В. С. ЛУЧКЕВИЧ

ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

1997

--------------------------------------------

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова

В. С. ЛУЧКЕВИЧ

ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

1997 УДК 614.1/2 (06)

Автор — Лучкевич Владимир Станиславович, д-р мед. наук, проф.,   
зав. кафедрой социальной медицины и управления здравоохранением Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова, акад. Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы.

**В. С. Лучкевич. Основы социальной медицины и управления здравоохранением**: **Учебное пособие**. — СПб: СПбГМА, 1997. — 184 с.

В учебном пособии представлены справочные материалы и ключевые понятия основных положений социальной медицины, санитарной статистики и управления здравоохранением, позволяющие студентам медицинских вузов подготовиться к итоговой оценке знаний и практических навыков, тестовым заданиям и решению ситуационных задач.

Материалы пособия могут быть использованы студентами как логическая структура для освоения предмета при подготовке к практическим занятиям и экзаменам.

Издание рассчитано на студентов, ординаторов, аспирантов и преподавателей кафедр социальной медицины и управления здравоохранением различных факультетов медицинских вузов.

В написании отдельных разделов учебного пособия принимали участие   
Р.П.Анисимов,В.А.Кургашов,Н.Нечаева,А.Н.Пивоваров,Г.М.Пивоварова,В.П.Романюк,И. А. Титова, Т. Г. Федорова.

Рецензент: В. К. Юрьев — профессор, заведующий кафедрой социальной медицины, экономики и управления здравоохранением Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии.

*Учебное пособие утверждено на заседании ученого совета СПбГМА   
им. И. И. Мечникова.*

©    Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова, 1997

*ВВЕДЕНИЕ*

Процессы социально-экономического реформирования, охватившие все сферы жизнедеятельности населения России, в значительной степени изменяют медико-социальную ситуацию, формы медико-санитарного обеспечения, критерии и показатели работы медицинских учреждений. Появляются новые данные о показателях общественного здоровья, факторах риска окружающей среды и образа жизни. Входят в повседневную деятельность медицинских работников новые формы хозяйственного механизма, экономических отношений, программно-целевого планирования. Новую интерпретацию получают изданные ранее законодательные и нормативные документы. Происходят изменения в структуре и формах первичной медицинской помощи и обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Это определяет необходимость подготовки новых учебных пособий.

В настоящее время система здравоохранения, показатели и нормативы медико-социального обеспечения все еще не стабильны. Не отработана четкая стратегия развития здравоохранения на ближайшие и отдаленные сроки. Поэтому подготовка студентов по этим разделам в основном должна осуществляться в виде лекционного курса и практических занятий. Новую информацию о современных проблемах здоровья и здравоохранения студенты могут получить только при непосредственном общении со специалистами. Это определяет необходимость подготовки справочных материалов, руководств и методических пособий более оперативного характера. Как правило, материал, содержащийся в учебной литературе, достаточно обширен, разбросан, что усложняет усвоение студентами обязательных положений, методов, показателей.

Рациональным, с нашей точки зрения, является представление обязательных учебных элементов в виде набора ключевых, первоочередных сведений справочного характера, дающих исчерпывающие ответы на контрольные вопросы. Критерием выбора контрольных вопросов и ответов на них является не только учебная программа, но и современные понятия о проблемах здоровья и здравоохранения.

Автор выражает надежду, что данное пособие поможет в усвоении основных разделов предмета, и будет признателен за высказанные пожелания.

*Проф. В. С. Лучкевич*

# ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## Основные теоретические и организационные принципы современного здравоохранения

Понятие “здравоохранение” означает деятельность по сохранению, улучшению, обеспечению и укреплению здоровья различных групп населения. Основными законодательными актами закреплено право человека на охрану и укрепление здоровья. Оптимизация системы здравоохранения является важнейшей частью социально-экономической политики государства. Здравоохранение рассматривается как государственная система с единством целей, взаимодействия и преемственностью служб (лечебных и профилактических), всеобщей доступностью квалифицированной медицинской помощи, реальной гуманистической направленностью.

Приоритетным структурным элементом системы здравоохранения является профилактическая деятельность медицинских работников, развитие медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни среди различных групп населения.

Главное направление в развитии и совершенствовании здравоохранения на современном этапе — охрана материнства и детства, создание оптимальных социально-экономических, правовых и медико-социальных условий для укрепления здоровья женщин и детей, планирование семьи, решение медико-демографических проблем.

Государственный характер здравоохранения обеспечивает финансирование, подготовку и усовершенствование кадров. Деятельность органов и учреждений осуществляется на основе государственного законодательства и нормативно-правовых документов. Принцип единства медицинской науки и практики реализуется в виде совместной деятельности и внедрения научных разработок в учреждениях здравоохранения.

К числу важнейших теоретических проблем здравоохранения относятся: социальная обусловленность общественного здоровья, болезнь как биосоциальный феномен, основные категории здравоохранения (общественное здоровье, материально-экономическая база, кадры и т. д.), формы и пути развития здравоохранения при различных социально-экономических условиях и др.

Всемирной организацией здравоохранения определены 4 категории обобщенных показателей, которые характеризуют состояние здравоохранения в стране: 1) показатели, относящиеся к политике в области здравоохранения; 2) социальные и экономические показатели; 3) показатели обеспеченности медико-социальной помощью;   
4) показатели состояния здоровья населения.

## Социальная медицина и управление здравоохранением как врачебная специальность и наука о здоровье населения

Основатели отечественной социальной медицины определяли социальную медицину как науку об общественном здоровье и здравоохранении. Основной ее задачей являются изучение влияния медико-социальных факторов, условий и образа жизни на здоровье различных групп населения, разработка научно обоснованных рекомендаций по предупреждению и устранению неблагоприятных социальных условий и факторов, а также оздоровительных мероприятий для повышения уровня здоровья населения. Основное назначение социальной медицины и управления здравоохранением как науки и учебной дисциплины — оценка критериев общественного здоровья и качества медицинской помощи, их оптимизация.

Структура предмета: 1) история здравоохранения; 2) теоретические проблемы здравоохранения; 3) состояние здоровья и методы его изучения; 4) организация медико-социального обеспечения и медицинского страхования; 5) организация медицинской помощи населению; 6) обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения; 7) экономические и планово-организационные формы совершенствования здравоохранения, менеджмент, маркетинг и моделирование медицинских услуг; 8) международное сотрудничество в области медицины и здравоохранения.

Методы медико-социальных исследований: 1) исторический;   
2) динамического наблюдения и описания; 3) санитарно-статисти­ческий; 4) медико-социологического анализа; 5) экспертных оценок; 6) системного анализа и моделирования; 7) организационного эксперимента; 8) планово-нормативный и др.

Социальная медицина — это наука о стратегии и тактике здравоохранения. Объектами медико-социальных исследований являются:   
1) группы лиц, население административной территории; 2) отдельные учреждения (поликлиники, стационары, диагностические центры, специализированные службы); 3) органы здравоохранения; 4) объекты окружающей среды; 5) общие и специфические факторы риска различных заболеваний и др.

## Этапы развития здравоохранения в России

Первым государственным органом управления медицинским делом в России был Аптекарский приказ, созданный в 1620 г. В XVIII столетии, в период осуществления больших преобразований в экономике, науке, культуре и медицине, совершенствовались и органы управления здравоохранением: в 1721 г. появилась Медицинская канцелярия, в 1763 г. — Медицинская коллегия.

Подготовка медицинских кадров осуществлялась в госпитальных школах (с 1707 г.), медико-хирургических училищах (с 1786 г.), а с 1798 г. — в Петербургской и Московской медико-хирургических академиях. В 1725 г. открылась Петербургская академия наук, а в 1755 г. был создан первый в стране Московский университет с медицинским факультетом.

Выдающийся вклад в охрану здоровья внес М. В. Ломоносов, который в своем труде “Слово о размножении и сохранении российского народа” дал глубокий анализ здравоохранения и предложил ряд конкретных мер для улучшения его организации.

В первой половине XIX в. формируются первые научные медицинские школы: анатомическая (П. А. Загорский), хирургические   
(И. Ф. Буш, Е. О. Мухин, И. В. Буяльский), терапевтические   
(М. Я. Мудров, И. Е. Дядьковский). Н. И. Пирогов создает топографическую анатомию и военно-полевую хирургию, в которой выдвинул положение о важности организации медицинской помощи во время боевых действий, подчеркнул исключительно высокую роль предупредительной медицины. Н. И. Пирогов впервые в мире в военно-полевых условиях применил для наркоза этиловый эфир (1847 г.), разработал много методов оперативного лечения, являющихся и сегодня классическими, первым в стране использовал на войне женский труд (1853 г.).

Со второй половины XIX в. вопросами охраны здоровья, помимо государственных структур, занималась и общественная медицина: общество охранения народного здравия (1878 г.), общество врачей в память Н. И. Пирогова (1885 г.). Много в этом плане было сделано   
С. П. Боткиным, который через организационные формы общественной медицины (медицинская периодическая печать, медицинские общества, съезды, комиссии) создал первую в России участковую систему оказания медицинской помощи (земские врачи), положил начало организации санитарного дела в Петербурге (1882 г.), был инициатором строительства в столице образцового инфекционного стационара (1882 г.).

В 70-е годы прошлого столетия сформировалась отечественная гигиена как самостоятельная дисциплина, создавались первые научные гигиенические школы (А. П. Доброславин, Ф. Ф. Эрисман).

**А. П. Доброславин** — основоположник гигиенической школы экспериментального направления. Он исследовал химический состав продуктов питания, организовал первую в России лабораторию для проведения экспериментальных исследований по гигиене питания, был инициатором создания диетических столовых и кулинарных школ при них. Специалист по военной гигиене. Организатор многих мероприятий по оздоровлению населенных мест, улучшению водоснабжения и канализации. Разработал планы народной школы в городе и на селе, здорового крестьянского жилища, земских больниц. Один из учредителей Русского общества охранения народного здравия и организатор научно-популярного гигиенического журнала “Здоровье” (1874—1884 гг.).

**Ф. Ф. Эрисман** — основоположник гигиенической школы общественного направления гигиены. Впервые в России (вместе с санитарными врачами А. В. Погожевым и Е. М. Дементьевым) провел комплексное социально-гигиеническое изучение фабрик и заводов Московской губернии (1879—1885 гг.), способствуя развитию гигиены труда и профпатологии как науки. Внес большой вклад в школьную и коммунальную гигиену. Его учеником был Г. В. Хлопин, впоследствии организовавший кафедру гигиены.

Для развития земской и городской санитарных организаций много сделали первые санитарные врачи И. И. Моллесон, И. А. Дмитриев, Г. И. Архангельский, Е. А. Осипов, Н. И. Тезяков, З. Г. Френкель и др.

**И. И. Моллесон** — первый санитарный врач в России, создал в Пермской губернии первый врачебно-санитарный совет — коллегиальный орган, призванный руководить земской медициной. Предложил проект организации врачебных участков на селе, должность уездного санитарного врача для изучения санитарного состояния населения, условий труда и быта, причин болезней и борьбы с ними. Организатор и руководитель более 20 губернских съездов земских врачей. И. И. Моллесон подчеркивал : “Социальная медицина как отрасль знаний и деятельности широка и охватывает ... все мероприятия, которые могут улучшать жизненную обстановку масс населения”.

**Е. А. Осипов** — один из основоположников земской медицины и санитарной статистики. Впервые в России ввел карточную регистрацию заболеваний. Создал земскую Московскую губернскую санитарную организацию (1884 г.). Разработал принцип деятельности врачебного участка с лечебницей-стационаром, функции сельского врача, а также программу санитарного обследования губернии.

**Мечников Илья Ильич** (1845—1916). Выдающийся биолог и патолог, иммунолог и бактериолог, один из основоположников эволюционной эмбриологии, создатель фагоцитарной теории иммунитета и сравнительной теории воспаления, почетный член Петербургской академии наук (с 1902 г.) и многих иностранных академий, лауреат Нобелевской премии (1907 г.).

Окончил естественное отделение физико-математического факультета Харьковского университета в 1864 г. Защитил в Петербургском университете докторскую диссертацию в 1868 г. Затем работал в Одесском университете, но в 1882 г. в связи с репрессиями против студентов ушел из университета.

И. И. Мечников и Н. Ф. Гамалея были инициаторами создания в Одессе бактериологической и антирабической лаборатории. Она была открыта 12 июня 1886 г. Это была первая бактериологическая лаборатория в России и вторая (после Парижской) в мире.

В 1888 г. в результате конфликтов с городскими властями и возникших трудностей в деятельности станции И. И. Мечников вынужден был переехать в Париж и работать там по приглашению Л. Пастера в его институте.

В 1883 г. на VII съезде русских естествоиспытателей и врачей в Одессе в своем докладе “О целебных силах организма” И. И. Мечников обосновал взгляд на инфекционное заболевание как на процесс взаимодействия макро- и микроорганизмов. Ученый использовал эволюционный подход в изучении фагоцитоза, на этой основе разработал учение об иммунитете. Изучал течение сибирской язвы, возвратного тифа, холеры, туберкулеза, сифилиса и других инфекций, уяснил процесс восприимчивости людей и животных к заразным болезням. Главную роль в иммунитете отводил фагоцитам — подвижным клеткам, поглощающим и переваривающим микробы.

Большое значение имели исследования И. И. Мечникова по экспериментальному сифилису, брюшному тифу и туберкулезу.

В последние годы жизни великий ученый работал над проблемой долголетия. Он считал, что смерть, наступающая в возрасте менее 100—120 лет, преждевременна и является результатом неправильного образа жизни. Эти его положения отражены в трудах “Этюды о природе человека” (1903 г.) и “Этюды оптимизма” (1907 г.). Многое из положений И. И. Мечникова о старости и смерти не было подтверждено медицинской наукой, но за ним осталась заслуга инициатора научного изучения этих явлений.

В 1909 г. И. И. Мечников был избран почетным профессором Психо-неврологического института, от которого берет начало наш вуз. Решением ученого совета от 26.12.94 г. Санкт-Петербургской государственной медицинской академии присвоено имя И. И. Мечникова, в связи со 150-летием со дня его рождения.

С 1917 г., в условиях формирования нового общественного строя в нашей стране, создаются новые органы управления и формируются теоретические основы здравоохранения, ведущая роль в разработке которых принадлежит Н. А. Семашко и З. П. Соловьеву.

**Н. А. Семашко** — теоретик и организатор здравоохранения, первый народный комиссар здравоохранения (1918—1930 гг.). Под его руководством разрабатывались принципы здравоохранения — государственный характер, профилактическая направленность, бесплатность и общедоступность квалифицированной медицинской помощи, единство науки и практики, широкое участие общественности в решении вопросов охраны здоровья. Н. А. Семашко создал новую науку — социальную гигиену и стал первым заведующим кафедрой социальной гигиены (1922 г.). Создал новые виды здравоохранения — охрана материнства и младенчества, санаторно-курортное дело. При его активном участии был создан Государственный научный институт народного здравоохранения им. Л. Пастера, перестроена система высшего медицинского образования, в Москве и Ленинграде организованы институты физической культуры.

**З. П. Соловьев** — теоретик и организатор гражданского и военного здравоохранения, заместитель народного комиссара здравоохранения, начальник Главного военно-санитарного управления. В 1923 г. организовал кафедру социальной гигиены во 2-м Московском медицинском институте. Внес большой вклад в развитие профилактического направления здравоохранения, в реформу медицинского образования.

**З. Г. Френкель** — один из основоположников социальной гигиены в стране. Организатор и руководитель кафедры социальной гигиены 2-го Ленинградского медицинского института (1923—1949 гг.), крупный специалист по коммунальной гигиене, демографии и геронтологии, руководи­тель Гигиенического общества Ленинграда в течение 27 лет.

Период Великой Отечественной войны и послевоенные годы связаны с развитием военной медицины, восстановлением материальной базы здравоохранения и активной подготовкой медицинских кадров.

Начиная с 1961 г. принимается ряд законодательных актов и постановлений Правительства, направленных на развитие системы здравоохранения. Важнейшей социальной задачей провозглашена охрана здоровья населения. Укрепляется материальная база здравоохранения, осуществляется специализация медицинской помощи, совершенствуется система первичной медико-санитарной помощи. Становлению социальной гигиены в эти годы способствовали известные ученые С. В. Курашев, Г. А. Баткис, С. Я. Фрейдлин,   
Е. Я. Белицкая и др.

Современный период медико-социальных исследований проблем здоровья населения и здравоохранения связан с именами ведущих отечественных ученых: Ю. П. Лисицына, О. П. Щепина, О. В. Грининой, Э. Д. Грибанова, И. Н. Денисова, К. И. Журавлевой, И. П. Катковой, Ю. М. Комарова, В. З. Кучеренко, И. В. Лебедевой, В. А. Миняева, А. М. Москвичева, В. К. Овчарова, А. И. Потапова, И. В. Пустового, Л. Г. Розенфельд, О. М. Хромченко, С. Я. Чикина и др.

В последние годы приоритетными проблемами здравоохранения являются такие, как охрана материнства и детства, становление государственного санитарного надзора и охрана окружающей среды, медицинское обеспечение в условиях нового хозяйственного механизма, рыночной экономики и медицинского страхования, внедрение принципов семейной медицины, совершенствование подготовки медицинских кадров.

# МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА

## Статистическая совокупность. Учетные признаки. Понятие о сплошных и выборочных исследованиях. Требования к статистической совокупности и использованию учетно-отчетных документов

Статистический метод является основным методом медико-социального анализа. Статистика — общественная наука, изучающая количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественными особенностями. Именно разнообразием качественных особенностей объясняется то, что для количественного описания явлений используется большое число самых разных статистических величин. Статистика устанавливает соответствие между идеальным миром и представлением о реальном мире.

Статистика, изучающая вопросы, связанные с медициной, гигиеной и здравоохранением, называется медицинской или санитарной. Разделы медицинской статистики: 1) статистика общественного здоровья; 2) статистика здравоохранения; 3) статистика научных исследований, или теоретическая медицинская статистика.

Основные понятия о статистике следующие.

Статистическая совокупность — группа относительно однородных элементов (единиц наблюдения) в конкретных условиях времени и пространства. В зависимости от охвата единиц наблюдения (в связи с целью исследования) статистическая совокупность может быть генеральной и выборочной.

Единица наблюдения — это первичный элемент статистической совокупности, имеющий признаки сходства и различия. Признаки различия подлежат изучению и поэтому называются учетными признаками. Учетные признаки по характеру бывают количественными и качественными (атрибутивными), по роли в совокупности — факторными, результативными.

Независимо от того, какие задачи ставятся в санитарно-статистическом исследовании, оно должно проводиться в определенной последовательности в соответствии с исторически сложившимися этапами, которые состоят из отдельных операций. Различают 4 этапа статистического исследования: 1) составление плана и программы исследования (подготовительная работа); 2) статистическое наблюдение (сбор материала); 3) статистическая разработка материала; 4) анализ, выводы, рекомендации, внедрение в практику.

1. *Составление плана* *и программы* *исследования*:

1) формулирование цели и задач исследования в соответствии с рабочей гипотезой;

2) определение и подбор статистической совокупности;

3) определение единицы наблюдения;

4) выбор вида статистического исследования (единовременное, текущее, сплошное, выборочное, в том числе определение способа выбора — механический, типологический, гнездовой, случайный, парносопряженный и др.);

5) определение объекта наблюдения, времени наблюдения и субъекта наблюдения;

6) определение программы сбора данных (составление карты статистического исследования с перечнем учетных признаков);

7) определение программы разработки данных (составление макетов, таблиц со взаимосвязями признаков);

8) определение метода наблюдения — анкетный, анамнестический, выкопировки.

2. *Статистическое* *наблюдение:*

1) инструктаж исполнителей;

2) выкопировка сведений;

3) контроль качества регистрации — логический и аналитический.

3. *Статистическая* *разработка:*

1) шифровка материала в соответствии с группировочными признаками;

2) раскладка карт в соответствии с макетами разработанных таблиц;

3) заполнение таблиц и подсчет итогов.

4. *Анализ*. *Выводы.* *Рекомендации.* *Внедрение в* *практику.*

Виды выборочных наблюдений: механическая выборка, типологическая, основного массива и гнездовая. Статистическое исследование — это составление таблиц (простых, групповых, комбинационных).

## Использование абсолютных и производных величин при оценке здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения. Общие и специальные коэффициенты

Абсолютные величины используются при характеристике общей совокупности (численность населения, общее число врачей в стране и др.), а также при оценке редко встречающихся явлений (число особо опасных инфекций, число людей с аномалиями развития). Производные величины подразделяются на относительные и средние. Относительные величины используются при анализе альтернативных (есть явление или отсутствует) признаков. Виды относительных величин:1) экстенсивные коэффициенты; 2) интенсивные коэффициенты;3) коэффициенты соотношения; 4) коэффициенты наглядности.

*Экстенсивные коэффициенты* характеризуют отношение части к целому, то есть определяют долю (удельный вес), процент части в целом, принятом за 100%. Используются для характеристики структуры статистической совокупности. Например: удельный вес (доля) заболеваний гриппом среди всех заболеваний в процентах; доля производственных травм среди всех травм у рабочих (отношение числа производственных травм к общему числу травм, умноженное на 100%).

*Интенсивные коэффициенты* отражают частоту (уровень распространенности) явления в своей среде. На практике их применяют для оценки здоровья населения, медико-демографических процессов. Например: число случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности на 100 работающих; число заболевших гипертонической болезнью на 100 жителей; число родившихся на 1000 человек (определяется как отношение числа родившихся за год к средней численности населения административной территории, умноженное на 1000). Интенсивные коэффициенты бывают общие и специальные. Общие: показатель рождаемости, общий показатель заболеваемости и др.; специальные (характеризуются более узким основанием): число женщин детородного возраста (плодовитость), число женщин, заболевших гипертонической болезнью, и др.

*Коэффициенты соотношения* характеризуют отношение двух самостоятельных совокупностей. Используются для характеристики обеспеченности (уровня и качества) медицинской помощью: число коек на 10000 человек; число врачей на 10000 жителей; число прививок на 1000 жителей (отношение числа лиц, охваченных прививками, к численности населения административной территории, умноженное на 1000).

*Коэффициент наглядности* определяет, на сколько процентов или во сколько раз произошло увеличение или уменьшение по сравнению с величиной, принятой за 100%. Используется для характеристики динамики явления. Например, число врачей в 1995 г. по сравнению с числом врачей в 1994 г., принятым за 100% (отношение числа специалистов в данном году к числу специалистов в предыдущем году, умноженное на 100%).

## Виды вариационных рядов. Методы вычисления, оценки и использования средних величин во врачебной деятельности

Для вычисления средних величин необходимо построить вариационный ряд. Вариационные ряды бывают: 1) простыми и взвешенными; 2) сгруппированными и несгруппированными; 3) открытыми и закрытыми; 4) одномодальными и мультимодальными; 5) симметричными и несимметричными; 6) дискретными и непрерывными;   
7) четными и нечетными.

Средние величины — это количественная обобщающая характеристика однородной совокупности с изменяющимся варьирующим признаком. Они используются при оценке физиологических показателей (средняя частота пульса, дыхания, АД), параметров физического развития (средний рост юношей 18 лет, средняя масса тела), при санитарно-гигиенических характеристиках (средняя жилая площадь на одного человека, среднее число бактерий в 1 мл), при количественном описании медицинских услуг (среднее число посещений в час, средняя занятость койки в течение года). Виды средних величин: средняя арифметическая простая (сумма всех значений признака, деленная на число наблюдений); средняя арифметическая взвешенная (сумма всех величин, умноженная на свое число встречаемости и деленная на число наблюдений — объектов); мода — величина с наибольшей частотой повторения; медиана — величина, делящая вариационный ряд пополам; средняя прогрессивная — средняя арифметическая, вычисленная из лучшей половины вариационного ряда.

Основные свойства средней величины: 1) имеет абстрактный характер, так как является обобщающей величиной: в ней стираются случайные колебания; 2) занимает срединное положение в ряду   
(в строго симметричном ряду); 3) сумма отклонений всех вариант от средней величины равна нулю. Данное свойство средней величины используется для проверки правильности расчета средней. Она оценивается по уровню колеблемости вариационного ряда. Критериями такой оценки могут служить: амплитуда (разница между крайними вариантами); среднее квадратическое отклонение, показывающее, как отличаются варианты от рассчитанной средней величины; средняя ошибка средней арифметической (отношение среднего квадратического отклонения к квадратному корню из общего числа наблюдений — объектов).

Степень разнообразия (колеблемости) признака в разнородном вариационном ряду можно оценить по коэффициенту вариации (отношение среднего квадратического отклонения к средней арифметической, умноженное на 100%); при вариации менее 10% отмечается слабое разнообразие, при вариации 10—20% — среднее, а при вариации более 20% — сильное разнообразие признака. Если нет возможности сравнить вариационный ряд с другими, то используют правило трех сигм. Если к средней прибавить одну сигму, то этой вычисленной средней соответствует 68,3%, при двух сигмах — 95,4%, при трех сигмах — 99,7% от всех признаков.

## Оценка достоверности статистических показателей

Оценить достоверность результатов исследования — значит установить вероятность прогноза, с которой результаты исследования на основе выборочной совокупности можно перенести на генеральную совокупность или другие исследования. Критерий достоверности (Стьюдента) определяется как величина разности средних величин или показателей, деленная на извлеченную из квадратного корня сумму квадратов ошибок средних арифметических. Средняя ошибка средней арифметической равняется отношению среднеквадратического отклонения к квадратному корню из числа наблюдений. Средняя ошибка показателя (относительных величин) рассчитывается путем извлечения квадратного корня из величины показателя, умноженного на разницу 100% и величины данного относительного показателя, деленного на число наблюдений. Критерий Стьюдента должен быть равен или больше цифры 2. Только при этих условиях прогноз в 95% и более считается безошибочным, свидетельствующим о надежности используемого нового метода (лекарственного препарата, факторов риска, гигиенических характеристик). Достоверность различий и взаимосвязь явлений с факторами можно определять при расчете критерия соответствия ж2.

## Вычисление показателей динамического (временного) ряда

Динамический ряд — это ряд однородных статистических величин, показывающих изменение явления во времени. Динамический ряд может быть представлен абсолютными числами (изменение числа больных), средними величинами (среднее число лабораторных анализов за неделю) и относительными показателями (изменение рождаемости, заболеваемости, травматизма, обеспеченности врачами). Числа, из которых состоит динамический ряд, называются уровнями ряда. Анализ динамического (временного) ряда сводится к вычислению следующих показателей: абсолютного прироста (или снижения); темпа роста (или снижения); темпа прироста; значения 1% прироста.

*Абсолютный прирост* представляет собой разность между последующим и предыдущим уровнем.

*Темп роста* — это отношение последующего уровня к предыдущему, умноженное на 100%.

*Темп прироста* является отношением абсолютного прироста (снижения) к предыдущему уровню, умноженным на 100%.

*Значение 1% прироста* определяется отношением абсолютного прироста к темпу прироста.

## Графические изображения при статистическом анализе

При анализе статистической совокупности используют графические изображения (графические образы — точки, линии, фигуры). Любой график содержит следующие элементы: масштаб, условные обозначения (окраска, штриховка), фигуры, линии, цифры. В медицинской статистике применяют линейные, плоскостные, объемные и фигурные диаграммы. Линейные диаграммы отражают изменение явления в динамике. Сезонный, циклический характер изображают радиальной диаграммой, при этом месяцы года располагают по часовой стрелке. Плоскостные диаграммы (секторные, внутристолбиковые) используют для изображения показателей распределения, доли, процентов, структуры. Ленточные, столбиковые и пирамидальные диаграммы показывают частоту (распространенность, уровень) явления. Фигурные диаграммы, картограммы и картодиаграммы отображают показатели на определенных административных территориях в виде обозначений, фигур.

## Методы определения причинно-следственных взаимосвязей факторов риска и здоровья населения, эффективности оздоровительных мероприятий

Одним из доступных методов установления взаимосвязи между факторами является расчет критерия согласия ж2. Для выбора метода определяют в таблице число степеней свободы (число клеток, в которых можно изменять результат без изменения итогов, — это число строк минус единица, умноженное на число граф, минус единица). Если таблица четырехпольная (одна степень свободы), то критерий согласия вычисляется по формуле с буквенными обозначениями. Если число степеней две и более (при трех и более признаках), то расчет критерия ж2 производится методом “от противного” (нулевая гипотеза). Предполагается отсутствие связи между факторами. Тогда распределение признаков (в процентах) будет такое, как в итоговых строках. Затем вычисляется вероятностная величина (абсолютная) для каждого фактора (построчно). Данные заносятся в формулу, рассчитывается сумма различий между фактическими и действительными числами. Результат определяется по специальным таблицам. Если полученная величина ж2 больше нуля, то нулевая гипотеза (об отстутствии связи) отклоняется и достоверная взаимосвязь считается установленной.

Таким образом можно устанавливать взаимосвязь между частотой выкуренных сигарет и заболеваниями органов дыхания; между охватом населения прививками и уровнем инфекционной заболеваемости; между величиной или характером использования лекарственных препаратов и интенсивностью выздоровления и т. д.

## Методы изучения корреляционных связей при оценке показателей здоровья и факторов окружающей среды

При анализе результатов медицинских исследований часто возникает необходимость определения достоверности полученных данных. Известны два вида связи между явлениями (признаками): функциональная и корреляционная. Функциональная проявляется в виде изменения одного признака при изменении числовых значений другого на строго определенную величину. Это часто бывает при физических и химических явлениях. При корреляционных связях, характерных для медико-биологических явлений, значению одного признака соответствуют разные значения других признаков. Корреляционная связь необходима, например, при оценке взаимосвязей между стажем работы и уровнем заболеваемости работающих; между разными уровнями физических факторов окружающей среды и состоянием здоровья; между различными уровнями интенсивности нагрузки и частотой (уровнем) физиологических реакций организма; между сроками госпитализации и частотой осложнений.

Корреляционная связь бывает прямая (при увеличении одного признака увеличивается другой) и обратная (при увеличении одного показателя другой уменьшается). Коэффициент корреляции свидетельствует не только о направлении связи, но и об уровне этой связи. Сильная связь выражается коэффициентом от 0,7 до 0,99, средняя — от 0,3 до 0,69, слабая — до 0,29. При нулевом значении коэффициента связи отсутствуют.

Наиболее простыми являются ранговая корреляция и коэффициент корреляции. При ранговой корреляции числовые выражения сравниваемых рядов величин ранжируют, то есть проставляют ранговые цифры (от 1 и далее) и подставляют значения в формулу с учетом разницы порядковых значений. При расчете коэффициента корреляции сначала вычисляют среднее значение в каждом вариационном ряду сравниваемых групп. Затем находят отклонение каждой величины ряда от полученной средней. Для устранения отрицательных значений эти величины возводят в квадрат и подставляют в формулу. По величине коэффициента устанавливают направление и силу связи. Достоверность коэффициента определяют по табличным значениям и при расчете средней ошибки. Коэффициент корреляции должен превышать свою ошибку не менее чем в 3 раза.

## Использование метода стандартизации при оценке здоровья населения и показателей работы учреждений здравоохранения

Метод стандартизации используется при оценке показателей здоровья только при сравнении их уровней. Этот метод расчета условных величин применяется для устранения неоднородности состава сравниваемых коллективов. Он показывает, какой был бы уровень заболеваемости (травматизма, смертности, инвалидизации и др.) в каждом коллективе (учреждении, городе), если бы его состав (по возрасту, по полу, по стажу и др.) был одинаков.

Стандартизованные показатели используют при необходимости сравнения уровней смертности (заболеваемости) от злокачественных заболеваний (болезней органов пищеварения и т. д.) в разных городах, районных центрах; сравнения уровней заболеваемости (травматизма) на разных производствах; сравнения уровней летальности в разных больницах (отделениях).

Метод позволяет установить причину (пол, возраст, состав по тяжести заболевания) разных уровней заболеваемости или медико-социальные и гигиенические характеристики (влияние факторов риска, условий труда, образа жизни, факторов окружающей среды и др.).

Существует 3 способа стандартизации: прямой, косвенный и обратный. *Прямой* *способ* применяют, когда имеются погрупповые (повозрастные) показатели заболеваемости (смертности, травматизма) или их можно вычислить (при наличии погрупповой численности населения и заболевших). *Косвенный* *способ* используют, если показатели по группам отсутствуют и их нельзя вычислить из-за отсутствия числа заболевших.  *Обратный* *способ* применяют при отсутствии погрупповых величин численности населения.

Общим этапом вычисления стандартизованных коэффициентов является выбор стандарта возрастно-полового состава (процентное распределение состава любой из сравниваемых групп или их суммарного значения). При выборе стандартного состава уровня заболеваемости можно использовать литературные данные или показатели предыдущих исследований.

# ЗДОРОВЬЕ И МЕТОДЫ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ

## Социальные и биологические факторы здоровья

Показатели здоровья и заболеваемости используются применительно к конкретным группам здоровых и больных людей. Это обязывает подходить к оценке образа жизни человека не только с биологических, но и с медико-социальных позиций. Социальные факторы обусловлены социально-экономической структурой общества, уровнем образования, культуры, производственными отношениями между людьми, традициями, обычаями, социальными установками в семье и личностными характеристиками. Большая часть этих факторов вместе с гигиеническими характеристиками жизнедеятельности входит в обобщенное понятие “образ жизни”, доля влияния которого на здоровье составляет более 50% среди всех факторов.

Биологические характеристики человека (пол, возраст, наследственность, конституция, темперамент, адаптационные возможности и др.) составляют в общей доле воздействия факторов на здоровье не более 20%. Как социальные, так и биологические факторы воздействуют на человека в определенных условиях окружающей среды, доля влияния которых составляет от 18 до 22%. Только незначительная часть (8—10%) показателей здоровья определяется уровнем деятельности медицинских учреждений и усилиями медицинских работников. Поэтому здоровье человека — это гармоническое единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными свойствами,   
а болезнь — нарушение этой гармонии.

## Понятие о профилактике. Основные ее принципы и виды

Профилактика — составная часть медицины. Социально-профилактическое направление в деле охраны и укрепления здоровья народа включает в себя медицинские, санитарно-технические, гигиенические и социально-экономические мероприятия. Создание системы предупреждения заболеваний и устранения факторов риска является важнейшей социально-экономической и медицинской задачей государства. Выделяют индивидуальную и общественную профилактику. В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 вида профилактики.

*Первичная профилактика* — это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды и др.). К первичной профилактике относят социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию и др. Профилактическая деятельность обязательна для всех медицинских работников. Не случайно поликлиники, больницы, диспансеры, родильные дома называются лечебно-рофилактическими учреждениями.

*Вторичная профилактика* — это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

Ряд специалистов предлагают термин “*третичная профилактика*” как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем) реабилитацию.

Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является формирование у населения медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни.

## Образ жизни как медико-социальный фактор здоровья

Образ жизни — ведущий обобщенный фактор, определяющий основные тенденции в изменении здоровья, рассматривается как вид активной жизнедеятельности человека. В структуру образа жизни с его медико-социальной характеристикой входят: 1) трудовая деятельность и условия труда; 2) хозяйственно-бытовая деятельность (вид жилища, жилая площадь, бытовые условия, затраты времени на бытовую деятельность и др.); 3) рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой; 4) социолизаторская деятельность в семье (уход за детьми, престарелыми родственниками); 5) планирование семьи и взаимоотношения членов семьи; 6) формирование поведенческих характеристик и социально-психологического статуса; 7) медико-социальная активность (отношение к здоровью, медицине, установка на здоровый образ жизни). С образом жизни связывают такие понятия, как уровень жизни (структура доходов на человека), качество жизни (измеряемые параметры, характеризующие степень материальной обеспеченности человека), стиль жизни (психологические индивидуальные особенности поведения), уклад жизни (национально-общественный порядок жизни, быт, культура).

## Понятие о медицинской активности и здоровом образе жизни

Под медицинской активностью понимают деятельность людей в области охраны, улучшения индивидуального и общественного здоровья в определенных социально-экономических условиях. Медицинская (медико-социальная) активность включает: наличие гигиенических навыков, выполнение медицинских рекомендаций, участие в оздоровлении образа жизни и окружающей среды, умение оказывать первую доврачебную помощь себе и родственникам, использовать средства народной, традиционной медицины и др.

Повышение уровня медицинской активности и грамотности населения — важнейшая задача участкового врача-терапевта и педиатра (особенно семейного врача). Важной составной частью медико-социальной активности является установка на здоровый образ жизни (ЗОЖ).

ЗОЖ — это гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, активизацию защитных сил организма, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

Таким образом, ЗОЖ можно рассматривать как основу профилактики заболеваний. Он направлен на устранение факторов риска (низкий уровень трудовой активности, неудовлетворенность трудом, пассивность, психоэмоциональная напряженность, невысокая социальная активность и низкий культурный уровень, экологическая безграмотность, гиподинамия, нерациональное, несбалансированное питание, курение, употребление алкоголя, наркотических и токсических веществ, напряженные семейные отношения, нездоровый быт, генетический риск и др.). ЗОЖ является важным фактором здоровья (повышает трудовую активность, создает физический и душевный комфорт, активизирует жизненную позицию, защитные силы организма, укрепляет общее состояние, снижает частоту заболеваний и обострений хронических заболеваний).

## Основные направления и методы пропаганды здорового образа жизни

Формирование здорового образа жизни — это создание системы преодоления факторов риска в форме активной жизнедеятельности людей, направленной на сохранение и укрепление здоровья. ЗОЖ включает следующие компоненты:

1) сознательное создание условий труда, способствующих сохранению здоровья и повышению работоспособности;

2) активное участие в культурных мероприятиях, занятиях физкультурой и спортом, отказ от пассивных форм отдыха, тренировка психических способностей, аутотренинг, отказ от вредных привычек (употребления алкоголя, курения), рациональное, сбалансированное питание, соблюдение правил личной гигиены, создание нормальных условий в семье;

3) формирование межличностных отношений в трудовых коллективах, семьях, отношения к больным и инвалидам;

4) бережное отношение к окружающей среде, природе, высокую культуру поведения на работе, в общественных местах и транспорте;

5) сознательное участие в профилактических мероприятиях, проводимых медицинскими учреждениями, выполнение врачебных предписаний, умение оказывать первую медицинскую помощь, чтение популярной медицинской литературы и др.

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ пропаганда ЗОЖ является обязанностью каждого медицинского работника. При этом используются методы устной, печатной, наглядной (изобразительной) и комбинированной пропаганды.

Метод устной пропаганды является наиболее эффективным. Это самый популярный, экономичный, простой и доступный в организационном отношении метод. Он включает следующие средства пропаганды: лекции, беседы, дискуссии, конференции, кружковые занятия, викторины.

