по разработке мер по борьбе с фальсификацией лекарственных препаратов» ВОЗ предлагает как общегосударственные стратегии, так и конкретные мероприятия.



---

**Основные рекомендации просты:**

1. Знайте своих поставщиков и не покупайте лекарства у неизвестных компаний, особенно если вас что-то настораживает.
2. Проверяйте внимательно упаковку.
3. Обращайте внимание на необычно высокую частоту неудач в лечении, связанных с одним и тем же препаратом.

---

---

**Лекция № 26. АВТОМАТИЗИРОВАННЫЕ  
ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ В  
МЕДИЦИНЕ, ФАРМАЦИИ И ЗДРАВООХРА-  
НЕНИИ**

**Учебные вопросы**

1. Основные задачи медицины, фармации и здравоохранения в преломлении применения автоматизированных информационных систем (АИС).
2. Оценка потребностей в технических средствах и ожидаемых выгод.
3. Задачи АИС в здравоохранении.
4. Компоненты «АИС стационара».
5. Компоненты «АИС поликлиники».
6. Интерпретация результатов применения АИС.
7. Этапы создания АИС ЛПО.

**1. Основные задачи медицины, фармации и здравоохранения  
в преломлении применения автоматизированных информационных  
систем (АИС)**

В условиях «информационного» взрыва и появления информационных технологий появляются условия для организации сбора, переработки, хранения информации и доведения ее до пользователя с помощью компьютерной техники. Они являются основным техническим средством автоматизированных информационных систем управления. АИС – это человеко-машинная система, главными компонентами которой являются: аппаратная среда; программное обеспечение; организационные структуры; человек - как пользователь.

В 1834 г. английским ученым Ч.Бэббиджем была предпринята попытка создания универсальной цифровой вычислительной машины с программным управлением. Началом данной эры явились сеансы опытной эксплуатации машины ЭНИАК-I, прошедшие в 1946 г. в Пенсильванском университете.

К настоящему времени сменилось уже ряд поколений компьютерной техники. Сейчас центр тяжести информатизации переместился в область широкого использования персональных компьютеров (ПК). Они малогабаритны, имеют низкое энергопотребление, высокую надежность и могут быть использованы в решении самых различных задач. Немалое распространение они получили и в здравоохранении.

Любой современный ПК состоит из двух основных четко разделенных комплексов: технических средств и программного (или информацион-

---

ного) обеспечения. Основными компонентами компьютера являются: процессор, память, устройства ввода и вывода.

С помощью устройства ввода исходные данные попадают в память. В качестве устройства ввода, как правило, используется клавиатура, в качестве устройства вывода - дисплей и принтер (устройство, печатающее результаты на бумаге). Наряду с клавиатурой используются дисководы - устройства, осуществляющие запись информации на магнитные носители и считывание ее. Наиболее распространенный тип магнитных носителей - магнитные гибкие диски и флешки. Задачи повышения надежности и увеличения емкости внешней памяти решаются с помощью накопителей на жестких магнитных дисках типа "Vinchester". Третья составная часть ПК объединяется под общим названием интерфейс ("лицом к лицу"). Его задача - осуществить взаимодействие ПК с внешней средой.

Для отнесения ПК к тому или иному типу рассматриваются также параметры: производительность, емкость памяти оперативного запоминающего устройства, разрядность, возможность программного обеспечения, стоимость.

Программное обеспечение является необходимой составной частью компьютера. Без соответствующей программы невозможно заставить машину сделать что-либо полезное. Программное обеспечение - это совокупность программ системы обработки данных и программных документов, обеспечивающих реализацию функций ПК. Программное обеспечение можно разделить на следующие основные классы: операционные системы и сервисные программы; инструментальные языки и системы программирования; прикладные системы.

Операционная система (ОС) обеспечивает управление всеми аппаратными компонентами, позволяет человеку-пользователю ПК управлять машиной с помощью соответствующих команд. Число типов ОС невелико - не более нескольких десятков, но их роль чрезвычайно важна. Наиболее распространены ОС CP/M, MS-DOS и UNIX. Прикладные системы составляют категорию программных средств, обращенных к пользователям ПК - людям, которые не обязаны уметь программировать или даже знать устройство ПК. Их цель заключается в том, чтобы с помощью ПК решать свои повседневные задачи.

Можно выделить следующие основные задачи медицины, фармации и здравоохранения, на решение которых направлено использование компьютеров.

1. Медико-организационные задачи (диагностика, лечение, профилактика, направление на консультацию, мониторинг в период лечения, по-

---

сле лечения, выработка рекомендаций по питанию, планированию семьи и т.д.).

2. Административно-организационные задачи (учет лекарственных средств, управление распределением рабочего времени, медицинским персоналом, имеющимися ресурсами, управление потоком пациентов, обеспечение непрерывности оказания медицинской помощи на всех уровнях здравоохранения).

3. Планирование и оценка (перспективное планирование, разработка и оценка целевых комплексных программ здравоохранения, обеспечение качества и оценки медицинских технологий, эпидемиологических исследований).

4. Ведение медицинской документации (в том числе медицинских карт амбулаторного и стационарного пациента, медицинской статистики и т.п.).

5. Научно-организационные задачи (отбор и испытание новых лекарственных средств; сбор, обработка, хранение и использование медицинских данных; планирование эксперимента; математическое моделирование; создание медицинских экспертных систем).

6. Обучение (обучение студентов, повышение квалификации среднего медицинского персонала, врачей, провизоров и организаторов здравоохранения, тиражирование и распространение накопленного опыта; создание автоматизированных справочных пособий).

Медико-организационные задачи реализуются при диагностике, лечении, профилактике и реабилитации. Главная задача заключается в оказании врачу помощи при принятии решений. Проблемы здесь возникают из-за необходимости обрабатывать большой объем информации. В основе разработки компьютерной поддержки медицинских решений лежат два источника информации: результаты медицинской науки и медицинская практическая деятельность. Информация из второго источника в значительной степени является эвристической, в то время как компьютеризация медицинских знаний требует их организации.

Кроме того, ограниченность формализации обусловлена нечеткостью самих знаний. Чем более расплывчаты знания о некоторых прикладных областях медицины, чем труднее их формализовать, тем большую помощь могут оказать медицинские экспертные системы. Экспертные системы эффективны для контроля качества принятия медицинских решений и предупреждения от возможных ошибок.

Административно-организационные задачи используются в решении задач организации и управления здравоохранением, где важную роль играют АИС. В здравоохранении можно выделить следующие направления

---

развития АИС: разработка многоуровневых АИС, обеспечивающих автоматизацию основных функций управления здравоохранением; создание информационных систем по специализированным видам медицинской помощи на базе проблемно-ориентированных банков данных; разработка АСУ учреждениями здравоохранения.

Планирование и оценка задач перспективного планирования здравоохранения (определение целей и их приоритетов, проектирование программы действий и оценка требуемых ресурсов) типичны и для других социальных сфер.

Необходимость оценки результатов медицинских технологий очевидна и, поскольку речь идет о широкомасштабной оценке медицинских данных, необходимо использование автоматизированных систем сбора и обработки данных. Примером системы сбора информации на уровне всей популяции служит автоматизированный регистр заболеваний. Основная проблема при организации такого регистра – в записи имеющихся данных при минимальном уровне их стандартизации. Статистическая информация из регистров позволит анализировать региональные особенности и явиться научным обоснованием при разработке региональных программ здравоохранения.

При использовании медицинских данных возникает необходимость их передачи в центральные органы управления. Обычно передаваемые в центральные органы управления данные бывают откорректированными, а базовые данные хранятся на местах. Это условие реализуется при разработке распределенных интегрированных баз данных.

В вопросах ведения и учета индивидуальной медицинской документации крайне важное значение имеет обеспечение преемственности медицинского обслуживания. Принцип преемственности предполагает передачу индивидуальной медицинской информации по всей цепочке: первичная профилактика - участковый врач - врачи-специалисты - амбулаторные обследования - обследование в стационаре - амбулаторные обследования в поликлинике.

Одним из необходимых условий того, чтобы один раз полученные медицинские данные не терялись и не дублировались является создание унифицированной формализованной медицинской карты амбулаторного пациента и медицинской карты стационарного пациента, данные которых можно разделить на 2 категории: общие данные (анкета, антропология и т.д.) и медицинская предыстория; данные с текущей ситуации и об актуальной патологии.

Традиционный путь сбора данных для медицинской карты стационарного пациента состоит из записи ответов пациентов на вопросы врачей.

Для экономии времени врачей используются компьютеризованные опросники, в составлении которых принимают участие высококвалифицированные врачи различных специальностей. Одной из функций вопросно-ответных систем подобного рода является выдача индивидуальных рекомендаций пациентам по ведению здорового образа жизни.

Во всех странах Западной Европы внедрена компьютеризованная "карта здоровья" размером менее игровой карты, на которой во встроенной электронной схеме будут храниться все медицинские данные каждого человека. Дубликат "карты здоровья" хранится у лечащего врача, а другие врачи могут работать с ней по мере необходимости.

Научно-организационные задачи предполагают использование микро-компьютеров в медицинских научных исследованиях и в медицинских лабораториях. Это позволяет внедрить типовые технологии управления процессом измерения, первичной обработки и представления данных. Применение локальных автоматизированных систем научных исследований на базе ПК позволяет существенно сократить сроки выполнения массовых лабораторных исследований; повысить эффективность и обеспечить полноту использования лабораторных установок; применить принципиально новые методы исследований; освободить исследователя от выполнения трудоемких рутинных операций. Важное значение в обеспечении медицинских научных исследований имеют информационно-библиографические системы.

Задача обучения с использованием ПК - помочь обучающимся изучить и освоить широкий диапазон дисциплин посредством применения компьютерных методик в курсе обучения. Такая постановка задачи позволяет сместить акцент в медицинском образовании в направлении развития способностей к самостоятельному компьютеризованному извлечению необходимых знаний из баз медицинских экспертных систем и их использование в практике.

## **2. Оценка потребностей в технических средствах и ожидаемых выгод**

Компьютерные системы в медицинских организациях будут формироваться в течение длительного времени. Поэтому эти системы должны строиться по модульному принципу и допускать подключение новых модулей по мере их появления. Такой подход позволит поэтапно наращивать возможности системы и гибко приспособливать ее к локальным целям учреждений здравоохранения.

Под рабочим местом врача, которое требует компьютерной поддержки, понимается врачебный кабинет, клиническая лаборатория, каби-

---

неты главных врачей и их заместителей, административные службы ЛПО, рабочие места сотрудников технических служб и др.

Массовое внедрение компьютерных медицинских технологий должно дать:

- улучшение качества медицинского обслуживания за счет разгрузки врачей от рутинной работы, использования врачами наряду с обычной информацией рекомендаций медицинских экспертных систем;

- уменьшение стоимости медицинского обслуживания за счет сокращения потерь времени на различных этапах оказания медицинской помощи;

- повышение эффективности управления за счет оценки используемых технологий и качества медицинской помощи;

- повышение качества эпидемиологического анализа за счет накопления и агрегирования больших объемов информации, применения различных методов анализа;

- уменьшение сроков и стоимости, затрачиваемых на повышение квалификации медперсонала (без потери качества обучения) за счет обучения посредством компьютерных технологий и компьютерных обучающих программ.

Эффективность капиталовложений в компьютеризацию медицинских технологий во многом зависит от того, насколько конкретная конфигурация технических и программных средств адекватна задачам, решаемым в той или иной клинике, лаборатории.

АИС в здравоохранении - система управления медицинской организацией, отраслью, основанная на регулярном применении современных математических методов и технических средств обработки данных в учете, анализе, планировании, организации здравоохранения. Это информационная система, главной целью которой является поддержка информационных процессов и обработки информации.

Цель АИС здравоохранения: способствовать реализации основной функции охраны здоровья населения - увеличения продолжительности активной жизни путем создания новых информационных технологий, повышающих качество лечебно-диагностического процесса. Это может быть достигнуто путем оценки состояния здоровья населения, интегральной оценки деятельности ЛПО и на этой базе создание модели оптимизации структуры системы здравоохранения на различных иерархических и территориальных уровнях.

Основные функции АИС здравоохранения: моделирование деятельности учреждения; выработка рекомендаций для принятия решения; контроль эффективности применения решений; анализ динамики состояния

---

здоровья; управление оказанием лечебно-профилактической помощи населению; прогнозирование тенденций развития системы здравоохранения (в отрасли) и на отдельных территориях.

### **3. Задачи АИС в здравоохранении**

К основным задачам АИС относятся:

1. Повышение эффективности профилактических мероприятий.
2. Повышение качества лечебно-диагностического процесса.
3. Оптимизация ресурсной политики в здравоохранении.
4. Интенсификация научных исследований.
5. Разработка новых медицинских технологий.

Объект информатизации в здравоохранении - это, во-первых, здоровье человека, данные об общественном здоровье и отдельного человека получают из подсистемы «АИС технологическими процессами». Она представляет мониторинг состояния здоровья населения и зависимость его от наличия тех или иных медицинских технологий. Эти данные объединяются в регистры (регистры онкобольных, регистр пострадавших от аварии на ЧАЭС и др.).