Метод печатной пропаганды охватывает широкие слои населения. Он включает статьи, санитарные листки, памятки, листовки, стенные газеты, журналы, буклеты, брошюры, книги, лозунги.

Наглядный метод — самый многообразный по числу входящих в него средств. Их можно разделить на 2 группы: натуральные объекты и изобразительные средства (объемные и плоскостные).

Комбинированный метод — метод массовой пропаганды, при которой происходит одновременное воздействие на слуховые и зрительные анализаторы.

## Структура центров медицинской профилактики. Их роль в пропаганде здорового образа жизни

Научно-методическим и координационным звеном в организации пропаганды здорового образа жизни в республиках, областях, краях, городах и районах являются центры медицинской профилактики. Они находятся в ведомстве комитетов по здравоохранению административных территорий. Основные направления деятельности: консультации жителей региона по вопросам охраны здоровья, профилактики заболеваний; формирование гигиенических навыков, грамотного гигиенического поведения; борьба с вредными для здоровья привычками; преодоление факторов риска для здоровья; профилактическое лечение; формирование у населения установки на здоровый образ жизни.

В центрах медицинской профилактики работают кабинеты: рационального питания, физической культуры, психогигиены и гигиены умственного труда, гигиены быта, профилактики вредных для здоровья привычек, брачно-семейных отношений, генетики (брака и семьи), профессионального ориентирования, регламентации (ауто­тренинга) и др. Центры координируют организационную и методическую деятельность всех медицинских учреждений (поликлиник, диспансеров, центров ГСЭН и др.) по вопросам пропаганды здорового образа жизни, по обеспечению учебно-методической и информационной литературой.

## Здоровье как показатель эффективности медико-профилактической деятельности

Любой вид врачебной деятельности, комплекс оздоровительных, гигиенических и профилактических мероприятий в отдельных коллективах и на административной территории должен оцениваться с точки зрения социальной, медицинской и экономической их эффективности. Ведущим критерием оценки эффективности могут быть только показатели здоровья в динамике (снижение заболеваемости, смертности, инвалидизации, увеличение продолжительности периода трудовой деятельности и др.). Эффективность оценивается как отношение полученного результата к произведенным затратам.

В здравоохранении не может преследоваться цель экономии средств на здоровье человека или экономии за счет здоровья. Экономическое обоснование лечебно-профилактических мероприятий, анализ использования средств в здравоохранении необходимы для выбора наиболее оптимальных вариантов ассигнования, достижения наилучших результатов в охране здоровья населения. Основные слагаемые экономической эффективности (или предотвращенного ущерба) следующие:

— прирост продукции за счет уменьшения времени, потерянного трудящимися из-за временной нетрудоспособности, инвалидности, преждевременной смерти;

— уменьшение потерь от снижения производительности труда работников, ослабленных болезнью;

— сокращение дополнительных затрат на оздоровление и технику безопасности на участках с вредными и тяжелыми условиями труда;

— уменьшение затрат на дополнительную подготовку работников, замещающих заболевших и инвалидов;

— сокращение расходов на медицинскую помощь в учреждениях здравоохранения в связи с уменьшением численности пациентов;

— уменьшение затрат на социальное страхование временной нетрудоспособности.

Если после проведения прививок (оздоровительных мероприятий и др.) заболеваемость рабочих снизилась на 800 рабочих дней, то экономической эффективностью будет являться сохраненная стоимость этих рабочих дней, умноженная на стоимость выпускаемой продукции за каждый из 800 дней.

## Определение здоровья. Основные методы его изучения. Группы здоровья

Здоровье — это такое состояние, которое обеспечивает оптимальное взаимоотношение организма с окружающей средой и способствует активизации всех видов жизнедеятельности человека (трудовой, хозяйственной, бытовой, рекреационной, социолизаторской, планирования семьи, медико-социальной и др.). Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как “состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов”. Имеются другие определения, среди которых здоровье индивидуума рассматривается как динамическое состояние сохранения и развития его биологических, физиологических и психических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности при максимально продолжительной и активной жизни.

Основными критериями, характеризующими общественное здоровье, являются:

— медико-демографические (рождаемость, смертность, естественный прирост, младенческая смертность, частота рождения недоношенных детей, ожидаемая средняя продолжительность жизни);

— заболеваемость (общая, инфекционная, с временной утратой трудоспособности, по данным медицинских осмотров, основными неэпидемическими заболеваниями, госпитализированная);

— первичная инвалидность;

— показатели физического развития;

— показатели психического здоровья.

Все критерии оцениваются в динамике. Важным критерием оценки здоровья населения следует считать индекс здоровья, то есть долю неболевших на момент исследования (в течение года и т. д.). Можно учитывать долю лиц с хроническими формами заболеваний, часто и длительно болеющих и др.

Сведения о состоянии здоровья (заболеваемости) можно получить на основании проведенных медицинских осмотров, обращаемости населения за медицинской помощью, результатов специальных выборочных исследований, данных о причинах смерти и др.

При оценке здоровья население распределяется по группам здоровья: 1-я группа (здоровые) — это лица, которые не имеют жалоб, хронических заболеваний в анамнезе, функциональных отклонений и органических изменений; 2-я группа (практически здоровые) — лица, у которых имеются хронические заболевания в стадии стойкой ремиссии, функциональные изменения в органах и системах, не влияющие на их деятельность и трудоспособность; 3-я группа — больные хроническими заболеваниями в стадии компенсации, субкомпенсации или декомпенсации.

## Основные показатели здоровья населения России. Их медико-социальная оценка

Медико-демографические показатели свидетельствуют о замедлении прироста населения в России. В последние годы в большинстве городов страны отмечается отрицательный прирост (убыль около 6 на 1000 жителей) населения. Выражен процесс снижения рождаемости до 8—10‰, преобладает ориентация на однодетную семью. В Санкт-Петербурге показатель рождаемости к 1996 г. составил около 7 на 1000 жителей. В Европейских странах уровень рождаемости также низкий, а в Юго-Восточной Азии — более 25 на 1000 жителей.

В России показатели смертности населения возросли до 15 на 1000 человек (в Санкт-Петербурге — около 17‰). Младенческая смертность снижается, однако недостаточными темпами. В России и в Санкт-Петербурге младенческая смертность в 1,5—2 раза выше, чем в экономически развитых странах, и составляет около 15—17 на 1000 родившихся живыми. Материнская смертность составляет в Санкт-Петербурге 58,4 на 100000 родившихся живыми.

Не увеличивается, а наоборот, уменьшается средняя продолжительность ожидаемой жизни. В России к 1996 г. она составила около 64 лет, причем отмечается значительная разница этого показателя у мужчин (57 лет) и женщин (71 год).

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности составляет около 70 случаев и 1090 дней на 100 работающих. Увеличилось число зарегистрированных инфекционных заболеваний (дифтерия, коклюш, клещевой энцефалит, сальмонеллезы). Возрос уровень заболеваемости венерическими болезнями, туберкулезом, психическими заболеваниями. Растет число самоубийств. Увеличиваются показатели первичного выхода на инвалидность трудоспособного населения (65,2 на 10000 работающих).

Приведенные показатели здоровья населения свидетельствуют о том, что хронические неинфекционные болезни являются ведущими в структуре заболеваемости и смертности населения и зависят в первую очередь от факторов риска, образа жизни.

## Схема комплексного изучения здоровья и факторов, его определяющих

Анализ состояния здоровья населения или отдельных его групп должен стать обязательным в деятельности врача. Основными элементами комплексного анализа являются: 1) сбор информации о состоянии здоровья; 2) обработка и анализ информации о состоянии здоровья; 3) выдвижение гипотезы о связи факторов среды с состоянием здоровья; 4) направленное изучение факторов среды и углубленное изучение характеристик здоровья; 5) выявление количественных зависимостей между факторами среды и характеристиками здоровья; 6) принятие решения по оздоровлению окружающей среды для первичной профилактики заболеваний; 7) реализация принятых решений; 8) проверка эффективности принятых решений.

## Понятие о заболеваемости, распространенности, патологической пораженности. Источники и учетные признаки при изучении заболеваемости

Заболеваемость является одним из критериев оценки состояния здоровья населения. Материалы о заболеваемости населения в практической деятельности врача необходимы для: оперативного руководства работой учреждений здравоохранения; оценки эффективности проводимых лечебно-оздоровительных мероприятий, в том числе диспансеризации; оценки здоровья населения и выявления факторов риска, способствующих снижению заболеваемости; планирования объема профилактических осмотров; определения контингента для диспансерного наблюдения, госпитализации, санаторно-курорт­ного лечения, трудоустройства определенного контингента больных и т. д.; текущего и перспективного планирования кадров, сети различных служб и подразделений здравоохранения; прогноза заболеваемости.

В статистике заболеваемости существуют следующие показатели.

*Заболеваемость* — это совокупность вновь возникших заболеваний за календарный год; рассчитывается как отношение числа вновь возникших заболеваний к средней численности населения, умноженное на 1000.

*Болезненность* — это распространенность зарегистрированных заболеваний, как вновь возникших, так и ранее существовавших, при первичном обращении в календарном году; статистически выражается как отношение числа всех заболеваний населения за год к средней численности населения, умноженное на 1000.

*Патологическая пораженность* — совокупность болезней и патологических состояний, выявленных врачами путем активных медицинских осмотров населения; статистически выражается как отношение числа заболеваний, имеющихся на данный момент, к средней численности населения, умноженное на 1000. В основном это хронические заболевания, но могут быть учтены и острые заболевания, имеющиеся на данный момент. В практическом здравоохранении этим термином могут быть определены результаты медицинских осмотров населения. Рассчитывают как отношение числа заболеваний, выявленных при медицинском осмотре, к числу осмотренных лиц, умноженное на 1000.

В зависимости от цели исследования используют различные статистические материалы и учетные документы (медицинские карты, экстренные извещения, листки нетрудоспособности, карты выбывших из стационара, врачебные свидетельства о смерти, другие специальные бланки и анкеты). При изучении заболеваемости и смертности населения пользуются “Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем” (10-й пересмотр, 1995 г., ВОЗ), включающей 21 класс заболеваний, которые разделены на блок рубрик, термины и диагностические формулировки.

## Общая заболеваемость. Основные критерии и показатели. Их медико-социальная оценка

Общая заболеваемость населения изучается по данным всех первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. Основным учетным документом в амбулаторно-поликлинических учреждениях является медицинская карта. Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости является первичное обращение больного в текущем календарном году по поводу данного заболевания. При изучении общей заболеваемости вычисляются общие и специальные показатели.

Показатель общей заболеваемости определяется числом первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилак­тические учреждения в данном году на 1000 или 10000 жителей. Общий показатель — это отношение числа заболевших за год к общей численности населения.

Число обращений за медицинской помощью по поводу заболеваний в Санкт-Петербурге в настоящее время значительно снизилось и составляет: общая заболеваемость взрослого населения около 900 обращений на 1000, а первичная заболеваемость — около 500 обращений на 1000 жителей. Заболеваемость детского населения: общая — 1800, первичная — 1500 обращений на 1000 детей.

Специальные показатели заболеваемости: заболеваемость по полу, возрасту, нозологическим формам, административным территориям.

В структуре общей заболеваемости взрослого населения Санкт-Петербурга первые места занимают: болезни органов дыхания (около 25%), болезни системы кровообращения (около 16%), болезни нервной системы и органов чувств (около 12%), травмы и отравления (около 12%). Среди детского контингента в структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания (около 55%), болезни органов пищеварения (около 10%), заболевания нервной системы и органов чувств (около 8%), инфекционные и паразитарные болезни (8%).

## Инфекционная и неэпидемическая заболеваемость. Ее медико-социальное значение

Заболеваемость инфекционными болезнями изучается путем учета каждого инфекционного заболевания или подозрения на него. Учетным документом является экстренное извещение об инфекционном заболевании. Экстренное извещение составляется на каждое инфекционное заболевание или подозрение на заболевание и направляется в течение 12 ч в центр ГСЭН. Экстренное извещение до отправления регистрируется в журнале инфекционных заболеваний (форма   
№ 060). На основе записей в этом журнале составляется отчет о динамике инфекционных заболеваний за каждый месяц, квартал, полугодие и год.

Анализ инфекционной заболеваемости проводится с помощью общих и специальных показателей. Общий показатель инфекционной заболеваемости — это число инфекционных заболеваний, зарегистрированных за год на 10000 жителей, деленное на численность населения. Специальные показатели — возрастно-половые, в зависимости от профессии, стажа работы и др.

Рассчитывается структура инфекционной заболеваемости (в %) — удельный вес инфекционных заболеваний среди общего числа зарегистрированных заболеваний, оценивается показатель летальности (число умерших на 10000 зарегистрированных больных) и др.

При углубленном изучении инфекционной заболеваемости анализируются сезонность, источники заражения, эффективность профилактических прививок и т. д., что дает возможность врачам разработать мероприятия по борьбе с инфекционными болезнями.

Заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями (туберкулез, венерические заболевания, новообразования, трихофития и др.), зарегистрированными впервые в данном году, рассчитывается на 10000 жителей (уровень, структура). Единицей наблюдения при изучении неэпидемической заболеваемости является каждый больной с впервые в жизни установленным диагнозом одного из указанных заболеваний. Учет заболеваний ведется в диспансерах.

## Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Учетно-отчетная документация и оценка показателей. Кратность заболеваний. Индекс здоровья

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ) занимает особое место в статистике заболеваемости в связи с высокой экономической значимостью. Заболеваемость с ВУТ — один из видов заболеваемости по обращаемости, является приоритетной характеристикой состояния здоровья работающих. Заболеваемость с ВУТ характеризует распространенность тех случаев заболеваемости работающих, которые повлекли за собой невыход на работу.

Единицей наблюдения при изучении заболеваемости с ВУТ является каждый случай временной нетрудоспособности в связи с заболеванием или травмой в данном году. Учетным документом служит листок нетрудоспособности, который является не только медицинским статистическим, но и юридическим документом, удостоверяющим временное освобождение от работы, и финансовым, на основании которого производится выплата пособия из средств социального страхования. Помимо паспортных данных (фамилия, имя, отчество, пол, возраст), в листке нетрудоспособности имеются сведения о месте работы заболевшего, диагнозе и продолжительности лечения.

Оценка заболеваемости с ВУТ проводится как по общепринятой методике на основании отчетов о временной нетрудоспособности (форма № 16-ВН), так и по углубленной методике с помощью полицевого метода. По общепринятой методике на основе данных формы № 16-ВН может быть рассчитан ряд показателей: 1) число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих: рассчитывается как отношение числа случаев заболеваний (травм) к средней численности работающих, умноженное на 100 (в среднем около 80—100 случаев на 100 работающих); 2) число дней ЗВУТ на 100 работающих: отношение дней заболеваемости (травм) к численности работающих, умноженное на 100 (около 800—1200 на 100 работающих); 3) средняя длительность одного случая ЗВУТ (отношение общего числа дней нетрудоспособности к числу случаев нетрудоспособности) — около 10 дней.

При анализе ЗВУТ определяется структура временной нетрудоспособности в случаях и днях (первое место — заболевания острыми респираторными инфекциями, далее — болезни нервной системы и органов чувств, гипертоническая болезнь, болезни костно-мышечной системы, инфекции кожи, болезни органов пищеварения и др.). Все показатели заболеваемости оцениваются по нозологическим формам (в случаях и в днях на 100 работающих) и в динамике за ряд лет. При углубленной методике изучения заболеваемости с ВУТ полицевым методом на каждого работающего заполняется лицевая, или персональная, карта. Единицей наблюдения при этой методике является работающий. При полицевом учете заболеваемости оцениваются: индекс здоровья; кратность заболеваний (1, 2, 3 раза); удельный вес часто болеющих (4 раза и более в году) и длительно болеющих (более 40 дней).

По группам здоровья работающих можно распределять на 5 основных групп: 1) здоровые (не имевшие ни одного случая нетрудоспособности в году); 2) практически здоровые (имевшие в году 1—2 случая нетрудоспособности по поводу острых форм заболеваний);   
3) имевшие в году 3 и более случаев утраты трудоспособности по поводу острых форм заболеваний; 4) имеющие хронические заболевания, но не имевшие случаев утраты трудоспособности; 5) имеющие хронические заболевания и имевшие по поводу этих заболеваний случаи утраты трудоспособности.

## Показатели госпитальной заболеваемости

Заболеваемость госпитализированных больных — это учет лиц, лечившихся в стационаре в течение года. Сведения о госпитализированной заболеваемости позволяют судить о своевременности госпитализации, продолжительности и исходе лечения, совпадении или расхождении диагнозов, объеме оказанной медицинской помощи и др. Данные о госпитализированной заболеваемости учитываются при планировании коечного фонда, определении потребности в различных видах стационарной помощи. Единицей наблюдения при изучении госпитализированной заболеваемости является каждый случай госпитализации. Учетной статистической формой служит карта выбывшего из стационара.

Общий уровень госпитализации составляет около 150 случаев на 1000 человек. В структуре госпитализированных больных основную долю составляют больные заболеваниями органов кровообращения, пищеварения, хроническими заболеваниями органов дыхания, больные с травмами.

## Заболеваемость, выявляемая активно при периодических и массовых медицинских осмотрах

Заболеваемость, выявляемая при профилактических медицинских осмотрах, называется патологической пораженностью. Периодические и массовые медицинские осмотры позволяют выявить ранее не известные хронические заболевания, по поводу которых население не обращается активно в медицинские учреждения. Учету подлежат случаи начальных (скрытых) проявлений тех или иных болезней. Достоинством метода активных медицинских осмотров является также уточнение диагностики некоторых хронических заболеваний и патологических отклонений.

Основной учетный документ при изучении этого вида заболеваемости — “Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру”. Анализ изучения заболеваемости по данным медицинских осмотров проводится по показателям частоты выявленных при профилактических осмотрах заболеваний (отношение числа выявленных заболеваний к числу обследованных, умноженное на 1000). При этом анализе производится и расчет структуры выявленной патологии, определяется индекс здоровья.

При выборе основного диагноза следует руководствоваться “Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем” (10-й пересмотр, 1995 г.). При диагностике и шифровке заболеваемости предпочтение следует отдавать: 1) основной болезни, а не осложнению; 2) более тяжелой и смертельной болезни; 3) инфекционным, а не неинфекционным заболеваниям; 4) острой форме заболевания, а не хронической; 5) специфическому заболеванию, связанному с определенными условиями труда и быта.

## Структура причин смерти. Источники информации, основные показатели и факторы риска смертности населения и летальности при различных заболеваниях

Источником информации о заболеваемости и причинах смерти является врачебное свидетельство о смерти. В нем должны быть указаны непосредственная причина смерти и заболевание, вызвавшее или обусловившее непосредственную причину смерти, то есть основное заболевание. Кроме того, указываются все сопутствующие заболевания, имевшиеся у больного.

В загсах на основании врачебного свидетельства о смерти составляется “Акт о смерти”. Эти акты ежемесячно направляются в статистическое управление области, где составляются отчеты и проводится анализ причин смертности.

Исследования частоты заболеваний, способствовавших смертельному исходу, позволяют изучить летальность при различных заболеваниях (число умерших среди 100 заболевших). При анализе заболеваемости по данным о причинах смерти используются общие и специальные показатели: 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 умерших за год 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.

В структуре общей смертности населения первое место занимают болезни органов кровообращения. Основными факторами риска смертности и летальности при этих заболеваниях являются гиподинамия, особенно в условиях крупного города, избыточная масса тела, наличие вредных привычек (курение и употребление алкогольных напитков, стрессовые ситуации и пр.). На втором месте стоят онкологические заболевания, которые обусловлены воздействием таких факторов риска, как загрязнение окружающей среды вредными химическими соединениями, радиация, курение и пр. Третье место в структуре общей смертности занимают травмы и хронические неспецифические заболевания легких.

## Использование исходных статистических показателей при оценке физического развития населения

В настоящее время физическое развитие рассматривается как один из основных показателей состояния здоровья отдельного человека и населения в целом. Под физическим развитием понимают комплекс морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих массу, плотность, форму тела и др. Физическое развитие характеризуют следующие параметры: антропометрические (масса тела, длина тела и др.); физиометрические (частота пульса, дыхания, жизненная емкость легких, показатели АД); соматоскопические (телосложение, тургор, форма ног, грудной клетки и др.).

Антропометрические измерения в практике здравоохранения, вследствие их информативности, простоты и доступности, являются обязательными с рождения до взрослого состояния. Данные антропометрических исследований подвергают вариационно-статисти­ческой обработке с составлением вариационных рядов, уравнений регрессии и др. Проводится анализ полученных данных методом сигмальной оценки, по специальным таблицам физического развития (шкала регрессии), по приросту показателей в различные возрастные периоды. Такой подход к оценке физического развития предполагает выделение детей, соответствующих норме. Определяется доля детей с отклонениями от нормы.

Выделяют 5 соматических типов: 1) замедленный тип роста и развития; 2) замедленный тип развития; 3) средний тип роста и развития; 4) ускоренный тип развития; 5) ускоренный тип роста и развития.   
В основу этой типологии положена связь морфологического статуса и степени полового созревания. Методика предполагает оценить физическое развитие ребенка по сопоставлению достигнутых величин со стандартными. Оцениваются темпы возрастного развития детей.

При исследовании физического развития детей и подростков широко распространен метод оценки показателей роста, массы, окружности груди по шкале регрессии. Индивидуальные значения отдельных признаков разнообразны: так, у людей одинакового роста показатели массы тела и окружности грудной клетки могут колебаться в самых широких пределах. Меру разнообразия индивидуальных показателей характеризует сигма регрессии, которая используется при расчете коэффициента регрессии (отношение сигмы массы тела к сигме длины тела, умноженное на коэффициент корреляции). Зная коэффициент регрессии, используя уравнение регрессии и сигму регрессии, можно построить шкалу регрессии. На этом принципе расчетов строятся стандарты физического развития, которые позволяют сопоставить рост каждого ребенка с массой его тела, окружностью груди, ростом сидя и т. д.

Применяя регрессию в исследовании, мы можем по изменению величины какого-либо признака на единицу значения судить об изменении размеров другого, взаимосвязанного с ним признака.

## Болезни системы кровообращения как социально-гигиеническая проблема

Болезни системы кровообращения занимают второе место в структуре общей заболеваемости (около 16%) и первое место — среди причин смерти (уровень смертности составляет более 980 случаев на 100000 жителей). Увеличение показателей смертности от этих заболеваний происходит на фоне роста общей смертности населения. Установлено, что число больных с этой патологией особенно интенсивно увеличивается среди мужчин в возрасте 40—50 лет. Сердечно-сосудистые заболевания занимают сегодня первое место среди причин инвалидности населения нашей страны. При этом 4% мужчин получают I группу, 60% — II группу инвалидности. У женщин эти показатели немного ниже. Среди причин инвалидности превалируют ишемическая и гипертоническая болезни, сосудистые поражения мозга, ревматизм.

С возрастом отмечается повышение уровня заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями (кроме ревматизма). У женщин показатели заболеваемости (кроме инфаркта миокарда) выше, чем у мужчин. Увеличение показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний обусловлено такими факторами, как постарение населения, улучшение диагностики, более точная формулировка причин смерти.

Из большого числа факторов риска возникновения ишемической болезни сердца выделены две основные группы: 1) социально-культурные факторы риска; 2) “внутренние” факторы риска. К 1-й группе отнесены: потребление высококалорийной, богатой насыщенными жирами и холестерином пищи, курение, сидячий (малоактивный) образ жизни, нервный стресс; ко 2-й группе — артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, нарушенная толерантность к углеводам, ожирение (избыточная масса тела), наследственность. Степень влияния каждого из названных факторов и их комбинаций различна.

В зависимости от характера заболевания и состояния больного врачи намечают ряд лечебно-профилактических мероприятий: медикаментозное лечение, стационарное лечение, физиотерапию, лечебную физкультуру, санаторно-курортное лечение и др. Функционируют кардиологические отделения, диспансеры, центры, научно-исследовательские институты, больницы восстановительного лечения.

## Злокачественные новообразования как социально-гигиеническая проблема

Второе место в структуре причин смертности населения в экономически развитых странах с 40—50-х годов занимают злокачественные новообразования. В России наиболее высокая заболеваемость злокачественными новообразованиями среди женщин отмечена в Санкт-Петербурге (197,7 на 10000 жителей). У мужчин этот показатель выше — 282 на 10000 жителей. Общий уровень онкологической заболеваемости в Санкт-Петербурге составляет 285 на 10000 жителей. Ежедневно в Санкт-Петербурге в среднем заболевают раком 50 и умирают — около 40 человек. Уровень смертности от новообразований составляет около 280 случаев на 100000 жителей.

Рост числа новообразований происходит не столько за счет улучшения диагностики этих заболеваний и увеличения числа лиц пожилого и старого возраста, у которых злокачественные опухоли развиваются чаще, сколько в результате истинного увеличения заболеваемости и смертности, особенно от рака легких и рака крови.

Показатели смертности в возрастных группах мужчин и женщин существенно различаются. Так, для группы 25—34 года смертность несколько выше у мужчин, 35 лет — у женщин, а в возрасте 55—64 лет значительно больше умирает мужчин. В целом смертность мужчин превышает смертность женщин. В разных возрастных группах мужчин и женщин имеются и различия в локализации злокачественных новообразований: в возрасте 25—40 лет у женщин преобладает рак половых органов, у мужчин — рак легких и рак желудка.

Стремительно возросла за последние 25—30 лет смертность от рака органов дыхания, и прежде всего у мужчин старших возрастных групп.

Диспансерный учет больных со злокачественными новообразованиями, находящихся под наблюдением онколога, дает возможность судить об общей их численности, так как эти больные находятся под наблюдением онкологических учреждений пожизненно.

К специальным показателям работы онкологических диспансеров, кабинетов и отделений относятся: 1) объем и эффективность массовых и индивидуальных профилактических осмотров населения, проводимых в целях раннего выявления злокачественных новообразований и предопухолевых состояний; 2) удельный вес больных с запущенными формами онкологических заболеваний среди впервые выявленных больных со злокачественными новообразованиями;   
3) осведомленность населения о ранних признаках рака и других опухолей, их излечимости при своевременном обращении за медицинской помощью (метод анкетирования и др.); 4) отдаленные результаты лечения.

## Травматизм — социально-гигиеническая проблема

Третье место среди причин смертности населения большинства экономически развитых стран занимают несчастные случаи и травмы, количество которых растет с каждым годом. Удельный вес травм и отравлений в структуре общей заболеваемости жителей Санкт-Петербурга составляет около 12%. Высока доля травм и среди подростков — 8%. Среди взрослого населения этот показатель составляет 121 случай на 1000 жителей.

Удельный вес смертности от несчастных случаев к настоящему времени возрос на 8—10%. Особенно интенсивно смертность увеличивалась в последние 20—25 лет (в 1,5—2 раза). Несчастные случаи — главная причина смерти детей, подростков, молодых лиц. В развитых странах смертность от них занимает первое место среди мужчин в возрастных группах от 1 года до 44 лет. “Эпидемия” травматизма продолжается, и каждый год его жертвами становятся сотни тысяч человек; к ним нужно добавить случаи убийств, изнасилований, число которых увеличивается с каждым годом. Тревогу вызывает возросший в последние годы транспортный травматизм, составляющий 30—40% от всех несчастных случаев. Большое число случаев смерти связано с производственными и бытовыми травмами, особенно с падениями (в быту, на производстве). Увеличилось число травм среди спортсменов.

Перенаселенность городов, загрязнение внешней среды, ускорение общего ритма жизни, увеличение количества транспортных средств и повышение скорости их передвижения, распространение новых технологических процессов на производстве и в сельском хозяйстве, широкое использование техники в быту — все это определяет уровень травматизма.

Травматизм является важной социально-гигиенической проблемой, решение ее неразрывно связано с улучшением состояния здоровья населения, со снижением уровня временной нетрудоспособности, инвалидности, смертности, с увеличением средней продолжительности предстоящей жизни. Травматизм наносит огромный экономический ущерб национальному хозяйству страны.

Медико-социальный анализ травматизма осуществляется с учетом: 1) обстоятельств несчастных случаев (производственные, бытовые, при пешеходном движении, при повреждении транспортом, спортивные, убийства, самоубийства и др.); 2) возрастно-половых особенностей, профессии; 3) характера травм (ушиб, перелом, ранение); 4) локализации травм; 5) места оказания медицинской помощи; 6) последствий травм (без потери трудоспособности, инвалидность, смерть). Среди причин травматизма выделяют технические, организационные, санитарно-гигиенические, индивидуально-поведенческие.

## Алкоголизм, курение и наркомания как медико-социальная проблема

Алкоголизм — один из наиболее грозных факторов риска развития различных заболеваний. Алкоголизм рассматривается как медико-социальная проблема, влияющая на показатели состояния здоровья, заболеваемости и смертности. Уровень общей заболеваемости среди злоупотребляющих алкоголем в 1,5 раза выше, преимущественно за счет болезней системы кровообращения, органов пищеварения, отравлений и травм. В структуре общей заболеваемости после болезней органов дыхания у пьющих занимают травмы.

В стране уровень алкогольных психозов составляет 10,5 случая на 100000, а частота распространенности алкоголизма — 115,3 случая на 100000 жителей.

Уровень смертности среди систематически пьющих в 3 раза выше, чем среди непьющих. В структуре смертности первое место занимают травмы и отравления, второе — болезни системы кровообращения, третье — онкологические заболевания. Злоупотребление алкоголем сокращает среднюю продолжительность жизни на 20 лет.

Курение — один из факторов риска развития тяжелых заболеваний. Медико-социальная значимость курения проявляется в показателях общественного здоровья. Оно является причиной возникновения злокачественных новообразований трахеи, бронхов, легких, гортани, пищевода, полости рта. С курением связано 90% заболеваний раком легких. У курящих чаще развиваются сердечно-сосудистые заболевания, обструктивный бронхит и эмфизема легких. Так, инфаркт миокарда у курящих возникает в 3 раза чаще, чем у некурящих. Эта вредная привычка служит причиной многих функциональных нарушений: расстройств памяти, внимания, задержки роста и полового развития у подростков, бесплодия, снижения работоспособности. Среди курящих уровень смертности на 70% выше, чем среди некурящих. Курение приводит к преждевременной смерти, сокращает продолжительность жизни на 8—15 лет.

Наркомания и токсикомания являются медико-социальной проблемой, они оказывают влияние на уровень заболеваемости и смертности. Высок риск заражения ВИЧ-инфекцией у этой группы населения.

## Использование демографических показателей в работе врача. Статика и динамика населения

Санитарно-демографические показатели являются важнейшими критериями оценки здоровья населения. Сведения о численности населения необходимы органам здравоохранения для разработки планов оздоровительных мероприятий, определения количества, мощности и размещения сети лечебно-профилактических учреждений, для планирования подготовки медицинских кадров.

Демография как наука изучает численный состав населения, распределение населения по полу, возрасту, социальным и профессиональным группам, размещение и движение населения на территории, причины и следствия изменения состава населения, взаимосвязь социально-экономических факторов и этих изменений. Она является самой древней отраслью санитарной статистики. Показатели демографической статистики широко используются при:

— оценке здоровья населения (рождаемость, смертность, средняя продолжительность жизни, конечные показатели воспроизводства);

— оценке закономерностей воспроизводства, формирующих структуру населения;

— планировании, размещении и прогнозировании сети кадров здравоохранения на основе численности и структуры населения;

— оценке эффективности планирования и прогнозирования медико-социальных мероприятий.

В конечном итоге без знания количественного и качественного состава населения невозможно провести глубокий статистический анализ состояния его здоровья, деятельности медицинских учреждений, четко планировать их работу.

В здравоохранении широко используются данные о статике и динамике населения. Статика характеризует население на каждый данный момент (его численность, состав, особенности расселения, занятость и т. д.).

Динамика населения подразделяется на механическое и естественное движение. Под механическим движением понимают процесс миграции населения. В зависимости от продолжительности миграцию разделяют на постоянную и сезонную. При изучении состояния здоровья населения, при других социально-гигиенических исследованиях по отдельным районам страны полезно учитывать длительность проживания в данной местности, изучать состояние здоровья, процесс акклиматизации и качество лечебно-профилактического обслуживания мигрантов. Учет механического движения населения осуществляется административными органами.

Естественное движение населения — это совокупность таких демографических явлений, как рождаемость, смертность, естественный прирост населения, младенческая смертность, данные о браках, разводах, средней продолжительности предстоящей жизни, регистрация которых производится в медицинских учреждениях и органах записи актов гражданского состояния. Статистика естественного движения населения основана на обязательной регистрации рождений, смертей, браков, разводов по специальным документам (справки о рождении, свидетельства о смерти, акты о записи).

## Возрастно-половая структура населения. Использование этих данных в работе врача

Возрастно-половой состав имеет значение для характеристики состояния здоровья и воспроизводства населения. Преобладание тех или других возрастно-половых групп в структуре населения определяет уровень смертности, рождаемости, причины смерти, удельный вес лиц трудоспособного и нетрудоспособного возраста, среднюю продолжительность предстоящей жизни. Тип возрастной структуры населения определяется соотношением численности детей до 14 лет с численностью населения в возрасте 50 лет и старше. Превалирование в возрастной структуре населения лиц до 14 лет свидетельствует о прогрессивном типе структуры населения. Уменьшение доли населения молодого возраста и преобладание старших возрастных групп характеризуют регрессивную структуру. Равное соотношение между числом лиц до 14 лет и числом лиц старше 50 лет, при доле населения в возрасте 15—49 лет до 50%, свидетельствует о стационарном типе структуры населения.

Анализ возрастно-половой структуры населения конкретного региона позволяет предвидеть изменения в естественном движении населения, а также использовать эти закономерности в планировании (экономическое и социальное развитие, обеспеченность медицинскими кадрами и пр.) различных служб здравоохранения. В России, как и в других экономически развитых странах, отмечается тенденция к постарению населения, снижению рождаемости, повышению показателей общей смертности, увеличению числа разводов, уменьшению числа детей в семье.

## Методика проведения переписи населения. Основные показатели переписи населения России, их медико-социальная оценка.

Перепись населения — это специальная научно организованная государственная статистическая операция по учету и анализу данных о численности населения, его составе и распределении по территории. Перепись характеризуется следующими особенностями.

1. Периодичность (в большинстве стран переписи проводятся через 10 лет, в экономически развитых — через 5 лет).

2. Всеобщность (охват всего населения).

3. Единство методики (наличие единой программы переписи в виде переписного листа).

4. Единовременность (численность населения учитывается на определенный момент, когда население ведет самый оседлый образ жизни).

5. Сбор сведений методом опроса при помощи переписчиков без обязательного подтверждения документами.

6. Централизованный способ обработки данных.

Данные переписи населения необходимы для перспективных расчетов численности населения, для планирования развития отраслей национального хозяйства, в том числе здравоохранения, для оценки санитарного состояния населения и расчета различных показателей здоровья. В санитарно-эпидемиологической службе данные переписи применяются для оценки санитарно-эпидемического состояния района, для разработки прогнозов эпидемической ситуации и др.

Переписи населения показали, что в экономически развитых странах постоянно наблюдается тенденция увеличения численности населения — в среднем около 1% в год, в развивающихся странах — до 2%. В большинстве стран мира преобладают женщины пожилого возраста и мужчины в возрасте до 32 лет.

В России в последнее десятилетие численность населения ежегодно уменьшалась и к 1996 г. составила около 147 млн. человек. Показатель естественного прироста, (разница между уровнем рождаемости и уровнем смертности) отрицательный (–6 на 1000 жителей). Отмечается постарение населения. Так, доля населения старших возрастных групп в Санкт-Петербурге составляет около 23%. Снижается доля детского населения (до 20%).

Урбанизация — это демографический процесс, который характеризуется ростом числа городов, увеличением их мощности и вследствие этого преобладанием доли городских жителей среди всего населения. В России доля городского населения увеличилась с 18% в   
1897 г. до 67% в 1989 г. (по данным последней переписи). В перспективе городские жители будут составлять 80% от всего населения страны.

## Специальные показатели рождаемости. Уровни и динамика рождаемости в России. Основные показатели воспроизводства населения

Рождаемость — это важнейшая составная часть естественного движения населения. За последние годы отмечается значительное снижение уровня рождаемости во всех экономически развитых странах, что влечет за собой целый ряд нежелательных последствий: нарастание дефицита трудовых ресурсов, снижение темпа роста численности населения, изменение его возрастной структуры (постарение населения и уменьшение доли женщин фертильного возраста), увеличение количества семей, имеющих одного ребенка и т. д.

Рождаемость относится к социально-биологической категории. Как статистический показатель, она определяется отношением числа родившихся живыми в данном году к среднегодовой численности населения, умноженным на 1000. В областях, где коэффициент рождаемости составляет 8—10‰, преобладают однодетные семьи. В последние годы в России отмечается тенденция резкого снижения рождаемости, уровень которой составляет 6—10‰ (в Санкт-Петербурге — 7‰). В Европейских странах уровень рождаемости низкий — 9—12‰, в странах Юго-Восточной Азии высокий — более 25‰.

Для углубленной характеристики рождаемости необходимо знать показатели общей и повозрастной плодовитости. Показатель фертильности определяется отношением числа родившихся живыми к числу женщин детородного возраста (15—49 лет), умноженным на 1000. В России этот показатель составляет 59,8 на 1000 женщин фертильного возраста.

Повозрастные показатели рождаемости (плодовитости) определяются отношением числа родившихся живыми детей у женщин различных возрастных групп (15—19, 20—24, 25—29 лет и т. д.) к числу женщин соответствующей возрастной группы, умноженным на 1000. Чтобы исключить влияние возрастно-полового состава на показатели рождаемости и определить, в какой мере живущее поколение воспроизводит себе смену, надо рассчитать коэффициенты воспроизводства населения: коэффициент суммарной плодовитости — число детей, рожденных в среднем одной женщиной за весь репродуктивный период ее жизни; брутто-коэффициент, или валовый показатель воспроизводства, показывающий число девочек, рожденных в среднем одной женщиной за весь репродуктивный период ее жизни; нетто-коэффициент, или очищенный показатель воспроизводства (число девочек, рожденных в среднем одной женщиной за весь репродуктивный период ее жизни и доживших до возраста, в котором была женщина при рождении этих девочек). Если нетто-коэффициент равен 1, брутто-коэффициент — 1,22, суммарная плодовитость — 2,2, то воспроизводство населения оценивают как стационарное. Показатели, превышающие данный уровень, характеризуют расширенное воспроизводство, а показатели ниже данного уровня — суженное воспроизводство.

Среди факторов, оказывающих влияние на рождаемость, можно выделить: общественное положение женщин, их занятость в производстве, уровень удовлетворения их материальных потребностей, культурный уровень, жилищные условия, степень обеспеченности, законодательство, уровень детской смертности, пенсионное обеспечение, урбанизацию, национальные особенности, психологические и религиозные факторы, постарение населения, демографическую политику государства.

## Показатели общей и повозрастной смертности населения. Уровни и динамика

Смертность населения относится к важнейшим демографическим показателям, характеризующим санитарное состояние населения. Врачебная регистрация причин смерти является ответственной функцией врача. В нашей стране в городах введена обязательная регистрация причин смерти. Врачебное свидетельство о смерти является юридическим и медицинским документом, удостоверяющим факт и причину смерти. Достоверность информации о причинах смерти населения зависит от качества заполнения врачебного свидетельства о смерти. Медицинское свидетельство о смерти состоит из двух частей. В первую часть вписывают непосредственную причину смерти, промежуточную, предшествовавшую основной причине, и начальную причину.

Смертность как частоту случаев смерти среди населения изучают с помощью системы коэффициентов. Общее представление о частоте смертей дает общий коэффициент смертности: отношение числа умерших за год к среднегодовой численности населения, умноженное на 1000. Общий показатель смертности в России составляет около 15 на 1000, в Санкт-Петербурге — 17 на 1000 человек населения. В последние годы общая смертность населения в России имеет тенденцию к увеличению. Обращает внимание резкое увеличение смертности мужчин трудоспособного возраста.

При анализе коэффициентов смертности, наряду с общим, рассчитывают специальные коэффициенты с учетом возраста, пола, профессии и т. д. Вычисление специальных показателей смертности производится как отношение числа умерших определенного пола (возраста, профессии) за год к среднегодовой численности населения этого пола (возраста, профессии), умноженное на 1000.

В настоящее время в структуре причин смерти преобладают заболевания системы кровообращения, злокачественные новообразования, травмы и болезни органов дыхания.

Показатели смертности у мужчин и женщин имеют постоянную тенденцию к росту. Смертность мужчин выше во всех возрастных группах от всех болезней системы кровообращения. Для углубленного изучения смертности и оценки воспроизводства населения наиболее совершенным приемом является построение таблиц смертности. Таблицы смертности, или доживаемости, — это система взаимосвязанных показателей, характеризующих порядок вымирания населения при данном уровне смертности в отдельных возрастных группах. Они показывают, как число одновременно родившихся, условно принятое на 10000 или 100000, постепенно уменьшается с увеличением возраста под влиянием смертности. Исходными данными для составления таблиц смертности являются: численность населения с учетом возраста, местожительства и пола на год составления таблицы, данные о смертности в соответствии с возрастом, полом и местожительством за 2 года (год составления таблицы и предыдущий), данные о рождаемости за 3 предыдущих года.

## Младенческая смертность. Перинатальная смертность. Специальные показатели младенческой смертности. Методы расчета. Уровни и динамика

Показатель младенческой смертности рассматривается как оперативный критерий оценки санитарного благополучия населения, уровня и качества медико-социальной помощи, эффективности работы акушерской и педиатрической службы.

Регистрация умерших детей осуществляется на основании врачебного свидетельства о смерти и свидетельства о перинатальной смерти. Важное условие сопоставимости показателей детской смертности — унификация понятий “живорожденный”, “мертворожденный”, “плод” (поздний аборт).

В России за критерий жизнеспособности плода (новорожденного) принимается срок беременности 28 нед и более, длина тела плода при рождении 35 см и более, масса тела 1000 г и более (приказ Министерства здравоохранения СССР № 848 от 12.06.86 г.). Критерием живорождения является возникновение внутриутробного дыхания. Начиная с 1993 г. для отраслевой статистики используются новые критерии, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения. Критерии жизнеспособности плода: срок — 22 нед и более, масса тела — 500 г и более. Критерии живорождения: внутриутробное легочное дыхание, сердцебиение, пульсация крупных сосудов, сокращение отдельных групп мышц (приказ МЗ РФ № 318 от 04.12.92 г.   
“О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения”).

Кроме вычисления показателя младенческой смертности (отно­шение числа детей, умерших на 1-м году жизни в течение года, к числу родившихся живыми в данном году, умноженное на 1000), производятся более точные расчеты с учетом родившихся в предыдущем году (отношение числа детей, умерших в течение года на 1-м году жизни, к сумме 1/3 родившихся живыми в предыдущем году и 2/3 родившихся живыми в данном году, умноженное на 1000. Последний способ применяется при резких колебаниях коэффициентов рождаемости.

В настоящее время младенческая смертность в России и Санкт-Петербурге в 1,5—2 раза выше, чем в ряде экономически развитых стран, и составляет 15—17 на 1000 родившихся живыми.

Уровни смертности в разные периоды 1-го года жизни ребенка резко различаются. Так, смертность максимальна в 1-е сутки после рождения, в 1-ю неделю жизни, затем она постепенно снижается к первому месяцу, полугодию, году жизни. Для оценки уровня младенческой смертности в различные периоды жизни ребенка рассчитывают такие показатели, как:

— ранняя неонатальная смертность (отношение числа детей, умерших на 1-й неделе жизни в данном году, к числу родившихся живыми в данном году, умноженное на 1000) (в России — 6—9‰);

— поздняя неонатальная смертность (отношение числа детей, умерших на 2—4-й неделе жизни в данном году, к числу родившихся живыми в данном году, умноженное на 1000);

— неонатальная смертность (отношение числа детей, умерших в первые 28 дней жизни в данном году, к числу родившихся живыми в данном году, умноженное на 1000) (в России — 9—11‰);

— постнеонатальная смертность (отношение числа детей, умерших в возрасте от 29 дней до 1 года, к разнице между числом родившихся живыми и числом умерших в первые 28 дней жизни, умноженное на 1000) (в России — 7—8‰).

Перинатальным периодом считается промежуток времени, начиная с 28 нед беременности и кончая 7-м днем жизни новорожденного. В свою очередь он подразделяется на антенатальный (внутриут­робный), интранатальный (период родов) и постнатальный (1-я неделя жизни). Показатель перинатальной смертности вычисляется как отношение суммы числа мертворожденных и числа детей, умерших в первые 168 ч жизни, к числу родившихся живыми и мертвыми, умноженное на 1000.

Часто причиной антенатальной смерти плода служат поздние токсикозы беременных, преждевременная отслойка плаценты, болезни матери (грипп, инфекционный гепатит, сердечно-сосудистые заболевания и др.), болезни плода (внутриутробная пневмония, врожденные пороки развития, гемолитическая болезнь и др.).

Причинами интранатальной гибели плода могут быть патология плаценты, пуповины, преждевременное отхождение околоплодных вод, слабость родовой деятельности, аномалии предлежания плода и др.

Причиной смерти в постнатальный период, наряду с перечисленными выше, могут являться экзогенные болезни (пневмония, сепсис, травмы и др.). Основными причинами младенческой смертности являются болезни органов дыхания, врожденные аномалии развития и другая патология периода внутриутробного развития. Высокий уровень младенческой смертности во многом обусловливается осложненными и преждевременными родами (до 10%).

## Медико-социальные аспекты инвалидизации населения. Структура и организация работы экспертной комиссии. Порядок оформления документов по стойкой утрате трудоспособности

Инвалидность и инвалидизация населения являются важнейшими показателями общественного здоровья и имеют не только медицинское, но и социально-экономическое значение. По данным ВОЗ, каждый пятый человек в мире (19,3%) становится инвалидом из-за недостаточности питания, около 15% стали инвалидами вследствие вредных привычек (алкоголизм, токсико- и наркомании, злоупотребление лекарственными средствами), а 15,1% инвалидность получили вследствие травм в быту, на производстве и в дороге. В среднем инвалиды составляют около 10% от всего населения мира. В России средний уровень инвалидности колеблется от 40 до 49 на 10000 жителей. В некоторых регионах этот показатель составляет от 30 до 39‰.

Причинами первичной инвалидности являются в основном 4 группы заболеваний: болезни органов кровообращения — 27—35% случаев; злокачественные новообразования — 23—29%; травмы — около 10%; болезни нервной системы и органов чувств — 5—7%. Большинство людей (80—90%) становятся инвалидами в трудоспособном возрасте. При этом уровень реабилитации и восстановления трудоспособности незначителен (10—12%).

Основой организационной работы по профилактике инвалидности должен стать комплексный план мероприятий по снижению инвалидности, повышению качества врачебно-трудовой и медико-социальной экспертизы.

Для проведения экспертизы стойкой утраты трудоспособности в экспертную комиссию должны входить 3 врача (терапевт, хирург и невропатолог). В будущем планируется расширить комиссию до 5—6 человек, включив в ее состав реабилитолога и психолога-социолога.

Экспертные комиссии классифицируются по трем признакам: по объему работы (ежедневно действующие постоянные комиссии и выездные); по профилю (общего профиля и специализированные — по фтизиатрии, психиатрии, травматологии, кардиологии, онкологии, офтальмологии и др.), по уровню (районные, городские, межрайонные). Второй уровень — это экспертные комиссии высшего звена (областные, центральные).

Задачи экспертных комиссий: определение групп инвалидности; установление вида инвалидности (инвалид с детства, по общему заболеванию, по профессиональному заболеванию, инвалид войны); изучение и анализ причин инвалидности; разработка мер профилактики и реабилитации (медицинской, социальной, профессиональной); оформление документации. Среди документов важнейшими являются: “Акт освидетельствования”, который заполняется одновременно со статистическим талоном; “Заключение” — для лечебно-профилактического учреждения, “Извещение” — для предприятия; направление в отдел социального обеспечения и “Справка о решении комиссии” — для выдачи на руки больному. Основным документом для анализа деятельности является годовой отчет, составляемый по форме № 7, который заполняется на основе журнала протоколов заседаний комиссии и другой учетной документации.

## Оздоровление окружающей среды — медико-социальная проблема

Обеспечение полноценного здоровья людей связано с правильным подходом к решению вопросов охраны окружающей среды, оздоровления условий труда, жизни и отдыха населения. В последние годы в стране значительно повысилась социальная, экономическая и политическая значимость мероприятий по охране окружающей среды. Свидетельством тому является сложнейшая социально-экологическая ситуация в ряде городов России (Норильск, Новокузнецк, Нижний Тагил, Челябинск, Ангарск и др.). Воздействие окружающей среды на образ жизни человека можно рассматривать с нескольких позиций:   
1) воздействие, укрепляющее здоровье человека, повышающее его защитные силы и трудоспособность; 2) воздействие, ограничивающее виды жизнедеятельности; 3) вредное воздействие на организм, в результате которого возникает заболевание или ухудшается функциональное состояние организма.

Современная методология позволила сформулировать принципиальное положение о причинно-следственных взаимосвязях между образом жизни, окружающей средой и здоровьем различных групп населения. Установлено, что в основе неблагоприятного воздействия окружающей среды лежит снижение неспецифической резистентности организма под воздействием неблагоприятных факторов. Взаимодействие человека с окружающей средой является составной частью его образа жизни. Активная поддержка законодательных и правительственных органов, прессы должна способствовать целенаправленному проведению оздоровительных мероприятий в процессе трудовой, хозяйственно-бытовой и рекреационной деятельности. Социологические и гигиенические исследования показали необходимость оптимизации среды пребывания человека в жилых и общественных зданиях, (микроклимат, жилая площадь, наличие удобств, возможность уединения и др.) и устранения влияния неблагоприятных эндогенных и экзогенных факторов.

Использование современных статистических приемов позволило установить, что более высокий уровень заболеваемости населения зависит не только от неблагоприятного воздействия факторов окружающей среды, но и от ряда биологических, социально-экономических и климатогеографических параметров, образа жизни, социально-бытовых условий. Отмеченные особенности подтверждают важность правильного методического подхода к изучению влияния окружающей среды на здоровье. Выявлена взаимосвязь основных характеристик образа жизни и здоровья работающих с воздействием производственной, жилой и природной среды. Загрязнение атмосферного воздуха, воды и почвы является фактором, не только создающим дискомфортные условия для жизни, но и в значительной мере (10—20%) определяющим уровень заболеваемости, что, в свою очередь, влияет на показатели образа жизни.

Имеется зависимость показателей заболеваемости болезнями органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы и др. от уровня загрязнения атмосферного воздуха. Доказано и повышение смертности населения при постоянном воздействии различных вредных факторов окружающей среды. Среди членов семей с высокой степенью здорового активного взаимодействия с окружающей средой значительно ниже показатели временной нетрудоспособности по заболеваниям органов дыхания, сердечно-сосудистой и нервной системы. Вместе с тем следует отметить значительное увеличение показателей ЗВУТ среди выезжающих на садовые участки и дачи (заболевания опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы, бытовые травмы, воспалительные заболевания женских половых органов и др.).

В районах с высоким уровнем загрязнения атмосферного воздуха наблюдаются увеличение общей заболеваемости, заболеваемости болезнями органов дыхания, снижение индекса здоровья, увеличение доли часто болеющих. Методом направленного отбора можно подобрать такие копии-пары групп населения, которые сконцентрированы в зоне влияния изучаемого фактора или вне ее и являются однородными по условиям труда, социальному составу, условиям жизни. Подобный отбор групп позволяет оценить особенности образа жизни, формы жизнедеятельности, значение условий жизни, влияние вредных привычек на индивидуальном и семейном уровне.

В последнее время большое внимание уделяется изучению отдаленных последствий влияния неблагоприятной окружающей среды на здоровье — мутагенным, гонадотоксическим и эмбриотоксическим эффектам. Объектом наблюдения может быть все население города, региона (региональный уровень), отдельные коллективы (групповой уровень), а также семья или отдельные ее члены (семейный или индивидуальный уровень).

Разработка и внедрение оздоровительных мероприятий, направленных на снижение числа заболеваний на региональном уровне, предусматривает координацию действий всех служб (медицинского и немедицинского профиля), экологическое прогнозирование, социально-экологическое планирование. На групповом (производственно-коллективном) уровне можно эффективно осуществлять оперативное руководство, планирование и регулирование медико-санитарных и технических мероприятий, оценивать их социальную, экономическую и медицинскую эффективность. На этом уровне удается выявить ряд местных факторов производственного и бытового характера, оказывающих существенное влияние на формирование групп риска и на развитие состояний, предшествующих заболеванию.

Семейный (или индивидуальный) уровень позволяет программировать формы первичной профилактики, профессионального отбора, оптимальный выбор “маршрутов здоровья”, оптимизировать семейные (или индивидуальные) условия и образ жизни, выявлять начальные признаки заболеваний.

# ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

## Управление здравоохранением на административной территории

Среди органов управления здравоохранением следует выделять центральные (республиканские) и местные (краевые, областные, городские, районные) органы здравоохранения. К центральным органам относятся министерства здравоохранения, которые несут ответственность за состояние и развитие медицинской помощи. К местным органам относятся комитеты по здравоохранению при областной, городской и районной администрации. Они осуществляют деятельность по развитию сети учреждений здравоохранения, рациональному их размещению, организации первичной медицинской помощи населению и др. Органы здравоохранения направляют и координируют работу медицинских учреждений, обеспечивают единство методов и организационных принципов.

Под управлением здравоохранением принято понимать структуры, определяющие условия и формы принятия организационных решений, а также содержащие элементы организации (планирование, координация, анализ) и контроля. Информацию, необходимую для контроля, подразделяют на медико-статистическую (о здоровье, кадрах, материальной базе, деятельности медицинских учреждений), экономическую (финансовую) и научно-медицинскую информацию о материально-техническом и лекарственном обеспечении. Министерство здравоохранения имеет в структуре управления отделы, которые осуществляют организационно-методическую, статистическую и планово-финансовую деятельность, координируют работу по подготовке и усовершенствованию кадров и др.

Местные комитеты и органы здравоохранения функционально подчиняются Министерству здравоохранения, а координацию работы по осуществлению медицинской помощи на местах проводят под управлением местной администрации. В структуре местных комитетов по здравоохранению имеются управления и отделы амбулаторно-поликли­нической помощи, стационарной помощи, педиатрической, скорой и неотложной помощи, статистические бюро, организационно-методи­ческие и информационно-вычислительные центры. В ряде районов созданы районные территориально-медицинские объединения (ТМО), где роль головного центра выполняет одна из поликлиник, работающая в функциональной связи с женскими консультациями, детскими поликлиниками, диспансерами, стоматологическими учреждениями.

В соответствии с номенклатурой учреждений здравоохранения имеются:

— лечебно-профилактические учреждения (больницы, амбулатории, поликлиники, диспансеры, учреждения по охране материнства и детства, учреждения скорой и неотложной помощи и др.);

— санитарно-противоэпидемические учреждения (центры ГСЭН);

— учреждения судебно-медицинской экспертизы, которые находятся в подчинении местной администрации;

— аптечные учреждения.

## Организация и структура первичной медико-социальной помощи городскому населению. Структура городской поликлиники

Первичную медико-социальную помощь городскому населению оказывают амбулаторно-поликлинические учреждения (террито­риальные поликлиники, обслуживающие взрослое население) и учреждения по охране материнства и детства (детские поликлиники и женские консультации). В Санкт-Петербурге их эквивалентом являются территориальные медицинские объединения, включающие на правах подразделений те же поликлиники и женские консультации. Все перечисленные учреждения оказывают населению квалифицированную врачебную помощь на амбулаторном приеме и на дому.

Финансирование учреждений осуществляется из средств госбюджета, поэтому медицинская помощь является для населения бесплатной. Утвержден перечень дополнительных (платных) медицинских услуг, однако их доля в общем объеме амбулаторной помощи мала (до 10%).

Основными организационно-методическими принципами работы поликлиник и ТМО являются участковость (закрепление за врачебной должностью нормативного числа жителей) и широкое использование диспансерного метода (систематическое активное наблюдение за состоянием здоровья определенных контингентов). Основными планово-нормативными показателями, регламентирующими работу поликлиник, обозначены:

— норматив участковости (1700 человек на 1 должность участкового терапевта);

— норма нагрузки (5 посещений в час на приеме в поликлинике и 2 — при обслуживании пациентов на дому терапевтом);

— штатный норматив участковых терапевтов (5,9 на 10000 жителей старше 14 лет).

Главный врач поликлиники имеет право изменять эти показатели в зависимости от местных условий. Например, может увеличить или уменьшить численность участка и нагрузку врачей.

Измерителем мощности поликлиник является число посещений в смену (более 1200 посещений — I категория, менее 250 посещений — V категория). ТМО в большей степени, чем поликлиники и женские консультации, отвечают новым принципам организации и финансирования первичной медико-социальной помощи. В них можно эффективнее организовать работу семейных врачей (приказ МЗ РФ № 237 от 26.08.92 г.). В ряде ТМО созданы условия для семейного медицинского обслуживания, например совместная работа на участке терапевта, педиатра и гинеколога (акушерско-педиатрическо-терапевти­че­с­кий комплекс — АПТК). При этом показателем работы является не динамика посещаемости, а изменения в состоянии здоровья населения (снижение заболеваемости, инвалидности, младенческой смертности, числа запущенных онкологических заболеваний, состояние здоровья пациентов из диспансерных групп и др.).

Основными направлениями деятельности учреждений первичной медико-социальной помощи являются:

— профилактическая работа, диспансеризация, гигиеническое обучение и воспитание населения, пропаганда здорового образа жизни;

— лечебно-диагностическая работа (включая экспертизу временной нетрудоспособности);

— организационно-методическая работа (управление, планирование, статистический учет и отчетность, анализ деятельности, взаимодействие с другими учреждениями здравоохранения, повышение квалификации и пр.);

— организационно-массовая работа.

Особое место в работе врачей, обеспечивающих население первичной медико-социальной помощью, занимает диспансеризация (активное раннее выявление, динамическое наблюдение и лечение, комплексное оздоровление). Оценка организации диспансеризации проводится с помощью таких показателей, как: 1) качество диспансеризации (охват диспансерным наблюдением не наблюдавшихся в течение года, охват различными социально-оздоровительными и лечебно-профилактическими мероприятиями — санаторно-курортное лечение, диетпитание, рациональное трудоустройство и др.); 2) эффективность диспансеризации (динамика заболеваемости и болезненности по данным ЗВУТ — для работающих; общей заболеваемости — по основной и сопутствующей патологии; госпитализированной заболеваемости; инвалидизация, в том числе первичная; летальность; исходы диспансеризации по данным годовых эпикризов — выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение).

Поликлиника возглавляется главным врачом. В структуру поликлиники входят: регистратура, отделение профилактики, лечебно-профилактические отделения и кабинеты, лечебно-диагностические подразделения, административно-хозяйственная часть, отделения восстановительного лечения и др.

## Основные показатели деятельности поликлиники

При амбулаторно-поликлинической помощи используются такие виды оперативно-учетной документации, как талон на прием к врачу, дневник работы врача, индивидуальная медицинская карта, статистический талон для записи заключительных (уточненных) диагнозов, экстренное извещение об инфекционной заболеваемости, извещение о больном с впервые установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования.

При оценке деятельности поликлиники обычно анализируются: общие данные о поликлинике; информация об организации работы поликлиники (прием пациентов, помощь на дому, нагрузка врачей); проведение профилактической работы и ее результаты (медицинские осмотры, диспансеризация); качество врачебной диагностики и лечения больных; преемственность работы поликлиники и стационара. Среди общих данных оцениваются среднее число населения, прикрепленного к участку, укомплектованность штатов и др. Организация работы поликлиники оценивается по показателям, характеризующим:

— динамику посещений (отношение числа посещений поликлиники в данном году к числу посещений в прошлом году, умноженное на 100);

— структуру посещений — по поводу заболеваний или с профилактической целью (отношение числа посещений по поводу заболеваний или с профилактической целью к числу всех посещений, умноженное на 100);

— нагрузку на врачебную должность (отношение числа посещений всех врачей к числу занятых врачебных должностей);

— активность посещения врачами пациентов на дому (отношение числа активных посещений на дому к числу всех посещений на дому, умноженное на 100).

Профилактическая работа поликлиники оценивается:

— полнотой охвата медицинскими осмотрами (отношение числа осмотренных к числу населения, подлежащего осмотру, умноженное на 100);

— процентом населения, осмотренного с целью выявления заболевания (отношение числа осмотренных к численности населения);

— частотой выявленных заболеваний (отношение числа выявленных заболеваний к числу осмотренных);

— показателями диспансеризации (полнота охвата, своевременность взятия на диспансерный учет, удельный вес вновь взятых под наблюдение, среднее число диспансеризуемых на одном участке, исходы и эффективность диспансеризации).

Качество врачебной диагностики определяется на основе сравнения диагнозов, поставленных больным при направлении на госпитализацию, с диагнозами, установленными в стационаре. Преемственность работы поликлиники и стационара оценивается числом пациентов, подготовленных к плановой госпитализации, и обменом документацией до и после лечения их в стационаре.

## Функции врачебной должности врача-терапевта и нормативы обслуживания населения в городской поликлинике

Должность участкового врача в территориальной поликлинике может занимать врач-терапевт или врач общей практики (семейный врач) — приказ МЗ РФ № 237 от 26.08.92 г.

Нормативы участковости: 1) для терапевта — 1700 жителей старше 14 лет; 2) для врача общей практики — 1500 жителей старше 14 лет; 3) для семейного врача — 1200 человек всех возрастов.

Штатный норматив — 5,9 должности участкового терапевта на 10000 взрослых жителей. Норма нагрузки — 5 посещений в час на амбулаторном приеме, 2 посещения в час на вызовах.

Функции участкового врача-терапевта: 1) оказание квалифицированной врачебной помощи по специальности “внутренние болезни” на амбулаторном приеме и на дому; 2) проведение профилактической и санитарно-противоэпидемической работы, диспансеризации, гигиенической пропаганды; 3) своевременная госпитализация больных в установленном порядке; 4) организация консультаций больных у врачей других специальностей; 5) проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях; 6) осуществление экспертизы временной утраты трудоспособности и направление на ВТЭК; 7) анализ состояния здоровья обслуживаемого населения.

## Диспансеризация городского населения. Виды диспансеров. Основные направления их работы

Под диспансеризацией понимается активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья определенных контингентов населения (здоровых и больных), взятие этих групп населения на учет с целью раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения и комплексного лечения заболевших, проведение мероприятий по оздоровлению условий их труда и быта, предупреждению развития и распространения болезней, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

Диспансеризация предусматривает прежде всего сохранение здоровья у здоровых, активное выявление больных с ранними стадиями заболеваний и предупреждение случаев нетрудоспособности; конечной ее целью является сохранение и укрепление здоровья и трудоспособности диспансеризуемого контингента. Этим определяется социально-гигиеническая сущность (значимость) диспансеризации. Диспансерный метод наблюдения является функцией лечащих врачей общей сети внебольничных учреждений (поликлиник, амбулаторий), обслуживающих население по месту жительства и по месту работы, а также врачей специализированных учреждений — диспансеров и центров ГСЭН.

В настоящее время существуют различные диспансеры (врачебно-физкультурные, кожно-венерологические, противотуберкулезные, наркологические, кардиологические, онкологические, психоневрологические и др.). Диспансеры и диспансерные отделения (кабинеты) проводят мероприятия по массовой профилактике, направленные на предупреждение заболеваний, ведут учет заболеваемости и смертности от патологии по своему профилю, а также осуществляют лечебные мероприятия, консультации больных и организационно-методическое руководство работой врачей общей сети по борьбе с соответствующими заболеваниями. В задачи диспансеров входят: проведение обучения врачей общего профиля по соответствующим специальностям; внедрение в практику лечебно-профилактических учреждений современных методов профилактики, диагностики и лечения; пропаганда здорового образа жизни.

Основными документами, которые оформляются на больных, состоящих на диспансерном учете, являются медицинская карта амбулаторного больного и контрольная карта диспансерного наблюдения, в которой фиксируются своевременность посещения врача и прохождения очередного медицинского осмотра, выполнение назначенных видов лечения, оздоровительных мероприятий и рекомендаций по трудоустройству.

## Виды стационарной медицинской помощи при плановой и экстренной госпитализации больных

Больница не только является медицинским учреждением, где население получает комплексную медицинскую помощь (одновременно лечебную и профилактическую), но и служит центром обучения медицинских работников и центром биосоциальных исследований. Это определение расширяет традиционное представление о больнице как о месте лечения и облегчения страданий больных.

Развитие стационарной медицинской помощи в последние годы происходит по следующим направлениям: строительство крупных многопрофильных больниц и реконструкция существующих; создание специализированных учреждений или отделений в многопрофильных больницах; постепенное стирание границ в уровне и объеме стационарной помощи, оказываемой в городе и сельской местности; повышение уровня материально-технической оснащенности; специализация и усовершенствование медицинских кадров. Обеспеченность больничными койками взрослого населения в России составляет в среднем 13 коек на 1000 жителей, детского (до 14 лет) — 9 коек на 1000 детей.

Организационные формы оказания стационарной помощи населению, структура больничных учреждений и их размещение зависят от уровня и характера заболеваемости и возрастно-полового состава населения, особенностей его расселения. Медицинская помощь может быть оказана в специализированных отделениях крупных многопрофильных больниц, а также в специализированных больницах (кардиологических, онкологических, психиатрических и др.). В настоящее время в России основными стационарными учреждениями являются центральные, районные, городские, областные и республиканские больницы. Уровень госпитализации населения составляет около 21%.

Современная региональная система состоит из трех групп больниц, различных по объему и функциям. В первую группу входят больницы, которые обслуживают только местное население и выполняют локальные функции. Обычно они имеют отделения по терапии, хирургии, акушерству, инфекционным и эндемичным для района заболеваниям.

Вторую группу составляют больницы, которые осуществляют промежуточные функции и оказывают специализированную помощь населению более обширной территории. В них есть дерматологическое, офтальмологическое, оториноларингологическое, урологическое и другие отделения.

Третья группа включает крупные больницы, которые выполняют локальную, промежуточную и региональную функции, охватывают большую территорию широким спектром специализированной помощи (современная терапия рака, грудная хирургия, кардиология   
и т. д.).

Сельские больницы составляют отдельную, четвертую, группу. Они играют роль элементарного медицинского и больничного центра в отдаленных селах.

В зависимости от вида, объема и характера оказываемой медицинской помощи городские больницы подразделяются на многопрофильные и специализированные. По объему деятельности стационарные учреждения бывают различной категорийности (мощности), а по системе организации — объединенными или не объединенными с поликлиникой.

Развивается сеть специализированных центров и клиник научно-исследовательских институтов (онкологических, хирургических, кардиологических, пульмонологических, нефрологических, гастроэнтерологических, микрохирургии, специализированных детских и др.). Важно обеспечить преемственность между поликлиникой и стационаром с целью непрерывности лечебно-диагностического процесса. Она достигается путем обмена информацией между врачами поликлиники и врачами стационара о состоянии больных, активного привлечения врачей стационара к участию в диспансеризации, осуществлению совместных мероприятий по повышению квалификации (клинические конференции, консультации и др.).

## Структура городской больницы. Порядок направления на госпитализацию. Организация работы приемного отделения больницы

Во главе объединенной больницы стоит главный врач. Он имеет заместителей по медицинской, поликлинической и административно-хозяйственной части. В структуру стационара входят приемное отделение, отделение дифференциальной диагностики, лечебно-диагно­стические отделения (терапевтические, хирургические, неврологические, физиотерапевтические, лабораторно-диагностические и др.). Могут также входить специализированные отделения и палаты.

Больницы дифференцируются по типам, категорийности и профильности. Непосредственное лечение больных ведут врачи-ординаторы, основными элементами работы которых являются ведение истории болезни, диагностика и лечение, экспертиза трудоспособности, реабилитация и восстановительное лечение, консультации. На одного ординатора приходится до 20—25 больных. Среди медицинской документации, которую ведут больничные ординаторы, основными являются карта стационарного больного (история болезни), листок учета больных, карта выбывшего из стационара, листок нетрудоспособности, различные журналы учета и др. ВОЗ предлагает разделять функции больницы на лечебно-восстановительные, профилактические, учебные и научно-исследовательские.

Как правило, в стационары поступают больные по направлению врачей амбулаторий, поликлиник, диспансеров и других учреждений внебольничного типа, а в экстренном порядке их доставляет и направляет “Скорая помощь”. Часть больных (до 5%) поступают в стационар “самотеком”, то есть обращаются в приемное отделение, которое в случае необходимости их госпитализирует. При госпитализации врачи поликлиники оформляют специальные документы (направление на плановую госпитализацию, где указываются необходимость стационарного обследования и данные амбулаторного обследования).

При финансовых расчетах поликлиники со стационаром за каждый случай госпитализации чрезвычайно ответственным моментом являются учет и обоснованность направления. В клиниках вузов и НИИ, где ведется научно-исследовательская работа, госпитализация проводится с учетом подбора необходимого числа профильных больных. С этой целью работают отборочные комиссии. В ряде городов работают центры (бюро) госпитализации.

Приемное отделение может быть централизованным и децентрализованным. В приемном отделении устанавливается диагноз и решается вопрос об обоснованности госпитализации. Отказы регистрируют с указанием причин. Регистрируют поступивших и выбывших из стационара, заполняют паспортную часть истории болезни и вместе с амбулаторной картой или выпиской из нее передают в отделение. Приемное отделение имеет все необходимое для оказания экстренной помощи при шоковом состоянии или отравлении. Сотрудники приемного отделения передают сведения о больных их родственникам, проводят санитарную обработку больных, поступающих в стационар, с целью профилактики внутрибольничных инфекций.

В приемном отделении должны быть диагностические палаты для сортировки и изоляции лихорадящих больных. Для детей обязательна справка из центра ГСЭН о перенесенных инфекционных заболеваниях. Дети изолируются в боксах. В инфекционных больницах или инфекционных отделениях устраиваются специальные боксы с отдельным входом и выходом. Могут быть изоляционные палаты с особым уходом за больными. В период напряженной эпидемической ситуации в отделении устанавливается карантин.

## Основные показатели работы стационара. Качество диагностики и преемственность деятельности врачей на догоспитальном и госпитальном этапе

Показателями деятельности стационара являются: обеспеченность населения стационарной помощью (отношение числа коек к численности населения, умноженное на 10000); нагрузка медицинского персонала (число коек на 1 должность врача и среднего медперсонала в смену); материально-техническая и медицинская оснащенность; использование коечного фонда; качество лечебно-диагностической стационарной помощи и ее эффективность.

Коечный фонд и его использование характеризуются следующими показателями:

— состав коечного фонда (отношение числа коек по отдельным профилям к общему числу коек, в %);

— среднее число занятости койки в году (отношение числа койко-дней к числу среднегодовых коек, ориентировочный норматив занятости терапевтической койки — 330—340 дней);

— средняя длительность пребывания больного на койке (отношение числа койко-дней к числу пролеченных больных); этот показатель рассчитывается по нозологическим формам, ориентировочный норматив длительности пребывания на терапевтической койке — 16—18 дней;

— оборот койки — функция койки (отношение числа пролеченных больных к числу коек, ориентировочный норматив — 17—20 больных в год).

О качестве обслуживания больных в стационаре можно судить по показателям больничной летальности (отношение числа умерших к числу пролеченных больных, умноженное на 100). В зависимости от отделений и состава больных этот показатель может быть от 1 до 3 на 100 больных. Оценивается показатель послеоперационной летальности (отношение числа умерших среди прооперированных к числу прооперированных). Частота послеоперационных осложнений определяется отношением числа осложнений к числу проведенных операций. Показатели досуточной летальности (в первые 24 часа пребывания больного в стационаре), процент совпадения диагнозов направления, клинического и патологоанатомического служат для характеристики качества врачебной диагностики.

Срок пребывания больного в стационаре можно разделить на 4 периода. Первый период — от поступления больного до начала обследования — должен быть минимальным (не более суток). Второй период — клинико-диагностических исследований — содержит наибольшие резервы для сокращения сроков пребывания больного в стационаре. Причинами неоправданно длительного пребывания больного на койке часто являются отсутствие преемственности между поликлиникой и стационаром, дублирование диагностических процедур, перегрузка клинико-диагностических подразделений, недостаточная укомплектованность и подготовка кадров. Третий период — лечение больного в стационаре — зависит от квалификации врачей, тактики ведения больных, эффективности средств и методов лечения. Четвертый период — выписка пациента — может быть сокращен при оптимизации организационных приемов (регламентация по дням недели, предварительная подготовка документации и др.).

## Основные принципы организации скорой медицинской помощи

Этот вид помощи организуется для оказания ее населению при несчастных случаях и внезапных заболеваниях, угрожающих жизни, возникших дома, на улице, во время работы, в ночное время, при массовых отравлениях и др.

В настоящее время скорая и неотложная помощь, как правило, размещается вместе со станциями скорой помощи. Пункты скорой и неотложной помощи создаются только в больших городах при одной из крупных поликлиник и обслуживают районы деятельности нескольких поликлиник. В укрупненных пунктах скорой и неотложной помощи одновременно дежурят несколько врачей.

Основой работы станций скорой и неотложной медицинской помощи являются: своевременная сигнализация о несчастном случае и остром заболевании, информация о наличии коечного фонда соответствующего профиля, а также своевременное оказание квалифицированной и специализированной помощи. В центрах скорой и неотложной помощи имеется отдел госпитализации с бригадами и машинами “скорой помощи”, отдел оперативного управления, отдел статистики и др.

Новым видом лечебного учреждения является больница скорой помощи. При областных и центральных районных больницах имеются отделения экстренной госпитализации. Машины “скорой помощи” оснащаются необходимым оборудованием для профилактики шока, тромбоэмболий, терминальных состояний. В машинах “скорой помощи” можно оказывать различные виды медицинской помощи (переливание крови, остановка кровотечения, трахеотомия, ручной массаж сердца и др.). В крупных городах имеются специализированная скорая и неотложная медицинская помощь с функциями реанимации, кардиологические, травматологические и педиатрические бригады, бригады интенсивной терапии, противошоковые, токсикологические и др. В функции станций скорой и неотложной помощи входит перевозка больных, рожениц и родильниц в стационарные лечебные учреждения по заявке лечащих врачей поликлиник.

В состав специализированной бригады входят: врач-специалист,   
2 средних медицинских работника и санитар.

В перечень состояний, при которых должна быть оказана скорая и неотложная медицинская помощь, входят такие, как непосредственная угроза жизни, заболевания, резко ухудшающие состояние или приводящие к стойким изменениям в организме, психические заболевания с агрессивным поведением.

Скорая помощь делится на врачебную и доврачебную. Доврачебная медицинская помощь оказывается средним медицинским персоналом или (неквалифицированная) бригадами санитаров для госпитализации. Для оказания скорой помощи в сельских и отдаленных районах может использоваться авиационный транспорт.

Действующая сегодня организация скорой медицинской помощи не удовлетворяет население ни по срокам, ни по качеству ее оказания. Бригады “Скорой помощи” используются нерационально и выполняют не свойственные им функции: вызовы к больным с острыми простудными заболеваниями или обострениями хронических заболеваний, не требующими экстренной медицинской помощи, снятие ЭКГ, инъекции больным, в том числе онкологическим, и др. Исследования показали, что в Санкт-Петербурге 63% вызовов “скорой помощи” были необоснованными. Эксперты установили, что в условиях сельского района в 40% случаев вызова машин “скорой помощи” медицинскую помощь больному мог оказать врач общей практики (семейный врач).

На развитие этой службы должны быть выделены средства для приобретения транспорта, медико-технического оснащения, средств связи, оплаты труда медперсонала. Но не следует забывать и о необходимости более рационального использования имеющихся возможностей и о соответствующей структурно-функциональной перестройке. Прежде всего скорую помощь следует отделить от неотложной помощи, функции которой с введением института врача общей практики и семейного врача также меняются: неотложная помощь по вызову семейного врача осуществляет выезды на дом (оказание неотложной лечебной и консультативной помощи, транспортировка больных в стационар). В функции скорой помощи должно входить оказание экстренной квалифицированной медицинской помощи пострадавшим при:

— стихийных бедствиях (наводнения, землетрясения, обвалы   
и т. д.);

— взрывах, авариях, пожарах на предприятиях, электростанциях, в учреждениях, жилых домах, общественных местах;

— автомобильных, авиационных, железнодорожных и других транспортных катастрофах;

— внезапных заболеваниях и повреждениях на улицах (травма, огнестрельные ранения, электротравма, потеря сознания, сердечный приступ и другие внезапные заболевания);

— утоплениях, случаях массового отравления.

Техническое оснащение машины “скорой помощи” должно быть таким, чтобы время прибытия на место было минимальным, а оказываемая на месте помощь — оптимальной. Порядок работы, права, обязанности и ответственность врачей “Скорой помощи” должны быть закреплены законодательно.