Информационно-технологические формы в подсистеме АИС представлены в виде регистров пациентов и систем наблюдения за состоянием здоровья. Вторым объектом информатизации является отрасль в целом, представляющая собой сеть ЛПО в виде подсистем " АИС экономического и административного назначения", направленная на управление ресурсами системы здравоохранения для оптимизации оказания медицинской помощи и улучшения здоровья населения. В обоих типах подсистем первым этапом является создание информационной системы первичных данных или создание и определение банков данных (БНД) и баз данных (БД). Применение БД обеспечивает синтез информационных потоков и многоцелевое использование информации в решении функциональных задач.

База данных – это совокупность сведений, хранимых в запоминающих устройствах компьютера, выступающих в качестве исходных данных при решении различных задач. Банк данных – это совокупность всех массивов информации длительного хранения в автоматизированной системе обработки данных, а также программных и технических средств, обеспечивающих ее накопление, обновление, корректировку и использование.

### **4. Компоненты АИС «Стационар»**

Заметим, что создание АИС той или иной медицинской организации требует создания автоматизированных рабочих мест (АРМ).

1. Оперативный учет движения пациентов в стационаре.



2. Управление коечным фондом.
3. Управление лечебно-диагностическим процессом (включает АРМ врача-терапевта; АРМ врача-хирурга и т.д.; АРМ врача-лаборанта).
4. Динамическое наблюдение за контингентом госпитализированных больных и ведение автоматизированного архива медицинских документов (АРМ медстат).
5. Управление аптекой, материально-техническим снабжением, кадрами, финансами.
6. Анализ работы стационара (АРМ главного врача).

### **5. Компоненты АИС «Поликлиника»**

1. Организация полицевого учета обслуживаемого населения, база данных о заболеваемости населения (АРМ регистратора).
2. Автоматизация рабочих мест врачей (АРМ врача-терапевта; участкового; АРМ врача специалиста; АРМ врача-лаборанта).
3. Организация профилактических осмотров, диспансеризации (скрининговой программы).
4. Учет ресурсов (кадры, финансы, материально-техническое снабжение).
5. Формирование отчетной документации (АРМ медстат).
6. Анализ работы поликлиники (АРМ главного врача; АРМ заместителя главного врача по лечебной работе).

### **6. Интерпретация результатов применения АИС**

Для оценки деятельности стационара в АИС "Стационар" используют различные показатели, получаемые в результате обработки информации, зафиксированной в учетно-отчетной медицинской документации. Для практических целей наиболее часто используются показатели использования ресурсов (например, коечного фонда) и качества оказания медицинской помощи. АИС направлены на использование принципиально новых подходов к решению задач управления ЛПО. Решающую роль в этом процессе играет математизация науки об управлении, которая базируется на построении математических моделей в решении задач анализа и синтеза. Фактически, это задачи изучения имеющихся управляемых процессов и задач создания новых, не существовавших ранее, систем управления.

Важным частным случаем задачи управления является задача регулирования, т.е. минимизация отклонений от заданной функции (управление "по отклонению"). При этом обнаружение отклонения регулируемых величин от заданных значений и воздействие на управляемый объект осуществляется с целью своевременной диагностики отклонений. Например,

---

сравнение показателей использования ресурсов ЛПО (коэффициент фонда) с нормативом, с аналогичным учреждением, с предыдущим годом, с прогнозированным значением показателя.

Может быть так называемое "программное управление" – без обратной связи или управление по разомкнутому циклу. Такие системы эффективны лишь при управлении хорошо изученными процессами (например, рост обеспеченности кадрами путем задания программ приема студентов в университет).

Может применяться следящее управление. Например, задача сохранения определенных установленных пропорций развития здравоохранения по основным его взаимосвязанным показателям (сеть, кадры, материальные ресурсы, финансы).

Упреждающее управление (или управление с опережением) - необходимо в тех случаях, когда требуется выправить неблагоприятную ситуацию или тенденцию. Всякое экономическое планирование есть практически управление с упреждением.

Следующий вид управления – адаптивное управление. Это управление в условиях неполной информации. Важным моментом такого управления является процесс самообучения, т.е. накопления и обобщения выводов из прошлого опыта (например, прогнозирование потребностей медицинской помощи населению).

Наиболее сложным, но безусловно эффективным является оптимальное управление. В нем используются оптимизационные модели, включающие критерии оценки эффективности деятельности объектов управления. В реальных условиях можно говорить о комплексном управлении. Центральную роль в процессе обеспечения АИС ЛПО играет правильный выбор моделей, методов и алгоритмов сбора и переработки информации.

### **7. Этапы создания АИС ЛПО**

1. Обследование существующих медико-информационных потоков (сведения о поступлении больных, переводе из одного отделения в другое и т.д.).

2. Написание технико-экономического обоснования (целесообразность создания АИС с учетом затрат и ожидаемой эффективности).

3. Разработка технического задания предполагает определение целей, задач, расчет эффективности АИС, построение моделей и методов управления, сравнительный анализ аналогов.

4. Разработка технического проекта предусматривает, прежде всего, информационное обеспечение (составление общесистемной документации) - структура базы данных, определение системы классификаций и ко

---

дирования, определение формы документов. Оно включает исходную информацию (карта выбывшего из стационара, статистический талон амбулаторного пациента и др.), справочную информацию (международная классификация) и т.д.

---

---

## Лекция № 27. ПЛАНИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### Учебные вопросы

1. Планирование, его виды и методы.
2. Разделы плана по здравоохранению.
3. Методика планирования стационарной помощи населению.
4. Методика планирования амбулаторно-поликлинической сети.
5. Тенденции изменения характера планирования здравоохранения.

### 1. Планирование, его виды и методы

Планирование здравоохранения – это плановая разработка системы мероприятий по медицинскому обслуживанию населения, направленных на повышение уровня здоровья народа, активной средней продолжительности жизни; на улучшение качества и эффективности лечебно-профилактической помощи населению.

Планирование – одна из основных функций менеджмента наряду с организацией, мотивацией и контролем.

Важность и значимость планирования здравоохранения в современных социально-экономических условиях развития общества подчеркивается возрастающей потребностью населения в медицинской помощи. Последнее обусловлено: а) ростом культуры и благосостояния народа; б) изменением возрастного состава населения; в) характером и структурой заболеваемости; г) спецификой социально-экономических процессов. Все это требует постоянного совершенствования методов планирования здравоохранения. Важно найти оптимальное соотношение между потребностью населения в медицинской помощи и возможностью ее удовлетворения.

План здравоохранения, как отраслевой план, является составной частью единого государственного плана развития народного хозяйства страны. Поэтому он отвечает основным экономическим требованиям, предполагающих максимальное удовлетворение постоянно растущих материальных и культурных потребностей всего общества путем непрерывного совершенствования производства, а так же пропорционального развития отдельных отраслей народного хозяйства.

Цели планирования вытекают из основных задач системы здравоохранения. К ним следует отнести прежде всего планирование мероприятий, направленных на полное удовлетворение потребности городского и сельского населения во всех видах высококвалифицированной и специализированной амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской

помощи; снижение заболеваемости и укрепление здоровья населения и на ликвидацию диспропорций в обеспеченности населения врачами, койками и т.д.

### **Виды планирования:**

#### **1. Стратегическое.**

Виды стратегических планов:

1.1. Генеральный план (цели, темпы роста).

1.2. Функциональный план (перспективные направления, ресурсы).

1.3. Экономический план (прибыль, инвестиции, оборот, рентабельность).

#### **2. Тактическое.**

2.1. Политика (общее руководство к действию).

2.2. Процедуры (стандартизованные указания, выраженные официальным способом).

2.3. Правила (четкие определения действий).

Народнохозяйственные планы подразделяются на отраслевые и территориальные. При этом различают планы здравоохранения страны, области, города, района, отдельной медицинской организации. По срокам планы делятся на текущие (годовые) и перспективные (рассчитанные на 5,10,15,20 лет и более). По своей организационной культуре план здравоохранения может быть комплексным или комплексно-проблемным.

Существенное значение имеет программно-целевое планирование.

К основным методам планирования относятся следующие:

1. Аналитический метод. Предусматривает анализ исходных позиций, анализ задач плана, темпов и пропорций в развитии здравоохранения, анализ предполагаемых результатов выполнения плана.

2. Балансовый метод. Применяется для обоснования правильных соотношений между планами развития здравоохранения в различных экономико-административных районах страны. Выделены определенные разновидности балансов: баланс плана прироста сети, плана строительства и ввода в действие новых медицинских организаций; баланс потребности в медицинских кадрах и плана их подготовки (т.е. баланс медицинских кадров); баланс плана развития и внедрения новейшей техники с планом материально-технического обеспечения, с планом развития всех видов медицинской промышленности, производства антибиотиков, лекарственных средств, медицинской аппаратуры и инструментария.

3. Математико-статистический метод.

4. Экономический метод.

5. Метод организационного эксперимента.

6. Нормативный метод. Существующие нормативы обеспечивают сопоставимость и единую оценку различных уровней и темпов развития здравоохранения. Различают определенные группы нормативов: нормативы обеспеченности потребности населения в медицинской помощи; нормативы кадрового обеспечения; нормативы по категорийности больниц; нормативы использования труда медработников (нагрузка); нормативы материального обеспечения.

## 2. Разделы плана по здравоохранению

1. Развитие сети медицинских организаций (число, профиль, мощность стационаров и поликлиник).
  2. Капитальное строительство.
  3. Потребность и подготовка медицинских кадров для организаций здравоохранения (врачей, провизоров и среднего медперсонала).
  4. Материально-техническое обеспечение организаций (оборудованием, аппаратурой, материалами, медицинской техникой, лекарственными средствами).
  5. Финансирование (бюджет здравоохранения).
  6. Медико-санитарное обслуживание отдельных континентов населения (женщины, дети, инвалиды), режим работы ОЗ.
  7. Санитарно-противоэпидемические мероприятия.
  8. Внедрение достижений науки и практики.
- При составлении плана необходимо учесть нижеследующее:
1. Директивы вышестоящих органов здравоохранения.
  2. Знать численность населения, его статику и динамику.
  3. Изучить основные показатели здоровья населения.
  4. Знать коечную и амбулаторно-поликлиническую сеть.
  5. Изучить план предыдущего года, его выполнение и использование плана текущего года.
  6. Определить финансирование организаций, фонд заработной платы, численность работников.
  7. Знать существующие системы расселения населения.
  8. Изучить потребность населения в различных видах лечебно-профилактической помощи.
  9. Определить режим работы организаций здравоохранения. Это фактически продолжительность работы врачей с учетом работы по совместительству. Режим работы организаций здравоохранения устанавливают местные органы исполнительной и распорядительной власти.

Игнорирование названных факторов приводит к диспропорции в построении сети и распределении кадров; к отставанию отдельных видов специализированной медицинской помощи; неправильному размещению самих организаций здравоохранения.

На основе стратегических планов разрабатываются тактические (на 1 год), а на уровне структурного подразделения – оперативные планы (на 1 месяц и на 1 квартал).

При планировании медицинской помощи населению, наряду с нормативными показателями числа посещений в смену, коечного фонда и др., учитывается так называемая функциональная лечебная единица – ФЛЕ.

Функциональная лечебная единица – это минимальная экономически и территориально целесообразная мощность различных типов ОЗ.

ФЛЕ для стационаров – это отделение определенной мощности. Для республиканских, областных, городских ОЗ – не менее 60 коек (до 120); для ЦРБ – 40 – 60 коек; для села и малых городов – платная секция – 25 – 30 коек.

Если численность населения недостаточна для развертывания ФЛЕ, то необходимый вид помощи планируется на вышестоящем уровне.

Для узкоспециализированных видов медицинской помощи в качестве ФЛЕ принимается не отделение, а специализированная ОЗ. Например: психиатрическая больница на 500 коек, корпус детской психиатрии – на 120 коек, корпус радиологической онкологии – на 100 коек.

Для амбулаторно-поликлинических ОЗ – ФЛЕ определяется по числу посещений, обеспечивающих полную нагрузку на врачебную должность.

### **3. Методика планирования стационарной помощи населению**

Методика основана на определении потребности населения в койках. Для того, чтобы правильно рассчитать потребность населения в стационарной помощи, необходимо располагать нижеследующей информацией.

1. Уровень обращаемости населения за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические организации в связи с заболеваниями на 1 000 населения. Обращаемость населения за медицинской помощью отражает уровень заболеваемости.

2. Уровень госпитализации. Располагая данными об обращаемости можно определить нуждаемость пациентов в госпитализации, которая по данным ряда исследований колеблется в пределах от 20 до 25% к числу амбулаторно-поликлинических обращений.

3. Среднегодовую занятость койки. По установленным нормам больничная койка в году должна ориентировочно функционировать: в городе – 340 дней и в сельской местности – 310 дней.

4. Среднее число дней пребывания больного на койке. При хорошо развитой больничной сети и наличии достаточного числа коек по всем специальностям продолжительность пребывания пациента на койке равна в среднем примерно 18 дней. Однако, фактически, эта продолжительность имеет значительные колебания. На ее сокращение оказывает влияние: своевременность госпитализации и диагностических исследований; применение для пациентов эффективных методов лечения; улучшение организации ухода за пациентами; организация лечебного питания и другие мероприятия.

Располагая приведенными исходными данными, можно определить потребность в стационарной больничной помощи.

### 1. Расчет потребности в койках

$$K = \frac{A \times \Gamma \times \Pi}{D \times 100}$$

**К** – потребное число среднегодовых коек (искомая величина) на 1 000 населения;

**А** – уровень обращаемости (заболеваемости) на 1 000 населения;

**Г** – процент госпитализации;

**П** – среднее число дней пребывания пациента на койке (18);

**Д** – плановое число дней использования койки в году (340).

$$K = \frac{10000 \times 19 \times 18}{340 \times 100} = 100 \text{ коек}$$

Заметим, что «число коек» является показателем мощности стационара.

### 2. Функция больничной койки (оборот койки).

$$\Phi = \frac{D}{\Pi}$$

**Ф** – оборот койки;

**Д** – число дней работы койки в году;

**П** – средняя длительность пребывания пациента на койке.

**Д** = 342 дней.      **П** = 18 дней.

$$\Phi = \frac{342}{18} = 19 \text{ пацентов}$$



### 3. Расчет потребности во врачебных кадрах.

$$\text{Число врачей для стационара} = \frac{\text{число коек в стационаре}}{\text{нормативное число коек на одного врача}}$$

### 4. Методика планирования амбулаторно-поликлинической сети

Правильное планирование амбулаторно-поликлинической сети имеет большое значение в связи с тем, что эти организации обеспечивают медицинским обслуживанием большую часть населения, нуждающегося в лечении (примерно 80 %).

Для расчета необходимо знать нормативы потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи: для всего населения – число посещений на 1 жителя в год, а также городского населения; для сельского населения.

Для расчета по профилям необходимо знать примерные нормы обеспечения взрослого населения амбулаторно-поликлинической помощью врачей различных специальностей, принятые как ориентир.

#### 1. Расчет потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи

Установить эту потребность можно посредством расчета планового числа посещений.

$$\text{Первый вариант: } П = А \times Кп + Д + Пр$$

П – число врачебных посещений на 1 000 населения;

А – заболеваемость (обращаемость) на 1000 населения;

Кп – коэффициент повторности посещений с лечебной целью на 1 заболевание по данной специальности;

Д – число диспансерных посещений в связи с заболеваемостью;

Пр – число посещений по профилактическому обслуживанию.

$$\text{Второй вариант: } П = Л \times Н$$

Л – число посещений на 1 жителя в год;

Н – численность населения.

Зная плановое число посещений, которое сделает население, проживающее на данной территории, в амбулаторно-поликлинические организации, можно определить число поликлиник определенной категории. Для этого, планово-пропускную способность всех поликлиник следует разделить на число посещений в смену поликлиники данной категории. (К примеру, мощность поликлиники 1 категории составляет 1 200 посещений в смену). Заметим, что «число посещений в смену» является показателем мощности амбулаторно-поликлинических организаций.

## 2. Расчет функции врачебной должности, или годовой нагрузки врача

Функция врачебной должности определяется числом посещений, обслуживаемых одной «врачебной должностью» в течение года. Это число лечебно-диагностических посещений за определенный промежуток времени в поликлинике, на профосмотрах и на дому.

$$\Phi = B \times C \times \Gamma$$

$\Phi$  – функция одной врачебной должности данной специальности, для ее определения необходимы следующие исходные данные:

$B$  – нагрузка врача данной специальности на 1 час работы в поликлинике и на дому на разных видах работ;

$C$  – число часов работы по приему, на профосмотрах и на дому;

$\Gamma$  – число рабочих дней в году.

## 3. Методика расчета числа врачебных должностей для амбулаторно-поликлинического обслуживания.

Для определения потребности населения во врачебных должностях для амбулаторно-поликлинической помощи необходимо располагать следующей информацией:

– ориентировочное нормативное число поликлинических посещений на 1 жителя в год ( $L$ );

– численность населения планируемой территории ( $H$ );

– функцию «врачебной должности» ( $\Phi$ ) – число посещений, обслуживаемых одной врачебной должностью в течение года.

$$B = \frac{L \times H}{\Phi}$$

Вначале определяется нуждаемость населения в поликлинической помощи в городе ( $L \times H$ ).

$$B = \frac{\text{Норма посещений на 1 жителя (L)} \times \text{Численность населения (H)}}{\text{функция "врачебной должности"}}$$

Допустим, что в районе города с числом жителей 100 000 необходимо определить потребное число должностей врачей для терапевтического обслуживания населения.

$$\Phi = 5 \text{ пос.} \times 3 \text{ час.} = 15 \text{ посещ.} \times 277 \text{ дн.} = 4155$$

$$2 \text{ пос.} \times 3 \text{ час.} = 6 \text{ посещ.} \times 277 \text{ дн.} = 1662$$

*Итого: 5817*

---

$$B = \frac{3,4 \times 100000}{5817} = 58,5 \text{ (врачей)}$$

## **5. Тенденции изменения характера планирования здравоохранения**

1. Изменение форм собственности.
2. Разгосударствление.
3. Внедрение арендных отношений.
4. Развитие страховой медицины (медицинского страхования). С экономической точки зрения под термином «страховая медицина» понимается рыночная модель финансирования здравоохранения.
5. Расширение внебюджетных источников финансирования.
6. Создание рынка медицинских услуг, представляющего совокупность существующих и потенциальных покупателей медицинских услуг. При этом основными источниками финансирования здравоохранения, влияющими на характер планирования, в условиях рынка являются: средства предприятий, бюджет и личные средства граждан.
7. Развитие платных медицинских услуг.

---

---

## Лекция № 28. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### Учебные вопросы

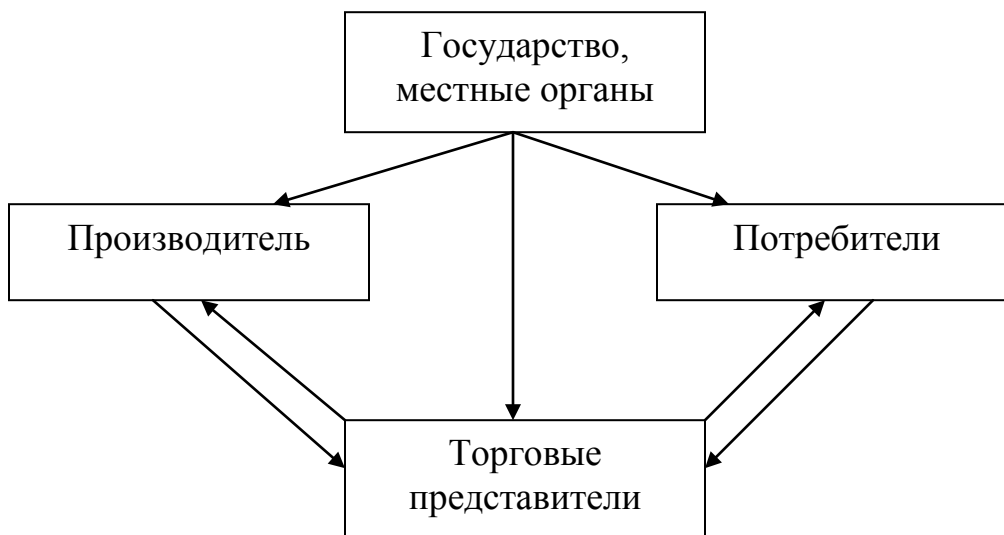
1. Динамические тенденции финансирования здравоохранения.
2. Признаки, присущие рынку в здравоохранении.
3. Объективный характер развития рыночных отношений в медицине, фармации и здравоохранении.
4. Основные принципы маркетинга в медицине, фармации и здравоохранении.
5. Разновидности рынка медицинских товаров и услуг.
6. Планирование финансовых средств в современных условиях.
7. Функции цены медицинской услуги.
8. Бюджет и его виды.
9. Основная финансовая документация.
10. Смета организаций здравоохранения.
11. Современные финансовые механизмы хозяйствования в здравоохранении.

### 1. Динамические тенденции финансирования здравоохранения

1. Изменение форм собственности.
2. Развитие медицинского страхования. Расширение внебюджетных источников финансирования.
3. Создание рынка медицинских товаров и услуг, представляющего совокупность существующих и потенциальных производителей и покупателей медицинских услуг. При этом основными источниками финансирования здравоохранения в условиях рынка являются: средства предприятий, бюджет и личные средства граждан.
4. Развитие платных медицинских услуг.
5. Экспорт медицинских товаров и услуг.

Рынок медицинских товаров и услуг – это процесс их обмена на деньги и денег на них в сфере обращения медицинских товаров и услуг.

## Схема функционирования регулируемого рынка



### 2. Признаки, присущие рынку в здравоохранении

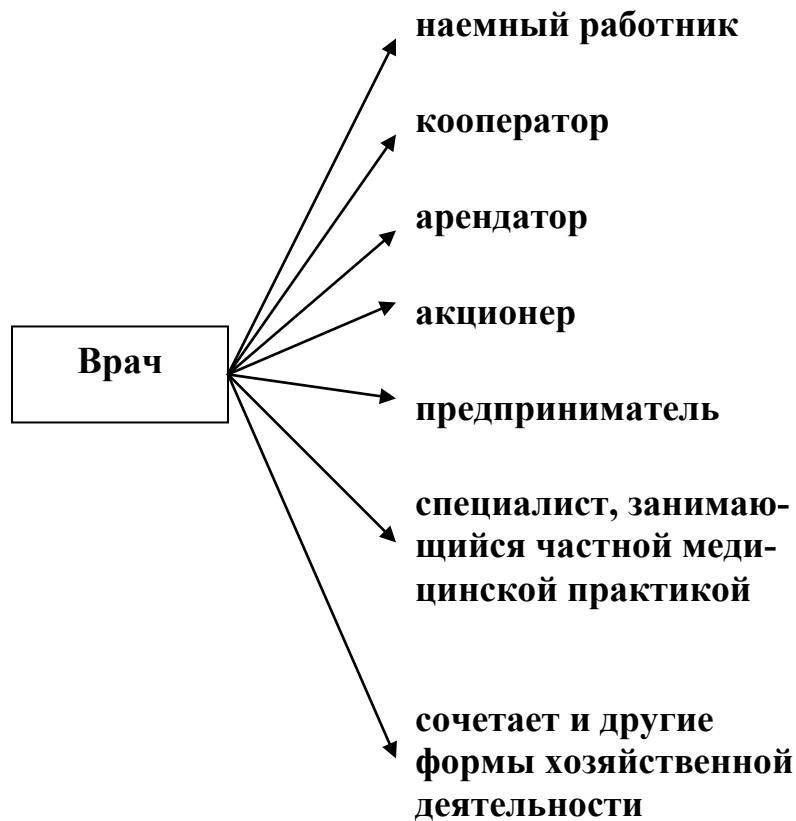
- Превращение медицинской услуги в товар, имеющий свою стоимость и цену.
- Наличие покупателей (органы здравоохранения, предприятия, население, организации образования), производителей (лечебные организации, медицинские кооперативы, частнопрактикующие врачи).
- Взаимные расчеты между участниками рынка, производимые самостоятельно.
- Относительная свобода производителей медицинских услуг.
- Конкурентные отношения между производителями, создающие предпосылки к повышению качества помощи.
- Устранение уравнительности в оплате труда работников организаций здравоохранения, побуждающее их к более добросовестному труду и рациональному использованию имеющихся ресурсов.

### 3. Объективный характер развития рыночных отношений в медицине, фармации и здравоохранении

Объективный характер развития рыночных отношений в медицине, фармации и здравоохранении выражается в нижеследующем:

- Коммерциализация дела охраны здоровья населения в целом.
- Сознательное восприятие людьми экономической обусловленности своего здоровья.

- Увеличение объема платных (и полуплатных – медицинское страхование) услуг в медицине, фармации и здравоохранении для населения.
- Изменение статуса медицинской (фармацевтической) организации здравоохранения и приобретение им черт предприятия самостоятельно хозяйствующего субъекта.
- Изменение характера экономических связей медицинской организации здравоохранения со своими контрагентами.
- Формирование многообразной конкурентной среды в медицине и здравоохранении.
- Изменение экономического положения самого работника здравоохранения и, прежде всего, ключевой фигуры – врача.



Использование концепции маркетинга как системного управления совокупностью факторов рыночной деятельности.

**Маркетинг** (от англ. market – рынок) – деятельность по изучению рынка, выбору вида производимого товара (услуги), распределению и продвижению товаров на рынки в целях активизации продаж, получения прибыли, удовлетворения запросов покупателей.

#### **4. Основные принципы маркетинга в медицине, фармации и здравоохранении**

##### **Принципы:**

- ✓ Нацеленность всех звеньев хозяйственного механизма на достижение конечного практического результата (в медицине – это улучшение здоровья населения и благосостояния медицинских работников).
- ✓ Направленность на долговременную перспективу.
- ✓ Подчинение деятельности ЛПО и АО требованиям пациента.
- ✓ Объединение всех звеньев медицинской (фармацевтической) организации здравоохранения в строгую единую систему.
- ✓ Комплексный подход к достижению целей.
- ✓ Координация основных направлений маркетинговой деятельности.
- ✓ Создание товара.
- ✓ Анализ рынка.
- ✓ Выработка ценовой стратегии.
- ✓ Привлечение покупателей.
- ✓ Систематический и всесторонний учет состояния и динамики рынка.
- ✓ Создание обратной связи (быстрое и гибкое приспособление к внешним и внутренним условиям деятельности организации).
- ✓ Активное воздействие на рынок, спрос и потребителя (реклама, ценовая политика).