## Новые формы организации внебольничной помощи населению

В структуре учреждений первичной медицинской помощи (ТМО, поликлиник, женских консультаций) в последние годы появились новые подразделения: дневной стационар, хирургический стационар одного дня, стационар на дому и др. Дневной стационар предназначен для проведения комплекса диагностических и лечебных мероприятий больным, находящимся в отделении. В течение дня больные получают питание, им проводятся лабораторно-инструментальные диагностические исследования, различные процедуры, врачебные осмотры (обходы) и консультации. Хорошо зарекомендовали себя дневные стационары гематологического профиля, патологии беременности, ангиологические, гастроэнтерологические, отделения диспансеров для лечения неврозов и психических заболеваний. Хирургический стационар одного дня предназначен для проведения оперативных вмешательств с последующим наблюдением больного. В послеоперационном периоде больной посещает отделение для перевязок, проведения лечебных процедур и пр.

Стационар на дому предназначен для лечения и динамического наблюдения за больными, которые не могут быть госпитализированы по разным причинам (например, женщины, имеющие грудных детей). Врач и медсестра ежедневно посещают больных на дому, проводят лечебные процедуры, диагностические исследования. При лечении в “домашних стационарах” получены хорошие результаты у больных острой пневмонией, язвенной болезнью желудка. Однако данная организационная форма не получила широкого распространения, так как она требует увеличения числа медицинских работников, дополнительного оснащения портативной лечебно-диагно­стической аппаратурой, автотранспортом.

В настоящее время расширяется сеть больниц (отделений) сестринского ухода, длительного лечения, реабилитации, хосписов и др.

Появление различных подразделений догоспитальной медико-социальной помощи вызвано увеличением доли населения старших возрастных групп, больных с хроническими формами заболеваний, одиноких и др., а также значительным удорожанием лечения в стационарах.

## Организация специализированной медицинской помощи. Роль консультативно-диагностических центров в профилактике и лечении заболеваний

Деятельность консультативно-диагностических центров (КДЦ) в крупных городах расширяет перечень медицинских услуг, оказываемых на догоспитальном уровне, повышает медико-социальную и экономическую эффективность здравоохранения. Организация районного (межрайонного) КДЦ делает амбулаторно-поликлиническую помощь многоэтапной: первый этап — участковый (семейный) врач и врачи других специальностей территориальных поликлиник; второй этап — врачи районного КДЦ (гастроэнтеролог, пульмонолог, кардиолог, эндокринолог, нефролог, хирург-проктолог, хирург-ангиолог и др.); третий этап — врачи-специалисты консультативно-поликлинических отделений вузов и НИИ, городские дифференциально-диагностические комиссии, городские центры специализированной помощи.

На базе консультативно-диагностических центров и поликлиник концентрируются наиболее квалифицированные кадры, современное оборудование с максимально эффективным его использованием. Специализированные поликлиники, в отличие от КДЦ, осуществляют динамическое наблюдение за больными с хроническими формами заболеваний.

## Восстановительно-реабилитационные центры и их структура. Медико-социальное значение восстановительного лечения.

По определению ВОЗ, реабилитационно-восстановительное лечение — это процесс, с помощью которого стремятся предотвратить инвалидность в период лечения заболевания и помочь инвалидам достичь максимальной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, возможной в рамках существующего заболевания или телесного недуга. Среди больных, нуждающихся в восстановительном лечении и реабилитации, следует выделить лиц с травматическими повреждениями конечностей, травматическими и нетравматическими повреждениями центральной и периферической нервной системы, воспалительными и дегенерати­вными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, хроническими заболеваниями органов дыхания, органов кровообращения и др.

Медицинскую и социально-психологическую помощь таким больным оказывают специальные бригады (лечащий врач соответствующего профиля, специалист по физиотерапии, методист по лечебной физкультуре, психолог и др.). Для проведения восстановительно-реабилитационных мероприятий создаются специализированные отделения в поликлиниках, диспансерах, стационарах, медицинских центрах. Существуют многопрофильные больницы и центры восстановительного лечения.

Реабилитационные учреждения принимают больных, выписанных из больниц общей сети или направленных непосредственно лечащим врачом. Некоторые больные получают в них стационарное, другие — амбулаторное лечение, в зависимости от состояния, возможностей транспорта и т. п. В основе функционального восстановления лежат физиотерапия, трудотерапия, лечебная физкультура, но реабилитационные учреждения проводят и все виды лекарственной и поддерживающей терапии, ортопедические и корригирующие вмешательства.

Медицинская реабилитация основывается на нескольких главных принципах: 1) проведение реабилитационных мероприятий следует начинать как можно раньше; 2) реабилитационные мероприятия должны проводиться только после всестороннего изучения состояния больного (диагноз, прогноз заболевания, состояние психики, социальный и профессиональный статус и др.); 3) комплексное воздействие должно иметь определенную и реальную цель; 4) программа восстановления должна выполняться с активным участием больного и его родственников; 5) реабилитационный процесс не заканчивается с восстановлением функций и трудоустройством больного. Обязательным является динамическое диспансерное наблюдение. Мероприятия по реабилитации больных должны быть отражены в планах учреждений здравоохранения.

## Организация медицинской помощи сельскому населению

Медицинская помощь сельскому населению строится на основных принципах организации здравоохранения. Однако факторы, определяющие различия между городом и деревней, влияют на организационные формы и методы работы сельских медицинских учреждений: характер расселения жителей, радиус обслуживания, сезонность работ, воздействие погодных условий при полевых работах, специфические условия трудового процесса, неустроенность хозяйственно-бытовой деятельности и бытовых условий, регионально-нацио­нальные особенности и обычаи, образовательный и культурный уровень и др. Организация медико-социальной помощи на селе, ее объем и качество зависят от удаленности медицинских учреждений от места жительства пациентов, укомплектованности квалифицированными кадрами и оборудованием, возможности получения специализированной медицинской помощи, возможности реализации нормативов медико-социального обеспечения. Условно выделяют 3 этапа оказания врачебной помощи сельским жителям.

Первый этап — сельский врачебный участок или (с учетом новых организационных структур) территориальные медицинские объединения (участковая больница, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, здравпункты, родильные дома, ясли-сады и др.). На этом этапе сельские жители получают квалифицированную медицинскую помощь (терапевтическую, хирургическую, акушерскую и гинекологическую, стоматологическую и др.).

Второй этап — районные медицинские учреждения, где ведущим учреждением является центральная районная больница. Сельские жители получают специализированную медицинскую помощь по основным ее видам. В каждом районном центре функционирует центр ГСЭН. Могут быть межрайонные специализированные центры, диспансеры, центры здоровья и др. Руководителем службы здравоохранения является главный врач района (или районного медицинского объединения), который возглавляет и центральную районную больницу. Санитарно-противоэпидемической службой района руководит главный государственный санитарный врач района, являющийся главным врачом центра ГСЭН. На уровне района определяются районные специалисты, в обязанность которых входит лечебно-консультативная и организационная работа по специальности.

Третий этап — областная больница, диспансеры, стоматологическая поликлиника, областной центр ГСЭН и др. На этом этапе оказывается высококвалифицированная медицинская помощь по всем специальностям.

## Структура деятельности первичного звена медицинской помощи сельскому населению

Сельский врачебный участок является звеном первого контакта пациентов в системе медицинского обслуживания. Его основная задача — оказание населению участка доступной квалифицированной врачебной помощи и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Численность населения на участке — от 5000 до 7000 человек. Ближайшим медицинским учреждением, куда обращается сельский житель, является фельдшерско-акушерский пункт (ФАП). ФАП организуется в населенных пунктах с числом жителей от 700 до 1000, а при удаленности более 7 км от населенного пункта — до 500 жителей.

Основными задачами ФАП являются оказание доврачебной помощи и проведение санитарно-оздоровительных и противоэпидемических мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, снижение заболеваемости и травматизма, повышение санитарно-гигиенической культуры населения. Фельдшер ФАП оказывает первую медицинскую помощь при острых заболеваниях и травмах, проводит прививки, физиотерапевтические мероприятия и др.

Основным медицинским учреждением на сельском врачебном участке является участковая больница или самостоятельная врачебная амбулатория (поликлиника). Характер и объем медицинской помощи в участковой больнице в основном определяются ее мощностью, оснащением, наличием врачей-специалистов. Оказание амбулаторной и стационарной помощи терапевтическим и инфекционным больным, помощь в родах, лечебно-профилактическая помощь детям, неотложная хирургическая и травматологическая помощь входят в круг прямых обязанностей врачей участковой больницы, независимо от ее мощности. В штате сельской участковой больницы в зависимости от ее мощности, численности населения и расстояния до центральной районной больницы (ЦРБ) могут быть врачи по основным специальностям (терапия, педиатрия, стоматология, акушерство, гинекология и хирургия).

Главным звеном в здравоохранении сельского района является ЦРБ, которая осуществляет специализированную медицинскую помощь по основным ее видам и организационно-методическое руководство всеми медицинскими учреждениями района. В своем составе ЦРБ имеет следующие структурные подразделения: стационар с основными специализированными отделениями, поликлинику с консультативными приемами врачей-специалистов, лечебно-диагно­стические отделения, организационно-методический кабинет, отделение скорой и неотложной медицинской помощи и прочие структурные подразделения (морг, пищеблок, аптека и др.).

Организационно-методическое руководство лечебно-профилак­тическими учреждениями осуществляет оргметодкабинет ЦРБ. В его функции входят: организация плановых выездов врачей-специалистов в сельские участковые больницы для консультаций и оказания практической помощи врачам этих учреждений по вопросам организации лечебно-диагностической и профилактической работы; изучение основных показателей работы медицинских учреждений района (уровень заболеваемости, летальности, детской и общей смертности, расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов и т. д.); разработка и проведение необходимых мероприятий. Возглавляет оргметодкабинет заместитель главного врача ЦРБ по организационной работе.

Основными критериями оценки эффективности деятельности медицинских учреждений сельского района являются: показатели заболеваемости населения (общая, с временной утратой трудоспособности, детская), первичного выхода на инвалидность, смертности, детской смертности; число жалоб населения и др.

## Показатели организационно-методической работы областной больницы

Областная больница оказывает высококвалифицированную и специализированную лечебную помощь, является научно-органи­зационным, методическим и учебным центром здравоохранения. Основные ее функции: обеспечение высококвалифицированной, специализированной, консультативной и стационарной медицинской помощью; оказание организационно-методической помощи лечебно-профилакти­ческим учреждениям и экстренной медицинской помощи средствами санитарной авиации; руководство и контроль за статистическим учетом и отчетностью лечебно-профилактических учреждений области; анализ качественных показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений области на основе сводных годовых отчетов; изучение и анализ показателей заболеваемости, инвалидности, общей и детской смертности, разработка мероприятий, направленных на их снижение; проведение мероприятий по специализации и усовершенствованию врачей, среднего медицинского персонала.

Структурными подразделениями областной больницы являются: стационар, консультативная поликлиника, лечебно-диагностические отделения, кабинеты и лаборатории, оргметодотдел с отделением медицинской статистики, отделение экстренной и планово-консультативной медицинской помощи. В организационно-методи­ческой работе медицинских учреждений области принимают участие главные специалисты комитета по здравоохранению (главные хирург, терапевт, педиатр) и внештатные областные специалисты (чаще всего заведующие специализированными и узкоспециализированными отделениями).

## Формы обслуживания работающих на промышленных предприятиях. Структура и назначение медико-санитарной части

Одним из важнейших принципов отечественного здравоохранения является принцип преимущественного медико-санитарного обеспечения работающих на промышленных предприятиях. Этой категории населения медицинская помощь оказывается не только в специальных учреждениях (медико-санитарные части, врачебные и фельдшерские здравпункты и др.), но и в сети территориальных медицинских учреждений. Комплекс гигиенических мероприятий на промышленных объектах проводят врачи-специалисты по гигиене труда центров ГСЭН и профпатологи.

Медико-санитарная часть (МСЧ) — комплексное медицинское учреждение, в состав которого входят поликлиника, фельдшерские здравпункты, стационар, санаторий-профилакторий, диетическая столовая, детские оздоровительные учреждения. МСЧ (закрытого или открытого типа, в зависимости от обслуживаемого контингента) организуются на предприятиях, где число работающих превышает 4000.

Здравпункты создаются на предприятиях, расположенных на расстоянии более 2 км от лечебного учреждения и имеющих от 1500 до 3000 работающих. В отдельных отраслях промышленности (химической, нефтеперерабатывающей, горнорудной, нефтяной, угольной, металлургической, машиностроительной) здравпункты на предприятиях организуются при численности работающих от 400 до 800 человек. Основной принцип медицинского обслуживания рабочих — цеховая участковость. На небольших предприятиях, где работают от 400 до 1000 человек, а также в крупных цехах больших предприятий создаются фельдшерские здравпункты.

Основными задачами МСЧ являются приближение ее к месту работы и оказание квалифицированной медицинской помощи, проведение комплекса оздоровительных мероприятий с целью профилактики заболеваемости, травматизма, преждевременного выхода на инвалидность. В функции специалистов МСЧ также входят: изучение влияния факторов риска трудовой деятельности на заболеваемость; оздоровление условий и режима труда; контроль за организацией рационального питания; проведение комплекса мероприятий лечебно-восстановительного характера для повышения работоспособности.

## Основные направления работы и функции цехового врача-терапевта

Возглавляет цеховой участок (1500—1700 работников) цеховой врач-терапевт, который, работая по системе “поликлиника — стационар”, 9 ч в неделю отводит профилактической работе в цехе   
(3 раза в неделю по 3 ч). В случае прикрепления небольшого предприятия (или нескольких предприятий) к территориальной поликлинике в ее штате предусматривается соответствующее число цеховых врачей. В территориальных поликлиниках также соблюдается принцип первоочередного обслуживания рабочих цеховых участков.

Цеховой терапевт вместе с работниками здравпункта, инженером по технике безопасности, промышленно-санитарным врачом и руководством цеха должны вести постоянное наблюдение за участком (рабочими местами) с целью устранения неблагоприятно влияющих на здоровье производственных факторов. Профилактика профессиональных заболеваний, отравлений, повторных травм — одна из главных задач цехового терапевта. В сферу деятельности цехового терапевта также входят:

— лечебно-диагностическая работа (экспертиза трудоспособности и выдача листков нетрудоспособности, направлений на консультацию к специалистам, на госпитализацию, в диагностические центры, в санаторно-оздоровительные учреждения и др.);

— профилактическая работа (проведение предварительных и периодических медицинских осмотров, диспансерного наблюдения, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий);

— организационно-методическая работа (ведение учетно-отчетной документации, анализ ЗВУТ и травматизма, учет профессиональной патологии и др.);

— организационно-массовая работа (санитарно-гигиеническое обучение, пропаганда здорового образа жизни).

## Профилактическая работа на промышленном предприятии. Структура комплексного плана лечебно-профилактических мероприятий

Охрана здоровья работающих зависит от того, насколько комплексно строятся и совместно решаются задачи, поставленные цеховыми врачами и специалистами смежных служб (центром ГСЭН, администрацией предприятия, общественными организациями). Основным направлением профилактической работы цеховых врачей на промышленном предприятии является проведение профилактических медицинских осмотров (предварительных, периодических, целевых). Существенный раздел работы врача-гигиениста — проведение предупредительного и текущего санитарного надзора, который должен осуществляться целенаправленно, планово и комплексно.

Вся профилактическая работа на промышленном предприятии проводится по единому комплексному плану лечебно-профилактических мероприятий. В составлении этого плана принимают участие администрация предприятия, медико-санитарная часть и специалисты по гигиене труда районного центра ГСЭН. Каждый из участников намечает ряд мероприятий. Комплексный план утверждается директором предприятия и является обязательным для исполнения. Комплексный план лечебно-оздоровительных мероприятий имеет следующие разделы:

— организационные мероприятия;

— санитарно-технические мероприятия (строительство, модернизация оборудования, внедрение новых технологических линий, усовершенствование вентиляции, отопления, канализации и т. д.);

— санитарно-гигиенические мероприятия (контроль за содержанием вредных и опасных веществ в воздухе рабочей зоны и производственных помещений, за уровнем шума, вибрации, освещения, теплового излучения, токов высокой частоты и др.);

— лечебно-оздоровительные мероприятия (диспансеризация, направление на санаторно-курортное лечение, диетическое питание, рациональное трудоустройство, изучение и анализ заболеваемости и травматизма);

— материально-финансовое обеспечение выполнения плана.

## Порядок учета и регистрации ЗВУТ на предприятиях и в учреждениях

Учет заболеваемости с временной утратой трудоспособности на предприятиях и в учреждениях проводится по листкам нетрудоспособности. При этом регистрируется каждый случай утраты трудоспособности в течение года. Листок нетрудоспособности имеет медико-статистическое (служит учетной статистической формой заболеваемости с ВУТ), юридическое (дает право временного невыхода на работу) и финансовое (подлежит оплате из фондов социального страхования) значение. Листок нетрудоспособности оформляется как при амбулаторном, так и при стационарном режиме лечения. Если листок нетрудоспособности выдан не врачами МСЧ, то при предъявлении он регистрируется в МСЧ для учета ЗВУТ. Листок нетрудоспособности имеет признаки различия: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, место работы, причина временной нетрудоспособности, режим лечения, диагноз (шифр).

По результатам статистической обработки листков нетрудоспособности работающих на предприятиях составляется отчет о временной нетрудоспособности (форма № 16-ВН).

## Организация и порядок выдачи листков нетрудоспособности при заболеваниях и травмах

Временная нетрудоспособность — это невозможность для работника выполнять свои профессиональные обязанности. Такая нетрудоспособность наступает в связи с заболеванием, травмой или по другим причинам и носит преходящий характер. Экспертиза временной нетрудоспособности осуществляется врачами лечебно-профилактических учреждений. В обязанности лечащего врача входит установление факта временной утраты трудоспособности у пациента с выдачей листка нетрудоспособности. При заболеваниях и травмах листок нетрудоспособности может оформляться в учреждениях как амбулаторно-поликлинического, так и стационарного типа.

Листок нетрудоспособности выдается в связи с болезнью, травмой, при уходе за больным членом семьи, по карантину, для санаторно-курортного лечения, по беременности и родам, при переводе на другую работу в связи с профзаболеванием, для протезирования и др. Врач единолично имеет право выдавать листок нетрудоспособности на срок не более 30 дней. Право продления листка нетрудоспособности предоставлено заведующему отделением, врачебной комиссии и главному врачу. При длительной утрате трудоспособности листок нетрудоспособности может выдаваться на срок до 10 мес, в отдельных случаях — до 12 мес, а затем больной должен быть направлен на медико-социальную экспертную комиссию.

При производственной травме листок нетрудоспособности выдается с первого дня получения травмы при наличии акта о несчастном случае.

Листок нетрудоспособности по карантину выдается врачом-эпидемиологом или лечащим врачом. Сроки нетрудоспособности при этом зависят от инфекционного заболевания (определяются инструкцией).

Листок нетрудоспособности при болезни во время отпуска выдается, если болезнь началась во время очередного или дополнительного отпуска; при этом отпуск подлежит продлению на число дней, указанных в больничном листе. При болезни в период отпуска без сохранения содержания (за свой счет) больничный лист не оплачивается.

При возникновении нетрудоспособности вне места постоянного жительства и работы больничный лист выдается заболевшему на весь срок нетрудоспособности, но с обязательным согласованием с главным врачом лечебно-профилактического учреждения.

Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается женщине в 32 недели беременности на 70 дней — до родов, в послеродовом периоде — на 70 дней, а в случаях тяжелых осложнений, операций, рождения недоношенного ребенка — на 86 дней, при рождении 2 детей и более — на 110 дней.

В состав врачебной комиссии входят лечащий врач, заведующий отделением и заместитель главного врача по экспертизе, являющийся председателем. Комиссия организуется в поликлинике при наличии в ее штате не менее 15 врачей. Функциями ее являются: консультации врачей по вопросам диагностики и лечения; контроль за качеством лечения, экспертиза трудоспособности и решение вопроса о временной нетрудоспособности в сложных и конфликтных случаях; направление больных на экспертизу; предоставление отпусков для санаторно-курортного лечения; выдача заключений о переводе в облегченные условия труда.

В стационаре листки нетрудоспособности больным выдаются на весь период лечения за подписями лечащего врача и заведующего отделением.

## Анализ заболеваемости с ВУТ как критерий оценки экономической эффективности медико-социальных мероприятий

Определить экономическую эффективность проведенных медико-социальных мероприятий очень сложно, так как отсутствуют показатели здоровья населения, являющиеся одновременно носителями экономической информации. Методика оценки экономической эффективности в основном базируется на определении размера предотвращенного экономического ущерба в результате снижения ЗВУТ.

Анализ заболеваемости позволяет определить число дней, пропущенных работающими в результате временной нетрудоспособности, связанной с болезнями. Величина экономического ущерба в результате ЗВУТ складывается из: 1) расходов государства на оплату листков нетрудоспособности; 2) стоимости медицинского обслуживания;   
3) стоимости не созданной и не выпущенной продукции из-за отсутствия работников на рабочем месте. Расчет величины потерь, связанных с временной нетрудоспособностью, производится на основании фактического числа потерянных из-за болезни дней и средней величины дневного экономического ущерба.

Сокращение сроков лечения по листку нетрудоспособности в результате использования новых методов диагностики, лечения, профилактики и т. д. определяет сэкономленную сумму эффекта, а расходы на новые методы лечебно-оздоровительных мероприятий составляют затраты. Разделив сумму эффекта на сумму затрат, можно получить коэффициент экономической эффективности в результате снижения заболеваемости с ВУТ под влиянием комплекса оздоровительных мероприятий.

## Охрана материнства и детства — приоритетное направление здравоохранения. Медико-социальные и правовые основы охраны материнства и младенчества

Показатели здоровья женщин и детей являются наиболее чувствительным индикатором социально-экономического развития общества. Деятельность государственной системы охраны материнства и детства направлена на реализацию комплекса социально-экономических и лечебно-профилактических мер по оптимизации образа жизни в семье, укреплению здоровья женщин и детей, обеспечению условий нормальной жизнедеятельности. Комплекс мероприятий должен быть направлен на:

— обеспечение гарантий гражданских прав женщин и мер поощрения материнства;

— разработку и обеспечение законодательных актов о браке и семье;

— охрану женского труда и трудовой деятельности подростков;

— государственную материальную и социальную помощь семьям, имеющим детей;

— гарантирование системы обучения и воспитания детей в нормальных условиях, не нарушающих их здоровья;

— качественную, гарантированную и доступную медико-социальную помощь.

В системе охраны материнства и детства различают 6 этапов оказания профилактической и лечебной помощи: 1) оказание помощи женщине вне беременности, подготовка ее к материнству, совершенствование работы женских консультаций, центров “Брак и семья”, генетических центров и др.; 2) комплекс мероприятий по антенатальной охране плода в женских консультациях, отделениях патологии беременности, специализированных отделениях и др.; 3) интранатальная охрана плода и рациональное ведение родов; 4) охрана здоровья новорожденного, организация правильного вскармливания, создание оптимальных условий для физического развития; 5) охрана здоровья ребенка в дошкольный период, обеспечение условий для оптимального физического развития, создание нужного иммунологического статуса; 6) охрана здоровья детей школьного возраста.

Среди основных медико-социальных и правовых актов охраны материнства и детства следует выделить закон РФ “О дополнительных мерах по охране материнства и детства” (04.04.92 г.), который предусматривает продолжительность отпуска по беременности и родам в 70 календарных дней до родов и 70 дней после родов, а в случаях осложненных родов — 86 дней, при рождении 2 детей и более — 110 дней. Введено единовременное пособие (50% от минимального размера оплаты труда) дополнительно к пособию по беременности и родам.

Постановлением Верховного Совета РФ от 01.10.90 г. “О неотложных мерах по улучшению положения женщин, семьи, охраны материнства и детства на селе” женщинам устанавливаются ежегодные отпуска не менее 28 календарных дней, гарантирована 36-часовая рабочая неделя, предусмотрены гигиенические и социально-правовые нормативы работы на опасных видах производства.

Указ Президента “О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения” (№ 468 от 20.04.93 г.) предусматривает комплекс государственных мер по охране материнства и детства. Основные законодательные акты по здравоохранению, труду, социальной поддержке и др. создают предпосылки к укреплению здоровья женщин и детей.

Трудовые льготы женщинам в связи с материнством гарантирует трудовое законодательство, запрещающее труд женщин на тяжелых и вредных для ее здоровья и здоровья будущего ребенка производствах (список отраслей промышленности периодически пересматривается). Расширены льготы работающим беременным женщинам и имеющим малолетних детей: режим неполного рабочего времени, возможность выполнения работы на дому, получение дополнительного отпуска без сохранения содержания, привлечение к сверхурочным работам и направление в командировку только с согласия женщины, увеличение оплачиваемого периода по уходу за больным ребенком.

В соответствии с приказом МЗиМП Российской Федерации № 206 от 19.10.94 г. при амбулаторном лечении ребенка в возрасте до 7 лет листок нетрудоспособности выдается одному из родителей на весь период заболевания или до наступления ремиссии — в случае обострения хронического заболевания. При заболевании ребенка старше   
7 лет листок нетрудоспособности выдается на срок до 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока. При стационарном лечении ребенка до 7 лет больничный лист выдается родителю на весь срок лечения ребенка. При лечении в стационаре ребенка старше 7 лет листок нетрудоспособности выдается после заключения экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода за ребенком.

Охрана материнства и детства обеспечивается широкой сетью лечебно-профилактических учреждений, женских консультаций, детских поликлиник, родильных домов, детских больниц, дошкольных учреждений, санаториев. Профилактическая, лечебная и реабилитационная помощь матери и ребенку гарантируется законодательством. Закон предоставляет женщине право самой решать вопрос о материнстве.

В последнее время вышел ряд постановлений, направленных на улучшение материального положения малообеспеченных семей (многодетные семьи, семьи с одним родителем или опекунами и др.); увеличен отпуск без сохранения содержания по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет (дополнительный отпуск засчитывается в общий и непрерывный трудовой стаж, а также в стаж работы по специальности). Комплексными программами охраны здоровья предусматривается интеграция деятельности государственных, ведомственных служб и медицинских учреждений по охране здоровья женщин и детей. Основная задача учреждений по охране материнства и детства — снижение материнской и младенческой смертности, заболеваемости детей, достижение высокого уровня здоровья в различные периоды их развития.

## Структура и показатели деятельности женской консультации и родильного дома

Женская консультация является основным лечебно-профи­лактическим учреждением, оказывающим женщинам амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь. Основными задачами женской консультации являются:

— проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний;

— оказание лечебно-гинекологической помощи на уровне последних достижений в диагностике и лечении;

— консультации по вопросам контрацепции и профилактики абортов;

— санитарно-просветительная работа по формированию здорового образа жизни;

— оказание социально-правовой помощи женщинам в соответствии с законодательством по охране материнства и детства;

— обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных.

Женская консультация осуществляет свою работу по участковому принципу (1 должность акушера-гинеколога на 6000 человек взрослого населения или на 3300 женщин старше 15 лет). Нагрузка акушера-гинеколога на амбулаторном приеме составляет 5 женщин в час, продолжительность рабочего дня — 6,5 ч при 5-дневной рабочей неделе. Функция врачебной должности акушера-гинеколога — от 7000 до 8000 посещений консультации здоровыми женщинами, беременными и гинекологическими больными в год.

В последние годы создаются центры “Брак и семья”, которые оказывают лечебно-профилактическую и консультативную помощь при заболеваниях и состояниях, вызывающих нарушение семейно-брачных отношений; при нарушениях репродуктивной функции; при психологических конфликтах и нарушениях внутрисемейного общения; при сексуальных нарушениях (их профилактика); проводят медико-генетические обследования семей с наследственной патологией.

Основными структурными подразделениями современной женской консультации являются: регистратура; кабинеты участковых акушеров-гинекологов; кабинеты по профилактике беременности, по психопрофилактической подготовке к родам; физиотерапевтический кабинет; манипуляционная; кабинеты терапевта, онкогинеколога, венеролога, стоматолога; социально-правовой кабинет; комната молодой матери; операционная; эндоскопический кабинет и цитологическая лаборатория; клинико-диагностическая лаборатория; кабинет функциональной диагностики; рентгеновский кабинет; кабинет для административно-хозяйственных нужд.

Разделы работы женской консультации соответствуют основным разделам деятельности участкового акушера-гинеколога. При организации медицинской помощи беременным важным является своевременное (до 3 месяцев) взятие их на учет, динамическое наблюдение за их здоровьем. При нормальном течении беременности женщине рекомендуется посетить консультацию через 7—10 дней после первого обращения, а затем посещать врача 1 раз в месяц в первую половину беременности, после 20 недель беременности — 2 раза в месяц, после 32 недель — 3—4 раза в месяц.

Каждая женщина в период беременности должна быть осмотрена терапевтом 2 раза и стоматологом — по показаниям. При физиологическом течении беременности проводятся следующие исследования: клинический анализ крови (2 — 3 раза), анализ мочи (при каждом посещении), бактериологическое исследование отделяемого из влагалища, определение группы крови, Rh-фактора (при резус-отрицательной принадлежности — обследование мужа), анализ крови на реакцию Вассермана (2 раза).

Все данные опроса и клинико-лабораторных исследований, а также рекомендации и назначения должны записываться врачом в “Индивидуальную карту беременной и родильницы” при каждом посещении и подписываться им. Индивидуальные карты беременных хранятся в кабинете акушера-гинеколога в картотеке. В картотеке должны быть еще 3 отдельные ячейки для карт: родивших; подлежащих патронажу женщин; госпитализированных беременных. В целях информации акушерского стационара о состоянии здоровья женщины, особенностях течения у нее беременности врач женской консультации выдает каждой беременной при сроке беременности 32 недели “Обменную карту родильного дома”. Данные последующих осмотров и исследований заносятся в карту при каждом ее посещении женской консультации.

Социально-правовая помощь женщинам оказывается юрисконсультом женской консультации. В соответствии с приказом МЗ РФ   
1 должность юрисконсульта выделяется на женскую консультацию с числом врачебных должностей 5 и более. К числу важных разделов работы юрисконсульта относятся: работа с родителями, уклоняющимися от выполнения своих обязанностей, оказание правовой помощи в розыске родителей при взыскании алиментов, улаживание семейных конфликтов, установление отцовства, оказание содействия женщине при назначении пособий (одиноким, многодетным, малообеспеченным и др.), при переводах беременных женщин и кормящих грудью на более легкую работу, при установлении отпуска и др.

Деятельность женской консультации оценивается по следующим показателям:

— своевременность обращения беременных (до 12 недель) — отношение числа женщин, поступивших под наблюдение в сроки до 12 недель, к общему числу беременных, умноженное на 100; аналогично оценивается доля беременных, поступивших с поздними сроками (после 28 недель) беременности;

— частота ошибок в определении родов (отношение числа женщин, родивших позже или ранее установленного срока на 15 дней и более, к общему числу родивших женщин);

— среднее число посещений беременными консультаций до родов — отношение числа посещений беременными к числу беременных женщин;

— полнота обследования беременных: отношение числа беременных, обследованных терапевтом (стоматологом, на резус-фактор и др.), к числу женщин, закончивших беременность;

— осложнения беременности (отношение числа беременных с токсикозами к общему числу беременных);

— исходы беременности (процент беременных, у которых беременность закончилась родами);

— охват беременных психопрофилактикой;

— частота основных видов экстремальной патологии и осложнений;

— частота мертворождений;

— уровень перинатальной смертности на 1000 беременных;

— показатели гинекологической заболеваемости женщин.

Основными задачами родильного дома (родильного отделения больницы) являются: оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде; оказание квалифицированной стационарной помощи женщинам, имеющим гинекологические заболевания; обеспечение наблюдения и ухода за здоровыми новорожденными, оказание квалифицированной медицинской помощи заболевшим и недоношенным новорожденным в период их пребывания в родильном доме.

Родившая женщина в течение 2 ч после отхождения последа находится в родильном зале под наблюдением медицинского персонала. Затем родильницу на каталке перевозят в одну из палат послеродового отделения, а ребенка — в палату для новорожденных. Мать и ребенок расположены отдельно (кровать матери и ребенка имеет один и тот же номер). Однако в настоящее время в некоторых родильных домах женщину с нормальным течением родов помещают вместе с новорожденным. Матери проходят специальную предварительную подготовку и под контролем медицинского персонала сами обслуживают своего ребенка (пеленание, взвешивание, подмывание и т. д.).

В зависимости от числа коек родильные дома делятся по мощности на 7 категорий. Стационар родильного дома имеет следующие подразделения: 1) приемно-пропускной блок; 2) родовые отделения; 3) послеродовое физиологическое (первое) акушерское отделение — 50 — 55% акушерских коек; 4) обсервационное (второе) акушерское отделение — 20 — 25% акушерских коек; 5) отделение патологии беременности — 25—30% акушерских коек; 6) отделение (палаты) для новорожденных в составе первого и второго акушерских отделений; 7) гинекологическое отделение.

Приемно-пропускной блок родильного дома состоит из двух изолированных друг от друга отделений. Одно предназначено для женщин, поступивших для прерывания беременности, и гинекологических больных, другое — для приема рожениц (приемно-смотровой блок). Приемно-смотровой блок имеет один фильтр и две смотровые для приема рожениц в первое (физиологическое) акушерское отделение и во второе (обсервационное) акушерское отделение. Фильтр предназначен для разделения женщин на два потока: с нормальным течением беременности, направленных в первое акушерское отделение, и женщин, представляющих эпидемическую опасность для окружающих и направленных в обсервационное отделение.

Родовое отделение должно иметь предродовые палаты (10—12% от общего числа коек в отделении), родильные залы (число родильных коек должно составлять 6—8% от всего числа коек в отделении), комнаты обработки новорожденных, смотровую, санитарную комнату, подсобные помещения для обработки клеенок и суден, временного хранения грязного белья, уборочного маркированного инвентаря.

Обсервационное отделение (приемно-смотровое помещение, родовое отделение, послеродовые палаты, палаты для новорожденных, санитарные узлы и пр.) обеспечивают и оснащают необходимым оборудованием, как и физиологическое отделение. При переходе из физиологического отделения в обсервационное врач меняет полностью санодежду и обувь. При выходе из обсервационного отделения санодежду и обувь снимают, хранят ее до окончания смены в специально отведенном месте. Санодежду по окончании смены сдают в стирку, обувь протирают 1% раствором хлорамина. Маску меняют после каждого пользования.

Родильница во время пребывания в обсервационном отделении кормит ребенка в стерильной маске. Маску меняют перед каждым кормлением. Порядок работы в этом отделении аналогичен порядку работы в физиологическом отделении. Каждое послеродовое отделение (физиологическое или обсервационное) должно иметь отдельную комнату для сбора, пастеризации и хранения грудного молока. Комната должна быть оборудована электрической или газовой плитой, двумя столами (для чистой и использованной посуды), холодильником, медицинским шкафом, баками или ведрами для сбора и кипячения посуды. Выдачу молока новорожденным производят по требованию детских отделений.

Отделения новорожденных организуются при первом и втором акушерских отделениях. Они должны быть изолированы от всех других отделений родильного дома. Палаты для новорожденных заполняют строго циклически. Пеленальные столы должны иметь легко обрабатываемую поверхность, палаты оснащаются бактерицидными облучателями.

Гинекологические отделения родильных домов бывают трех профилей: для больных, нуждающихся в оперативном лечении; для больных, нуждающихся в консервативном лечении; для прерывания беременности. В структуру отделения должны входить: свое приемное отделение, перевязочная, манипуляционная, малая и большая операционные. В крупных городах одно из отделений должно иметь палаты (отделение) для девочек с гинекологическими заболеваниями.

*Противоэпидемический режим*. Основной особенностью родовспомогательных учреждений является постоянное пребывание в них высокочувствительных к инфекциям новорожденных и женщин в послеродовом периоде. Поэтому в родовспомогательном учреждении должен проводиться специальный комплекс санитарно-гигиени­ческих мероприятий, включающий: своевременное выявление и изоляцию рожениц, родильниц и новорожденных с гнойно-септическими заболеваниями; своевременное выявление носителей инфекции и их санацию; применение высокоэффективных методов обеззараживания рук медицинского персонала и кожи операционного поля; пастеризацию грудного молока; организацию централизованной стерилизации белья, перевязочного материала, инструментов, шприцев; использование методов и средств дезинфекции для обработки различных объектов внешней среды (постельные принадлежности, одежда, обувь, посуда и др.).

Один раз в квартал проводятся осмотр и обследование персонала на носительство золотистого стафилококка. Персонал ежедневно перед выходом на смену принимает гигиенический душ и проходит врачебный осмотр (термометрия, осмотр зева и кожи). Работники родильного дома обеспечиваются индивидуальными полотенцами, шкафчиками для одежды. Санодежду меняют ежедневно, при возникновении внутрибольничных инфекций 4-слойные маркированные маски меняют каждые 4 ч.

Акушерские стационары закрывают для полной дезинфекции не реже 1 раза в год.

Методики вычисления показателей деятельности родильного дома и деятельности больницы одинаковые. При анализе этих показателей следует помнить, что акушерская койка должна работать в городе 300 дней, в сельской местности — 280 дней, а гинекологическая — в среднем 330—340 дней в году. Среднее число дней пребывания больной на койке составляет в акушерском отделении — 9,7, гинекологическом — 6,5.

Основные показатели эффективности деятельности родильного дома:

— удельный вес родов, принятых вне родильного дома (отношение числа родивших вне роддома к числу принятых родов);

— медицинская помощь при родах (доля родов с медикаментозным обезболиванием от общего числа принятых родов в %);

— удельный вес женщин с осложненными родами и частота осложнений в послеродовом периоде на 1000 родивших;

— частота мертворождений (отношение числа родившихся мертвыми к числу всех родившихся живыми и мертвыми, умноженное на 1000);

— частота недоношенности (отношение числа родившихся недоношенными к общему числу родившихся, умноженное на 100);

— заболеваемость новорожденных на 1000 (доношенных, недоношенных);

— смертность новорожденных на 1000 (доношенных, недоношенных);

— перинатальная смертность (отношение суммы числа родившихся мертвыми и числа умерших в первые 168 ч к числу родившихся живыми и мертвыми, умноженное на 1000);

— материнская смертность (отношение числа умерших беременных, рожениц и родильниц (в течение 42 дней после родов) к числу родившихся живыми, умноженное на 100000.

## Организация амбулаторно-поликлинической помощи детям. Функциональные обязанности и показатели работы педиатра

Основными принципами лечебно-профилактической помощи детям являются: непрерывность в наблюдении за здоровьем ребенка с первых дней жизни; преемственность в работе врачей, оказывающих лечебно-профилактическую помощь детям; этапность в лечении — поликлиника, стационар, санаторий.