##### **5. Разновидности рынка медицинских товаров и услуг**

- Лечебно-профилактические и диагностические услуги (хирургические, терапевтические, стоматологические и др.).
- Санитарно-эпидемиологические услуги.
- Санаторно-лечебные услуги.
- Услуги лечебной физкультуры.
- Услуги скорой медицинской помощи.
- Услуги по медицинскому обслуживанию на дому.
- Консультационные медицинские услуг.
- Лекарственные средства.
- Средства лечения и защиты от болезней.
- Медицинское оборудование, аппаратура, технические средства.
- Научные и проектные разработки в области медицины.

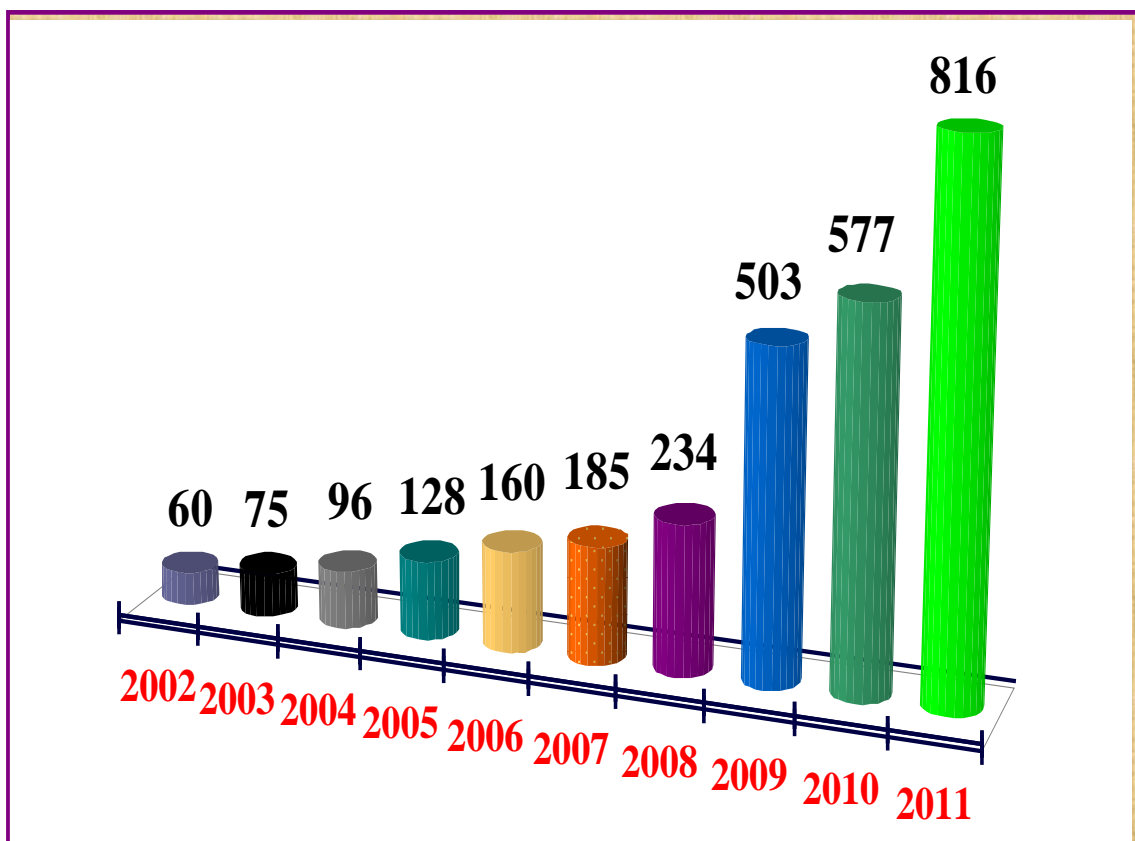
Инфраструктура рынка медицинских товаров и услуг:

- ◆ Рынок труда медицинских работников.
- ◆ Рынок образовательных медицинских услуг.
- ◆ Рынок медицинской литературы.

## 6. Планирование финансовых средств в современных условиях

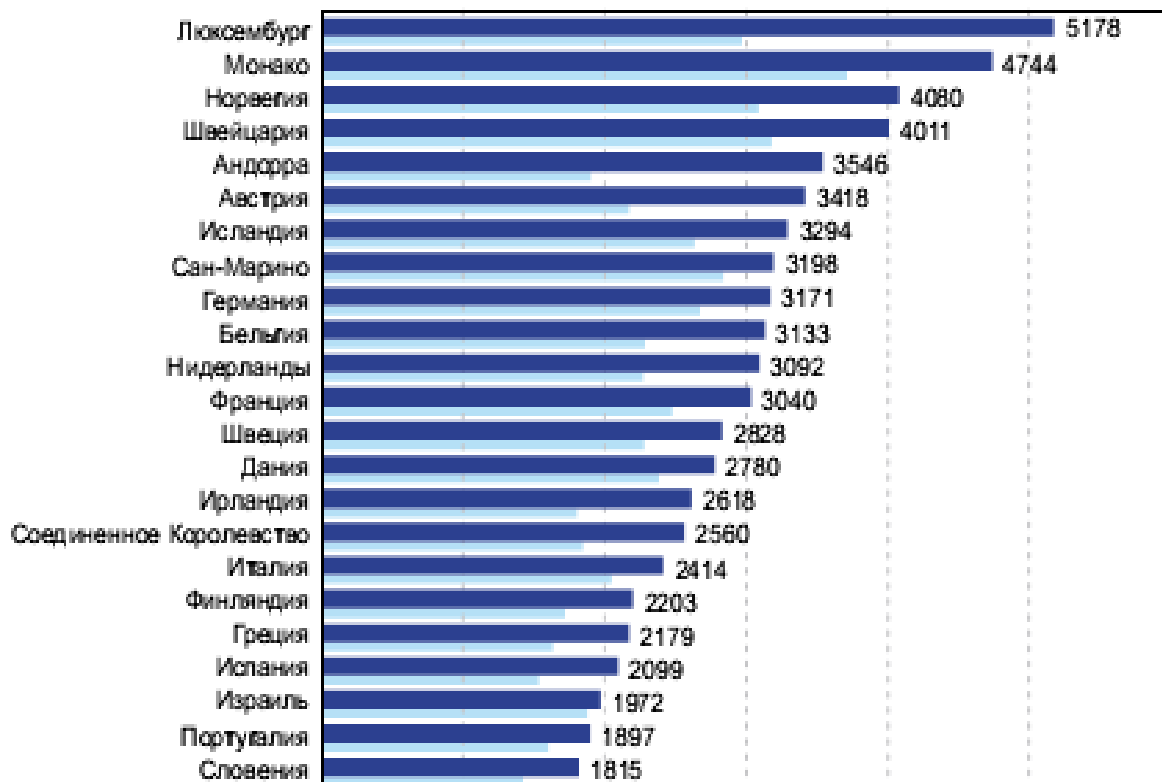
ВВП (валовый внутренний продукт) – является обобщающим экономическим показателем. Он выражает в рыночных ценах совокупную стоимость товаров и услуг созданных внутри страны и только с использованием факторов производства данной страны.

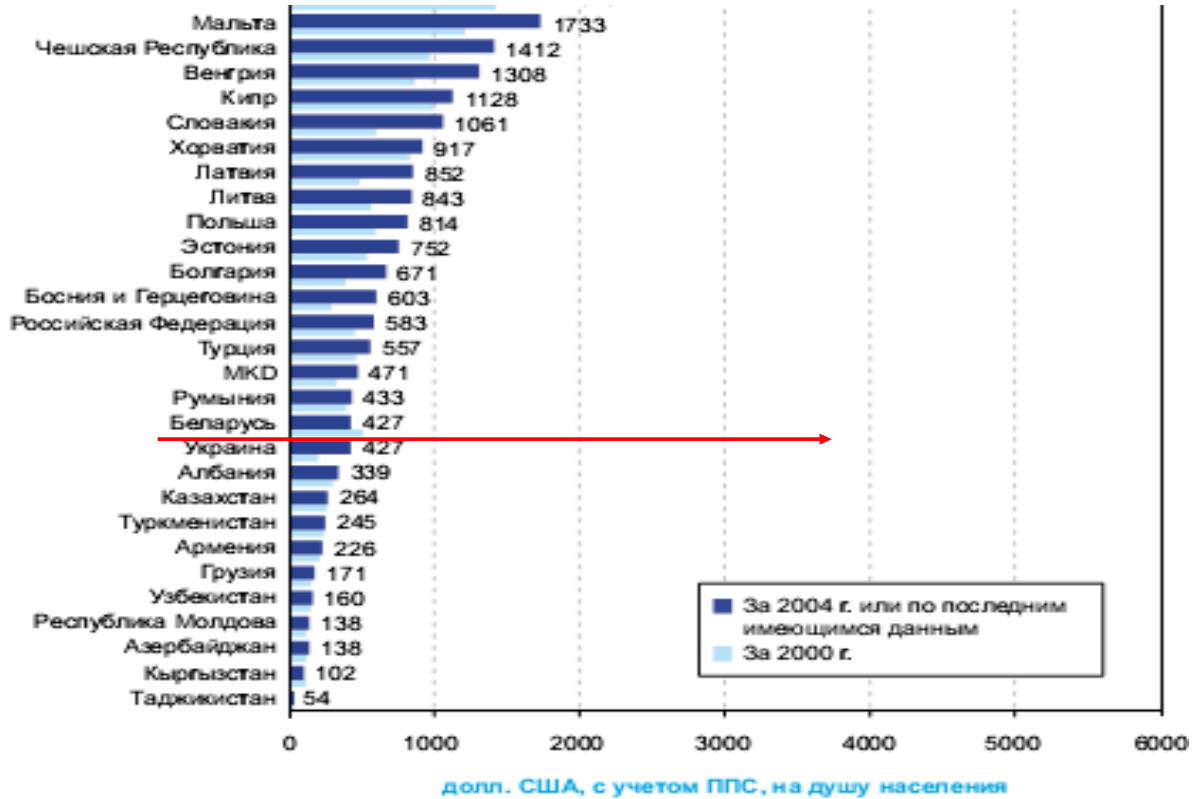
### Норматив финансирования на 1 жителя (по системе Минздрава без капитального строительства)



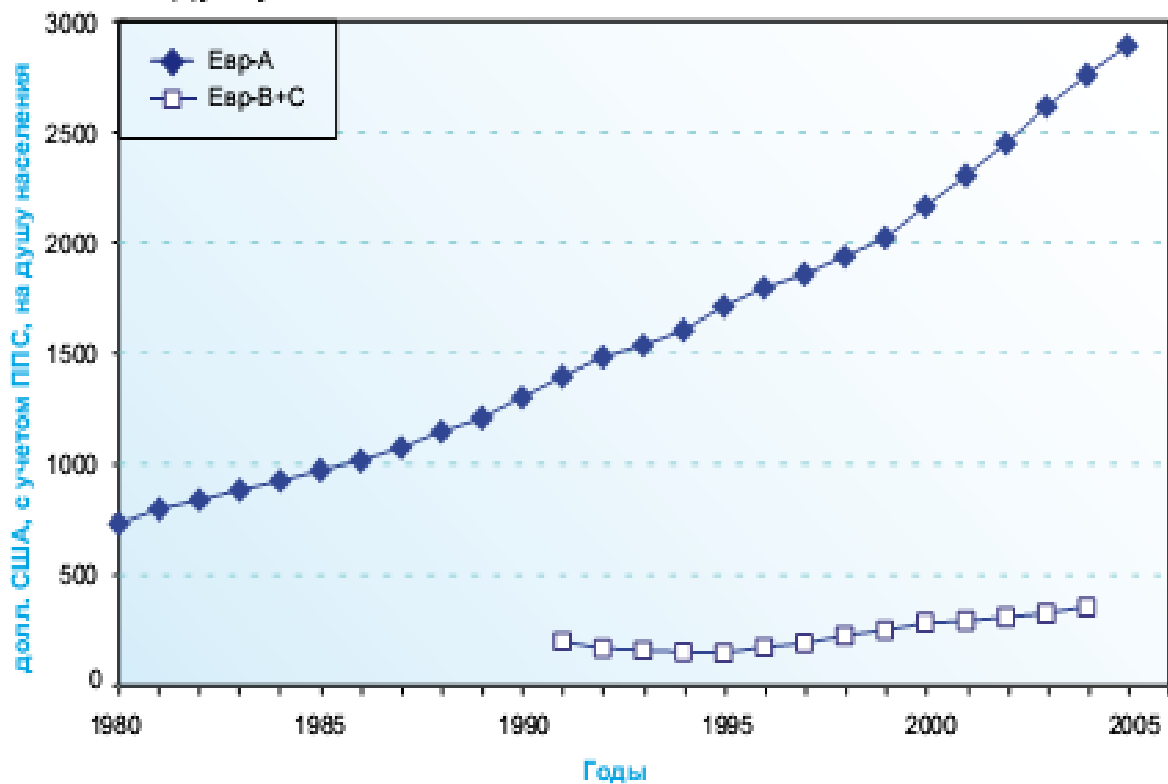


## Общие расходы на здравоохранение на душу населения





## Общие расходы на здравоохранение на душу населения

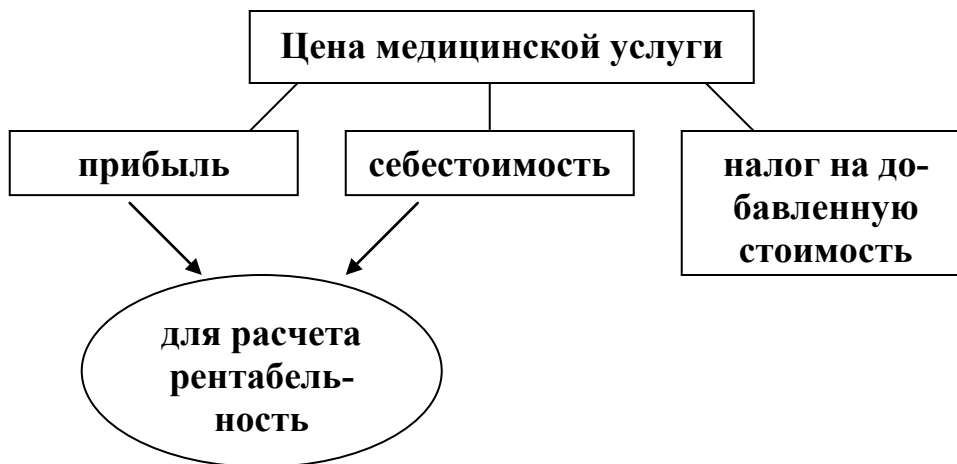


Источниками финансирования здравоохранения являются:

- средства республиканского и (или) местных бюджетов;
- безвозмездная (спонсорская) помощь юридических лиц и (или) индивидуальных предпринимателей;
- иные источники, не запрещенные законодательством Республики Беларусь.