К типовым учреждениям, оказывающим лечебно-профилак­тическую помощь детям, относятся: детские городская и областная больницы, специализированные детские больницы (инфекционные, психиатрические, туберкулезные, ортопедо-хирургические, восстановительного лечения), диспансеры, детские городские поликлиники, детские стоматологические поликлиники, учреждения по охране материнства и детства (дома ребенка, родильные дома, молочные кухни), детские бальнеологические лечебницы, грязелечебницы, санатории, специализированные санаторные учреждения круглогодичного действия, детские отделения стационаров и поликлиник общего профиля.

Детская городская поликлиника в районе деятельности обеспечивает: организацию и проведение комплекса профилактических мероприятий (динамическое медицинское наблюдение за здоровыми детьми, профилактические осмотры, диспансеризация, профилактические прививки); лечебно-консультативную помощь на дому и в поликлинике, в том числе специализированную медицинскую помощь, направление детей на лечение в стационары; лечебно-профилактическую работу в дошкольных учреждениях и школах; проведение противоэпидемических мероприятий совместно с центрами ГСЭН. Детская поликлиника (поликлиническое отделение) оказывает медицинскую помощь детям до 14 лет включительно. Оказание лечебно-профилактической помощи детям предусмотрено непосредственно в поликлинике, на дому, в дошкольных учреждениях, школах.

В детской городской поликлинике должны быть предусмотрены следующие помещения: фильтр с отдельным входом и изоляторы с боксами; кабинеты педиатров и других врачей-специалистов; кабинет по профилактической работе с детьми (кабинет здорового ребенка); отделение восстановительного лечения; лечебно-диагностические кабинеты (рентгеновский, физиотерапевтический, лечебной физкультуры, массажа, процедурный, прививочный и др.); регистратура, гардероб и другие вспомогательные помещения, холлы для ожидания; административно-хозяйственная часть (в самостоятельных поликлиниках).

Одним из первоочередных организационных мероприятий в детской поликлинике должно быть создание отделения здорового ребенка, в состав которого входят кабинеты по профилактической работе. Основными задачами кабинета здорового ребенка являются пропаганда здорового образа жизни в семье; обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребенка (режим, питание, физическое воспитание, закаливание, уход); санитарное просвещение родителей в вопросах гигиенического воспитания детей, профилактики заболеваний и отклонений в развитии.

Основной фигурой, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь детям, является участковый педиатр. На участке по нормативам должно быть 750—800 детей до 14 лет включительно, в том числе 40—60 детей первого года жизни. Нагрузка участкового педиатра составляет: 5 человек на 1 час приема в поликлинике, 7 — при профилактических осмотрах и 2 — при обслуживании на дому.

Основные задачи участкового педиатра: снижение заболеваемости и смертности детей всех возрастов, обеспечение оптимального физического и нервно-психического развития детей. Функциональные обязанности педиатра складываются из следующих разделов:

— профилактическая патронажная работа (дородовой патронаж, осмотр новорожденного в первые 3 дня после выписки из роддома, ежемесячное наблюдение детей первого года жизни и т. п.), профилактические осмотры детей, углубленное обследование детей перед школой и т. д.;

— санитарно-просветительная работа среди детей и их родителей (обучение отцов и матерей формированию у детей установки на здоровый образ жизни и др.);

— противоэпидемическая работа (проведение прививок, выявление и регистрация инфекционных заболеваний, наблюдение за очагом инфекции, мероприятия по реабилитации реконвалесцентов инфекционных заболеваний и др.);

— лечебная работа (лечение на дому детей с острыми заболеваниями и обострениями хронических заболеваний, прием в поликлинике и др.).

По основной форме (№ 1) отчета о деятельности лечебно-профилактического учреждения вычисляются следующие показатели: укомплектованность штатов; нагрузка на врачебную должность (среднее число детей на участке); показатель участковости.

Деятельность детской поликлиники оценивается по данным отчета-вкладыша “О медицинской помощи детям”, первичной медицинской документации:

— показатели организации патронажа — дородового (отношение числа детей, матери которых посещались медицинской сестрой, к числу новорожденных) и послеродового (отношение числа новорожденных, находившихся под наблюдением в первые 3 дня после выписки из родильного дома, к числу новорожденных);

— систематичность наблюдения детей в возрасте 1, 2 и 3 лет (отношение числа детей, наблюдавшихся систематически, к общему числу детей);

— доля детей, находившихся на грудном вскармливании;

— индекс здоровья детей различных возрастных групп;

— заболеваемость новорожденных и повозрастная заболеваемость (на 1000 детей);

— показатели перинатальной и младенческой смертности;

— удельный вес профилактических осмотров детей в поликлинике;

— выявляемость острых и инфекционных заболеваний в поликлинике;

— удельный вес активных посещений детей педиатром на дому;

— полнота охвата детей профилактическими осмотрами по возрастным группам;

— выявляемость заболеваний при профилактических осмотрах;

— летальность на дому;

— эффективность диспансерного наблюдения детей;

— доля детей, имеющих нарушения осанки, снижение остроты зрения и др.

## Особенности работы по оказанию стационарной помощи детям. Виды стационарной лечебной и восстановительно-профилактической помощи

Плановая госпитализация ребенка осуществляется через детскую поликлинику при наличии направления и подробной выписки из истории развития ребенка о начале заболевания, лечении и результатах анализов, проведенных в поликлинике. Кроме того, должны быть сведения о развитии ребенка, о всех перенесенных соматических и инфекционных заболеваниях; справка из центра ГСЭН об отсутствии контакта с инфекционными больными дома, в детских учреждениях и школе (срок действия справки — 24 ч); справка о прививках.

Приемное отделение детской больницы должно быть оснащено боксами (боксы должны иметь 3—4% от общего числа коек). Наиболее удобными для работы являются индивидуальные боксы Мельцера — Соколова, которые включают в себя предбоксник, палату, санитарный узел, шлюз для персонала. В небольших больницах при отсутствии боксов для приема детей должно быть предусмотрено не менее 2—3 палат.

Основная задача современной больницы — восстановительное лечение, которое включает диагностику заболевания, лечение, неотложную терапию и реабилитацию.

Детская больница имеет в своем составе следующие основные структурные подразделения: отделение приема и выписки больных; клиническое отделение; изоляционно-диагностическое отделение; вспомогательные отделения и службы; административно-хозяйственные службы.

Отделение приема и выписки больных осуществляет: медицинский осмотр, первичную диагностику и сортировку поступающих детей; изоляцию детей, имевших контакт с инфекционными больными; оказание первой неотложной помощи; санитарную обработку; учет движения больных; справочно-информационное обеспечение. Изолированный прием каждого ребенка легче всего проводить при наличии в приемном отделении боксов. Каждый бокс имеет 1 или 2 койки. Общее число боксов в приемном отделении соматической больницы планируют из расчета 5% от числа коек в стационаре. Палаты для детей в возрасте до года боксируются. В каждом боксе размещается по 1—2 койки, а в палате для детей старших возрастов — не более 4 коек. Матери в боксы допускаются только в часы кормления детей; они участвуют также в организации прогулок детей, проведении массажа под контролем медицинского работника. Существующими нормативами предусматривается полезная площадь в отделении на 1 больного 6 м2. На 1 врача-ординатора приходится до 20 детей.

В детских больницах опасность внутрибольничных инфекций значительно выше, чем в больницах для взрослых. Для предотвращения заноса возбудителей инфекционных заболеваний в стационар игрушки и книги для детей принимают только новые, не бывшие в употреблении. При выявлении ребенка с острым инфекционным заболеванием в отделении устанавливается карантин на срок инкубационного периода для данного заболевания.

При заполнении палат соблюдают принцип одномоментного приема больных в палату с тем, чтобы вновь поступающих больных не помещали в палаты, в которых находятся выздоравливающие дети. В больницах, имеющих в своем составе хирургическое отделение, в настоящее время создаются отделения (палаты) анестезиологии и реанимации.

Во многих детских стационарах и специальных лечебных центрах осуществляется реабилитационно-восстановительное лечение. В стационаре должны проводиться воспитательная работа с детьми с учетом их возрастных особенностей, создаваться соответствующий лечебно-охранительный режим.

В стационаре завершается первый этап реабилитации и восстановительного лечения — клинический. Далее следуют второй этап — санаторный и третий этап — адаптационный, который проводится в санаториях и амбулаторно-поликлинических учреждениях.

## Организация стоматологической помощи. Медико-социальные факторы стоматологической заболеваемости

В настоящее время стоматологическая помощь, которая включает терапевтическую, ортопедическую и хирургическую стоматологию, относится к наиболее массовым видам медицинской помощи. Удельный вес стоматологической заболеваемости среди общей заболеваемости населения по обращаемости достигает 20—25%, составляя 345—550 случаев на 1000 жителей; обращаемость за стоматологической помощью занимает второе место после обращаемости к врачам-терапевтам. В системе здравоохранения специалисты-стоматологи и зубные врачи по численности занимают второе место после терапевтов.

Сеть стоматологических учреждений включает: самостоятельные стоматологические поликлиники (республиканские, краевые, областные, городские, районные); самостоятельные детские стоматологические поликлиники; стоматологические отделения в больнично-поликлинических учреждениях, женских консультациях, медико-санитарных частях, здравпунктах; стоматологические поликлиники, отделения и кабинеты, работающие на основе коммерческой и внебюджетной деятельности.

Стоматологическая поликлиника является крупным медицинским учреждением, имеющим в своем составе специализированные отделения для взрослых (терапевтическое, хирургическое, ортопедическое), а также детское отделение, где оказываются все виды стоматологической помощи, в том числе ортопедическая. В отделениях имеются лечебные кабинеты, операционные. Важными подразделениями стоматологической поликлиники являются физиотерапевтический и рентгеновский кабинеты, клиническая лаборатория, зуботехническая лаборатория с литейной, а также передвижные санационные кабинеты — детские и для взрослых. Особое место в стоматологической поликлинике занимает организационно-методический кабинет.

Новым структурным подразделением крупных стоматологических поликлиник являются пункты неотложной стоматологической помощи, организованные в городских и областных центрах, которые круглосуточно оказывают помощь всем обращающимся по поводу острых болей, кровотечений, острых воспалительных процессов, травматических повреждений зубов и челюстей и другой острой патологии.

Один из важных разделов деятельности всех стоматологических учреждений — работа по профилактике стоматологических заболеваний, включающая комплекс мероприятий. Основными из них являются: профилактические осмотры населения, выявление больных стоматологического профиля; диспансеризация (санация полости рта, динамическое наблюдение и лечение); проведение организационных мероприятий (применение противокариозных средств, рекомендации специальных диет, по фторированию воды, по улучшению санитарно-гигиенических условий, по ведению здорового образа жизни и др.).

## Организация санаторно-курортного лечения. Порядок оформления врачом медицинской документации

Санаторно-курортная помощь населению — важное звено в системе лечебно-профилактических мероприятий. Санатории предназначены для лечения лиц, страдающих определенными заболеваниями. В зависимости от возраста больных санатории делятся на детские, подростковые и взрослые. Каждый санаторий имеет свой медицинский профиль. Санатории могут быть однопрофильными (для лечения больных с однородными заболеваниями) или многопрофильными (с двумя и более специализированными отделениями). Имеются санатории и дома отдыха специального назначения — для семейных, матерей с детьми, беременных.

На большинстве курортов наряду с санаторным проводится и амбулаторное лечение больных, приезжающих по курсовкам, выдаваемым бесплатно или на льготных условиях профсоюзными организациями. При амбулаторно-курсовом лечении больной имеет возможность получать все его виды.

При некоторых промышленных предприятиях функционируют санатории-профилактории, содержащиеся за счет средств государственного социального страхования. Эта форма организации лечения и дополнительного отдыха рассчитана на обеспечение работников комплексным санаторным лечением и обслуживанием в неотпускное время, без отрыва от трудовой деятельности. В санатории-профилактории, дающие огромный лечебный и экономический эффект, по рекомендации лечащего врача направляются трудящиеся с ослабленным здоровьем. Эти лица получают от профсоюзной организации возможность бесплатно или на льготных условиях в течение 24 дней по окончании работы пользоваться всеми видами санаторного лечения, включая диетическое питание и комплекс физиотерапевтических и восстановительных процедур.

Эффективность санаторно-курортного лечения во многом зависит от правильного отбора и направления больных на курорты и в санатории. Лечение в санатории является одним из этапов медицинской помощи и поэтому должно согласовываться с предшествующими и последующими лечебно-профилактическими мероприятиями. Перед направлением в санаторий врач назначает пациенту все необходимые диагностические исследования. Установив, что он нуждается в санаторно-курортном лечении, врач выдает ему на руки справку по утвержденной МЗ РФ форме, содержащую рекомендации относительно типа курорта (санатория), вида лечения (санаторное, амбулаторное) и времени года. При этом должны учитываться форма и стадия основного заболевания, сопутствующие заболевания, общее состояние здоровья больного.

По врачебной справке профсоюзная организация в установленном порядке предоставляет больному путевку (курсовку); затем больной приходит к лечащему врачу, который после проверки показаний и рекомендаций заполняет санаторно-курортную карту. Кроме лечащего врача, санаторно-курортную карту подписывает заведующий отделением. Срок действия справки и санаторно-курортной карты — не более 2 месяцев. Для лечения в санатории (профилактории) нетрудоспособность с выдачей больничного листа определяется при двух условиях: 1) необходимость санаторно-курортного лечения установлена лечащим врачом совместно с заведующим отделением или главным врачом; 2) путевка выдана профсоюзной организацией за счет средств социального страхования (бесплатно или с оплатой 30% от стоимости). Исключение составляют инвалиды Отечественной войны I и II группы, которым больничный лист выдается независимо от того, кем и за чей счет выдана путевка.

Больничный лист для санаторно-курортного лечения выдается на срок пребывания в санатории или лечения по курсовке, включая время на дорогу туда и обратно за вычетом длительности очередного и дополнительного отпуска. Исключение составляют больные, направленные в санатории после лечения в стационаре инфаркта миокарда; они получают больничный лист на весь срок пребывания в санатории.

## Социальная, медицинская и экономическая эффективность здравоохранения

Повышение уровня общественного здоровья, качества и эффективности медицинской помощи — основные задачи здравоохранения. Выполнить их можно только с помощью финансирования деятельности медицинской службы из различных источников. Важнейшим направлением в этом отношении является определение эффективности здравоохранения, в том числе лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических и научно-исследовательских мероприятий в области охраны здоровья населения.

Существуют два основных подхода к определению эффективности оздоровительной работы: результативно-целевой (сравнение результата с конечной целью, нормативом, планом) и результативно-затратный (соизмерение результата с затратами на его получение). В здравоохранении различают 3 вида эффективности — социальную, медицинскую и экономическую.

Социальная эффективность заключается в повышении общественной роли здравоохранения, связанной непосредственно с повышением уровня здоровья и качества медицинской помощи, а выражается конкретно в снижении негативных показателей здоровья населения (заболеваемости, инвалидности, смертности) и повышении позитивных (физического развития, рождаемости, средней продолжительности жизни и др.).

Медицинская эффективность заключается в оценке результативности различных способов диагностики, лечебных процедур, в том числе лекарственных средств, и, наконец, различных мер профилактики, в частности специфической (прививок). Она может выражаться через различные показатели качества и эффективности деятельности медицинских учреждений (сокращение средних сроков диагностики, средней длительности заболевания, пребывания больного в стационаре). О медицинской эффективности говорят и повышение процента благоприятных исходов заболеваний, снижение уровня инвалидизации и летальности, оптимальное использование коечного фонда, медицинского оборудования, трудовых и финансовых ресурсов.

Оценка социальной и медицинской эффективности является для здравоохранения приоритетной. Проблему экономической эффективности можно рассматривать, во-первых, с точки зрения влияния здравоохранения на рост производительности труда и национального дохода, а во-вторых, с точки зрения повышения экономической эффективности использования средств в самом здравоохранении. Экономическая эффективность выражается в определении стоимости дополнительно произведенной продукции или суммы сэкономленных финансовых средств, а также в установлении экономического ущерба от повышения заболеваемости, инвалидности, преждевременной смерти и т. п. Она определяется как отношение результата (в стоимостных показателях) к затратам.

При оценке экономической эффективности оздоровительных мероприятий на производстве, методов профилактики, диагностики и лечения вычисляются количество дней (разница до и после внедрения новых методов), сэкономленных в результате предотвращения заболеваний, травматизма, инвалидности, смертности, и стоимость каждого дня.

Основными причинами, отрицательно влияющими на деятельность системы здравоохранения, являются следующие.

1. Негативные тенденции в демографических процессах, неблагоприятный прогноз развития демографической ситуации.

2. Отсутствие необходимой законодательной основы здравоохранения. Не приняты законы, регулирующие деятельность государственного, муниципального и частного звена системы здравоохранения.

3. Несовершенство системы управления, которое проявляется в организационной разобщенности многих государственных структур, занимающихся вопросами охраны здоровья населения.

4. Недостатки в системе планирования, обусловленные радикальными изменениями политических и социально-экономических условий в стране.

5. Кризисные явления в системе финансирования отрасли, вызванные острой нехваткой бюджетных ассигнований. Неоправдавшиеся надежды на введение обязательного медицинского страхования.

6. Несовершенство инфраструктуры медицинской помощи, недостатки в функционировании основных ее звеньев.

7. Недостаток нормативно-правовой базы, обеспечивающей нормальную деятельность учреждений здравоохранения в условиях социально-экономических преобразований, новых рыночных отношений.

8. Несовершенная инновационная и кадровая политика в области здравоохранения (особенно заметная в условиях острого дефицита средств на науку, возрастающих требований к профессиональному уровню медицинских и фармацевтических работников, лицензирования и сертификации).

9. Несогласованность и разобщенность в деятельности государственных, общественных и религиозных организаций, занимающихся вопросами здравоохранения.

## Реформа первичной медико-социальной помощи

Реформу здравоохранения необходимо начинать с создания системы первичной медико-социальной помощи (ПМСП). В основу организации ПМСП должны лечь принципы, признающие здоровье материальной ценностью, товаром, который имеет стоимость, а систему здравоохранения — ресурсосберегающей производительной силой общества. Приоритет ПМСП в развитии системы охраны здоровья населения оправдан, поскольку именно она должна обеспечить:

— гарантированный минимум медицинской, психологической и социальной помощи;

— доступность медицинских и социальных услуг для всех слоев населения;

— комплексность обслуживания (примерно 80% проблем, возникающих у населения, должны решаться в этом звене отрасли);

— согласованность с другими службами здравоохранения (стать системообразующим фундаментом для специализированных служб);

— непрерывность наблюдения (ведения) пациентов в различных лечебно-профилактических учреждениях;

— информированность пациентов о состоянии их здоровья, методах и ожидаемых результатах лечения.

Приоритетное развитие ПМСП требует ориентации деятельности медицинских учреждений не только на оказание медицинской (профилактической, лечебной, реабилитационной) помощи, но и на оказание социальной и психологической помощи населению.

Основой для реализации прав пациентов, отдельных контингентов и общества в целом на здоровье станет служба ПМСП, а врач ПМСП — ее ключевой фигурой. Работники ПМСП — это врачи общей практики (ВОП), семейные врачи, медицинские сестры общей практики, семейные медицинские сестры, семейные фельдшера, психологи, социальные работники. Осуществление ПМСП по принципу врача общей практики (семейного врача) позволит начать новый этап в решении вопросов охраны здоровья, улучшения качества и увеличения продолжительности жизни населения.

Внедрение общеврачебной практики в здравоохранение должно изменить сложившиеся взаимоотношения “врач — пациент”. Врачи-специалисты поликлиник перестанут принимать обращающихся самостоятельно к ним пациентов, врачи общей практики (семейные врачи) на договорной основе будут приглашать специалистов для консультаций больных, совместно с ними назначать лечение, наблюдать их. Имеющиеся мощности поликлиник целесообразно использовать для массовых медицинских осмотров и скрининговых обследований населения.

Компьютерное информационное обеспечение учреждений ПМСП позволит повысить эффективность их работы. Наряду с использованием имеющихся амбулаторно-поликлинических учреждений целесообразно создание городских врачебных амбулаторий или микрополиклиник, максимально приближенных к месту жительства пациентов; учреждений медико-социального профиля — центров амбулаторной хирургии, центров укрепления психического здоровья, домов сестринского ухода, геронтологических центров, центров здоровья, хосписов и др.

ПМСП должна базироваться на принципах бригадной формы работы врачей общей практики и сотрудничества с другими врачами-специалистами. Для этого необходимо определение ее потребности в различных категориях персонала. Так, за рубежом соотношение врачей общей практики (семейных врачей) и среднего медперсонала в системе ПМСП составляет 1:8 или 1:11 (у нас — 1:2,6). В перспективе в штат учреждений ПМСП войдут сестры милосердия, на которых, в частности, будут возложены функции контроля и координации работы общественных и добровольных организаций, оказывающих медико-социальную помощь различным категориям населения (пожилые, инвалиды, многодетные семьи, одинокие матери и др.).

Для успешного реформирования системы первичной медико-социальной помощи необходимо решение следующих задач.

1. Реорганизация системы оказания медицинской помощи населению: формирование организационной структуры ПМСП на принципах врача общей практики (семейного врача) в рамках имеющейся амбулаторно-поликлинической сети:

— реорганизация скорой медицинской помощи;

— реорганизация службы интенсивной медицинской помощи и реанимации;

— формирование этапной стационарной помощи при сокращении ее объемов;

— совершенствование реабилитационной помощи;

— внедрение системы оценки и обеспечения качества медицинской помощи;

— создание мониторинга за внедрением обязательного медицинского страхования в стране;

— совершенствование и упрощение системы ОМС, обеспечение необходимого уровня финансирования.

2. Разработка и совершенствование законодательной базы:

— правовое обеспечение пациентов;

— правовое обеспечение функционирования системы здравоохранения и отдельных видов медицинской помощи, а также учреждений с различными формами собственности;

— правовое обеспечение деятельности ЛПУ и медицинских работников;

— правовое обеспечение деятельности общественных организаций;

— совершенствование правового обеспечения медицинского страхования.

3. Реорганизация системы подготовки и переподготовки медицинских кадров.

## Основные направления реформы здравоохранения

Основной целью перевода учреждений здравоохранения на новые условия хозяйствования является повышение эффективности использования кадровых, материальных и финансовых ресурсов, направленных на охрану здоровья населения. К базисным нормативно-хозяйственным принципам нового хозяйственного механизма (НХМ) относятся следующие.

1. Изменение системы бюджетного финансирования (не только распределение средств по статьям и нормативам, но и оказание платных услуг населению, выполнение работ на договорных началах, обслуживание контингентов и предприятий на хозрасчетной основе). Расширение прав руководителей в поощрении самостоятельности и инициативы сотрудников (бригады, подряды), в дифференциации оплаты, разделении фондов социального и производственного развития в зависимости от конечного результата.

2. Возможность перераспределения средств между структурными подразделениями.

3. Выделение бюджетных средств по долговременным экономическим нормативам из расчета на одного жителя в год на все виды диагностической лечебной и профилактической работы.

4. Гарантированная медицинская помощь в рамках программы обязательного медицинского страхования. Однако сверхнормативные услуги (массаж, физиотерапевтические процедуры, специальные методы диагностики, нетрадиционные методы лечения и др.) оказываются за плату.

Составными частями НХМ являются:

— новая система финансирования, планирования, ценообразования медицинских услуг и взаиморасчетов между учреждениями;

— новые организационные структуры;

— развитие самоуправления и инициативности у членов трудового коллектива;

— новые формы хозяйствования и организации труда (аренда, бригадный подряд и др.);

— система дифференцированной оплаты и стимулирования труда по конечным результатам работы коллективов, подразделений и отдельных сотрудников;

— статистический учет и отчетность в новых условиях;

— система правового регулирования деятельности коллектива и руководителя медицинского учреждения.

Средства из единого фонда поступают в фонд производственных расходов и себестоимости услуг, в фонд производственного и социального развития и фонд оплаты труда. Для решения задач в условиях НХМ созданы территориальные медицинские объединения, куда могут входить поликлиники, женские консультации, детские поликлиники, диспансеры и стационары. Финансовые расчеты ведет централизованная финансовая служба.

В соответствии с условиями НХМ и новой системы временных показателей и критериев оценки работы учреждений здравоохранения и персонала для расчета стоимости услуг в медицинских учреждениях (в том числе входящих в ТМО) установлены новые критерии: для амбулаторно-поликлинических учреждений — число прикрепленных жителей (дифференцированно — по группам здоровья); для стационаров — число пролеченных больных, в зависимости от категории сложности лечения; для “Скорой помощи” — число вызовов, дифференцированнных по категории сложности; для консультативных поликлиник, диагностических центров и поликлинических отделений диспансеров — число консультативных приемов и диагностических исследований; для учреждений судебно-медицинской экспертизы и патологоанатомической службы — число судебно-медицинских экспертиз и патологоанатомических исследований, дифференцированных по сложности.

Развитие рыночной экономики, введение добровольного и обязательного медицинского страхования, осуществление платных и бесплатных услуг требуют совершенствования экономической стратегии в здравоохранении. Обязательным условием успешного функционирования отрасли является развитие хозрасчетных отношений между обществом в целом и отдельными предприятиями, между предприятиями и учреждениями, между внутренними подразделениями учреждения или предприятия. Хозрасчет основан на планомерном регулировании обществом деятельности предприятий с использованием товарно-денежных отношений и материальной заинтересованности. Сущность хозрасчета состоит в соизмерении в денежной форме затрат на производство продукции или оказание медицинских услуг и достижение определенных результатов, на возмещение расходов учреждений за счет их дохода и обеспечение прибыли. Иными словами, хозрасчет — это самоокупаемость, рентабельность и самофинансирование.

Учреждение в первую очередь должно покрыть свои расходы доходами. Кроме того, оно должно получить излишек доходов, то есть иметь прибыль. Новое в организации хозрасчета в настоящее время состоит в переходе от самоокупаемости к самофинансированию. Это значит, что за счет заработанных средств учреждение должно возместить не только все текущие расходы, включая оплату труда, но и вложить финансовые средства в реконструкцию, расширение производства, решение социальных проблем работников.

Самоокупаемостью затрат и получением прибыли хозрасчетные предприятия отличаются от учреждений, находящихся на бюджетном финансировании. Прибыль предприятия представляет разницу между выручкой за реализованную продукцию или оказание услуг и затратами на их производство и реализацию. Величина прибыли учреждения зависит от цен на продукцию или услуги, себестоимости продукции или услуги, объема произведенной продукции и оказанных услуг, качества и ассортимента продукции.

Экономически обоснованный рост прибыли должен базироваться на снижении себестоимости продукции или услуг за счет повышения производительности труда и экономии материальных затрат, увеличения объема выпуска продукции, повышения ее качества. Хозрасчет несовместим с противопоставлением интересов предприятия интересам общества, с завышением цен, снижением качества.

Материальная заинтересованность стимулирует лечебно-профилактические учреждения на организацию эффективных видов оказания медицинской помощи (стационары на дому, дневные стационары, оздоровительные комплексы и др.), различных профилактических мероприятий, что, естественно, приводит к уменьшению потребности в лечебной помощи и улучшению здоровья населения.

Новый механизм хозяйствования в здравоохранении предусматривает: 1) широкое применение экономических методов управления, в том числе оплату труда медицинских работников по конечным результатам; 2) изменение системы бюджетного финансирования из 3 основных источников — бюджетных средств, страховых средств и средств, полученных по договорам с предприятиями за оказание медицинской помощи и от частных лиц за оказание платных медицинских услуг; 3) переход от выделенных средств по отдельным статьям в бюджетной смете расходов к финансированию по долговременным стабильным нормативам из расчета средств на одного человека, на одного пролеченного больного и др.; 4) внедрение хозрасчетной сметы (или финансового плана); 5) использование новых форм организации труда (арендных и кооперативных отношений, бригадных форм, в том числе бригадного подряда, “гибких” режимов работы и др.); 6) предоставление самостоятельности коллективам учреждений и расширение прав руководителей здравоохранения в распределении финансовых средств.

## Экономика здравоохранения. Источники финансирования. Структура распределения и финансовый план учреждения. Понятие о стоимости медицинских услуг. Платные и бесплатные виды медицинской помощи

Экономика здравоохранения изучает социально-экономические закономерности формирования и использования материальных, трудовых и финансовых ресурсов, направленных на совершенствование системы здравоохранения и медико-социальное обеспечение мероприятий по укреплению здоровья населения. Экономика анализирует формы проявления экономических законов в здравоохранении, роль отрасли в экономике национального хозяйства, эффективность, методы рационального и эффективного использования материальных финансовых и кадровых ресурсов.

Финансирование здравоохранения включает понятие о бюджете здравоохранения и смете медицинского учреждения.

Государственный бюджет состоит из доходной и расходной части и базируется на показателях народнохозяйственного плана, который определяет всю экономическую жизнь страны. Бюджет страны утверждается Государственной Думой и приобретает силу закона. Бюджет здравоохранения конкретной территории включает общую сумму утвержденных ассигнований на все медицинские учреждения. Основная часть медицинских учреждений, в том числе больничные и поликлинические учреждения, осуществляют расходы из местных (области, края, города, района) бюджетов.

Смета — это финансовый план расходов, необходимых для работы медицинского учреждения в следующем году. После утверждения сметы расходов каждого учреждения в банке открывается кредит для этого учреждения.

Объем ежегодного расхода ЛПУ устанавливается по данным бухгалтерии, исходя из статей сметы, которая составляется по установленной форме и финансируется из госбюджета в соответствии с установленными нормами.

Смета составляется по единой форме: наименование и полный адрес учреждения; название бюджета (республиканский, местный); раздел и параграф бюджетной классификации. Смета состоит из 3 частей:

— показатели оперативной деятельности учреждений: мощность (число коек, число посещений), штаты;

— расчеты по каждой статье расходов;

— сводка расходов по статьям (18 статей).

Статьи расходов указывают на целевое назначение средств (статьи 6, 7, 11 и 17 упразднены).

Статья 1. Заработная плата.

Статья 2. Начисления на заработную плату.

Статья 3. Канцелярские и хозяйственные расходы.

Статья 4. Командировки и служебные разъезды.

Статья 5. Расходы учебные, на производственную практику, научно-исследовательские работы и приобретение книг для библиотек.

Статья 8. Стипендии.

Статья 9. Расходы на питание.

Статья 10. Приобретение медикаментов и перевязочных материалов.

Статья 12. Приобретение оборудования и инвентаря.

Статья 13. Капитальные вложения внегосударственного плана капитальных работ.

Статья 14. Приобретение мягкого инвентаря и оборудования.

Статья 15. Капитальные вложения, капитальное строительство.

Статья 16. Капитальный ремонт зданий и сооружений.

Статья 18. Прочие расходы.

В перспективе предполагается оставить лишь 3 укрупненные статьи, предусматривающие затраты на заработную плату, текущие расходы, капитальные вложения и капитальный ремонт.

Важнейшим направлением экономики здравоохранения является определение экономической эффективности медико-профилакти­ческих мероприятий и медицинской науки. Для этого используются косвенные расчеты стоимости дополнительно произведенной продукции или понесенного ущерба, прежде всего за счет ухудшения состояния здоровья населения. Актуальность проблем экономики объясняется тем, что растет потребность в медицинской помощи, ограничиваются средства на здравоохранение, повышаются стоимость медицинской помощи и социальная значимость здравоохранения в развитии производительных сил.

Основным источником финансирования медицинских учреждений в настоящее время являются средства бюджета, выделяемые в соответствии с долговременными экономическими нормативами. Нормативы бюджетного финансирования устанавливаются в расчете на одного жителя в год, на лечение одного больного по профилю заболевания и на оказание различных видов медицинских услуг. Эти нормативы разрабатываются региональными органами управления.

Дополнительными источниками финансирования являются: поступления за услуги, оказанные сверх нормативов бесплатной медицинской помощи, за выполненные работы по договорам с предприятиями, по заказу местных органов самоуправления и вышестоящей организации; часть сумм от взысканных санэпидслужбой штрафов за ущерб, нанесенный окружающей среде и здоровью населения; средства, полученные за счет снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности; добровольные взносы предприятий и благотворительных фондов.

Средства, полученные из всех источников, составляют единый фонд финансовых средств учреждения. Их расходование осуществляется согласно утвержденным финансовым планам, представляющим собой хозрасчетную смету. В отличие от бюджетной сметы финансовый план содержит план доходов и план (или смету) расходов. Расходы планируются по фонду оплаты труда (на заработную плату), по фонду материального поощрения и по фонду производственного и социального развития.

Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС устанавливаются соглашением между страховыми медицинскими организациями, местной администрацией и профессиональными медицинскими ассоциациями.

Тарифы на медицинские и иные услуги при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, учреждением или лицом, предоставляющими эти услуги.

Расчет между страховыми организациями и учреждениями здравоохранения осуществляется по прейскуранту. Прейскурант разрабатывается в соответствии с методикой расчета тарифов (цен) на медицинскую помощь (услуги).

Для перевода учреждений здравоохранения на экономические методы управления должны быть разработаны нормативы финансирования каждого типа учреждений. Определение стоимости медицинских услуг необходимо и для оказания платных медицинских услуг. В условиях рыночной экономики и медицинского страхования вопросы ценообразования приобретают особое значение. При установлении цен следует учитывать следующие принципы:

— цена должна отражать общественно необходимые затраты труда на производство товаров и оказываемых услуг, их потребительские свойства и качество;

— цены должны учитывать соотношение спроса и предложения на данный вид товаров и услуг;

— цена должна обеспечивать получение прибыли каждому нормально работающему предприятию;

— цены должны иметь противозатратный характер и стимулировать улучшение качества продукции и услуг;

— цена — это денежное выражение стоимости медицинских услуг.

Стоимость — это количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги определенного (заданного) качества. В отличие от товара, который сначала производится, затем может храниться на складе и только потом продается, любая услуга характеризуется тем, что процесс производства совпадает с процессом реализации.

Структурными элементами цены (тарифа) на медицинские услуги являются себестоимость и прибыль. Себестоимость рассчитывается за предшествующий период времени. При этом отдельно определяются затраты на лечение одного больного в каждом отделении стационара с учетом расходов по всем статьям, категория сложности лечения и цены на услуги в параклинических отделениях.

Себестоимость — это выраженные в денежной форме материальные затраты и оплата труда работников ЛПУ в расчете на единицу услуг (прикрепленного жителя, пролеченного больного и т. п.). Себестоимость показывает, в какую сумму обходится учреждению медицинское обслуживание, отражает текущие расходы. Себестоимость является важнейшим экономическим показателем, обобщающим деятельность учреждений.

Платные услуги были введены в первую очередь при оказании следующих видов медицинской помощи: процедуры и хирургические операции косметического характера, аборты, судебно-медицинская экспертиза, контактная коррекция зрения, протезирование зубов, массаж. Бесплатными остались все виды помощи при социально значимых заболеваниях и для отдельных контингентов населения (пенсионеры, дети, студенты, инвалиды и др.).

Регулирование рынка в здравоохранении осуществляется по линии указанных платных и бесплатных услуг, а также по линии установления цен на медицинские услуги, развития личного интереса в предпринимательстве, приватизации, в свободном выборе пациентом лечащего врача и медицинского учреждения. Проблема маркетинга также актуальна в здравоохранении и заключается в том, как наилучшим образом найти рынок сбыта продукции и медицинских услуг, получить прибыль. Исходными для формирования цен на медицинские услуги являются себестоимость и прибыль. В себестоимости учитываются все затраты учреждения, связанные с оказанием медицинской помощи населению, начиная от оплаты труда и кончая расходами на медикаменты, питание больных, амортизацию основных фондов.

Размер прибыли, включаемой в тарифы на медицинские услуги, должен определяться исходя из величины фонда производственного и социального развития, материального поощрения и финансового резерва. Методика разработки тарифов на медицинские услуги сейчас пересматривается и совершенствуется. Тарифы разрабатываются в зависимости от категории сложности лечения пациентов и клинико-статистических групп, которые определяются на основе статистических данных, полученных экспертными советами лечебных учреждений. Определение цены на медицинские услуги является наиболее сложным и трудным моментом в условиях развития хозрасчетных отношений и внедрения медицинского страхования. Есть несколько подходов: определение цены на основе оплаты по установленным тарифам; специально определяемые цены с учетом клинико-статистических групп населения; по договорным ценам или соглашениям; по разработанным и принятым стандартам. Важно, чтобы при ценообразовании соблюдались 2 условия: 1) стоимость лечения в разных учреждениях должна быть примерно одинаковой; 2) все пациенты должны иметь право на получение медицинской помощи одинакового объема и надлежащего качества.

## Менеджмент в здравоохранении

Успешному осуществлению реформ в здравоохранении может способствовать внедрение принципов менеджмента и маркетинга, экономических и социально-психологических методов в управлении учреждениями здравоохранения. Важным является замена роли организатора, которая была типичной в условиях централизованного управления, на роль менеджера, управленца.

*Менеджмент* — это деятельность, направленная на совершенствование форм управления, повышение эффективности производства с помощью совокупности принципов, методов и средств, активизирующих трудовую деятельность, интеллект и мотивы поведения как отдельных сотрудников, так и всего коллектива.

Управление возникает тогда, когда происходит объединение людей для совместного выполнения какой-либо деятельности. Управляющая сторона (субъект управления), управляемые — объекты управления (коллективы, отдельные работники). Основу управленческой деятельности составляют способы воздействия управляющих на объекты управления. Анализ управления определяется принципами, методами, функциями и целями управления.

Выделяют следующие *принципы управления*.

1. Организационные, координационные и оперативные, которые направлены на активизацию и усиление мотивации деятельности каждого сотрудника и всего коллектива. Среди них: власть и ответственность; единоначалие; единство руководства; централизация; линейное управление; порядок; стабильность; инициатива.

2. Принципы развития, направленные на оптимизацию взаимоотношений и повышение эффективности коллективной деятельности. Это — дисциплина, справедливость, подчинение индивидуальных интересов общим, кооперативный дух, постоянство персонала, вознаграждения и др.

3. Принципы повышения имиджа, авторитета, представительства учреждения.

*Методы управления* бывают организационно-распорядительные, экономико-хозяйственные, правовые и социально-психологические.

К методам управления относят:

— методы подкрепления и стимулирования;

— методы регулирования поведения;

— методы по оптимизации трудового процесса и роста ответственности сотрудников;

— развитие инициативы сотрудников и повышение индивидуального мастерства.