### 7. Функции цены медицинской услуги

- Средство учета и измерения затрат общественного труда (мера стоимости).
- Средство регулирования равновесия в экономической системе.
- Цена реализует связь между спросом и предложением на медицинские услуги.
- Цена стимулирует рациональное использование ресурсов здравоохранения.



Себестоимость – это денежный эквивалент количества и качества, вложенного в медуслугу труда, прямого и опосредованного.

Прибыль – это часть чистого дохода, которая включается в цену, пропорционально какому-либо виду затрат, либо всем затратам в целом.

Рентабельность = (Прибыль / Стоимость основных фондов) x 100.

Отношение прибыли к стоимости основных фондов, умноженное на 100.

Норматив рентабельности = Прибыль / Себестоимость (за вычетом материальных затрат)

---

Отношение прибыли к себестоимости за вычетом материальных затрат.

### **8. Бюджет и его виды**

Бюджет это составляемая ежегодно сбалансированная роспись (смета) доходов и расходов. Государственный бюджет – фонд денежных средств для финансирования народного хозяйства, культуры и обороны.

Бюджет имеет доходную и расходную части, т.е. бюджет - основной финансовый план, предусматривающий доходы и расходы государства на предстоящий год. Доходы показывают источники поступления денежных средств, а расходы – направление этих средств на общегосударственные нужды.

Бюджет планируется с превышением доходной части над расходной. Поступления в бюджет нашей страны осуществляются за счет налогов и прибылей от народного хозяйства (промышленности, сельского хозяйства, внешней и внутренней торговли государственных структур), за счет налогов от населения и негосударственных организаций: индивидуальной трудовой деятельности, работы малых и арендных предприятий, лизинговых компаний, кооперативов, акционерных обществ, обществ с ограниченной ответственностью, совместных предприятий и т.д.

В повышении эффективности труда важную роль должно сыграть здравоохранение как существенный экономический потенциал. В то же время уровень развития сферы материального производства определяет величину ресурсов, выделяемых на охрану здоровья народа. Таким образом, повышение уровня здоровья населения и экономическое развитие страны - взаимосвязанные процессы.

Бюджетная система организована в соответствии с государственным устройством. Согласно Конституции каждый орган государственной власти устанавливает свой бюджет, обеспечивающий выполнение возложенных на него задач. Госбюджет составляется на 1 год – с 1.01 по 31.12. Этот период называется бюджетным. В состав Государственного бюджета входят: республиканский бюджет и местные бюджеты.

Республиканский бюджет обеспечивает расходы по финансированию важнейших отраслей народного хозяйства и социально-культурных мероприятий, имеющих общереспубликанское значение, а также расходы по организации обороны страны, государственной безопасности и развитию национальной культуры.

Местные бюджеты находятся в ведении местных Советов депутатов. Они призваны удовлетворять потребности хозяйственного и культурного строительства на местах. В соответствии со структурой органов государст-

венной власти на местах местные бюджеты подразделяются на следующие: а) областные; б) городские; в) районные; г) поселковые; д) бюджеты сельских Советов.

Бюджетная процедура в своем развитии обязательно проходит четыре этапа: составление, рассмотрение, утверждение и исполнение.

### **9. Основная финансовая документация**

Расчетный чек – банковский документ, которым распорядитель кредита (плательщик) предписывает банку списать со своего текущего счета и перевести указанную сумму на текущий счет другого учреждения - поставщика. Подписывается руководителем и бухгалтером. Подписи закрепляют гербовой печатью.

Платежное поручение – письменное распоряжение клиента банку о списании со своего расчетного счета и безналичном перечислении определенных сумм на счета получателя средств.

Платежное требование – это расчетный безналичный документ, выписываемый поставщиком. Это фактически требование к плательщику оплатить отпущенные ему товары или услуги. Операция банка по взысканию платежей в пользу поставщиков называется инкассо.

Доверенность - бухгалтерский документ, выдаваемый лицу, которому доверяется получить материальные ценности со склада, аптеки и др. Подпись лица, которому выдана доверенность, заверяется главврачом и бухгалтером.

### **10. Смета организаций здравоохранения**

Смета – финансовый план расходов организации. Она включает все расходы в планируемый период. Смета утверждается в установленном порядке. Смета расходов больницы является основным плановым документом, определяющим общий объем, целевое направление и поквартальное распределение средств, выделяемых на ее содержание. В смету могут включать только расходы, необходимость которых обусловлена характером деятельности данной организации.

Кассовое исполнение бюджета возложено на Нацбанк. Каждой организации здравоохранения в отделении Нацбанка открываются текущие счета. Бюджетные кредиты (ассигнования) – средства для расходов, поступившие на текущие счета для хранения. Открытием кредитов называется предоставление распорядителям кредитов права на получение средств и производство расходов по смете. Руководители, которым предоставлено право распоряжаться бюджетными ассигнованиями (кредитами), называются распорядителями кредитов. Для приобретения мелких принадлежно-

стей выделяются денежные авансы. Безналичные расчеты - денежные платежи, совершаемые путем перечислений денег со счетов плательщика на счета получателей.

Главный врач является основным распорядителем кредита, т.е. той суммы денежных средств, которая ассигнуется государством на содержание данного медицинской организации. Он несет ответственность за правильное расходование государственных денежных средств по финансовым статьям.

Методика составления сметы расходов по соответствующим финансовым статьям утверждена постановлением Министерства здравоохранения РБ «Об утверждении инструкции по составлению сметы расходов амбулаторно-поликлинической, скорой медицинской помощи, больничной организации, финансируемой за счет средств бюджета».

Главврач ведет книгу приказов по данной организации. Эта книга должна быть пронумерована, прошнурована и скреплена сургучной печатью. Перед началом нового года главврач требует от профсоюзного комитета представление на утверждение графика отпусков сотрудников на новый год и утверждает этот график. Он формирует также подборку приказов директивных инстанций, регламентирующих деятельность организаций (должностные оклады, объем помощи, обязанности и т.д.).

У главврача должен быть составлен тарификационный список всех сотрудников данного учреждения по форме: Ф.И.О., год рождения, должность, что окончил и когда, номер диплома, дата поступления на работу, трудовой стаж. После этого он составляет штатное расписание. Планируемый бюджет организации здравоохранения рассчитывается с учетом изменений условий и роста цен по сложившимся темпам роста расходов на здравоохранение за предыдущий год.

Текущие и капитальные расходы по статьям и подстатьям. Текущие расходы (статьи 1000000, 1300000) включают:

- закупки товаров и оплату услуг (статья 1100000);
- заработную плату рабочих и служащих (подстатья 1100100);
- начисления на заработную плату (подстатья 1100200);
- приобретение предметов снабжения и расходных материалов (подстатья 1100300);
- командировки и служебные разъезды (подстатья 1100400);
- оплату транспортных услуг (подстатья 1100500);
- оплату услуг связи (подстатья 1100600);
- оплату коммунальных услуг (подстатья 1100700);
- прочие текущие расходы на закупку товаров и оплату услуг (подстатья 1101000);

- субсидии и текущие трансферты (статья 1300000).

Капитальные расходы (статья 2000000) включают:

- капитальные вложения в основные фонды (статья 2400000), включающие: приобретение оборудования и предметов длительного пользования (подстатья 2400100);
- капитальный ремонт (подстатья 2400300);
- приобретение земли и нематериальных активов (статья 2600000), включающие: приобретение нематериальных активов (подстатья 2600200).

К подстатье 1100100 "Заработная плата рабочих и служащих" относятся расходы по заработной плате рабочих и служащих в денежной форме.

Величина заработной платы работникам исчисляется до вычетов удерживаемых налогов и взносов.

В указанную подстатью включаются:

- основной оклад гражданских служащих (элемент расходов 1100101);
- надбавки к заработной плате гражданских служащих (элемент расходов 1100102);
- дополнительная оплата гражданских служащих (элемент расходов 1100103);
- оплата труда внештатных сотрудников (элемент расходов 1100104);
- прочие денежные выплаты гражданским служащим (элемент расходов 1100105).

По подстатье 1100200 "Начисления на заработную плату" отражаются расходы начисленных взносов по государственному социальному страхованию и страховых взносов по обязательному страхованию

В подстатью бюджетной классификации 1100300 "Приобретение предметов снабжения и расходных материалов" включаются:

- канцелярские принадлежности, материалы и предметы для текущих хозяйственных целей (элемент расходов 1100301);
- медикаменты и перевязочные средства (элемент расходов 1100302);
- мягкий инвентарь и обмундирование (элемент расходов 1100303);
- продукты питания (элемент расходов 1100304);
- прочие расходные материалы и предметы снабжения (элемент расходов 1100305).

По подстатье 1100400 "Командировки и служебные разъезды" предусматриваются расходы (затраты) на оплату:

- проезда, суточных и квартирных при служебных командировках;
- командировок на сессии, съезды, совещания и конференции;
- проезда, суточных, квартирных и подъемных при перемещении работников по службе в установленном порядке.

По подстатье 1100500 "Оплата транспортных услуг" предусматриваются расходы (затраты) на содержание и наем транспорта (автомобильного, гужевого и других видов).

По подстатье 1100600 "Оплата услуг связи" отражаются расходы (затраты) по:

- установке и эксплуатации служебных телефонов,
- переносу телефонных номеров;
- абонентной плате за линии телефонной, телефаксной связи.

В подстатью 1100700 "Оплата коммунальных услуг" включаются расходы на:

- оплату потребления тепловой энергии (элемент расходов 1100701);
- оплату потребления газа (элемент расходов 1100702);
- оплату потребления электрической энергии (элемент расходов 1100703);
- прочие коммунальные услуги (элемент расходов 1100704).

К подстатье 1101000 "Прочие текущие расходы на закупки товаров и оплату услуг" относятся расходы на:

- оплату текущего ремонта оборудования и инвентаря (элемент 1101002);
- оплату текущего ремонта зданий и помещений (элемент 1101003);
- оплату прочих текущих расходов (элемент 1101008).

## **11. Современные финансовые механизмы хозяйствования в здравоохранении**

Экономические методы управления все шире внедряются в систему здравоохранения. Предусмотрен переход от преимущественно отраслевого к территориальному принципу управления здравоохранением с использованием следующих медико-экономических рычагов.

1. Изменение системы бюджетного финансирования организаций здравоохранения на основе перехода от выделения им средств из бюджета по отдельным статьям расходов к финансированию по долговременным стабильным нормативам.

2. Сочетание бюджетного финансирования деятельности организаций здравоохранения с выполнением работ по договорам с предприятиями, организациями и организациями на хозрасчетной основе и развитием платных услуг населению. При этом не допускается снижение величины бюджетных ассигнований на здравоохранение путем замещения неоплачиваемых населением услуг платными.



---

3. Развитие самостоятельности и инициативы трудовых коллективов организаций здравоохранения в решении основных вопросов производственной деятельности и социального развития.

4. Установление тесной зависимости размеров фондов производственного и социального развития организаций здравоохранения и оплаты труда каждого работника от конечных результатов деятельности организаций (подразделений), объема, качества и эффективности труда.

5. Использование различных форм хозяйствования, включая арендные.

---

## Лекция № 29. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ

### Учебные вопросы

1. Становление государственной системы здравоохранения («модель Н.А. Семашко»).
2. Характеристика современных систем здравоохранения.
3. Оплата труда врачей.
4. Перспективы развития систем здравоохранения.
5. Роль государства в охране здоровья населения.

### 1. Становление государственной системы здравоохранения («модель Н.А. Семашко»)

Эволюция форм управления и организации медицинской и фармацевтической деятельности рассматривалась в предыдущих лекциях. В первые годы становления нового государства были подписаны важные правительственные документы, касающиеся здравоохранения.

Декретом правительства РСФСР от 11.07.1918 г. за подписью Председателя СНК РСФСР В.И.Ленина (1870-1924) был создан **Народный Комиссариат Здравоохранения** (НКЗ, Наркомздрав).