*Функции управления* определяются уровнем системы управления. Система управления любого объекта имеет 3 уровня — стратегический, тактический и оперативный. На стратегическом уровне определяются цели и возможные результаты в перспективе. Тактический уровень позволяет оптимально определить конкретные задачи, организацию, поэтапное выполнение и контроль результатов. Оперативный уровень обеспечивает эффективное выполнение производственных процессов с оптимальным использованием имеющихся ресурсов. К этому уровню можно отнести учет, контроль и анализ деятельности уже функционирующих структур.

Среди функций управления главными являются следующие.

1. Технические операции — производство. Для медицинских учреждений к производственным функциям относятся диагностика, экспертиза, реабилитация, меры профилактики и др.

2. Коммерческие — покупка, продажа, обмен; для медицинских учреждений — это продажа отдельных видов медицинских услуг.

3. Финансовые операции — привлечение средств и распоряжение ими для осуществления деятельности.

4. Страховые — страхование и охрана имущества и лиц.

5. Учетные — бухгалтерия, учет, статистика и др.

6. Административные — перспективное программно-целевое планирование, организация, координация, распорядительные функции и контроль.

*Целями управления* могут быть: новаторские, решение проблем, реализация конкретных обязанностей, самосовершенствование.

Целям и функциям управления соответствует определенная установка (техническая, коммерческая, административная, финансовая, учетная, страховая). Каждая установка ориентируется на группу качеств и знаний, определяемых такими параметрами, как физическое здоровье, умственные способности (рассудительность, гибкость ума, уровень кругозора), нравственные качества (энергия, сознание ответственности, чувство долга, чувство достоинства, доброта, тактичность, честность), специальные (профессиональные) знания и опыт работы.

Процесс управления включает: планирование, организацию, распорядительность, координацию, контроль, анализ, оценку эффективности, принятие решения, подбор персонала, мотивацию и оптимизацию индивидуальной деятельности, представительство и ведение переговоров и сделок.

Алгоритм (последовательность) управленческих решений:

1) постановка цели и задачи (программно-целевое планирование);

2) сбор необходимой информации;

3) моделирование и предварительная экспертиза возможных решений;

4) принятие управленческого решения;

5) организация исполнения;

6) контроль исполнения;

7) оценка эффективности и корректировка результатов.

На эффективность управленческих решений влияет ряд факторов, среди которых компетентность, информационное обеспечение, взвешенность решения, своевременность акта управления.

Менеджмент рассматривается в виде оптимизации технологических решений и психологических установок.

Среди факторов, мешающих развитию индивидуальных качеств у специалистов-менеджеров, можно выделить:

— отсутствие личных ценностных ориентаций;

— отсутствие личной заинтересованности;

— недостаточная профессиональная квалификация;

— неумение влиять на людей;

— неумение самосовершенствоваться;

— неумение владеть собой;

— рвачество;

— отсутствие чувства долга;

— необязательность;

— неорганизованность;

— нечестность;

— неумение подчинять личные интересы задачам и установкам групповым, коллективным и др.

Для эффективного управления важны мотивация (заинте­ресованная деятельность и приверженность персонала), сочетание производственных, физиологических и психологических ориентиров. Среди качественных способов воздействия на коллектив в менеджменте важную роль играет стиль лидерства (совокупность методов управления и психологии управления). Существует 6 основных стилей лидерства.

1. Директорский стиль, когда лидер руководствуется принципом “делай так, как я сказал”, держит сотрудников под контролем и в качестве движущей силы использует поощрение, наказание, инициативу.

2. Лидер-организатор — это строгий, но справедливый руководитель. Дает подчиненным ясные указания, воздействует убеждением и сообщает каждому свою оценку его качеств и достижений.

3. Личностный стиль, когда руководитель следует девизу “прежде всего люди, а дело — потом”. Доверяет людям, ценит добрые отношения в коллективе. В качестве стимула обеспечивает сотрудникам дополнительные льготы, чувство комфортности, безопасности, спокойствия.

4. Демократический стиль, когда лидер придерживается принципа “один человек — один голос”. Такой лидер побуждает сотрудников активно участвовать в принятии решений, каждого лично контролирует и побуждает к активным действиям.

5. Стремление задать темп работы. Лидер, стремящийся больше выполнять сам, берется за многие задания, много работает, предполагая, что остальные сотрудники последуют его примеру, предоставляет многим возможность самостоятельно планировать и работать.

6. Наставнический стиль, когда лидер руководствуется принципом “ты можешь это сделать”. Лидер такого типа помогает членам “команды” и поощряет их работать лучше, давая им возможность личного развития.

Успешное лидерство руководителя возможно при использовании различных стилей руководства.

## Основы маркетинга

Маркетинг — это комплексная деятельность специалистов по организации производства, сбыта продукции и реализации услуг, ориентированная на удовлетворение потребностей населения с учетом выявленного ранее спроса и возможной прибыли. В структуре маркетинга важным элементом является понятие потребности.

Потребность — это определенный вид нуждаемости (физиологической, социальной, личностно-потребительской) с учетом особенностей образа жизни, культурного уровня и психологической ориентации личности.

Запрос — это потребность, подкрепленная покупательской способностью.

Предложение (товар, удовлетворение потребности) — это услуги, предлагаемые с учетом покупательского спроса и стоимости.

Маркетинговые услуги позволяют реализовать товар (услугу) в тех случаях, когда определена потребность населения, когда услуга имеет преимущественное качество и удовлетворяющую обе стороны цену. Маркетинг может позволять реализовать услугу (товар) посредством обмена.

Сделка — коммерческий обмен ценностями между двумя сторонами. Условия сделки, помимо общего согласия, должны определяться законодательством.

Рынок — это совокупность существующих и потенциальных покупателей товара (рынок товара, услуг, трудовых ресурсов и т. д.).

В связи с вышеизложенным маркетинг — это деятельность по производству и реализации товара (услуг), направленная на удовлетворение спроса и потребностей, с учетом качества и стоимости. Составными элементами рынка являются коммерческие банки, биржи труда, поставщики, клиенты, профсоюзы.

В здравоохранении рынок представлен учреждениями государственного здравоохранения. Кроме того, существуют: рынок пациентов; рынок идей; рынок фармакологической продукции; рынок медицинской техники; рынок предметов и услуг в области санитарии и гигиены; рынок услуг в области физической культуры; рынок системы медицинского образования; рынок медицинских услуг и нетрадиционных способов лечения и оздоровления; рынок медицинского страхования и др. Каждый из видов рынка подразделяется на сегменты и виды услуг, которые реализуют менеджеры и продавцы. Сегменты рынка определяются потребителями с учетом медико-географических особенностей, возрастно-половых, климатогеографических, психологических и других условий.

Рынок медицинских услуг — это совокупность медицинских технологий, изделий медицинской техники, методов организации медицинской деятельности, фармакологических средств, врачебного воздействия и профилактики. В плане маркетинга любого медицинского учреждения должны быть предусмотрены следующие вопросы.

1. Какова ситуация с наличием услуг (товара) среди определенной группы населения или на определенной территории?

2. Каков спрос на данный вид услуг (товар)?

3. Каковы производственные и транспортные затраты на изготовление и доставку товара (реализацию услуг), то есть себестоимость?

4. Какова потребительская стоимость товара (услуг) на местном рынке?

5. Какова покупательская способность населения?

6. Каковы выигрышные, предпочтительные стороны предлагаемой продукции (или услуг) по сравнению с существующими на рынке?

7. Имеются ли медицинские, маркетинговые, психологические и рекламные условия для воздействия на потребителя?

Для медицинских услуг применяются: монопольные цены (устанавливаются производителем); номинальные цены с учетом себестоимости и минимальной прибыльности; оптовые цены (для организаций отпускается большое количество товара со значительной скидкой); розничные цены (в магазине) с учетом допустимых наценок и выгоды продающей организации (продавца); рыночные цены (равные розничным) (определяются группой продающих субъектов с учетом общей выгоды); скользящие цены (устанавливаются с учетом различных условий); твердые цены (определяются государством, ассоциациями потребителей, договорами).

Существуют специальные сокращенные названия цен. Так, например, “сиф” — цена (стоимость товара, включая стоимость перевозки до потребителя); “фоб” — цена без доставки товара к потребителю; “франко” — цена, включающая стоимость товара, транспортные расходы, затраты на погрузку, охрану, хранение.

Одним из главных правил маркетинговой деятельности является многоканальность сбыта и реализации товара (услуг). Наличие многих групп потребителей разного пола, возраста, социального положения, заинтересованных в данном виде услуг, может поддерживаться на основе постоянного психологического воздействия на потребителя (реклама).

Медицинские услуги, как и любой товар, имеют свои стадии жизненного цикла, знание которых имеет важное значение в маркетинге: 1) стадия введения услуги на рынок; 2) стадия роста потребности;   
3) стадия зрелости и насыщения; 4) стадия упадка потребности.

Существует 3 типа маркетингового контроля: контроль исполнения годового плана, контроль прибыльности и контроль исполнения стратегических установок.

Медицинские учреждения при маркетинге медицинских услуг должны учитывать: возможности потребителя (количество, концентрация, платежеспособность, структура заболеваемости); возможности лечебного учреждения (оснащенность, состояние кадров, лицензирование услуг, фондовооруженность новой техникой, опыт коммерческой деятельности); качество, уровень и доступность медицинских услуг (набор услуг, их количество, дополнительные, желательные и обязательные услуги, возможности совершенствования и обновления услуг, их новизна, практический и медицинский эффект и др.); конкуренцию (количество аналогичных услуг, их качество и эффективность, оснащенность новейшей техникой, профессиональный уровень специалистов и их авторитет в других учреждениях).

Стратегия маркетинга (поведение на медицинском рынке) подразделяется на стратегию в отношении продукта (услуги) и стратегии в отношении рынка. Направлениями стратегии маркетинга для медицинских учреждений могут быть следующие.

1. Повышение качества потребительских свойств товара (услуги). Например, для центров ГСЭН — это использование приборов с высокой разрешающей способностью и высокой точностью для оценки состояния окружающей среды, экспресс-методик.

2. Надежность изделия, его гарантированное обслуживание и ремонт.

3. Престижность фирмы и закрепление ее в качестве лидера по данной услуге, производству.

4. Продажа товара (услуг) с сопутствующими нужными услугами.

5. Наличие новизны, повышающей узнаваемость продукта, улучшающей возможность использования и эстетическое восприятие, усиливающей эффективность и др.

Одним из видов маркетинговой стратегии в современном здравоохранении должна стать стратегия социально-этического маркетинга, которая предполагает ведение лечебно-профилактической деятельности, продажи товаров и услуг для отдельных специальных групп населения (пенсионеров, ветеранов войны и труда, блокадников, одиноких, малообеспеченных, многодетных, лиц с социально значимыми заболеваниями и др.). В коммерческой деятельности должна обязательно быть предусмотрена программа спонсорства, бесплатности, снижения цен, благотворительности, честности, этической направленности. Благоприятный имидж медицинской организации, ее искренняя благотворительность создают психологическое доверие и в конечном счете — медицинский и экономический эффект.

## Медицинское страхование, его роль и пути совершенствования

Возможны несколько вариантов медицинского страхования населения:

— система здравоохранения экономически развитых стран, где охрана здоровья финансируется из 3 основных источников — отчисления от доходов предпринимателей, отчисления из государственного бюджета и страховые взносы населения;

— медицинское обслуживание застрахованных как часть системы социального страхования, когда все взносы на эту систему поступают в государственный бюджет и затем распределяются по учреждениям (такая система существует в России и Великобритании);

— система добровольного страхования здоровья, которая обеспечивает оплату медицинской помощи коммерческими (получающими за эту работу прибыль), некоммерческими и благотворительными организациями (такая система функционирует, например, в США);

— страховая система (или, как ее называли ранее в России, “страховая рабочая система”) — финансирование медицинской помощи рабочим, служащим и членам их семей исключительно за счет предпринимателей.

Отсутствие эффективного механизма управления и хозяйствования в здравоохранении, недостаток бюджетных средств и стабильных внебюджетных источников финансирования, недостаточная оснащенность учреждений здравоохранения медицинской техникой, нехватка лекарственных средства, низкая заработная плата медицинских и фармацевтических работников не обеспечивают должного уровня оказания медицинской помощи населению, приводят к незаинтересованности медицинских работников в повышении эффективности и качества работы. Несмотря на ежегодное увеличение выделяемых на развитие здравоохранения бюджетных средств, доля их в объеме валового национального продукта за последнее десятилетие не превышала 3—4% (в 2—2,5 раза меньше, чем расходуется на здравоохранение в развитых странах).

Действующий порядок финансирования здравоохранения требует новых форм и подходов, основанных на сочетании заинтересованности и ответственности за охрану здоровья не только государства, но и министерств, ведомств, предприятий, учреждений, организаций, каждого гражданина. Такой формой является медицинское страхование, которое предусматривает комплекс мероприятий по аккумулированию страховыми организациями финансовых средств, поступающих из бюджетных и внебюджетных источников на оплату медицинской помощи застрахованным гражданам, при условии оплаты страховой организацией медицинских услуг застрахованному лицу в определенных договором случаях.

Одним из основных условий медицинского страхования является свободный выбор застрахованным врача и лечебно-профи­лакти­ческого учреждения, что предопределяет появление конкуренции и способствует улучшению качества медицинской помощи и повышению внимания к каждому гражданину, поскольку источником материального благосостояния работников здравоохранения будут являться средства, полученные за оказание медицинской помощи.

## Основные принципы и виды медицинского страхования

Принципиально новый подход к финансированию здравоохранения определяет закон “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации” (1991). В области финансирования здравоохранения предполагается переход к смешанной бюджетно-страховой модели. Медицинское страхование может быть обязательным или добровольным.

*Обязательное медицинское страхование,* согласно этому закону*,* является всеобщим для населения России и реализуется в соответствии с программами, которые гарантируют объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам. Размер страхового взноса для предприятий был установлен Правительством РФ и утвержден Верховным Советом. Сумма обязательных страховых взносов включается в себестоимость продукции. Для неработающего населения обязательное медицинское страхование осуществляют органы исполнительной власти, местная администрация за счет средств, предусматриваемых в бюджетах. Страховые взносы на работающих в бюджетных учреждениях и организациях также выплачиваются из средств соответствующих бюджетов.

*Добровольное медицинское страхование* проводится на основе программ добровольного страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг, сверх установленных программами ОМС. Оно может быть коллективным и индивидуальным. Этот вид страхования осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятий и личных средств граждан путем заключения договора. Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. Субъектами медицинского страхования являются гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение. Страхователями неработающих граждан являются местные административные органы, работающих — предприятия или работодатели.

Страховые медицинские организации — это юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься этой деятельностью. Лицензия выдается Министерством экономики и финансов Российской Федерации или его органами.

Страховая компания имеет такие отделы, как отдел добровольного медицинского страхования, медицинский отдел, который занимается анализом деятельности ЛПУ, финансово-экономический, юридический, инженерно-технический и коммерческий отделы.

Медицинские учреждения — это лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, коллективы и лица, имеющие лицензию на право заниматься определенными видами деятельности и оказанием услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Лицензированию подлежат все медицинские учреждения, независимо от форм собственности. Лицензирование проводят лицензионные комиссии, созданные при органах государственного управления из представителей территориальных комитетов по здравоохранению, профессиональных медицинских ассоциаций, медицинских учреждений, общественных организаций (объединений). Осуществляется также аккредитация медицинского учреждения, то есть определение его соответствия установленным профессиональным стандартам. Аккредитованному медицинскому учреждению выдается сертификат.

Основным документом медицинского страхования является договор (соглашение) между страхователем и страховой медицинской организацией, в содержание которого входят: наименование сторон; сроки действия договора; численность застрахованных; размер, сроки и порядок внесения страховых взносов; перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного или добровольного медицинского страхования. Каждый застрахованный гражданин получает страховой медицинский полис.

В соответствии с законом “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации” каждый гражданин может выбирать медицинскую страховую организацию, медицинское учреждение и врача, получать медицинскую помощь на всей территории России (принцип экстерриториальности) и медицинские услуги, по объему и качеству соответствующие условиям договора, независимо от размера выплаченного страхового взноса, предъявлять иск страхователю и медицинскому учреждению за причиненный ущерб и др. Закон предусматривает создание двух фондов — фонда здравоохранения (для реализации программ профилактики, оздоровления специальных контингентов больных, малообеспеченных граждан) и фонда страхования (для осуществления программ страхования).

## Медицинское страхование и социальное обеспечение населения

В государственных программах обязательного медицинского страхования по-прежнему на первом месте стоят целевые профилактические программы (оздоровление внешней среды, планирование семьи, профилактика инфекционных заболеваний, преодоление факторов риска, формирование здорового образа жизни и др.). Для реализации комплексных российских и региональных программ “Здоровье”, для обеспечения медико-социального, санитарного и эпидемического благополучия населения необходимо финансирование из государственного бюджета, местных бюджетов.

Медицинское страхование предусматривает создание специального “Фонда здравоохранения” для гарантированного медико-социаль­ного обеспечения населения необходимым комплексом медицинских услуг. Создается сеть религиозных, благотворительных, меценатских и общественных организаций и фондов, которые содействуют расширению комплекса медико-социальных услуг.

В страховой медицине осуществляется принцип солидарности “здоровый платит за больного, богатый — за бедного”. Медицинское страхование позволяет застрахованным получить дорогостоящую медицинскую помощь (при травме, хирургических вмешательствах, хронических заболеваниях и др.) за счет средств территориального фонда ОМС.

## Основные организационно-методические принципы научной организации труда в учреждениях здравоохранения

Научной следует считать такую организацию труда, которая основывается на последних достижениях науки и передовом опыте, обеспечивает наиболее эффективное использование материальных и трудовых ресурсов, непрерывное повышение производительности труда, способствует сохранению здоровья человека и постепенному превращению труда в первую жизненную потребность. Задача научной организации труда (НОТ) — достижение максимального эффекта от труда человека при условии минимальных затрат как человеческой энергии, так и материальных ресурсов. НОТ включает изучение условий производственной среды с точки зрения физиологии человека, психологии, социологии, гигиены труда, техники безопасности и др., выработку на основе этих исследований наиболее рациональных организационных форм, методов и приемов труда, а также широкое внедрение их в практику.

Вопросы организации труда и внедрения НОТ рассматриваются в следующих направлениях: разделение и кооперация труда; совершенствование организации рабочих мест и условий труда; внедрение оргтехники; распространение принципа централизации и специализации в работе органов и учреждений здравоохранения; повышение квалификации кадров.

Общие принципы НОТ:

— внедрение единых медицинских критериев и стандартов на основе достижений медицинской науки в практику диагностики, лечения и профилактики;

— разделение, кооперация труда и специализация медицинских учреждений, четкое распределение функциональных обязанностей медицинского персонала в соответствии с должностными характеристиками и должностными инструкциями;

— нормирование и стимулирование труда;

— правильный подбор и расстановка кадров по требуемой квалификации и должностным обязанностям;

— организация и обслуживание рабочего места медицинского персонала.

С учетом этих принципов и 4 основных факторов (медицинский работник; технический; организационный; фактор времени) можно выделить следующие направления внедрения НОТ в практику:

— повышение дисциплины труда как предпосылка, с которой надо начинать любую организацию труда;

— разработка и внедрение должностных инструкций, рациональных методов, приемов и режимов труда;

— разделение и кооперация труда, централизация труда и управления;

— внедрение единой медицинской доктрины, то есть определение уровня и объема медицинской помощи на каждом этапе (например, для сельских жителей или отдельных групп больных);

— разработка эффективных систем повышения квалификации медицинского персонала;

— разработка типовых рабочих мест и их оснащение;

— соблюдение санитарно-гигиенических норм и требований;

— развитие производственной эстетики;

— обеспечение современной медицинской техникой;

— соблюдение правил техники безопасности;

— компьютеризация в ведении документации и оснащение оргтехникой;

— использование современных систем связи;

— совершенствование нормирования труда медицинских работников.

## Перспективное и текущее планирование медицинской деятельности, определение потребности в кадрах

Планирование можно считать одним из принципов организации медицинской помощи. Оно является важнейшей функцией управления здравоохранением. В условиях перехода на новые экономические принципы хозяйствования планирование теряет свои обязательные централизованные функции, приобретает рекомендательный характер, сводится к прогнозированию, составлению различного рода программ по охране здоровья населения и окружающей среды.

Планирование должно быть сосредоточено на рациональном и эффективном использовании материальных, трудовых и финансовых ресурсов. Это означает, что следует учитывать объем, характер и потребности населения в медицинской помощи, возможности их удовлетворения, использовать рациональные экономические формы медицинской помощи. Планирование включает: составление плана, организацию его исполнения и контроль, проверку исполнения. Любой план должен показывать не только то, что должно быть достигнуто, но и способы достижения. План — это документ, определяющий сущность, последовательность, направленность и тактику деятельности конкретных исполнителей, в конкретные сроки и на конкретных участках деятельности. В здравоохранении планируются: потребность в кадрах, развитие материально-технической деятельности, перспективы финансирования.

Планы бывают *перспективные* (на длительный период) и *текущие* (оперативные, месячные и годовые). Кроме того, составляются планы деятельности учреждений и планы развития (строительство, ремонт, реконструкция). Наиболее действенными являются *комплексные* планы, планы-задания на объект и др. Рациональное планирование отвечает таким требованиям, как четкое определение целей и задач, реальность и конкретность планируемых мероприятий, выделение ведущих задач, сравнимость и сопоставимость показателей, конкретизация сроков исполнения и исполнителей.

Среди методов планирования наиболее часто применяются: аналитический (анализ исходных планов), нормативный (для определения потребности в нормативных показателях), экспериментальный (расчет показателей на основе предыдущего эксперимента) и другие специальные методы (балансовый, соотношений, пропорций и др.).

При планировании необходимо руководствоваться программно-целевым методом, который обеспечивает системный подход к составлению плана, позволяет выделить цели и задачи и направить каждое планируемое мероприятие на выполнение определенной цели. Это требует изменения технологии планирования (определение целей и задач, поэтапное выполнение мероприятий, согласование с исполнителями, комплексирование, расчет ожидаемой эффективности и др.).

Планирование деятельности специалистов медицинских учреждений предусматривает определение функции врачебной должности   
(в соответствии с конкретными показателями и измерителями). При планировании *амбулаторной помощи* сначала формируют кадры врачей, а затем — сеть амбулаторных учреждений. Нормативом при определении потребности населения в амбулаторной помощи является число посещений поликлиники на одного жителя в год (в городе — 12—14 посещений). Зная число жителей, можно определить общее число предстоящих посещений пациентами терапевта. Для определения функции врачебной должности (нагрузка на врача в течение года) учитывают нагрузку на терапевта за час приема (в поликлинике — 5, на дому — 2), число часов приема в день, число рабочих дней в году.

План работы поликлиники должен содержать следующие данные: мощность поликлиники; объем деятельности поликлиники; кадровый состав и показатели деятельности врачебной должности; объем необходимых для содержания поликлиники финансовых средств.

При планировании *стационарной помощи* сначала формируется сеть больничных учреждений, а затем определяется потребность в кадрах. При определении потребности населения в койках принято считать число коек, необходимое на 10000 жителей. Обеспеченность населения больничными койками составляет примерно 100—120 на 10000 человек. Исходя из нормативных показателей, можно рассчитать потребность в специализированных койках (терапевтических — 28, неврологических — 5, инфекционных — 10, хирургических — 16, акушерских — 9 на 10000 человек).

Категория центров ГСЭН и потребность в специалистах определяется числом обслуживаемого населения. Потребность в лаборантах зависит от числа лабораторных анализов.

Перспективную потребность в койках можно рассчитать по специальным формулам с учетом уровня обращаемости (заболевае­мости), процента госпитализации, средней продолжительности пребывания больного в стационаре, среднегодовой занятости койки. Перспективные направления развития здравоохранения, оздоровления окружающей среды, производственных условий, оптимизации образа жизни и укрепления здоровья населения предусматриваются в целевых региональных и местных программах “Здоровье”, в планах экономического и социального развития административных территорий. При их составлении используются методы программно-целевого планирования, моделирования и прогнозирования.

## Методы планирования индивидуальной работы врачей. Показатели качества и эффективности их работы

Простейшей формой текущего планирования является индивидуальное планирование. С этой целью каждый сотрудник составляет план-график работы на определенный период. Составляется план-график деятельности, командировок, научно-практической работы и т. п. При этом необходимо учитывать задачи годового плана учреждения (отдела); эффективность выполненных мероприятий за предыдущий год; изменение плановых нормативов, режима работы; реконструкцию, ремонт и т. п.

Индивидуальный план позволяет повысить ответственность и заинтересованность врача в результате своей работы, улучшить дисциплину, контроль. При его составлении необходимо руководствоваться положением о враче-специалисте, должностной инструкцией, годовым планом и показателями работы учреждения и другими исходными данными, характеризующими конечные результаты. В плане указываются мероприятия, рабочие дни месяца, выполнение мероприятий (плановых, внеплановых), сроки их исполнения и исполнители. Мероприятия и сроки их исполнения должны быть конкретными. Утверждает и контролирует план руководитель учреждения.   
В индивидуальных планах и графиках работы должны соблюдаться принципы приоритетности и выделения ведущих задач.

Показатели качества и эффективности работы необходимы для оценки деятельности специалиста; они должны быть заранее оговорены и утверждены в соответствующих официальных документах, должны носить обязательный характер (в должностных инструкциях, в стандартах качества и др.). Их можно разделить на следующие   
2 группы.

1. Общие показатели эффективности, которые зависят от работы не только специалиста, но и всего медицинского учреждения, а также от санитарно-эпидемических условий, экологических факторов внешней среды и др. В первую очередь к ним можно отнести показатели заболеваемости населения и санитарно-демографические данные.

2. Специальные, или частные, показатели качества специфичны и конкретны для каждой специальности.

Однако есть и общие для всех врачей показатели, которые должны отражать качество диагностики, лечения и профилактики заболеваний, частоту осложнений и рецидивов заболеваний, средние сроки лечения и др. Для оценки конечных результатов деятельности врача служат также данные о частоте жалоб или благодарностей пациентов за оказанную медицинскую помощь, об интенсивности и плотности нагрузки, использовании медицинского оборудования и аппаратуры, исходах лечения и эффективности оздоровительных мероприятий.

## Комплексное планирование лечебно-профилактической помощи на административной территории. Структура и порядок утверждения комплексных планов

Действенными формами оздоровительной работы являются единые комплексные планы. Они (для отдельных объектов или для административной территории) направлены на проведение комплексных мероприятий силами не только медицинских работников (лечебного и гигиенического профиля), но и специалистов технических, административных, профсоюзных, финансовых, юридических и других подразделений и ведомств. На основе анализа медико-демографической, эпидемической и экологической ситуации, оценки санитарного состояния и здоровья различных групп населения и уровня технического обеспечения планируются мероприятия с указанием сроков исполнения и ответственных.

Составление комплексных планов организуется врачами-специалистами (руководителем комитета по здравоохранению и главным государственным санитарным врачом территории), утверждают их руководители администрации территории. После утверждения план приобретает форму документа, обязательного для всех исполнителей. На отдельных производственных объектах комплексные планы составляют главные врачи медико-санитарных частей, цеховые терапевты, санитарные врачи по гигиене труда. Утверждает их директор объекта.

Комплексный план включает такие мероприятия, как организационные, санитарно-технические, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические, материально-финансового обеспечения. Составляются комплексные планы по охране окружающей среды, по благоустройству и оздоровлению территории (объекта), по профилактике отдельных заболеваний (травматизма), по профилактике специфических для данного региона или объекта заболеваний, по оздоровлению труда женщин, подростков и др.

## Система подготовки и усовершенствования кадров в условиях реформирования высшего медицинского образования

ВОЗ предложен термин “непрерывность подготовки специалистов”. Обучение медицинским специальностям осуществляется в системе средних и высших медицинских учебных заведений. В настоящее время подготовка специалистов с высшим медицинским образованием проводится на факультетах: лечебно-профилактическом, медико-профилактическом, педиатрическом, стоматологическом, химико-фармацевтическом, высшего сестринского образования.

Непрерывность обучения и необходимость перехода медицинского образования к международным стандартам предусматривают совершенствование системы подготовки студентов.

В ряде вузов России предусмотрено обучение студентов на общеврачебном факультете в течение 6 лет. После окончания вуза выпускник может избрать специальность, обучаться которой будет от 1,5 до 2 лет. Учебные программы подготовки ориентированы на обучение врача общей практики (семейного врача). После окончания института обучение может быть продолжено в клинической ординатуре и аспирантуре.

Образование врача с получением диплома не заканчивается. Последипломное образование осуществляется по двум направлениям — специализация и усовершенствование. Усовершенствованию подлежит каждый врач в среднем через 5 лет работы. Проводится оно на базе институтов усовершенствования и факультетов усовершенствования при медицинских вузах. Кроме комплексной подготовки, в повышении квалификации используются курсы информатики и стажировки по специальности. Существует форма подготовки на рабочем месте в лучших медицинских учреждениях, у опытных специалистов.

Постоянному росту квалификации и развитию творческой инициативы медицинских кадров способствует аттестация врачей: определение знаний и практических навыков, присвоение квалификационной категории. Первая проводится периодически 1 раз в 5 лет, вторая — по желанию врача. По истечении 5-летнего срока врачи, имеющие квалификационные категории, проходят переаттестацию. Она проводится аттестационной комиссией. Аттестации подлежат все врачи, работающие в данном учреждении здравоохранения не менее одного года и не имеющие квалификационной категории. Молодые специалисты проходят аттестацию через 3 года после окончания интернатуры (стажировки).

Аттестационная комиссия определяет квалификацию врачей-специалистов по трем квалификационным категориям: высшая — присваивается врачам, имеющим стаж работы по данной специальности не менее 10 лет и высокую теоретическую и практическую профессиональную подготовку; первая — присваивается врачам со стажем работы по специальности не менее 7 лет; вторая — присваивается врачам со стажем работы по данной специальности не менее 5 лет.

## Деятельность врачей общей практики в России и за рубежом

Создание института врачей общей практики в России началось в 1988 г. В настоящее время ВОП работают в основном в государственных медицинских учреждениях (территориальные поликлиники, городские и сельские врачебные амбулатории), относительно небольшая часть работают в негосударственных учреждениях и как частнопрактикующие. В обобщенном виде можно говорить о следующих формах работы ВОП: индивидуальный прием пациентов и групповая практика (отделения или бригады). Обычно в бригаду входят стоматолог, хирург, акушер-гинеколог, реже педиатр.

В качестве ВОП работают в основном участковые терапевты, прошедшие специальную подготовку на факультетах усовершенствования врачей. Первичная додипломная подготовка ВОП осуществляется сейчас во многих вузах России. Разработана и утверждена МЗ РФ программа подготовки ВОП и медицинских сестер общей практики.

ВОП не только выполняют функции участковых терапевтов, но также ведут прием пациентов с неврологическими, офтальмологическими, хирургическими и ЛОР-заболеваниями. По мнению экспертов, проанализировавших состав пациентов, обращающихся к врачам-специалистам, ВОП может взять на себя 22,7% от общего числа посещений хирурга и 36,4; 41 и 46,6% от общего числа посещений соответственно офтальмолога, отоларинголога и невропатолога.

График рабочего дня ВОП строится следующим образом: 4 ч — амбулаторный прием и 2,5 ч — посещение больных на дому. Часть ВОП выполняют ночные дежурства в стационарах, но специальные койки для их пациентов нигде не выделены.

Практика выделения квартир для ВОП в пределах территориального участка привела к тому, что больные довольно часто пользуются услугами врачей в вечернее и даже в ночное время.

В среднем в месяц на одного ВОП приходится от 820 до 1200 посещений, то есть ежедневный прием составляет 16—20 пациентов. ВОП ведут прием совместно с медицинскими сестрами, а на селе, кроме того, и с фельдшерами-акушерками. Соотношение врачебного и среднего медперсонала в учреждениях колеблется от 1:1 до 1:3. Специально подготовленных медицинских сестер пока не хватает, планируется расширить их додипломную подготовку в медицинских училищах и на факультетах высшего сестринского образования медицинских вузов.

ВОП, работающие в поликлиниках, пользуются лечебно-диагностической базой своего учреждения. Во врачебных амбулаториях, удаленных от поликлиник, ВОП ограничиваются назначением пациентам простейших исследований (ЭКГ, рино- и отоскопия, функция внешнего дыхания, экспресс-анализы мочи на сахар, белок и др.). Из лечебных мероприятий в амбулаториях проводятся различные инъекции, массаж, физиотерапевтические процедуры (УВЧ, ингаляции, УФО, электрофорез и др.).

Численность населения, обслуживаемого одним ВОП, колеблется от 1600 до 2500 человек; радиус обслуживаемого участка в городе — менее 1 км, однако имеются участки с радиусом 3 км и более. На участках, где высока доля лиц пожилого и старческого возраста, примерно каждый пятый визит делается с медико-социальной целью. Многие ВОП ведут учет одиноких, хронически больных, инвалидов, лиц с асоциальным поведением, поддерживают связь с органами социального обеспечения, оформляют нуждающихся в дома-интернаты, организуют стационары на дому.

Картину заболеваемости взрослого населения по обращаемости к ВОП в основном определяют 5 классов болезней: болезни органов дыхания — 250,5 случая на 1000 жителей старше 15 лет; болезни системы кровообращения — 97,8‰; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 89,0 ‰, травмы и отравления — 78,1‰ и болезни органов пищеварения — 51,7‰, что составляет соответственно 36; 14; 12,8; 11,3 и 7,4% от общего числа заболеваний.

В течение года на консультацию к “узким” специалистам в среднем направляется 19,1% пациентов, на обследование в другие учреждения — 14,3%, госпитализируется — 7,1% больных.

Опрос врачей показал, что после того как они занялись общей практикой, изменился характер их работы (расширился диапазон заболеваний, с которыми обращаются пациенты, уменьшилось число консультаций у специалистов, увеличился объем диагностической работы), обслуживание стало удобнее для пациентов (быстрее устанавливается диагноз и начинается лечение), удалось лучше узнать больного, его семью, возросло доверие пациентов к врачу, появилась самостоятельность в работе, повысился интерес к ней.

Первые итоги внедрения общеврачебной (семейной) практики свидетельствуют о целесообразности развития этой службы в стране. Проблема заключается в расширении додипломной и последипломной подготовки ВОП и медицинских сестер общей практики, обеспечении их необходимым лечебно-диагностическим оборудованием, создании оптимальных условий для работы, разработке правовой базы, механизма дифференцированной оплаты труда.

В настоящее время в мире существует несколько моделей организации работы ВОП, семейного врача.

*Первая модель.* ВОП, семейный врач, работающие в индивидуальном порядке.

*Вторая модель.* Групповая врачебная практика (врачебная амбулатория). При такой организации работы врачей немного снижается уровень доступности медицинской помощи населению, так как врачебная амбулатория обслуживает до 10000 жителей, но появляется возможность более оперативного обследования населения с использованием минимального набора тестов, взаимозаменяемости врачей и разделения некоторых их функций, более высокого технического оснащения. Врачи общей практики (семейные врачи), объединенные в групповую практику, в основном ведут прием пациентов, а остальную работу выполняют средние медицинские работники.

*Третья модель.* Центры здоровья (ЦЗ), которые представляют собой объединение нескольких групповых врачебных практик с дополнением целого ряда новых функций, включая организацию специальных стационаров по уходу за больными, инвалидами и престарелыми. В сельской местности такие центры создаются на 30—35 тыс. жителей, в городах — на 35—40 тыс. человек. В задачи ЦЗ входят: охрана здоровья матери и ребенка; охрана здоровья работающего населения; забота о здоровье учащихся; охрана здоровья престарелых; оказание стоматологической помощи; оказание первичной медицинской и лечебной помощи (амбулаторная, стационарная); пропаганда здорового образа жизни; транспортировка больных.

ПМСП при этом становится более разнообразной и концентрированной, а уменьшение ее доступности компенсируется обеспечением центров автотранспортом. Такая модель, в частности, характерна для Скандинавских стран. Так, например, в Финляндии каждая община обязана по закону самостоятельно или совместно с другими общинами организовать и содержать ЦЗ. В состав ЦЗ входят следующие отделы: охраны здоровья матери и ребенка, врачебные амбулатории, клиническая лаборатория, стационар общего профиля. Минимальная численность населения для организации ЦЗ составляет 10000 человек. Однако в отдаленных и редконаселенных районах центры могут быть организованы и при меньшей численности населения. В настоящее время в Финляндии насчитывается более 200 центров здоровья. Работа ЦЗ направляется отделом здравоохранения общины или федерации общин. Эти отделы осуществляют наем персонала, разрабатывают планы и контролируют их выполнение, организуют участие населения в решении вопросов здравоохранения. В большинстве центров работают 4 врача (минимальное число врачей — 3).

*Четвертая модель.* ВОП (семейный врач) работает в поликлинике. Эта модель наиболее приемлема для России и для некоторых стран Восточной Европы, так как не требует значительных капитальных затрат на строительство новых учреждений. Она является оригинальной и не имеет аналогов в мировой практике. Суть этой модели заключается в полном изменении организационных форм работы имеющихся амбулаторно-поликлинических учреждений, в устранении таких крупных недостатков в их деятельности, как:

— отсутствие преемственности в обследовании и лечении пациентов, что нередко приводит к назначению взаимоисключающих методов исследования;

— разобщенность сведений о каждом пациенте;

— очереди на прием к специалистам;

— отсутствие систематического наблюдения за прикрепленным контингентом;

— снижение уровня знаний у участкового терапевта и педиатра, ухудшение качества их работы, превращение их даже не в диспетчеров, а в “бюллетенщиков”;

— перегруженность врачей-специалистов за счет значительного числа ненужных приемов;

— отсутствие гибкости в работе поликлиник;

— снижение авторитета и престижа врачей общей практики (семейных врачей) амбулаторно-поликлинической службы;

— недообследованность и недолеченность больных, что нередко является причиной хронизации патологии у них;

— незнание участковыми врачами своих пациентов.

При организации работы по этой модели, которая уже реализуется в некоторых регионах России, увеличивается число участковых врачей, которые становятся врачами общей практики, уменьшается количество врачей-специалистов, выступающих в основном в роли консультантов. В помощь ВОП придаются средние медработники — медсестры (манипуляционная, патронажная и др.), акушерка, в ряде случаев — и медсестра, оказывающая социальную помощь. Эта семейная бригада на прикрепленном участке ведет всю работу — прививочную, просветительную, профилактическую, осуществляет лечение больных, наблюдение за беременными, детьми, инвалидами, пожилыми и т. д. В необходимых случаях ВОП привлекает специалистов для консультации и назначения лечения, но контроль за лечением и наблюдение пациента осуществляет сам.

Центральная фигура общеврачебной практики — врач общей практики (семейный врач). ВОП — это выпускник медицинского вуза, который обеспечивает первичную медицинскую помощь с учетом индивидуальных особенностей каждого члена семьи и имеет лицензию на право заниматься общеврачебной практикой.

Врач общей практики:

— принимает своих пациентов в амбулатории, на дому, в отдельных случаях — в клинике или стационаре;

— своевременно ставит диагноз;

— анализирует физические, психологические и социальные факторы, определяющие уровень здоровья семьи, и использует эти данные в своей повседневной работе;

— осуществляет постоянное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями и за больными в терминальном состоянии;

— устанавливает доверительные отношения с членами обслуживаемых семей;

— назначает и проводит лечение, осуществляет профилактические мероприятия и медико-санитарное обучение пациентов (членов семьи).

В Великобритании из 40 часов рабочей недели врач общей практики затрачивает 14% времени на профилактику заболеваний, 8% времени уделяет вопросам оптимизации среды обитания пациентов, а 21% времени уходит на деятельность по профилактике инфекционных заболеваний (особенно у детей).

Распределение рабочего времени врача общей практики в Великобритании, по данным Королевского колледжа врачей общей практики (1985), представляется следующим образом. 21% рабочего времени уходит на консультацию больных инфекционными заболеваниями, которые обычно вызываются вирусами. 14% времени занимает профилактика заболеваний: иммунизация детей, наблюдение за беременными, контрацепция, цитология мазков шейки матки и наблюдение за больными гипертонической болезнью. Остальной бюджет времени распределяется на консультацию больных:

— заболеваниями костно-мышечной системы (старше 45 лет) — 9%;

— с циркуляторными расстройствами (старше 45 лет) — 9%;

— с неблагоприятными условиями обитания — 8%;

— с психическими расстройствами — 7%;

— болезнями кожи — 6%;

— нервными болезнями — 5%;

— заболеваниями мочеполовой системы — 5%;

— пострадавших от несчастных случаев — 5%;

— с расстройствами желудочно-кишечного тракта — 4%;

— респираторных заболеваний неинфекционного характера — 4%;

— с различными формами рака — 1%;

— заболеваниями эндокринной системы и крови — 2%.

Так, в Бельгии врач общей практики обслуживает 725, в Финляндии — 1730, в Германии — 2000 человек населения.

Число пациентов, принимаемых в неделю врачом общей практики в Англии, например, колеблется от 25 до 225 , в среднем — 100—140 человек. Консультация пациента занимает от 5 до 9 мин. Число визитов врачей на дом также имеет большой разброс — от 3 до 33 в неделю, при этом у некоторых врачей они занимают 2%, а у других — до 25% рабочего времени.

В Австрии пациент не прикреплен к какой-либо определенной практике. При обращении за медицинской помощью пациент вручает врачу страховой полис, действительный в течение 3 мес, с целью представления в страховую компанию для последующей оплаты.   
В течение 3 мес пациент обязан лечиться у данного врача. Дети до 15 лет осматриваются по крайней мере 1 раз в год; пожилые люди также имеют право провериться 1 раз в год. Для осуществления перинатальной помощи имеется специальное обслуживание.

В странах Западной Европы существует несколько принципиально разных систем оплаты труда врачей общей практики: фиксированная заработная плата, подушевая оплата (фиксированная сумма за каждого пациента, иногда дифференцированная по возрасту и полу пациента) и оплата за каждую оказанную услугу. Возможны также разные их комбинации.

## Современные теории медицины и здравоохранения

Знание современных теорий медицины и здравоохранения позволяет избегать ошибочных положений при оценке воздействия факторов окружающей и социальной среды на здоровье человека. Отдельные теории условно могут быть распределены на 2 группы.

1. Теории народонаселения и здравоохранения (преиму­щественно социологизаторские, натуралистические): мальтузианство, неомальтузианство, теория “оптимума населения”, расизм, патернализм, евгеника (расовая гигиена); социал-дарвинизм, органическая теория Г. Спенсера, социальная экология; теория “болезней цивилизации” и социальной дизадаптации; теория конвергенции в здравоохранении; теория факторов; теория “пороч­ного круга”, нищеты и болезней.

Эта группа включает теории народонаселения и здравоохранения, которые сопряжены с такими понятиями, как сущность демографических явлений, особенно воспроизводства населения, политика здравоохранения, развитие общественного здравоохранения.

2. Теории медицины: патологии (медико-биологические, психологизаторские), теория “стресса” и общего адаптационного синдрома   
Г. Селье; фрейдизм, неофрейдизм; психоаналитическая психосоматика; неогиппократизм; биотипология.

Эта группа объединяет теории о сущности патологических процессов, медико-биологических и социально-психологических состояний.

## Системы и тенденции развития здравоохранения в мире. Первичная медицинская помощь. Основные показатели состояния здоровья и обеспечения медицинской помощью

ВОЗ определила системы и виды здравоохранения по уровню управления: 1) централизованные (учреждения здравоохранения подчиняются местным органам здравоохранения); 2) частичной децентрализации (учреждения и местные органы здравоохранения не подчиняются центральным органам); 3) децентрализованные (указания центральных и местных органов здравоохранения не обязательны для учреждений; функционируют на основе устава).

По финансированию системы подразделяются на: 1) государственные (при государственном законодательстве, управлении и финансировании); 2) страховой медицины (существует 3 основных источника страховых взносов: за счет государства — 30—40%, за счет предприятий — 30—40%, за счет средств населения — 30—40%);   
3) смешанные государственно-страховые; 4) преимущественную систему частной практики; 5) здравоохранение развивающихся стран.

Первичная медико-социальная помощь в большинстве стран осуществляется в системе амбулаторно-кабинетной практики, где ведется прием больных врачом (группой врачей). Существует система оказания помощи по принципу семейного врача. Выдача лицензий на право деятельности и контроль осуществляются ассоциациями врачей, местными органами медицинского управления. Финансовые расчеты пациента с врачом осуществляются через страховые компании (оплата счетов).

Основными многопрофильными специализированными медицинскими учреждениями являются больницы (объединенные больницы с амбулаторной помощью) различного уровня в соответствии с радиусом обслуживания и численностью населения. Государственное финансирование распространяется на медицинские программы по охране детства, профилактике инфекционных заболеваний, по медицинскому обеспечению военнослужащих, малообеспеченных, на специальные программы поддержки. Имеется сеть религиозных и благотворительных общественных фондов и медицинских учреждений, гарантирующих первую медицинскую помощь и уход при родах, заболеваниях и травмах.

Здравоохранение развивающихся стран характеризуется недостаточным количеством медицинских кадров, больничных учреждений и большим радиусом обслуживаемых врачами участков. Структура заболеваемости и смертности характеризуется большой долей инфекционных и паразитарных заболеваний, а также болезней, связанных с нарушениями обмена веществ. Наблюдается высокий уровень рождаемости (20—30 на 1000 человек населения) и смертности (15 на 1000 человек и более 20—25 младенцев на 1000 родившихся живыми). Медицинская помощь населению оказывается специалистами нетрадиционных методов лечения и знахарями; медицинскими сестрами и фельдшерами в пунктах и центрах здоровья; врачами сельских больниц (общей практики); врачами-специалистами в крупных больницах (преимущественно в городах).

## Международное сотрудничество в области медицины. Структура и роль Всемирной организации здравоохранения

Возрастание социальной и политической значимости здравоохранения, достижения медико-биологической науки в последнее десятилетие стимулировали развитие международного сотрудничества в области медицины. Совместная деятельность направлена на обмен информацией о здоровье населения и состоянии здравоохранения. Проводятся консультации и обмен специалистами для оказания медицинской помощи. Ученые и медики разных стран проводят совместные конференции, съезды, научные исследования.

Вопросы здоровья населения мира являются одной из глобальных проблем современности и разрабатываются Всемирной организацией здравоохранения. Она создана в соответствии с решением Международной конференции по здравоохранению, состоявшейся в 1946 г. в Нью-Йорке. Устав ВОЗ ратифицирован 07.04.48 г., и с тех пор этот день ежегодно отмечается как Всемирный день здоровья.

Главной уставной целью ВОЗ является “достижение всеми народами наивысшего возможного уровня здоровья”. Основные задачи ВОЗ сформулированы следующим образом: координация международной деятельности в области здравоохранения; предоставление государствам соответствующей информации; оказание помощи в вопросах здравоохранения; поощрение и развитие работы по борьбе с эпидемическими, эндемическими и другими болезнями, а также по охране психического здоровья; проведение совместных исследований в области здравоохранения; содействие в подготовке медицинских кадров и др.

По уставу высшим органом ВОЗ является Всемирная ассамблея здравоохранения, ежегодные сессии которой проводятся, как правило, в Женеве. Между сессиями ассамблеи высшим органом ВОЗ является Исполнительный комитет, состоящий из представителей 30 государств — членов ВОЗ, избираемых на 3 года. Уставом ВОЗ предусмотрено создание 6 региональных бюро (африканского и стран Америки, Юго-Восточной Азии, Европы, Восточного Средиземноморья, Тихого океана). К функциям регионального бюро относятся: развитие национальных служб здравоохранения, изучение состояния здоровья, подготовки кадров. Региональное бюро имеет отделы (службы здравоохранения с секцией стипендий и информации и административно-финансовый отдел). Для выполнения программ ВОЗ создает международные бригады, которые руководят работой местных национальных служб здравоохранения.

Главной целью правительств разных стран на будущее десятилетие должно быть достижение всеми гражданами мира к 2000 г. такого уровня здоровья, который позволит им вести полноценный образ жизни. Составлена новая стратегия ВОЗ — “Здоровье для всех к   
2000 г.”, ее основа — концепция развития медико-социальной помощи населению.

# ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

## Закон “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”. Этапы его внедрения. Организация работы и лицензирования медицинских учреждений

Для реализации закона разработаны и утверждены положения о медицинских страховых организациях, о порядке выдачи лицензий на право заниматься медицинским страхованием, базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС) и другие нормативные документы.

Закон определяет правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения. Он направлен на усиление ответственности и заинтересованности населения и государства, предприятий и организаций в охране здоровья граждан в новых экономических условиях и обеспечивает конституционное право граждан на медицинскую помощь. Закон состоит из 5 разделов и 28 статей.

В разделе “Общие положения” отмечено, что медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Цель медицинского страхования — гарантировать при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Во втором разделе “Система медицинского страхования” представлены объекты медицинского страхования (страховой риск), дана структура договора о медицинском страховании, страхового полиса, раскрыты права граждан, права и обязанности страхователя, фондов здравоохранения и страхования и др.

Третий раздел содержит статьи о задачах, правах и обязанностях страховых медицинских организаций, о порядке выдачи лицензий на право заниматься медицинским страхованием и др.

Деятельность медицинских учреждений в системе медицинского страхования отражена в четвертом разделе, где подробно анализируются права и обязанности медицинских учреждений, вопросы организации работы по лицензированию и аккредитации медицинских учреждений, программа обязательного медицинского страхования. Договор о предоставлении лечебно-профилактической помощи и тарифах на медицинские услуги направлен на обеспечение рентабельности их деятельности.

В пятом разделе “Регулирование отношений сторон в системе медицинского страхования”координируются ответственность сторон, право страховой медицинской организации на возмещение расходов и др. Разработано положение о порядке выдачи лицензий на право заниматься медицинским страхованием. Страховые компании и медицинские учреждения (лаборатории) обязаны иметь лицензию (документ) на право заниматься медицинской деятельностью по обслуживанию застрахованных. Эти учреждения должны соответствовать санитарно-гигиеническим нормам, иметь диагностическое оборудование, лечебные комплексы с современными методами профилактики, диагностики и лечения.

В приказе МЗ РФ № 93 от 20.03.92 г. «“О мерах по выполнению закона “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”» отмечено, что на первом этапе создаются лицензионные комиссии при комитетах по здравоохранению местных администраций, которые изучают представленные документы, акты, оборудование, методики и др.; назначаются группы экспертов, которые анализируют данные, определяют объем и срок действия лицензии. В законе РФ от 30.03.93 г. № 4696 представлены новые тарифы страховых взносов в фонд социального страхования (5,4%), в Государственный фонд занятости населения (2%) и в фонд обязательного медицинского страхования (3,6%).

## Права и обязанности медицинских учреждений, страховых компаний и населения при обязательном и добровольном медицинском страховании

Вышеуказанный закон определяет основные права и обязанности участников медицинского страхования. Гражданин РФ имеет право: на обязательное и добровольное медицинское страхование; на свободный выбор страховой медицинской организации и врача в соответствии с договором; на получение медицинской помощи на всей территории России, в том числе за пределами постоянного места жительства; на получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплачиваемого страхового взноса; на предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба; на возврат части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

Страховая медицинская организация (СМО) имеет право: свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования; участвовать в аккредитации медицинских учреждений; устанавливать размер страховых взносов, тарифы на медицинские услуги; предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или медработнику на материальное возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине. Страховая медицинская организация обязана: заключить договор с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному и добровольному медицинскому страхованию; выдавать страхователю или застрахованному страховые медицинские полисы; возвращать часть страховых взносов страхователю, если это предусмотрено договором медицинского страхования; контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи; защищать интересы застрахованных.

## Прфессиональные права и обязанности медработников в условиях перехода на рыночные отношения и медицинское страхование. Понятие о врачебной и коммерческой тайне

Обязанности рабочих и служащих, указанные в ст. 127 КЗоТ, полностью распространяются на медицинских работников, а особенности медицинской деятельности накладывают на них дополнительные обязанности. Например, общее требование “работать честно и добросовестно” распространяется на всех рабочих и служащих страны, но в понятие “работать” для медработника вкладывается специфическое содержание. Общее требование “соблюдать технологическую дисциплину”для них означает то, что в медицинской практике должны применяться методы диагностики, профилактики, лечения и лечебные средства, разрешенные в установленном порядке.

Конкретные должностные (профессиональные) обязанности медицинских работников весьма разнообразны и специфичны, они зависят не только от специальности, но и от должности и профиля как учреждения здравоохранения, так и его структурного подразделения. Они определяются рядом правовых актов КЗоТ, нормативными актами Министерства здравоохранения по каждой специальности, конкретизируются должностными инструкциями, положениями об отдельных категориях работников, тарифно-квалификационными справочниками.

*Врачебную тайну* составляет информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии и здоровья гражданина, диагнозе и иные сведения личного характера, полученные при его обследовании и лечении.

*Коммерческую тайну* составляет информация о хозяйственной и коммерческой деятельности физического или юридического лица, которая свидетельствует о технологии производства, физико-химическом составе, рецептуре, принципиальных схемах и др.

Законодательство, обеспечивающее правовую основу для медицинской деятельности, санитарного благополучия и укрепления здоровья населения, в качестве источников имеет множество нормативных актов различной юридической силы и сферы применения.   
К общим нормативным документам относятся Конституция Российской Федерации, трудовое, гражданское, административное и уголовное законодательство и др.

Законодательные и нормативные акты могут быть представлены Государственной Думой Совета Федерации, указами Президента, постановлениями Правительства, Министерством здравоохранения, распоряжениями глав административных территорий и законодательных органов.

## Основные правовые принципы охраны здоровья населения

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

Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации и иными законодательными актами Российской Федерации, Конституциями и иными законодательными актами республик в составе Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Основными правовыми принципами охраны здоровья граждан являются:

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

— приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;

— доступность медико-социальной помощи;

— социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

— ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Задачами законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан являются:

— определение ответственности и компетенции Российской Федерации, республик в составе РФ, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, автономных областей, округов в вопросах охраны здоровья граждан в соответствии с Федеративным договором, а также определение ответственности и компетенции в этих вопросах органов местного самоуправления;

— правовое регулирование деятельности предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, а также государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

— определение прав граждан, отдельных групп населения в области охраны здоровья и установление гарантий их соблюдения;

— определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников, установление гарантий их социальной защиты.

Граждане Российской Федерации обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это право обеспечивается проведением мероприятий по охране окружающей природной среды, созданию благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан; производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Государство обеспечивает гражданам право на охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, вероисповедания, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность.

Гражданам Российской Федерации, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемическом состоянии района проживания, рациональных нормах питания, продукции, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах. Эти сведения предоставляются местной администрацией средствам массовой информации или непосредственно гражданам по их запросам в порядке, установленном Правительством РФ. В интересах охраны здоровья граждан реклама алкогольных напитков и табачных изделий в средствах массовой информации запрещена. Нарушение указанной нормы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программой ОМС.

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

Граждане имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедическими, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью определяются Правительством Российской Федерации.

Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая проводится по их личному заявлению в специализированных учреждениях.

Дети, подростки, учащиеся, инвалиды и пенсионеры, занимающиеся физической культурой, имеют право на бесплатный медицинский контроль.

Работающие граждане имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы органами санэпиднадзора вследствие заразного заболевания. Если карантину подлежат несовершеннолетние или граждане, признанные в установленном законом порядке недееспособными, пособие выдается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи в установленном законом порядке.

## Организационно-правовые предпосылки медицинской и фармацевтической деятельности

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

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

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

Врачи или провизоры, не работавшие по своей специальности более 5 лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций.

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

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

## Правовой статус медицинских и фармацевтических работников

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на:

— обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;

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

— защиту своей профессиональной чести и достоинства;

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

— совершенствование профессиональных знаний;

— переподготовку за счет средств бюджетов всех уровней при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях высвобождения работников в связи с сокращением численности или штата, ликвидации предприятий, учреждений и организаций;

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

— беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих предприятиям, учреждениям, организациям или гражданам, а также любого имеющегося вида транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение в случаях, угрожающих его жизни;

— первоочередное получение жилых помещений, установку телефона, предоставление их детям мест в детских дошкольных и санаторно-курортных учреждениях, приобретение на льготных условиях автотранспорта, используемого для выполнения профессиональных обязанностей при разъездном характере работы; иные льготы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономных областей и округов, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Врачи, провизоры, работники со средним медицинским или фармацевтическим образованием государственной и муниципальной системы здравоохранения, работающие и проживающие в сельской местности и поселках городского типа, а также проживающие с ними члены их семей имеют право на бесплатное получение квартир с отоплением и освещением в соответствии с действующим законодательством.

## Правовой статус лечащего врача

Лечащий врач — это врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период наблюдения и лечения его в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении. Лечащим врачом не может быть врач, обучающийся в высшем медицинском учебном заведении.

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

Лечащий врач единолично выдает листок нетрудоспособности на срок, определенный федеральными органами власти.

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

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

## Правовой статус пациента

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

— уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

— выбор врача, в том числе семейного, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

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

— проведение по его просьбе консилиума и консультаций у других специалистов;

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

— сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе, а также иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;

— добровольное согласие на медицинское вмешательство;

— отказ от медицинского вмешательства;

— получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья;

— получение медицинских и иных услуг в рамках программ обязательного или добровольного медицинского страхования;

— возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

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

— допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутреннего распорядка учреждения.

Пациент в случае нарушения его прав может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу ЛПУ, в котором ему оказывется медицинская помощь, в соответствующие медицинские ассоциации, лицензионные комиссии либо   
в суд.

## Правовой статус муниципальной системы здравоохранения

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

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

## Правовой статус медицинских учреждений индивидуально-частного предпринимательства

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

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

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

## Правовые основы трудовой деятельности медработников. Понятие трудового права

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

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

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

## Трудовой договор: понятие, содержание, виды, формы и порядок заключения

Трудовой договор (контракт) есть соглашение между работником и работодателем, по которому работник обязуется выполнять работу по определенной специальности, квалификации или должности с подчинением внутреннему трудовому распорядку, а работодатель обязуется выплачивать работнику заработную плату и обеспечивать условия труда, предусмотренные законодательством о труде, коллективным договором и соглашением сторон. Условия трудового договора, которые определяются соглашением сторон, принято подразделять на обязательные (необходимые, основные) и дополнительные.

Обязательные — это условия, без которых трудовой договор не может быть заключен: место работы, трудовая функция (специальность, квалификация, должность), оплата труда и время начала работы.

Дополнительные — условия, которые уточняют, развивают и дополняют условия конкретного трудового договора: об испытании, о неполном рабочем времени, об освобождении от командировок, о совмещении профессий и др. Включенные в трудовой договор, они становятся обязательными для сторон. При этом даже при наличии соглашения сторон в трудовой договор не могут включаться условия, ухудшающие положение работника по сравнению с действующим законодательством о труде или противоречащие ему.

Трудовые договора (контракты) заключаются: на неопределенный срок; на определенный срок не более 5 лет; на время выполнения определенной работы. Трудовой договор оформляется письменно. Заключение трудового договора считается фактическим допущением к работе, независимо от того, был ли прием на работу надлежащим образом оформлен. Работнику, приглашенному на работу в порядке перевода из другого предприятия, не может быть отказано в заключении трудового договора. Запрещается необоснованный отказ в приеме на работу. Не допускается прямое или косвенное ограничение прав (установление прямых или косвенных преимуществ) при приеме на работу, не связанных с деловыми качествами работника.

## Испытание при приеме на работу

При заключении трудового договора соглашением сторон может быть обусловлено испытание с целью проверки соответствия рабочего или служащего поручаемой ему работе. Испытание не устанавливается при приеме на работу:

— лиц, не достигших 18 лет;

— молодых рабочих по окончании средних профессиональных учебных заведений;

— молодых специалистов по окончании высших и средних учебных заведений.

Испытание не устанавливается при приеме на работу в другую местность и при переводе на работу на другое предприятие, в учреждение, организацию, а также в других случаях, предусмотренных законодательством. Так, не устанавливается испытание для временных и сезонных работников; выборных и избранных по конкурсу; для лиц, окончивших аспирантуру без отрыва от производства и направленных на работу.

Срок испытания не может превышать 3 месяца, а в отдельных случаях, по согласованию с профсоюзным комитетом, — 6 месяцев. Если работник в период испытания отсутствовал на работе в связи с временной нетрудоспособностью или по другим уважительным причинам, срок испытания может быть ему продлен на число дней, на протяжении которых он отсутствовал. Если срок испытания истек, а работник продолжает работать, то он считается выдержавшим испытание и последующее расторжение трудового договора допускается только на общих основаниях. Специального приказа (распоряжения) об окончательном принятии на работу лица, прошедшего испытание, не требуется.

При неудовлетворительном результате испытания, если до истечения его срока будет установлено несоответствие работника выполняемой работе, администрация предприятия (учреждения, организации) вправе расторгнуть трудовой договор без согласования с профсоюзным комитетом и без выплаты выходного пособия.

## Изменение трудового договора. Условия и порядок перевода работника на другую постоянную или временную работу

Работодатель не вправе требовать от работника выполнения работы, не обусловленной трудовым договором (контрактом). Перевод на другую работу — это изменение в трудовой деятельности работника, в результате которого изменяется одно из обязательных условий трудового договора: место работы, профессия, специальность, квалификация, должность.

В зависимости от причины переводы подразделяют на:

— переводы на другую постоянную работу;

— временные переводы.

Трудовое законодательство знает 3 вида постоянных переводов:

— перевод на том же предприятии, в учреждении и организации на другую работу;

— перевод на другое предприятие;

— перевод в другую местность.

Временный перевод — это перевод рабочего или служащего на другую работу на ограниченный, законодательно определенный срок. При этом за работником сохраняется постоянная работа, но временно, на определенный срок (не более предусмотренного законом), изменяются специальность, квалификация, должность.

Перевод на другую работу допускается только с согласия работника. Об изменении существующих условий труда (системы и размеров оплаты труда, льгот, режима работы и др.) работник должен быть поставлен в известность не позднее чем за 2 месяца. Если работник не согласен на продолжение работы в новых условиях, то трудовой договор подлежит прекращению.

В случае производственной необходимости администрация имеет право переводить работников на срок до одного месяца на не обусловленную трудовым договором работу с оплатой труда по выполняемой работе, но не ниже среднего заработка по прежней работе. Администрация имеет право перевести работника на другую работу для замещения отсутствующего работника на срок до одного месяца в течение календарного года. В случае простоя работники переводятся с учетом их специальности и квалификации на другую работу на том же предприятии на все время простоя либо на другое предприятие, но в той же местности на срок до одного месяца.

## Прекращение трудового договора. Увольнение работников по собственному желанию и по инициативе администрации

Работник имеет право расторгнуть трудовой договор (контракт), заключенный на неопределенный срок, предупредив об этом администрацию письменно за 2 недели. По истечении срока предупреждения об увольнении работник вправе прекратить работу, а администрация обязана выдать работнику трудовую книжку и произвести с ним расчет. По договоренности между сторонами трудовой договор может быть расторгнут и до истечения срока предупреждения об увольнении.

Трудовой договор может быть расторгнут администрацией только в случаях, предусмотренных законом. Расторжение трудового договора в случаях сокращения штатов либо численности работников, обнаружения несоответствия работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации либо состояния здоровья, неявки на работу в течение более 4 месяцев подряд вследствие временной нетрудоспособности производится с предварительного согласия соответствующего выборного профсоюзного органа. В остальных случаях согласия профсоюзного комитета на увольнение не требуется.

## Материальная ответственность

Самостоятельным видом юридической ответственности, закрепленным в трудовом законодательстве, является материальная ответственность за ущерб, причиненный организации. Материальная ответственность заключается в обязанности рабочих и служащих возместить (в ограниченном размере или полностью) имущественный ущерб, причиненный по их вине организации при исполнении трудовых обязанностей.

Рабочие и служащие несут материальную ответственность за ущерб, причиненный организации вследствие нарушения возложенных на них трудовых обязанностей. Материальная ответственность может быть возложена независимо от привлечения рабочего или служащего к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности.

На рабочих и служащих не может быть возложена ответственность за ущерб, относящийся к категории нормального производственно-хозяйственного риска.

Рабочие и служащие могут быть привлечены к материальной ответственности за прямой действительный ущерб лишь при наличии следующих обязательных условий:

— если ущерб причинен противоправными действиями или бездействием работника, то есть вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения им трудовых обязанностей, предусмотренных законодательством, правилами внутреннего трудового распорядка, охраны труда, техники безопасности и производственной санитарии, должностными инструкциями, тарифно-квалификационными справочниками рабочих, квалификационными справочниками должностей служащих, приказами и распоряжениями администрации;

— когда ущерб причинен по вине работника, то есть когда он причинил его умышленно или по неосторожности;

— при наличии причинной связи между противоправным поведением работника и имущественным ущербом.

Отсутствие хотя бы одного из перечисленных условий исключает возможность привлечения рабочего или служащего к материальной ответственности. За ущерб, причиненный организации при исполнении трудовых обязанностей, рабочие и служащие, по вине которых причинен ущерб, несут материальную ответственность в размере прямого действительного ущерба, но не более своего среднего месячного заработка, кроме тех случаев, для которых предусмотрена материальная ответственность в иных размерах.

В соответствии с законодательством рабочие и служащие несут материальную ответственность в полном размере ущерба, причиненного по их вине предприятию, учреждению, организации, в случаях, когда:

— между работником и организацией заключен письменный договор о принятии на себя работником полной материальной ответственности за необеспечение сохранности имущества и других ценностей, переданных ему для хранения или для других целей;

— имущество и другие ценности были получены работником под отчет по разовой доверенности или по другим разовым документам;

— ущерб причинен действиями работника, содержащими признаки деяний, преследующихся в уголовном порядке;

— ущерб причинен работником, находившимся в нетрезвом состоянии;

— ущерб причинен недостачей, умышленным уничтожением или умышленной порчей материалов, полуфабрикатов, изделий (продукции), в том числе при их изготовлении, а также инструментов, измерительных приборов, специальной одежды и других предметов, выданных организацией работнику в пользование;

— в соответствии с законодательством на работника возложена полная материальная ответственность за ущерб, причиненный при исполнении трудовых обязанностей;

— ущерб причинен не при исполнении трудовых обязанностей.

## Трудовая дисциплина. Виды дисциплинарных наказаний и порядок их применения

За нарушение трудовой дисциплины администрация применяет дисциплинарные взыскания: 1) замечание, 2) выговор; 3) строгий выговор; 4) увольнение. При наложении дисциплинарного взыскания должны учитываться тяжесть совершенного проступка, обстоятельства, при которых он совершен, предшествующая работа и поведение работника. До наложения дисциплинарного взыскания от работника должно быть затребовано письменное объяснение. Дисциплинарное взыскание применяется непосредственно за обнаружением проступка, но не позднее одного месяца со дня его обнаружения (не считая времени болезни работника или пребывания его в отпуске). За каждый проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание. Приказ (распоряжение) о дисциплинарном взыскании с указанием мотивов его применения объявляется работнику, подвергнутому взысканию, под расписку. Дисциплинарное взыскание может быть обжаловано в порядке, установленном законодательством.

Если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то он считается не подвергшимся дисциплинарному наказанию. В течение срока действия дисциплинарного взыскания меры поощрения к работнику не применяются.

## Правовое регулирование обязательственных отношений. Правовые способы обеспечения надлежащего исполнения обязательств

Обязательством называется гражданское правоотношение, связывающее отдельных лиц, которые должны совершать между собой предусмотренное обязательством действие. Обязательства возникают из договоров, сделок, административных актов, при причинении вреда, неосновательном приобретении или сбережении имущества и совершении других действий.

Сторонами в обязательстве являются должник и кредитор. Принятые на себя обязательства стороны должны выполнять добросовестно. Во избежание их нарушения закон устанавливает некоторые имущественные гарантии исполнения, которые называются способами обеспечения исполнения обязательств. Это — неустойки, залог, поручительства, гарантия и задаток.

Неустойкой (штрафом, пеней) признается определенная денежная сумма, которую должник обязан уплатить кредитору в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательства.

Залогом признается передача должником материальных ценностей кредитору в обеспечение исполнения основного обязательства.

Поручительство — это договор, в силу которого поручитель обязуется перед кредитором отвечать за неисполнение должником своего обязательства в полном объеме или в определенной части.

Гарантия — это договор между организациями, по которому организация-гарант обязуется отвечать перед кредитом другой организации в случае непогашения ею денежного обязательства.

Задаток — это денежная сумма, которая передается одной стороной другой стороне в счет причитающихся с нее по обязательству платежей. Получение задатка подтверждает факт заключения договора.

## Основные принципы гражданско-правовой ответственности. Ответственность за неисполнение принятых на себя обязательств

Ответственность за нарушение обязательств — это невыгодные имущественные последствия для виновной стороны. Гражданско-правовая ответственность наступает при следующих условиях:

— противоправность поведения ответственного лица;

— наличие убытков, возникающих из-за нарушения обязательства;

— наличие причинной связи между поведением обязанного лица и наступившим результатом;

— вина ответственного лица.

Противопроавность поведения заключается в несоответствии его требованиям закона, договора и т. п.

Под убытком понимается имущественный урон, выразившийся в утрате или повреждении имущества, расходах, неполучении доходов, которые сторона в соответствии с обязательством должна была получить. Причинная связь в данном случае характеризует наступление убытков как результат (следствие) противоправного действия (бездействия). Освобождает от ответственности действие неодолимой силы (наступление чрезвычайных обстоятельств, непредотвратимых при современном состоянии техники).

## Деонтологические проблемы врачебной деятельности. Содержание “Клятвы врача России”

Медицинская этика и деонтология — органически связанные понятия. Деонтология — учение о юридических, профессиональных и моральных обязанностях и правилах поведения медицинских работников по отношению к больному. В истории отечественной медицины имеется немало высказываний и оценок главного вопроса медицинской этики и деонтологии — принципа нравственного, бережного, милосердного и высокопрофессионального отношения медицинского работника к больному.

В развитие этики медицинского работника много внесли представители отечественной медицинской науки XVIII—XIX вв. Д. С. Самойлович, М. Я. Мудров, Н. И. Пирогов, С. П. Боткин, В. М. Бехтерев. Передовые земские врачи создали понятие о врачебном долге. История имеет множество примеров героического служения   
медиков своему народу. Медицинские опыты ставили на себе врачи Д. С. Самойлович, Г. Н. Минх, О. О. Мочутковский, Д. К. Заболотный, И. И. Мечников.

Основными аспектами медицинской деонтологии являются: врач и больной, врач и общество, взаимоотношения между врачами, медицинским персоналом, врачебная тайна, врачебные ошибки, этическая оценка эксперимента.

В нашей стране этические нормы поведения совпадают с правовыми требованиями. Они все больше получают закрепление в законодательном порядке. Одним из важных вопросов в отношениях врача и больного является вопрос о соблюдении врачебной тайны (ст. 61 “Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан”, 1993 г.), в которой говорится, что информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении или исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных законом. С согласия пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

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

— при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

— по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

— в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

— при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

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

В деятельности врача возможны тактические, диагностические и другие ошибки, поэтому одной из основных его черт должны быть самоконтроль и честный анализ причин совершенных ошибок.

К деонтологии имеют отношение такие проблемы, как ятрогенные заболевания, право медика экспериментировать на себе, на людях, проведение медицинского вмешательства без согласия больного, трансплантация органов и тканей, генная инженерия, знахарство, парамедицина.

Особое место вопросы деонтологии занимают в деятельности врача-организатора профилактической работы. Эффективность решения их определяется выбором форм, методов и тактических приемов. Нравственность врача формирует честный, добросовестный труд, гуманное отношение к больным.

Примером законодательного закрепления нравственных обязательств является “Клятва врача России”, которую произносят выпускники медицинских вузов перед получением диплома.

***“Перед лицом своих УЧИТЕЛЕЙ и сотоварищей по великой науке и искусству врачевания, принимая с глубокой признательностью даруемые мне права ВРАЧА, торжественно клянусь:***

***— чисто и непорочно проводить свою жизнь, творя милосердие и не причиняя зла людям;*** ***всего неправедного, пагубного и несправедливого;***

***— направлять лечение больных к их выгоде сообразно с моими силами и возможностями;***

***— не давать никому просимого у меня смертельного средства и не показать пути для осуществления подобного замысла;***

***— умолчать о том, что бы я ни увидел и ни услышал касательно здоровья и жизни людей, что не следует разглашать, считая это тайной;***

***— почитать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями***

***— никому и никогда не отказывать во врачебной помощи и оказывать ее нуждающемуся с одинаковым старанием и терпением независимо от его благосостояния, национальности, вероисповедания и убеждений;***

***— никогда не обращать мои знания и умения во вред здоровью человека, даже врага;***

***— в какой бы дом я ни вошел, я войду только для пользы больного, будучи*** ***далек от***, ***помогать ему в его делах и нуждах;***

***— постоянно изучать врачебную науку и способствовать всеми силами ее процветанию, передавая свои знания, умения и опыт врачевания ученикам;***

***— в необходимых случаях прибегать к советам коллег, более   
меня опытных и сведущих, и отдавать должное их заслугам и стараниям;***

***— быть справедливым к своим сотоварищам-врачам и не оскорблять их личности, но говорить им правду прямо и без лицеприятия, если того требует польза больного.***

***Мне, нерушимо выполняющему эту клятву, да будет дано счастье в жизни и в*** ***работе.***

***Нарушившему клятву да будет обратное этому и заслужен-  
ная кара.”***

# ОБЕСПЕЧЕНИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ

## Становление организационной структуры государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Отечественные организаторы гигиенической науки и практики

В 1872 г. была установлена должность первого губернского санитарного врача (Пермь). И. И. Моллесон считается первым санитарным врачом России. Ведущими гигиенистами и санитарными врачами, способствовавшими созданию и укреплению земской санитарной организации и гигиенической науки, были А. П. Доброславин,   
Ф. Ф. Эрисман, Е. А. Осипов, П. И. Куркин, Н. И. Тезяков и др.

В 1877 г. создано первое гигиеническое общество народного здравия России, сформированы земские санитарные организации. Путь развития санитарно-эпидемиологической службы можно разделить на 8 организационных этапов, каждый из которых имеет свои характерные особенности в выборе приоритетных направлений и организационных форм деятельности.

1. 1918—1921 гг. Централизация управления разрозненными элементами санитарной организации. Главное направление ее деятельности — борьба с эпидемиями.

2. В 1922 г. издан декрет “О санитарных органах республики”, положивший начало созданию системы санитарно-эпидемиологической службы России. В 1932 г., по предложению А. Н. Сысина и   
А. Н. Марзеева, принято решение о создании в России санитарно-эпидемиологических станций на административных территориях. Этот период характеризуется деятельностью по разработке мер профилактики инфекционных заболеваний, совершенствованию санитарного надзора.

3. 1933—1951 гг. Организация государственной санитарной инспекции, усиление контрольных функций в области предупредительного санитарного надзора.

4. В 1951 г. разработано “Положение о санитарно-противо­эпидемической службе”, которое определило новые направления развития службы и подготовки кадров санитарных врачей, структуру и содержание работы санэпидучреждений.

5. 1956—1970 гг. Реорганизация системы управления сельским здравоохранением. Создание и последующая ликвидация санитарно-эпидемиологических отделов в центральных районных больницах.   
В 1963 г. “Положением о государственном санитарном надзоре” определены правовые основы деятельности санэпидслужбы, установлена номенклатура специальностей, функции центров ГСЭН и др.

6. 1971—1985 гг. Дальнейшее совершенствование материально-технической базы, усиление государственных надзорных функций. Создание на всех административных территориях страны самостоятельных санэпидучреждений, их участие в планировании социально-экономического развития трудовых коллективов, административных территорий, исходя из приоритетности санитарно-эпидемио­логического благополучия и здоровья населения.

7. 1986—1990 г. Использование методов комплексного программно-целевого планирования профилактических и оздоровительных мероприятий, введение в деятельность службы элементов нового хозяйственного механизма (расширение прав руководителей, коллегиальность в работе, бригадные формы организации и оплаты труда, внебюджетные источники финансирования и др.).

8. В 1991 г. принят закон Российской Федерации “О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения”, в 1994 г. Правительством утверждено “Положение о Государственной санитарно-эпидемиологической службе РФ”, в которых определены структура, функции и административно-правовые основы деятельности должностных лиц, представлены основные направления деятельности и совершенствования государственного санитарно-эпиде­мио­логи­ческого надзора в условиях рыночных отношений и медицинского страхования, определены пути укрепления материально-технической базы центров ГСЭН, повышения эффективности и авторитета санитарно-эпидемиологической службы. Созданы Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора при Правительстве РФ и районные, городские и областные центры ГСЭН. Санэпиднадзор выведен из ведомства Минздрава и местных органов здравоохранения. Совершенствуются нормативно-правовые основы.

Начиная с 1996 г. деятельность госсанэпидслужбы возглавляет Департамент госсанэпиднадзора Министерства здравоохранения Российской Федерации.

## Закон “О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения”

Закон “О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения” был принят Верховным Советом 19.04.91 г. Он является основным актом, регламентирующим деятельность государственной санитарно-эпидемиологической службы, состоит из 7 разделов, объединяющих 43 страны.