Н.А.Семашко (1874-1949) возглавлял НКЗ РСФСР (1918-1930): были заложены новые принципы организации медицинской помощи, организована охрана материнства и детства, санаторно-курортное дело. Основал **первую** в стране **кафедру социальной гигиены** (1922; в настоящее время это кафедра общественного здоровья и здравоохранения.); был редактором первого издания БМЭ (1927-1936); участвовал в создании АМН СССР (1944) и Института организации здравоохранения (НИИ общественного здоровья РАМН).

Составляющие единой системы здравоохранения: 1) гражданское здравоохранение; 2) военное здравоохранение; 3) система пенитенциарных (тюремных) организаций; 4) страховая медицина (обеспечение медицинской помощью застрахованных рабочих и служащих).

### 2. Характеристика современных систем здравоохранения

За рубежом существуют различные системы организации здравоохранения. Одни из них централизованны, другие децентрализованы. Одни используют принципы страхования, другие используют финансирование из бюджета. Одни охватывают всех граждан, другие нет.

---

С точки зрения организационно-финансовых особенностей можно выделить 4 основные принципиальные системы здравоохранения: национальную (бевериджскую), страховую (бисмаркскую), частную (платную) и государственную (Семашко). Практически ни в одной из достаточно развитых стран указанные системы не представлены в «чистом» виде. Чаще называют три основных системы здравоохранения: государственная (бюджетная), страховая, частная. Такое деление основано на способе финансирования здравоохранения. Оно является достаточно условным, так как здравоохранение большинства стран всё чаще в большей мере содержит элементы трех основных систем в различной пропорции. Между тем имеются особенности, характерные для всех систем здравоохранения, в целом.

1. Современный период характеризуется значительным возрастанием социальной и экономической значимости общественного здоровья и здравоохранения. Поэтому анализируется необходимость усиления роли общества в решении проблем здравоохранения.

2. Нарастает потребность в объеме медицинских услуг, их качестве, в техническом оснащении ЛПО, специализации и интеграции, обеспечивающих неразрывную связь между профилактикой и лечением.

3. Закономерен рост стоимости медицинских услуг.

4. Уровень технического обеспечения системы здравоохранения требует наличия мощной фармацевтической индустрии, медицинского приборостроения, современной технически оснащенной науки. От этого зависят показатели, характеризующие состояние здоровья населения.

5. Уровень здоровья людей зависит также от уровня доступности ее для всего населения, развития лечебно-профилактической сети, уровня подготовки медицинских кадров, совершенства форм организации лечебно-профилактической помощи.

6. За состояние здоровья нации отвечает общество и государство. В первую очередь – это органы государственной власти, которые определяют политику здравоохранения в стране, а от них зависит позиция и уровень технического обеспечения отрасли.

7. Общественное здоровье – это интегрированный показатель общественного прогресса. В нем аккумулируется все, что достигнуто обществом в экономическом, социальном и культурном плане.

Необходимость усиления социальной роли здравоохранения и невозможность улучшить состояние здоровья народа при нарастании экономических проблем привело к необходимости реформирования здравоохранения в большинстве стран мира.

В начале 20-х годов XX в. Н.А.Семашко сформулировал основные принципы социалистического здравоохранения. Они во многом совпадают с идеями национальных (бевеиджских) систем. Принципы Н.А.Семашко были положены в основу здравоохранения СССР.

Государственная система здравоохранения по Семашко финансируется из бюджетных средств, создаваемых путем сбора налогов. Яркий пример – система здравоохранения Советского Союза, в основу которой был поставлен принцип доступности медицинской помощи. В начале второй половины XX века количество стран, в которых превалировало государственное (бюджетное) здравоохранение, быстро увеличивалось.

Возникновение национальных программ здравоохранения было связано в первую очередь с возникновением и развитием рабочего движения в виде рабочих партий, профсоюзов. Общество должно иметь достаточные гарантии в вопросах социальной защищенности. Во многих странах, прежде всего в странах Северной Европы, была значительной роль государства в охране здоровья населения.

В 1942 г. был опубликован доклад лорда Бевеиджа, провозгласивший формирование национальной системы здравоохранения в Великобритании. С тех пор подобные системы называются национальными или бевеиджскими. Для них характерно финансирование за счет общего налогообложения, контроль со стороны парламента.

Окончательно сформировалась к 1948 г. В основу легла программа послевоенной социальной реконструкции, разработанная Бевеиджа по поручению Уинстона Черчилля и сформированная в «Отчете Бевеиджа» 1942 г. Национальная служба здравоохранения Великобритании была включена в структуру общей социальной политики. В 1948 г. правительство лейбористов учредило всеобъемлющую, всеобщую, бесплатную службу здравоохранения. В результате резко возросли расходы государства на здравоохранение и были предприняты регуляторные меры:

- Пациенты стали выплачивать часть стоимости лечения;
- Врачи общей практики снизили количество обращений к узким специалистам и количество госпитализаций;
- Было активировано санитарное просвещение пациентов.

Дальнейшее сдерживание расходов на здравоохранение связано с периодом деятельности М. Тетчер, которая провозгласила новую концепцию развития Национальной службы: «внутренний рынок». Врачам общей практики на добровольной основе было разрешено объединиться в группы фондодержателей, что позволило при сохранении конкуренции снизить риск разорения фондодержателей в случае тяжелого заболевания пациента, требующего больших материальных затрат. В результате реформ, пред-

---

принятых Т. Блэром было ликвидировано неравенство доступности медицинской помощи для пациентов государственной системы здравоохранения, индивидуальных частных практик. Добровольно образованные группы фондодержателей были реорганизованы в обязательные и более крупные группы первичной помощи, объединившие до 100 врачей.

Национальные системы здравоохранения были приняты в Венгрии, в странах Северной Европы, в Великобритании, в Канаде, в Италии, в Португалии, в Греции, в Испании.

Правительство Великобритании поставило перед собой цель провести широкомасштабные преобразования в системе социального обеспечения. Была разработана программа «Cradle to grave» («от колыбели до могилы»). Она позволила создать общественную систему оказания медицинской помощи, получившую название National Health Service (Национальная служба здравоохранения). Медицинская помощь стала предоставляться бесплатно исходя из потребности в ней.

В целом считается, что национальная (ее можно назвать государственной) система здравоохранения (НСЗ) ориентирована на интересы широких слоев населения система. Однако, НСЗ широко не используется. В различных интерпретациях эта система действует в Дании, Испании, Финляндии и других странах. Стремление ряда государств рассматривать медицинскую помощь как товар на рынке услуг привело к отходу от НСЗ к другим способам финансирования здравоохранения. К примеру – Российская Федерация, где с 1993 года вступил в действие Закон «О медицинском страховании».

С 1881г. системы здравоохранения, основанные на принципах страхования, называют "бисмаркскими" системами (по имени тогдашнего канцлера Германии Отто фон Бисмарка). Представляла собой программу страхования рабочих и их семей. Базировалась на уже действовавших в это время законах «О компенсациях работникам железной дороги» и «О шахтерских обществах» «Больничные кассы» получали 2/3 своих взносов от работников и 1/3 от работодателя. Оплачивали расходы на лечение, пособия по безработице и пенсии. Система Бисмарка до сих пор служит моделью для систем медицинского страхования в мире.

Бисмаркская модель здравоохранения сохраняется и сегодня в таких странах, как Германия, Голландия, Австрия, Франция, Бельгия, Япония, Швейцария. Правительство в такой системе определяет перечень основных услуг, которые должны оказываться застрахованным; устанавливает группы населения, которые должны быть застрахованы; регулирует величину страхового взноса; разрешает спорные вопросы и определяет основные правила игры, т.е. его роль ограничена. В Германии, Франции, Бель-

---

гии, Голландии, имеющих страховую систему, государство активно регулирует величину страховых платежей, цены и объем оказываемых медицинских услуг и т.п. В этой системе здравоохранение финансируется из средств обязательных страховых взносов. Однако, не во всех странах размер взносов напрямую зависит от дохода. Также различаются страны и по проценту охвата населения медицинским страхованием: от 70 до 100 %. Поэтому эффективность данной системы здравоохранения проявляется по-разному. Яркий представитель системы – Германия.

В ряде стран (Великобритания, Испания, Португалия, Италия) наряду с национальной системой здравоохранения также существует добровольное медицинское страхование. Развит также платный сектор в здравоохранении.

Частная система здравоохранения основана на оплате реальных объемов медицинской помощи за счет средств самих граждан. Фонды добровольного страхования наиболее значимая в этом плане система частного здравоохранения США.

Американская (частная) система здравоохранения сложилась в условиях свободного рынка. С 1965 г. функционирует программа «Медикер», которая покрывает расходы по лечению большинства заболеваний у людей старше 65 лет и «Медикейд» – обеспечивает неотложную медицинскую помощь для малоимущих. С 60-х годов получили распространение «Организации по поддержанию здоровья». По своей сути они являются страховыми компаниями, работающими в условиях жесткой конкуренции. «Управляемая медицинская помощь» – новая концепция, позволившая посредством правильного менеджмента значительно снизить расходы на все виды медицинской помощи, предоставляемой застрахованным.

В 1960 г. совокупная доля затрат правительства США, штатов и местных властей составляла только четверть всех национальных расходов на здравоохранение, а частная – 75%. В тот момент к системе здравоохранения этой страны действительно подходило определение «частная». Однако, прогнозируется, что в период с 2011 по 2018 год частные расходы на здравоохранение будут расти меньшими темпами, чем государственные. Поэтому к 2016 г. совокупные затраты федерального правительства (значительная доля которых приходится на программы Medicare и Medicaid), штатов и местных властей превысят 50 % государственных расходов на здравоохранение. Однако, система здравоохранения США продолжает считаться частной, поскольку главные федеральные и совместные федерально-штатные программы охватывают менее трети населения.

### 3. Оплата труда врачей

Возможны три подхода к оплате труда врачей: за медицинскую услугу, за обслуженного жителя и фиксированная заработная плата.

Оплата за услугу наиболее распространена в США, Австралии, Новой Зеландии, Канаде, Германии, Франции, Бельгии. Оплата за услугу стимулирует врачей к увеличению объема деятельности. Она позволяет пациенту осуществлять выбор врача не только при различных заболеваниях, но и при лечении одного и того же заболевания. Платательщик имеет возможность проконтролировать конкретный объем помощи, оказанной пациенту.

Порой предложение определяется самими врачами, для которых материальная сторона проблемы занимает далеко не последнее место. В результате врачи рекомендуют пациентам наиболее выгодные для врачей услуги. Детализация преискуранта увеличивает возможности врачей в этом плане.

Оплата за услугу является наиболее дорогостоящим методом. Она стимулирует рост расходов. В таких странах как Германия, Франция, Канада, этот метод оплаты труда работает хорошо и регулируется правительством. Попытки заменить его в Новой Зеландии, Германии, Франции, Австралии не увенчались успехом, так как врачи предпочитают получать оплату в расчете за медицинскую услугу.

Тем временем, в Италии с 1980 г. оплата за медицинскую услугу была заменена на подушевую оплату. Плата врачам амбулаторной помощи (в основном врачам общей практики) в расчете на 1 обслуживаемого жителя давно используется в Великобритании, Нидерландах и Дании. Она имеет распространение также в США в организациях поддержания здоровья. Доход врача связан с числом обслуживаемых им жителей. Имеется право пациента выбирать лечащего врача. Врач в этом случае часто оказывает помощь одним и тем же пациентам 7 дней в неделю и 24 часа в сутки. В Великобритании, к примеру, врачи общей практики (ВОП) работают в среднем 78 часов в неделю. Врач имеет большую клиническую свободу, т.к. никто не вмешивается в технологию лечебно-диагностического процесса. Этот метод стимулирует также врачей уезжать на работу в отдаленные, малообеспеченные врачами районы. В отдаленных районах легче набрать максимальное число прикрепленных жителей. Подушевой метод оплаты труда стимулирует профилактическую работу врачей, т.к. предупреждение заболеваний снижает нагрузку на них в перспективе.

Тем не менее, фиксированная подушевая оплата может привести к недостаточной заинтересованности врача в объеме работы и вследствие этого к увеличению времени оказания пациентам консультации.

Зарплата – как оплата труда врачей по фиксированным ставкам – наиболее распространенный метод при обеспечении больничной помощи. Фиксированная заработная плата распространена в Финляндии, Швеции, Португалии, Греции, Испании, Турции, Израиле. Этот метод удобен для планирования развития здравоохранения. Он обеспечивает доступность врачей для пациентов, стимулирует бригадные формы организации труда врачей, позволяет контролировать расходы, гарантирует врачам определенный доход, регламентирует их рабочие часы.

Тем не менее, эта оплата по ставкам не стимулирует врачей увеличивать объем и повышать качество работы. Врачи не стремятся появиться на рабочем месте вовремя. Они предпочитают направлять пациентов на консультацию к другим специалистам. Это, в свою очередь, снижает реальную доступность медицинской помощи пациентам, увеличивает время ожидания помощи и стимулирует развитие теневой экономики в здравоохранении. Пациенты зачастую делают врачам подарки.

Каждый из методов оплаты труда имеет свои достоинства и недостатки. Поэтому часто стремятся повысить эффективность используемого метода путем комбинации с другими методами, дополняя их премиями и др. Подушевая оплата сочетается с системой доплат за объем и расширением видов помощи, а также дотаций на ведение дела; оплата за услугу ограничивается введением максимального предела на возможный годовой доход врача и др.

#### **4. Перспективы развития систем здравоохранения**

В настоящее время приоритетными становятся меры профилактики заболеваний. Первичная медицинская помощь, важность которой была заявлена еще в 1978 г. в Алма-Атинской декларации, сейчас действительно выдвигается на первый план по сравнению с больничной помощью.

Государства, имеющие в основном частную систему и рыночные механизмы в здравоохранении, ищут пути для обеспечения всеобщности охвата и доступности медицинской помощи.

Государства, имеющие в основе финансирования здравоохранения общественные фонды (Великобритания, Швеция, Россия, Страны Центральной и Восточной Европы), заинтересованы в развитии конкуренции медицинских организаций, расширении прав граждан и повышении эффективности использования ресурсов.

Государства, имеющие в основе здравоохранения систему медицинского страхования (Германия, Нидерланды, Швеция, Япония, Бельгия), стремятся унифицировать систему страхования.



---

При анализе развития систем здравоохранения выявляется закономерность – стирается грань между бисмаркской и бевериджской системами.

Как при обязательном медицинском страховании, так и в государственной системе нет прямой связи между величиной платежей (налогов) и объемом предоставляемой медицинской помощи. Все должны платить и все должны иметь равный доступ к медицинской помощи.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) получило значительное развитие в большинстве стран Латинской Америки, Северной Африки и в Юго-Восточной Азии. К обязательному медицинскому страхованию пришло и значительное число стран Центральной и Восточной Европы, включая Россию.

Обязательное медицинское страхование создает предпосылки общественной солидарности, когда богатые субсидируют бедных, а здоровые – пациентов. В условиях экономического кризиса именно система медицинского страхования позволяет обеспечить доступность бесплатной медицинской помощи населению. Об этом свидетельствует опыт развивающихся стран (Гана, Нигерия, Зимбабве, Камерун, Филиппины, Китай и др.), а также опыт Венгрии, Чехии, Словении, России и Казахстана. Эта проблема обсуждается в Болгарии, в Польше, в Великобритании.

В странах, имеющих национальную систему здравоохранения, развивается добровольное медицинское страхование (ДМС), покрывающее различные медицинские риски. Это отмечается в Великобритании, в Испании, в Италии, в Канаде и в других странах.

Важнейшим направлением реформ является повышение эффективности использования ресурсов. Большие различия между странами в доступности, уровне и длительности госпитализации, стоимости лечения, числе визитов к врачам и т.п. свидетельствует о недостаточной эффективности медицинских организаций. В связи с этим многие страны, имеющие различные принципы организации здравоохранения, стремятся развивать конкуренцию между медицинскими организациями. Это относится к Великобритании, Франции, Швеции, Дании, России.

Бельгия внедрила популярную систему оплаты работы больниц, систему диагностически связанных групп. Эта система активно применяется в США, Австралии, Новой Зеландии, Ирландии.

В Великобритании и в Боливии в оплате ВОП предусматривается премирование врачей за достижение конкретных целей работы (например, иммунизация населения, малая хирургия и т.п.). Аналогичная схема реализуется в Боливии.

---

Следует отметить, что в России в настоящее время используются практически все способы оплаты больничной медицинской помощи. Общей тенденцией при этом является переход к оплате за пролеченного пациента в стационаре (что основано на диагностически связанных группах), к подушевой оплате врачей – терапевтов участковых и оплате за услугу для врачей-специалистов в поликлиниках.

Развитие ОМС является стимулом для изменения способов оплаты медицинской помощи, в первую очередь в развивающихся странах. Способ оплаты во многом определяет поведение врачей, объем и спектр предоставляемых ими услуг. При оплате за услугу или за пролеченного пациента врачи стремятся повысить свой доход путем оказания более дорогих услуг и перевода пациентов в более дорогостоящие группы. Фиксация дохода врача, наоборот, ведет к снижению его активности и заинтересованности в максимализации оказания помощи пациентам.

### **5. Роль государства в охране здоровья населения**

В регулировании деятельности врачей важна роль государства и профессиональных ассоциаций. Не менее важна их роль в оценке действий врачей и при обращении пациентов по поводу различных социальных, экономических и медицинских обстоятельств.

Государство должно быть ответственным за целый ряд мероприятий в здравоохранении: разработку и реализацию целевых медицинских программ; развитие инфраструктуры здравоохранения; обеспечение безопасности и качества медицинской помощи; лицензирование медицинских организаций; предупреждение и профилактику заболеваний; санитарный контроль; планирование семьи.

Весьма значимой задачей государства является организация и финансирование высокоспециализированной и дорогостоящей медицинской помощи (трансплантация органов, сердечно-сосудистая хирургия и т.п.); организация и финансирование медицинской помощи при общественно значимых заболеваниях (туберкулез, венерические заболевания, СПИД и т.п.); организация и осуществление медицинской помощи при эпидемиях, катастрофах, экстремальных ситуациях; подготовка и переподготовка медицинского персонала, обеспечение научных исследований в области здравоохранения.

---

---

**Лекция № 30. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ: ОСНОВНЫЕ ВЕХИ, ПРОБЛЕМЫ, ДОСТИЖЕНИЯ И МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО**

27.07.1990 г. принята Декларация о государственном суверенитете БССР.

19.09.1991 г. утверждено новое название государства – Республика Беларусь.

15.03.1994 г. принята Конституция.

10 июля 1994 г. избран первый Президент Республики Беларусь – Александр Григорьевич ЛУКАШЕНКО (р. 1954).

В новейшей белорусской истории (с 1990 г.) выделяют 2 этапа:

1) 1991-1995 гг.: характеризуется кризисным характером внешней среды и как следствие – существенными проблемами в оказании медицинской и лекарственной помощи населению;

2) 1995-2010 гг.: начались позитивные преобразования в экономической и социальной сферах, преодоление кризисных явлений, стабилизация экономического положения, консолидация общества и др.

Можно сказать, что в «лихие 90-е» в системе здравоохранения и фармации царил хаос и правовой беспредел, но в Беларуси удалось сохранить государственную систему здравоохранения.

Чувство профессионального долга и другие нравственные паритеты (патриотизм, сострадание и т.п.) медицинских и фармацевтических работников – именно они позволили сохранить систему здравоохранения в условиях социально-экономического кризиса после развала СССР.

В 1997 г. было утверждено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Республики Беларусь».

Негативные явления в социально-политической и экономической жизни (разрыв традиционных торгово-экономических связей после распада СССР, инфляционные процессы, товарный и финансовый кризис, безработица, снижение уровня жизни населения, экономический спад и др.) в начале 1990-х лет спровоцировали проблемы в здравоохранении (они усугублялись последствиями аварии на ЧАЭС):

- медико-демографический кризис, депопуляция (смертность превышала рождаемость, поэтому уменьшилась численность населения);

- значительное ухудшение показателей здоровья населения, рост заболеваемости;

- рост социально значимых заболеваний (туберкулез, ИППП и др.);

- недостаточное финансирование здравоохранения;

- дефицит ЛС, перебои в обеспечении аптек и лечебных учреждений ЛС, фармацевтическими субстанциями;
- задолженность аптекам по льготному и бесплатному отпуску;
- дефицит фармацевтических кадров, отток кадров из государственного в негосударственный сектор фармации;
- нелегальное распространение незарегистрированных ЛС;
- фальсифицированные ЛС и др.

Последнее десятилетие XX в. ознаменовано реструктуризацией здравоохранения и фармацевтического сектора: формирование негосударственного сектора, развитие фармацевтического рынка, рынка медицинских товаров и услуг. Был принят курс на последовательные экономические реформы и построение социально-ориентированной рыночной экономики с сохранением государственных приоритетов в социально значимых сферах, в т.ч. здравоохранении. Государственное регулирование фармацевтического рынка в условиях экономики переходного периода – важный элемент обеспечения качества лекарственной помощи и национальной безопасности. Не случайно 2008 год в Республике Беларусь был объявлен Президентом Годом Здоровья. Здоровье и качество жизни людей – это один из приоритетов государственной политики и экономическая категория в современной Беларуси.

Провозглашение суверенитета Республики Беларусь связано с формированием белорусской национальной системы здравоохранения.

### **МИНИСТРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ:**

Василий Степанович Казаков (1990-1994), Инесса Михайловна Дробышевская (1994-1997), Игорь Борисович Зеленкевич (1997-2001), Владислав Алексеевич Остапенко (2001-2002), Людмила Андреевна Постоялко (2002-2005), Виктор Петрович Руденко (2005-2006), Василий Иванович Жарко (с 2006 г. по н.в.).

В 1990-е гг. – начале XXI в. были заложены правовые основы национальной системы здравоохранения и фармацевтического сектора:

#### **законы:**

- 1991 – «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС»; «О правовом режиме территорий, подвергшихся радиоактивному загрязнению в результате аварии на Чернобыльской АЭС»;
- 1992 – «О государственной помощи семьям, воспитывающих детей»;
- 1993 – «О здравоохранении»; «О санитарно-эпидемическом благополучии населения»; «О правах ребенка»;
- 1994 – «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов»;

- 
- 1995 – «О донорстве крови и ее компонентов»;  
1997 – «О трансплантации органов и тканей человека»;  
1999 – «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании»; «О государственных минимальных социальных стандартах»;  
2000 – «О Белорусском обществе Красного Креста»;  
2006 – «О лекарственных средствах» и др.

**концепции и иные нормативные акты:**

- 2001 – «Концепция лекарственного обеспечения Республики Беларусь»;  
2003 – «Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003-2007 годы»;  
2004 – «Концепция развития фармацевтической промышленности Республики Беларусь до 2010 года»;  
2006 – «Надлежащая аптечная практика» и др.  
государственные программы:  
2000 – «Развитие сырьевой базы и переработки лекарственных и пряно-ароматических растений».  
2007 – «Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы» и др.

В 1998 г. состоялся **Первый Съезд врачей Республики Беларусь**, а в 1999 г. – **VI съезд фармацевтов** (на нем было принято решение о создании Белорусского общественного объединения фармацевтических работников (БООФР)). В ноябре 2007 г. состоялся **I съезд ученых Республики Беларусь**.

Основные тенденции развития системы здравоохранения и фармацевтического сектора Республики Беларусь в современных условиях.

1. Инновационный характер развития здравоохранения и фармацевтической отрасли.

2. Сохранение и укрепление государственных приоритетов в здравоохранении как стратегическая задача национальной безопасности.

3. Совершенствование механизмов финансирования.

4. Многовекторность международного сотрудничества.

Рассмотрим несколько примеров.

В 2007 г. было подписано Соглашение между Правительством Республики Беларусь и Правительством Российской Федерации о развитии сотрудничества в области производства и взаимопоставок ЛС.

Государства-участники СНГ взаимодействуют в рамках Совета по сотрудничеству в области здравоохранения Содружества Независимых Государств. Был образован в 1992 г. в соответствии со ст. 8 Соглашения о сотрудничестве в области охраны здоровья населения от 26 июня 1992г.

---

В 2007 г. министерства здравоохранения государств – участников СНГ подписали отраслевое Соглашение о сотрудничестве в области мониторинга качества фармацевтических препаратов и надзора за нежелательными побочными реакциями ЛС на организм человека.

Осуществляется сотрудничество в рамках Совета по здравоохранению при Интеграционном Комитете Евразийского Экономического Сообщества (ЕврАзЭС): в области борьбы с инфекционными болезнями; высокотехнологичной медицинской помощи, консультаций; медицинской помощи трудовым мигрантам; обеспечения населения ЛС, медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения; подготовки кадров, обмена научными и медицинскими кадрами; организации медицинского обслуживания и реабилитации инвалидов; телекоммуникационных и информационных технологий.

Приоритеты сотрудничества с Европейским бюро ВОЗ – World Health Organization Regional Office in Europe: усиление первичной медико-санитарной помощи, наращивание кадровых ресурсов; профилактика и лечение заболеваний; обеспечение безопасности окружающей среды; расширение возможностей системы здравоохранения по реагированию на инфекционные заболевания и др.

В рамках сотрудничества Минздрава с Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА) – United Nations Population Fund (UNPFA) осуществлялся проект «Расширение доступа молодежи к услугам и информации в области репродуктивного здоровья».

Сотрудничество с ЮНИСЕФ осуществляется по следующим программам и проектам: «Здоровье и развитие детей и молодежи, профилактика ВИЧ/СПИД»; «Здоровье и развитие детей раннего возраста», «Мониторинг йодной обеспеченности детей в возрасте от 7 до 18 лет на территории Республики Беларусь», «Расширение услуг по охране здоровья подростков», «Профилактика ВИЧ-инфекции среди женщин и детей» и др.

В области обеспечения радиационной безопасности осуществляется сотрудничество с Международным агентством по атомной энергии (МАГАТЭ) – International Atomic Energy Agency (IAEA).

Глобальный фонд по борьбе с СПИДом, туберкулезом и малярией (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: выделил 18,7 млрд. долл. США 140 странам для поддержки программ по профилактике, лечению и уходу за заболевшими. Осуществляется реализация проекта «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИД в Республике Беларусь»; начата реализация проекта «Поддержка Государственной программы «Туберкулез» в Республике Беларусь» на 2007-2012гг.

Меморандум о взаимопонимании между Минздравом Республики Беларусь и Шведским Восточно-Европейским комитетом по медицине и здравоохранению (БЕК) – Swedish Committee for International Health Care Collaboration: предусматривает сотрудничество по предотвращению суицидов, первичной медицинской помощи, лабораторной диагностике, профилактике травматизма у детей.

Развивается сотрудничество с США (Белорусско-американский проект по изучению рака и других заболеваний щитовидной железы у населения Беларуси, пострадавшего от катастрофы на ЧАЭС) Китайской Народной Республикой, Исламской Республикой Иран, с Боливарианской Республикой Венесуэла и др.

5. Политика ресурсосбережения и энергосбережения. Экономия и бережливость – резерв экономического роста, «вопрос национальной безопасности», в т.ч. в здравоохранении.

6. Создание валютных резервов и их рациональное использование при закупке медицинской техники, ЛС и др.

7. Программа импортозамещения в фармацевтической отрасли: развитие отечественной фармацевтической промышленности (см. выше).

8. Рациональное расходование бюджетных средств при закупке ЛС, проведении фармакотерапии в рамках целевых государственных программ. Развитие фармакоэкономики и доказательной медицины.

9. Реализации социальных гарантий. Отражением курса государственной политики стало утверждение перечней ЛС и категорий лиц, имеющих право на бесплатное и льготное лекарственное обеспечение.

10. Система лицензирования и регистрации медицинской и фармацевтической деятельности как инструмент управления качеством медицинской помощи и лекарственного обеспечения, создание и совершенствование национальной контрольно-разрешительной системы.

В 1997 г. создано РУП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении».

11. Введение стандартов Надлежащей Аптечной Практики (НАП), усиление роли провизора в системе фармацевтической помощи.

12. Изменение парадигмы образования, переход к системе непрерывного медицинского и фармацевтического образования, внедрение инновационных образовательных технологий.

Таким образом, система здравоохранения Республики Беларусь и ее фармацевтический сектор динамично развиваются и совершенствуются, опираясь на лучшие исторические традиции и современные достижения отечественной и мировой медицины и фармации.

## ЛИТЕРАТУРА

### 1. Перечень использованной литературы

1. **Акопян, А.С., Райзберг, Б.А., Шиленко, Ю.В.** Экономические проблемы здравоохранения / под ред. Н.Ф. Герасименко, В.З. Кучеренко. – М.: ИНФА-М, 2000.
2. **Венедиктов, Д.Д.** Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. – М., Медицина, 2007.
3. **Вялков, А.И.** Основы региональной политики в здравоохранении. – М.: ГЕОТАР-МЕД, 2001.
4. **Вялков, А.И.** Управление и экономика здравоохранения: учеб. пособие / Под ред. А.И. Вялкова; Вялков А.И., Кучеренко В.З., Райзберг Б.А. и др. – 3-е изд., доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 644 с.
5. **Вялков, А.И., Кравченко, М.А., Флек, В.О.** Методология формирования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации медицинской помощью. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
6. **Вялков, А.И., Кучеренко, В.З., Вардосанидзе, С.Л.** и др. Клинический менеджмент. – М.: Медицина, 2006.
7. **Кучеренко, В.З., Флек, О.В., Вялкова, Г.М.** и др. Оценка эффективности деятельности медицинских организаций / под ред. А.И. Вялкова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.
8. **Лисицын, Ю.П.** Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.
9. **Мартыненко, В.Ф., Вялкова, Г.М., Полесский, В.А.** и др. Информационные технологии в системе управления здравоохранением Российской Федерации / под ред. А.И. Вялкова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.
10. **Семенов, В.Ю.** Экономика здравоохранения. – М.: МИА, 2006.
11. Стандартизация в здравоохранении: курс лекций / под ред. **А.И. Вялкова, П.А. Воробьева.** – М.: Ньюамед, 2007.

### 2. Перечень рекомендуемых изданий кафедры

1. **Глушанко, В.С.** Система контроля качества медицинской помощи в организациях здравоохранения / **В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, Д.В. Мороз.** - Витебск: ВГМУ, 2006. – 74 с.
2. **Глушанко, В.С.** Организация стационарной медицинской помощи населению. Анализ деятельности стационарных организаций здравоохранения / **В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, Д.В. Мороз, Т.В. Колосова.** – Витебск: ВГМУ, 2006. – 95 с.
3. **Глушанко, В.С.** Организация стационарной медицинской помощи населению. Анализ деятельности стационарных организаций здравоохранения (часть II) / **В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, Д.В. Мороз, Т.В. Колосова.** – Витебск: ВГМУ, 2008. – 16 с.



4. **Глушанко, В.С.** Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания. Методики расчета и анализа медико-демографических показателей: методическая разработка для студентов высших медицинских учреждений образования по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» / **В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева.** – Витебск: ВГМУ, 2004. – 18 с.
5. **Глушанко, В.С.** Заболеваемость населения, ее виды. Методы изучения: методическая разработка для студентов высших медицинских учреждений образования по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» / **В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.В. Плиш;** под ред. д.м.н., проф. В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2004. – 45 с.
6. **Глушанко, В.С.** Организация амбулаторно-поликлинической, скорой и неотложной помощи городскому населению. Диспансеризация: учебно-методическое пособие для студентов высших медицинских учреждений образования по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» / **В.С. Глушанко, А.В. Плиш, А.П. Тимофеева;** под ред. д.м.н., проф. В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2004. – 79 с.
7. **Глушанко, В.С.** Медико-социальная экспертиза: учебно-методическое пособие для студентов высших медицинских учреждений образования по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» / **В.С. Глушанко, А.В. Плиш;** под ред. д.м.н., проф. В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2004. – 103 с.
8. **Глушанко, В.С.** Анализ деятельности организаций здравоохранения службы охраны здоровья матери и ребенка: учебно-методическое пособие / **В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, Т.В. Колосова, Д.В. Мороз;** под ред. д.м.н., проф. В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2010. – 239 с.
9. **Глушанко, В.С. Колосова, Т.В. Мороз, Д.В. Тимофеева, А.П. Плиш, А.В.** / Врачебная производственная практика по дисциплине "Общественное здоровье и здравоохранение" // Под ред. д.м.н., профессора **В.С.Глушанко:** учебно-методическое пособие. - Витебск: Издательство ВГМУ, 2004. - 69 с.
10. **Глушанко, В.С.** Врачебная производственная практика по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» (II часть): Учеб.-метод. пособие / В.С. Глушанко, Т.В. Колосова, А.П. Тимофеева; под ред. доктора мед. наук, проф. В.С. Глушанко. – Витебск, ВГМУ, 2009. – 50 с.
11. **Глушанко, В.С.** Врачебная производственная практика по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»: Учеб.-метод. указания для иностранных студентов высших медицинских учреждений образования / В.С. Глушанко, Т.В.Колосова; под ред. доктора мед. наук, проф. В.С. Глушанко. – Витебск, ВГМУ, 2008. – Ч. II. – 6 с.
12. **Глушанко, В.С.** Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи: монография / В.С. Глушанко, В.В. Колбанов, И.В. Левицкая, И.Н. Мороз, С.А. Морозова, Т.Г. Светлович, С. Эглофф; под ред. Ген. Секретаря БОКК В.В. Колбанова. – Витебск: ВГМУ, 2008. – 185с.

13. Интегральная оценка эффективности медицинских технологий: методические рекомендации / **А.К. Цыбин, В.С. Глушанко, Т.В. Колосова** / Разраб.: Министерство здравоохранения Республики Беларусь; Витебский государственный медицинский университет. – Минск, 2000. – 25 с.
14. Квалиметрические методы оценки медицинской и социальной эффективности медицинских технологий: инструкция по применению № 008 – 0106: утв. 22 февраля 2006 г. / **А.В.Плиш, В.С. Глушанко** / Разраб. УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет». – Витебск, 2006. – 11 с.
15. Медико-организационный мониторинг лечения пострадавших с множественными сочетанными травмами в экстремальных ситуациях : инструкция по применению № 43 0806 : утв. 14.10.2004 г. / **А.Н. Косинец, В.В. Сиротко, В.С. Глушанко, В.П. Дейкало** / Разраб. Витебский государственный медицинский университет (Регистр. № 43 0806 от 14.10.2004 г.). – Витебск, 2004. – 21 с.
16. Медико-организационный мониторинг результативности анестезиологической помощи и пути ее оптимизации: инструкция по применению / **В.С. Глушанко, И.И. Канус, К.И. Прощаев, В.Я. Родионов** / Разраб. Министерство здравоохранения Республики Беларусь; Витебский государственный медицинский институт – Минск, 1999. – 24 с.
17. Медико-организационные резервы повышения эффективности медицинских технологий : инструкция по применению № 133-9712 : утв. 05.02.1998 г. / **Т.В. Колосова, В.С. Глушанко** // Разраб. Министерство здравоохранения Республики Беларусь; Витебский государственный медицинский институт. – Витебск, 1997. – 26 с.
18. Методика оценки эффективности деятельности врачей общей практики и врачей-терапевтов участковых: инструкция по применению № 129-1109 утверждена Министерством Здравоохранения Республики Беларусь 12.02.2010 г / **В.С. Глушанко, Н.А. Артёменко**. – Витебск : ВГМУ, 2010. – 19 с.
19. Методики расчетов экономической эффективности от внедрения новых медицинских технологий в здравоохранении : инструкция по применению / **В.С. Глушанко, А.В. Плиш** . – Витебск: ВГМУ, 2002. – 40 с.
20. Методология оценки и повышения эффективности медицинской помощи в офтальмологии: методические рекомендации № 34-0304: утв. 7.07.2004 г. / **В.С. Глушанко, В.И. Морхат, И.Г. Заборовская, И.Г. Заборовский** / Разраб. Витебский государственный медицинский университет. – Витебск, 2004. – 20 с.
21. **Мовчан, К.А.** Методики расчетов эффективности медицинских технологий в здравоохранении : инструкция по применению № 159 – 1203 : утв. 31.12.2003 г. / **К.А. Мовчан, В.С. Глушанко, А.В.Плиш** / Разраб. Министерство здравоохранения Республики Беларусь; ВГМУ. – Минск, 2003. – 23 с.

22. Определение причин недостаточной эффективности стационарной медицинской помощи при мозговых инсультах : инструкция по применению № 53-0504 : утв. 01.12.2004 г. / **А.М Дятлова, В.С. Глушанко, Ю.В. Алексеенко** / Разраб. Министерство здравоохранения Республики Беларусь; Витебский государственный медицинский университет. – Минск, 2004. – 14 с.
23. Организационные технологии в системе здравоохранения XXI века: монография // А.Н. Косинец [и др.]; под ред. А.Н. Косинца, В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2006. – 328 с.
24. Оценка качества медицинской помощи больным с инфекциями, передаваемыми половым путем: инструкция по применению № 99-0702 : утв. 21.06.2005 г. / **В.В. Люцко, В.С. Глушанко, В.П. Адаскевич** / Разраб. Министерство здравоохранения Республики Беларусь; Витебский государственный медицинский университет; Новополоцкий городской кожно-венерологический диспансер. – Минск, 2005. – 22 с.
25. **Петрище, Т.Л.** История медицины и фармации: Курс лекций / Т.Л. Петрище; под ред. д.м.н., проф. В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2010. – 567 с.
26. **Плиш, А.В.** Медико-экономическая модель управления ресурсосберегающими технологиями в здравоохранении / **А.В. Плиш, В.С. Глушанко**; под ред. д.м.н., проф. В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ. – 2005. – 324 с.
27. **Под общей редакцией чл.-корр. БелАМН, профессора А.Н. Косинца.** / Сборник вопросов и ответов по клинической медицине / Витебск: ВГМИ, 1998. – 948 с.
28. Экономика здравоохранения. Экономический анализ деятельности организаций здравоохранения: методическая разработка для студентов высших медицинских учреждений образования по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» / **В.С. Глушанко, Т.В. Колосова, А.В. Хоменко**; под ред. д.м.н., проф. В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2004. – 27 с.
29. **Glushanko, V.S.** Public health and public health services: Lectures-presentations, computer tests and practical skills for the students of the faculties of preparation of foreign citizens with the Russian and English languages training: educational supply / V.S.Glushanko, T.V.Kolosova, A.P.Timofeeva: edited by V.S.Glushanko. - Vitebsk: VSMU, 2008. – 442 p. (**Глушанко, В.С.** Общественное здоровье и здравоохранение: Лекции-презентации, компьютерные тесты и практические навыки для студентов факультетов подготовки иностранных граждан с русским и английским языком обучения: учеб. пособие / В.С. Глушанко, Т.В. Колосова, А.П. Тимофеева; под ред. В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2008. – 442 с.).

Учебное издание

**ГЛУШАНКО** Василий Семенович

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ  
И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

*Курс лекций*

Главный редактор *Дейкало В.П.*

Технический редактор *Борисов И.А.*

Компьютерная верстка *Жаворонкова Н.Г., Могучая Н.А.*

Корректор *Гончаров Д.Н., Могучая Н.А., Шефиев Р.Ш.*

Подписано в печать \_\_\_\_\_ Формат бумаги 60x84 1/16.

Бумага типографская № 2.

Ризография. Усл. печ. \_\_\_\_\_. Уч.-изд. л \_\_\_\_\_. Тираж \_\_\_\_\_. Заказ № \_\_\_\_\_.

Издатель и полиграфическое исполнение:

УО «Витебский государственный медицинский университет»

ЛИ № 02330/0549444 от 8.04.09 г.

Пр-т Фрунзе, 27, 210602, г. Витебск.