Первый раздел закона раскрывает содержание понятия “санитарно-эпидемиологическое благополучие населения” и определяет комплекс мер по его обеспечению. Под санитарно-эпидемиоло­гическим благополучием населения понимается такое состояние общественного здоровья и среды обитания людей, при котором отсутствует опасное и вредное влияние ее факторов на организм человека и имеются благоприятные условия для его жизнедеятельности. Основой обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения является реализация государственных, региональных и местных программ по укреплению здоровья населения и профилактике заболеваний, по оздоровлению среды обитания человека и условий его жизнедеятельности.

Во втором разделе закона определены права и обязанности граждан, предприятий, организаций, защита и гарантии прав в вопросах санитарно-эпидемиологического благополучия.

Третий раздел включает общие требования к обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения при планировке и застройке населенных пунктов, выпуске продукции и разработке новых технологий, организации хозяйственно-питьевого водоснабжения и эксплуатации источников водопользования, утилизации производственных и бытовых отходов, гигиеническом воспитании и образовании граждан.

В четвертом разделе определена ответственность за нарушение санитарного законодательства Российской Федерации. В нем раскрыто понятие “санитарное правонарушение”, дана характеристика видов ответственности (дисциплинарная, административная и уголовная) за его совершение. Ст. 31 определяет условия, при которых наступает экономическая ответственность предприятий и организаций за нарушение санитарного законодательства.

Пятый раздел закона раскрывает внутреннее содержание видов (государственный и ведомственный) санитарно-эпидемиологического надзора, определяет сущность производственного и общественного контроля, их взаимодействия.

В шестом разделе закона представлена структура госсанэпидслужбы, определены уровни управления, порядок финансирования и материально-технического обеспечения ее учреждений и органов   
(ст. 37).

В ст. 38 описаны права должностных лиц госсанэпидслужбы,   
в ст. 39 — их обязанности. Вопросам правового положения и социальной защиты должностных лиц и специалистов службы посвящена ст. 41. Обязательства по осуществлению тесного взаимодействия между учреждениями и органами госсанэпидслужбы и здравоохранения в решении вопросов обеспечения санитарно-эпидемиоло­гического благополучия населения закреплены в ст. 42.

Седьмой раздел закона содержит требования, предъявляемые к содержанию международных договоров.

## Задачи и функции Государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации

Основными задачами Государственной санитарно-эпидемиоло­гической службы РФ являются:

— осуществление предупредительного и текущего санэпид-  
надзора;

— изучение, оценка и прогнозирование состояния здоровья населения;

— динамическое наблюдение за факторами окружающей среды, оказывающими вредное и опасное воздействие на организм человека;

— выявление причин и условий возникновения инфекционных, массовых неинфекционных заболеваний и отравлений;

— координация усилий органов государственной власти и управления, хозяйственных субъектов и граждан при разработке государственных, региональных и местных программ по охране здоровья;

— координация работы и активное сотрудничество с другими ведомственными организациями и гражданами в области охраны здоровья населения и среды обитания;

— учетно-отчетная работа в области гигиены и эпидемиологии.

Главной задачей госсанэпидслужбы является обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, предупреждение, выявление или ликвидация опасного и вредного влияния среды обитания человека на здоровье (“Положение о Государственной санитарно-эпидемиологической службе РФ”, утвержденные постановлением Правительства № 625 от 05.06.94 г.).

Усилено значение службы как федерального надзорного органа со строгим подчинением по вертикали. Специальным постановлением Правительства № 264 от 01.04.93 г. ей поручено проводить совместно с органами исполнительной власти работу по подготовке региональных целевых программ по:

— созданию экологически чистых технологий, экологически чистого топлива;

— снижению вредного влияния промышленных предприятий на окружающую среду;

— улучшению условий труда и быта;

— строительству жилых домов, детских дошкольных и школьных учреждений, объектов здравоохранения;

— улучшению качества питьевой воды, продуктов питания и т. д.

Качественно новые профессиональные знания потребуются специалистам службы для выполнения таких функций, как разработка санитарных правовых норм и гигиенических нормативов, наблюдение, оценка и прогнозирование состояния здоровья населения (социально-гигиенический мониторинг), установление причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и средой обитания человека.

Комплексность деятельности центров ГСЭН предопределена принципами организации санэпидслужбы. Единство проведения предупредительного и текущего санэпиднадзора, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий обусловливает главную роль центра ГСЭН в организации и координации санитарно-профилактической и противоэпидемической деятельности на административной территории. Он является организатором проведения комплекса санитарно-оздоровительных мероприятий среди населения, осуществляет руководство работой по пропаганде гигиенических знаний и формированию здорового образа жизни. В деятельности госсанэпидслужбы следует выделить разделы:

— организаторский — организует и координирует деятельность всех ведомственных учреждений и граждан;

— нормативный — разрабатывает и утверждает (согласовывает) санитарные правила, гигиенические нормативы, санитарно-защитные зоны и уровни воздействия, проводит экспертизу и участвует в лицензионных комиссиях;

— методический — разрабатывает и утверждает (согласовывает) инструктивно-методическую документацию, новые методы профилактики и гигиенической диагностики;

— консультативный — специалисты центров ГСЭН консультируют ведомственные службы по вопросам профилактики инфекционных заболеваний, организации рационального питания, охраны окружающей среды, выбора и отвода земельных участков, водоснабжения, строительства и планировки населенных мест; представляет информацию юридическим лицам о санитарно-эпидемической ситуации, показателях здоровья населения и др.

— контрольный — осуществляет государственный предупредительный и текущий санэпиднадзор;

— научно-практический — проводит углубленное изучение влияния факторов окружающей среды и образа жизни на здоровье населения.

Методы работы санитарный врач выбирает исходя из конкретной ситуации требований законодательства. На первом плане стоят:

— информационно-аналитические методы наблюдения, оценки и прогнозирования изменений (тенденций) в окружающей среде и здоровье населения (социально-гигиенический мониторинг) — для разработки предложений в проекты планов социального и экономического развития территорий; комплексные программы по охране здоровья населения, окружающей природной среды, улучшению условий труда и проживания граждан; их внесение в органы государственной власти и управления с целью обеспечения санитарно-эпидемио­логического благополучия населения;

— методы специальных санитарно-эпидемиологических исследований факторов, условий и причинно-следственных связей между состоянием здоровья и средой обитания человека;

— динамическое санитарное наблюдение и описание отдельных объектов, административных территорий, групп и факторов риска, определяющих здоровье и санитарно-эпидемиологическое благополучие населения (с целью их гигиенической оценки и прогнозирования тенденций, проблемно-целевого планирования профилактических мероприятий);

— метод экспертных оценок (санитарно-эпидемической ситуации, отдельных показателей здоровья и санэпидблагополучия населения);

— методы объективной оценки санитарного состояния объекта, территории — лабораторные и инструментальные исследования факторов окружающей среды;

— статистические методы — для обобщения и достоверного анализа полученных данных, графического их представления;

— социологические методы (анкетирование, интервью, направленный опрос) — для оперативного получения информации о факторах и группах риска, изменениях в здоровье населения, для медико-социального анализа;

—  экспериментальные исследования.

## Структура центра ГСЭН. Организация и основные направления его работы

С учетом развития санитарного законодательства и функций госсанэпиднадзора (Информационное письмо ГКСЭН № 01-20/189-10 от 28.10.94 г.) на некоторых административных территориях введена трехзвеньевая структура управлений областного (краевого) центра ГСЭН: 1) управление госсанэпиднадзора; 2) управление информационно-аналитического обеспечения; 3) управление финансово-материального обеспечения. Начальники управлений являются заместителями главного врача территориального центра ГСЭН, а начальник управления госсанэпиднадзора — заместителем главного государственного санитарного врача области (края, автономной республики). Первый заместитель главного врача осуществляет координацию деятельности управлений областного (краевого) центра ГСЭН и взаимодействие между ними. В его непосредственном подчинении находятся сектора кадров, чрезвычайных ситуаций и ГО, специальный, юридический, а также пресс-центр.

Руководит центром ГСЭН главный врач — главный государственный санитарный врач области (края, автономной республики).

Центр ГСЭН в области (крае, республике) может иметь следующую организационную структуру.

1. УПРАВЛЕНИЕ ГОССАНЭПИДНАДЗОРА:

1.1. Санитарно-гигиенический отдел:

— отдел (отделение) коммунальной гигиены и санитарной экологии;

— отделение гигиены труда;

— отделение гигиены питания;

— отделение гигиены детей и подростков;

— отделение радиационной гигиены.

1.2. Отдел эпидемиологического надзора, включающий отделения профилактики особо опасных, паразитарных, внутрибольничных инфекций.

1.3. Отделение профилактической дезинфекции (с методическим подчинением отделу эпиднадзора).

1.4. Отдел лабораторного обеспечения:

— санитарно-гигиеническое отделение (физико-химические, токсикологические, аналитические методы исследования; исследования радиационных и физических факторов);

— санитарно-бактериологическое отделение (бактериологические, вирусологические и паразитологические исследования).

2. УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ:

2.1. Отдел социальной гигиены и социально-гигиенического мониторинга.

2.2. Отделение организационно-методической работы с функциями маркетинга.

2.3. Отделение вычислительной техники и программного обеспечения.

2.4. Отделение метрологии и стандартизации.

2.5. Отделение комплексных программ (формируeтся на основе комплексирования деятельности специалистов для решения конкретных проблем).

3. УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСОВО-МАТЕРИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ:

3.1. Центральная бухгалтерия.

3.2. Финансово-экономическое отделение.

3.3. Контрольно-ревизионное отделение.

3.4. Касса.

3.5. Отдел материально-технического и транспортного обеспечения.

Традиционная организационная структура центра ГСЭН в районе выглядит следующим образом.

1. Административно-хозяйственные подразделения.

2. Санитарно-гигиенический отдел с профилизацией сотрудников в области гигиены питания, гигиены труда, коммунальной гигиены и гигиены детей и подростков; в его составе находится санитарно-гигиеническая лаборатория, работа которой строится по принципу единого звена.

3. Эпидемиологический отдел, состоящий из эпидемиологов и паразитологов, отделения очаговой и камерной дезинфекции, отделения профилактической дезинфекции и бактериологической лаборатории.

Штатное расписание центра госсанэпиднадзора определяется главным врачом, который, используя предоставленные ему права, может изменять численность специалистов учреждения (в рамках единого фонда оплаты труда) в зависимости от динамики показателей здоровья населения, санитарно-эпидемиологической обстановки и от состояния других факторов, имеющих значение для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Основными разделами деятельности центров госсанэпиднадзора являются: организационный, контрольный, научно-практический, методический, консультативный.

Областные центры ГСЭН осуществляют административное, организационное и методическое руководство деятельностью городских (районных) учреждений госсанэпидслужбы, взаимодействие с органами власти и управления территории по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; совершенствуют организационное построение, систему управления службой; осуществляют финансовое, материальное, техническое, штатно-кадровое, правовое и научное обеспечение деятельности госсанэпидслужбы территории, социальную защиту ее работников; участвуют в международном сотрудничестве, разрабатывают и реализуют местные и региональные программы по оздоровлению среды обитания и профилактике заболеваний; реализуют свои права и полномочия как федерального органа.

С учетом штатно-кадровых и финансовых возможностей изменяются структура и функциональная деятельность в городских (межрайонных, зональных) и районных (в сельской местности) центрах ГСЭН. В зависимости от степени участия в федеральных и региональных программах, динамики показателей здоровья населения, санитарно-эпидемической обстановки, состояния окружающей среды и других значимых для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения условий главные врачи районных (городских) центров ГСЭН имеют право самостоятельно корректировать организационную структуру, численность сотрудников и штаты учреждения в пределах установленного фонда оплаты труда.

Структура районного (городского) центра ГСЭН:

— административно-хозяйственные подразделения;

— санитарно-гигиенический отдел с профилизацией сотрудников по гигиене питания, гигиене труда, коммунальной гигиене и гигиене детей и подростков; в его составе — санитарно-гигиеническая лаборатория, работа которой осуществляется по принципу единого звена;

— эпидемиологический отдел, состоящий из эпидемиологов и паразитологов, отделений очаговой и камерной дезинфекции, профилактической дезинфекции и бактериологической лаборатории.

Центры ГСЭН подразделяются на категории (I, II и III) в зависимости от численности обслуживаемого населения. Сельские районные центры III категории обслуживают территорию с населением до   
30 тыс., II — от 30 до 60 тыс. и I категории — от 60 до 100 тыс. человек.

До 1994 г. в соответствии с категорией определялись организационная структура и нормативы численности должностей специалистов (штатная структура) центра ГСЭН. После принятия “Положения о Государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации” эти сведения стали носить ориентировочный характер: структура, численность и штатные расписания организаций службы утверждаются их руководителями в пределах установленного фонда оплаты труда.

## Организационно-методическая работа областного центра ГСЭН

Одной из важнейших функций областного центра ГСЭН является организационно-методическое руководство деятельностью санитарно-профилактических органов и учреждений административной территории (городские и районные центры ГСЭН, дезинфекционные станции и др.). Организационно-методическая работа занимает от 40 до 80% бюджета рабочего времени врачей-гигиенистов, руководителей структурных подразделений, главных специалистов и главного врача областного центра ГСЭН.

Организационный отдел областного центра ГСЭН объединяет усилия профильных подразделений и осуществляет организационно-методическую работу по следующим направлениям: организационно-методическое; научно-практическое; консультативное; планово-нормативное; учебно-методическое; штатно-кадровое; санитарно-статистическое; контрольное; организационно-массовое; внедрение элементов научной организации труда; совершенствование информационного обеспечения деятельности.

*Организационно-методическое направление* включает изучение, обобщение и распространение передового опыта работы, подготовку и издание инструктивно-методических и нормативных документов, организацию выездной работы (комплексные обследования, плановые выезды и курация), разработку и внедрение методик обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

*Научно-практическое направление* предусматривает планирование и апробацию результатов научно-практических работ, координацию деятельности с научными учреждениями, организацию конференций и заседаний научных обществ.

Сущность *планово-нормативного направления* заключается в разработке и внедрении современных форм и методов планирования, выборе стратегических целей и задач развития санэпидслужбы с учетом местных условий административной территории, в определении ожидаемых результатов и ориентировочных нормативов деятельности специалистов.

*Учебно-методическое направление* включает комплекс мероприятий по повышению квалификации специалистов (планирование и организация повышения квалификации на рабочем месте, на семинарах и курсах, в академиях последипломного образования и на факультетах усовершенствования врачей медицинских вузов, на базе областного и городского центров ГСЭН).

*Кадрово-штатное направление* предполагает проведение анализа кадрового обеспечения, разработку методических подходов и ориентировочных прогнозов потребностей, которые могут быть использованы для совершенствования штатно-кадрового обеспечения центров ГСЭН.

Оценка и прогнозирование состояния здоровья населения в связи с воздействием факторов окружающей среды на основе изучения причинно-следственных связей, обеспечение качественного функционирования системы учета и отчетности составляют *информационно-аналитическое направление* деятельности областного центра ГСЭН.

Оптимизация *информационного обеспечения* предусматривает разработку и внедрение автоматизированных информационных систем (АИС “Санэпид”, “Анализ противоэпидемических мероприятий”, “Окружающая среда”, “Кадры” и др.), автоматизированных рабочих мест (АРМ) специалистов, создание локальной, региональной и федеральной информационной сети и банка данных для социально-гигиенического мониторинга.

## Штаты и кадры районных (городских) центров ГСЭН. Современные подходы к штатно-кадровому обеспечению деятельности госсанэпидслужбы

В сети санитарно-профилактических учреждений России (2620 учреждений) районные и городские центры ГСЭН составляют 88,7%, из них 66,2% — в сельских районах и 22,5% — в городах.

Штаты и кадры центров ГСЭН первого уровня управления определяются их типом и категорией. Тип центра ГСЭН учитывает преобладание сельского или городского населения, а категория — его общую численность на административной территории. Однако некоторые центры ГСЭН в сельских районах применяли штатные нормативы городских центров ГСЭН III категории. В настоящее время главные врачи всех уровней управления, реализуя предоставленное им право, могут изменять численность специалистов (в пределах фонда заработной платы) и их профиль в зависимости от социально-экономических и санитарно-гигиенических условий и особенностей своих территорий, наличия целевых комплексных программ (федеральных, региональных и местных) и др.

Среди всех штатных должностей в центрах ГСЭН РФ среднегодовые врачебные должности составляют 21,8%; среднего медперсонала — 43,3%; младшего медперсонала — 22%. Соотношение врачей и среднего медперсонала в центрах ГСЭН — 1:2 (необходимое соотношение — 1:4).

Всего в сети санитарно-профилактических учреждений, включая центры ГСЭН на транспорте, дезстанции, противочумные станции, другие хозрасчетные санэпидучреждения (без ведомственных санэпидучреждений МПС РФ, Минздрава РФ, Минобороны, МВД и МБ РФ), имеется 42925 штатных врачебных должностей.

Современные подходы к штатно-кадровому обеспечению деятельности госсанэпидслужбы предполагают:

— создание и научное обоснование информационно-аналити­ческих технологий госсанэпиднадзора, перечней и моделей специалистов госсанэпидслужбы, учитывающих ее современные задачи и функции (новые технологии должны включать госсанэпиднадзор за всеми факторами, определяющими здоровье населения, в том числе социально-экономическими);

— максимальное сохранение численности специалистов, уровня их профессиональной переподготовки для успешного выполнения основных задач и функций госсанэпидслужбы;

— внедрение в центры ГСЭН социально-гигиенического мониторинга (СГМ), современных методов анализа, оценки и квалиметрии изменений в окружающей среде и здоровье населения территории для последующей научно обоснованной коррекции специалистами центров ГСЭН планов социально-экономического развития коллективов, территорий, программ обеспечения санэпидблагополучия населения.

С учетом вышеизложенного планируется обоснование потребностей центров ГСЭН в соответствующих специалистах, в том числе в специалистах:

— широкого профиля или врачей первого контакта (специалисты-аналитики первичной медико-социальной помощи);

— узкого профиля (в рамках существующих специальностей).

Внедрение новых технологий должно повлечь изменение структуры штатных должностей в центрах ГСЭН; изменить соотношение медицинских врачебных и неврачебных должностей, лиц с высшим и лиц со средним специальным образованием; определить удельный вес немедицинских специальностей для обеспечения деятельности центров ГСЭН, новые формы и методы взаимодействия специалистов внутри госсанэпидслужбы и функционального взаимодействия с другими службами и структурами государственной власти.

Новая отчетная форма № 19 “Санэпид” содержит информацию о структуре и штатно-кадровом обеспечении центров ГСЭН, их укомплектованности с учетом категорий и функциональных направлений деятельности.

## Основные нормативные правовые акты и документы, определяющие деятельность госсанэпидслужбы, разработку и реализацию федеральных и региональных целевых программ

Конституция Российской Федерации.

Закон РСФСР “О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения”, 1991.

Закон Российской Федерации “О недрах”, 1992.

Закон Российской Федерации “Об охране окружающей природной среды”, 1992.

Указ Президента Российской Федерации “О первоочередных мерах по реализации Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы” № 453 от 01.06.92 г.

Инструкция о порядке приостановления или прекращения работ Госсанэпидслужбы РФ. Приложение 2 к приказу Госкомсанэпиднадзора РФ № 47 от 08.05.92 г.

О введении в действие табеля (перечня) форм статистической отчетности органов, учреждений, предприятий и организаций, подведомственных Госсанэпиднадзора России. Приказ Госкомсанэпиднадзора РФ № 113 от 16.12.92 г.

Инструкция о порядке оформления и передачи материалов в органы прокуратуры по санитарным правонарушениям должностными лицами Госсанэпидслужбы Российской Федерации. Утв. приказом Госкомсанэпиднадзора РФ № 109 от 09.12.92 г.

Типовая инструкция по делопроизводству в органах и учре-  
ждениях Госсанэпидслужбы РФ. Утв. Госкомсанэпиднадзора РФ   
№ 01-19/46-19 от 25.12.92 г.

Концепция развития государственной санитарно-эпидемиологи­ческой службы Российской Федерации. Утв. Госкомсанэпиднадзора РФ 25.05.92 г.

Постановление Совета Министров — Правительства “О мерах по санитарно-эпидемиологической, ветеринарной и фитосанитарной охране территории Российской Федерации” № 437 от 11.05.93 г.

Постановление Совета Министров — Правительства “О развитии Государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации” № 264 от 01.04.93 г.

Указ Президента РФ “О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения” № 468 от 20.04.93 г.

Федеральная программа развития Госсанэпидслужбы Российской Федерации на 1993—1995 годы. Одобрена решением Президиума Совета Министров РФ. Протокол № 2 от 20.02.93 г.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, 1993.

Приказ Госкомсанэпиднадзора РФ «“О реализации федеральной целевой программы Российской Федерации “Вакцино­профилак­тика”» № 144 от 29.12.93 г.

Приказ Госкомсанэпиднадзора РФ «“О реализации федеральной целевой программы “АнтиСПИД”» № 103 от 04.10.93 г.

Приказ Госкомсанэпиднадзора РФ «“Об организации работ по реализации “Федеральной программы развития Государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации на 1993—1995 годы”» № 73 от 26.07.93 г.

Приказ Госкомсанэпиднадзора РФ “О мерах по санитарно-эпидемиологической, ветеринарной и фитосанитарной охране территории Российской Федерации” № 51 от 31.05.93 г.

Приказ Госкомсанэпиднадзора РФ “О развитии государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации”   
№ 30 от 14.04.93 г.

Служебное письмо Госкомсанэпиднадзора РФ “О перечне федеральных целевых программ” № 01-20/142-12 от 14.09.93 г.

Служебное письмо Госкомсанэпиднадзора РФ «“О Республиканской долговременной программе “Миграция”» № 01-20/84-12 от 03.06.93 г.

Инструкция о порядке привлечения должностных лиц, граждан к административной ответственности и наложения штрафов на юридических лиц за санитарные правонарушения. Утв. приказом Госкомсанэпиднадзора РФ № 61 от 07.07.93 г.

Положение о социально-гигиеническом мониторинге. Утв. постановлением Правительства России № 1146 от 06.10.94 г.

Приказ Госкомсанэпиднадзора РФ “О реализации федеральной миграционной программы” № 56 от 16.06.94 г.

Приказ Госкомсанэпиднадзора РФ “О реализации Государственной программы неотложных мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия, профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний и снижения уровня преждевременной смертности населения на 1994—1996 годы” № 22 от 21.03.94 г.

Служебное письмо Госкомсанэпиднадзора РФ “О разработке и реализации региональных целевых программ” № 01-20/62-12 от 15.04.94 г.

Положение о Государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации. Утв. постановлением Правительства Российской Федерации № 625 от 05.06.94 г.

Положение о Государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании. Утв. постановлением Правительства Российской Федерации № 625 от 05.06.94 г.

Постановление Правительства РФ “Об утверждении федеральной целевой программы по охране территории Российской Федерации от завоза и распространения особо опасных инфекционных заболеваний людей, животных и растений, а также токсичных веществ на 1994—1997 годы” № 624 от 05.06.94 г.

Постановление Правительства РФ «“Об утверждении федеральной целевой программы “Вакцинопрофилактика” на 1993—1997 годы”» № 623 от 05.06.94 г.

Постановление Правительства РФ “О плане действия Правительства по охране окружающей среды на 1994—1995 годы” № 496 от 18.05.94 г.

Постановление Правительства РФ “Об утверждении основных направлений социальной политики Правительства Российской Федерации на 1994 год” № 474 от 06.05.94 г.

Постановление Правительства РФ “О государственной программе неотложных мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия, профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний и снижения уровня преждевременной смертности населения на 1994—1996 годы” № 158 от 28.02.94 г.

Постановление Правительства РФ “Об утверждении Положения о социально-гигиеническом мониторинге” № 1146 от 06.10.94 г.

Приказ № 145 ГКСЭН от 24.11.94 г. «“О мерах по реализации постановления Правительства РФ от 6 октября 1994 г. № 1146 “Об утверждении Положения о социально-гигиеническом мониторинге”».

Рекомендации Госкомсанэпиднадзора Российской Федерации о построении структуры центров ГСЭН. Информационное письмо   
№ 01-20/189-10 от 28.10.94 г.

## Права и обязанности должностных лиц по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Права и обязанности должностных лиц, органов и учреждений госсанэпидслужбы изложены в ст. 38 и 39 закона РСФСР “О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения” (1991).

Главные государственные санитарные врачи и их заместители имеют право:

— вносить в органы государственной власти и управления предложения по вопросам выполнения санитарного законодательства, по проектам планов социального и экономического развития территорий, комплексных программ по охране здоровья населения, окружающей природной среды, улучшению условий труда и проживания граждан;

— беспрепятственно посещать (по предъявлении служебного удостоверения) и проводить обследования организаций, предприятий, жилищных условий граждан, а также условий работы граждан, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, с целью проведения гигиенических и противоэпидемических мероприятий и соблюдения действующих санитарных правил;

— предъявлять предприятиям, организациям и гражданам требования о проведении гигиенических и противоэпидемических мероприятий и устранении санитарных правонарушений, а также осуществлять контроль за выполнением этих требований;

— поручать проведение специальных экспертиз и консультаций и по их результатам представлять предприятиям, организациям и гражданам основанные на действующих санитарных правилах заключения;

— выявлять и устанавливать причины и условия возникновения и распространения инфекционных и профессиональных заболеваний, а также массовых неинфекционных заболеваний и отравлений людей;

— приостанавливать до проведения необходимых мероприятий и устранения имеющихся нарушений санитарных правил, а в случае невозможности их соблюдения — прекращать строительство и эксплуатацию объектов;

— вносить предложения в органы государственной власти и управления, а также в финансово-кредитные органы о запрещении или введении на отдельных территориях особых условий и режимов проживания населения;

— принимать решения: о временном отстранении от работы граждан, являющихся носителями возбудителей инфекционных болезней и могущих быть источником их распространения в связи с особенностями выполняемой работы или производства, в котором они заняты; о проведении лабораторного обследования и медицинского наблюдения граждан, контактировавших с больными инфекционными заболеваниями; об обязательной госпитализации инфекционных больных и граждан с подозрением на инфекционное заболевание, представляющих опасность для окружающих; о проведении дезинфекции и дератизации в очагах инфекционных заболеваний, а также в помещениях и на территории, где сохраняются условия для возникновения или распространения инфекционных заболеваний; о проведении профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям;

— вызывать в учреждения госсанэпидслужбы должностных лиц и граждан для рассмотрения материалов по фактам санитарных правонарушений;

— рассматривать дела о санитарных правонарушениях, налагать административные взыскания, передавать материалы в следственные органы для возбуждения уголовного дела, представлять вышестоящим должностным лицам или органам управления предложения о применении дисциплинарных мер воздействия;

— предъявлять требования о возмещении ущерба от вреда, причиненного здоровью граждан; о возмещении расходов лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений на проведение ими гигиенических, противоэпидемических и медицинских мероприятий при возникновении массовых заболеваний и отравлений людей; об уплате штрафов;

— получать от предприятий, организаций и граждан сведения и документы, необходимые для выполнения возложенных на органы и учреждения госсанэпидслужбы задач;

— отбирать образцы (пробы) материалов, веществ, изделий, пищевых продуктов, воздуха, воды и почвы для лабораторных исследований и проведения гигиенической экспертизы.

Главные государственные санитарные врачи, другие должностные лица и специалисты госсанэпидслужбы, осуществляющие санэпиднадзор, в пределах своей компетенции обязаны:

— использовать своевременно и в полной мере предоставленные им полномочия по предупреждению, обнаружению и пресечению санитарных правонарушений;

— координировать свою деятельность с органами государственной власти и управления, общественными объединениями, заинтересованными в защите прав граждан и общества, в охране и укреплении здоровья населения, обеспечении его санитарно-эпидемиологи­ческого благополучия;

— сохранять государственную и коммерческую тайну в отношении информации, которая может быть им известна при выполнении своих функциональных обязанностей;

— содействовать развитию самосознания и самодеятельности граждан в вопросах санитарно-эпидемиологического благополучия и выполнения санитарного законодательства Российской Федерации.

## Права и обязанности граждан в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия

Права и обязанности граждан по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия изложены в ст. 5 и 6 закона РСФСР “О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения”, в ст. 7, 41, 42 Конституции Российской Федерации, разделах 4, 5, 6, 8, 10 и 12 “Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан”.

Граждане России имеют следующие права.

1. Право на благоприятную среду обитания (окружающая природная среда, условия труда, проживания, быта, отдыха, воспитания и обучения, питание, потребляемая или используемая продукция и др.), факторы которой не должны оказывать опасного и вредного влияния на организм человека, настоящего и будущих поколений.

2. Право на своевременное возмещение в полном объеме ущерба от вреда, причиненного их здоровью. Возмещение ущерба производится предприятиями, организациями и гражданами, допустившими нарушения санитарных правил, добровольно или по решению суда.

3. При обращении на предприятия и в организации имеют право на получение полных и достоверных сведений: о состоянии среды обитания, здоровья населения, эпидемической обстановки; о действующих санитарных правилах; о принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения и их результатах; о качестве выпускаемых товаров народного потребления, пищевых продуктов, а также питьевой воды.

4. Непосредственно или через своего представителя, либо через общественные объединения имеют право участвовать в разработке, обсуждении и принятии органами власти и управления решений, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Граждане России обязаны: 1) заботиться о своем здоровье, здоровье и гигиеническом воспитании своих детей, используя предоставляемые обществом возможности по формированию здорового образа жизни; 2) соблюдать действующие санитарные правила; 3) проводить или принимать участие в проведении гигиенических и противоэпидемических мероприятий; 4) выполнять заключения, постановления, распоряжения и предписания должностных лиц госсанэпидслужбы;   
5) использовать право на получение информации о санитарно-эпидемической обстановке на благо своего здоровья и здоровья окружающих.

## Формы и методы планирования работы центров ГСЭН

Для планирования работы в центрах ГСЭН необходимо иметь данные о составе населения, медико-демографической ситуации (рождаемость, смертность и др.), о заболеваемости, об основных характеристиках образа жизни и перспективах социально-экономи­ческой ситуации и состояния окружающей среды. Различают планирование перспективное (стратегическое) и текущее (тактическое). Организация выполнения планов включает мероприятия по подготовке различных решений, достаточному и своевременному обеспечению кадрами, материальными и финансовыми ресурсами, по координации деятельности различных специалистов медицинского и немедицинского профиля, методическое руководство и др. Планирование деятельности приобретает специфические особенности в соответствии с уровнем управления санитарно-эпидемиологической службы. Ответственность за организацию, планирование и непосредственное проведение мероприятий на конкретной территории лежит на главном государственном санитарном враче данного административного уровня.

Планы работы можно подразделить на 4 основные группы:   
1) планы работы по времени (текущие и перспективные); 2) планы центра ГСЭН по содержанию планируемых мероприятий (планы развития и планы деятельности структурных подразделений); 3) комплексные планы санитарно-оздоровительных и противоэпидемических мероприятий; 4) планы-задания по объектам, подлежащим санитарному надзору. При составлении плана можно руководствоваться функционально-отраслевым, проблемно-тематическим и программно-целевым принципами.

*Функционально-отраслевой принцип* планирования позволяет выделить конкретные задачи на планируемый период с учетом объема и характера деятельности конкретного отдела, лаборатории, отделения, специалиста. Он наиболее удобен при текущем квартальном планировании, а также при планировании на год разделов работы каждого подразделения.

*Проблемно-тематический принцип* составления плана позволяет выделить основные, общие для всей санэпидслужбы административной территории мероприятия независимо от того, какие подразделения являются их исполнителями. Этот метод наиболее приемлем при составлении комплексных планов по отдельным проблемам (санитарная охрана воздушного бассейна, почвы, водоемов; профилактика кишечных инфекций, травматизма) и соответствует структуре центров ГСЭН в настоящий период.

При этом методе планирования различные по характеру мероприятия объединены общей задачей, единой направленностью, что позволяет определить их стоимость, ожидаемую экономическую, социальную и медико-санитарную эффективность.

*Программно-целевой принцип* планирования более наукоемок и эффективен. Он предусматривает: постановку конкретных и реальных целей в масштабе всего учреждения или территории; определение задач, необходимых для их реализации; уточнение ожидаемых результатов для каждой из целей, по степени достижения которых можно судить об эффективности деятельности; разработку пакетов мероприятий, ориентированных на выполнение конкретных целевых установок; распределение мероприятий по исполнителям, соисполнителям и видам комплексирования (внутриучрежденческое — между специалистами различных подразделений центра ГСЭН; внутриотраслевое — взаимодействие учреждений, входящих в систему госсанэпидслужбы; межотраслевое — проведение мероприятий совместно с органами власти и управления, другими контрольными и надзорными структурами); определение сроков исполнения и разработку системы контроля реализации планового документа; расчет стоимости мероприятий и определение источников их финансирования.

Этот принцип обеспечивает комплексность и большую целенаправленность деятельности госсанэпидслужбы, отражает координирующую роль центров ГСЭН при проведении профилактических и оздоровительных мероприятий на административных территориях.

При планировании на территориальном уровне допускается сочетание функционально-отраслевого и проблемно-тематического принципов. Годовой план работы можно сгруппировать по 4 основным разделам: 1) организационные мероприятия и работа с кадрами; 2) мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости;   
3) общесанитарные и оздоровительные мероприятия; 4) материально-техническое оснащение. Выделяют основные проблемы и задачи, участие в решении этих проблем различных подразделений.

Простейшей формой текущего планирования является индивидуальное планирование. С этой целью каждый сотрудник составляет план-график работы на определенный период (как правило, на месяц). Составляются планы-графики командировок, выполнения научно-практической работы и т. п. При составлении плана-графика необходимыми предпосылками являются общие задачи годового плана, анализ эффективности обследования объектов за предыдущий период, дополнительная информация по изменению санитарного состояния на объекте (изменение режима работы, возможности реконструкции объекта, предложения администрации, общественности и др.).

Индивидуальные планы должны быть конкретными. В них должны быть отражены объекты и сроки обследования, отметки о контроле выполнения, результаты. При планировании числа посещений объектов санитарными врачами и их помощниками в течение года исходят из принятых ранее ориентировочных норм: пищевые объекты — 7—8 раз, коммунальные — 4—5 раз, детские и подростковые учреждения — 8—9 раз. Один хозяйственно-пищевой водопровод планируется обследовать 10—12 раз в год. Посещать объекты в виде предупредительного санитарного надзора желательно не менее 4 раз в год.

Составлением годового плана не ограничивается плановая работа. В последние годы в деле планирования большое внимание стало уделяться разработке так называемых комплексных планов (оздоровления внешней среды, профилактики отдельных заболеваний и др.). План называется комплексным потому, что он охватывает весь комплекс санитарно-противоэпидемических и лечебно-профилакти­ческих мероприятий.

Планы-задания составляют только на те объекты, где необходимо проведение крупных санитарно-гигиенических мероприятий, требующих больших капиталовложений (реконструкция, строительство и благоустройство детских оздоровительных лагерей, баз отдыха и др.).

Основными требованиями, предъявляемыми к планам, являются: актуальность, конкретность, действенность и реальность каждого планируемого мероприятия; совместное участие различных специалистов в осуществлении запланированных мероприятий; выделение главных задач на данный отрезок времени; оценка качества выполнения и эффективности.

## Социально-гигиенический мониторинг

“Федеральной программой развития Госсанэпидслужбы Российской Федерации на 1993—1995 годы” предусмотрены разработка, внедрение и эксплуатация системы информационного обеспечения санэпидблагополучия населения в соответствии с федеральной целевой программой “Информатизация России”.

Автоматизированная информационная система “Санэпид” направлена на создание локальных, региональных и федеральных информационных полей, банков и баз данных о состоянии здоровья населения и среды обитания, сопряженных с другими информационными системами и доступных для пользователей всех уровней службы; органов государственного управления, заинтересованных предприятий, организаций, учреждений и граждан.

Для обеспечения эффективного наблюдения, оценки и прогнозирования санитарно-эпидемиологического благополучия населения, своевременного установления, предупреждения и устранения (умень­шения) причин и условий, неблагоприятно воздействующих на здоровье, постановлением Правительства РФ № 1146 от 06.10.94 г. утверждено “Положение о социально-гигиеническом мониторинге”, регламентирующее условия его реализации.

По представлению центров ГСЭН органы власти субъектов Федерации на своем уровне принимают соответствующие постановления, в которых возлагают на госсанэпидслужбу территории разработку территориальной программы, определяющей структуру, содержание и порядок ведения СГМ, объем средств из местного бюджета на финансирование работ; поручают (предлагают) центру ГСЭН территории осуществлять руководство и координацию работ по проведению, совместно с уполномоченными на это Правительством РФ органами и учреждениями, социально-гигиенического мониторинга.

*Задачами социально-гигиенического мониторинга* являются:

— организация системы непрерывного наблюдения за показателями, характеризующими состояние здоровья, приоритетными факторами среды обитания человека и формирование специализированных банков данных;

— системный анализ данных с использованием современных геоинформационных технологий;

— интеграция системы СГМ и информационных систем правительства области;

— предоставление органам исполнительной власти и управления, организациям, учреждениям, предприятиям и гражданам достоверной информации о состоянии здоровья населения, среды обитания;

— формирование научно обоснованных предложений, региональных программ и нормативов по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения области.

*Организационная структура СГМ* выглядит следующим образом.

1. СГМ организуется на местном (районном, городском) и региональном (областном) уровнях и осуществляется областными, районными и городскими центрами ГСЭН совместно с уполномоченными на то министерствами, департаментами, комитетами правительства, администрациями территорий, учреждениями здравоохранения, медицинскими страховыми фондами, учреждениями статистики, территориальными органами Госкомприроды, Росгидромета, Госкомзема, Рослесхоза, Госкомрыболовства, Госстандарта и другими заинтересованными организациями, контролирующими и надзорными органами.

2. Участники СГМ осуществляют согласованный поэтапный переход на представление информации в единых форматах, создают единую телекоммуникационную систему обмена информацией, формируют специализированный банк данных системы СГМ на базе областного центра ГСЭН.

3. При проведении социально-гигиенического мониторинга на местном уровне обеспечиваются:

— сбор, хранение и анализ информации, характеризующей санитарно-эпидемиологическое благополучие населения территорий (данные о здоровье населения, заболеваемости, смертности, инвалидности, условиях воспитания и развития детей и подростков, социальной среде обитания человека, природно-климатических факторах и источниках антропогенного воздействия на человека и окружающую среду, охране и условиях труда, радиационной безопасности и др.);

— создание информационного фонда СГМ;

— оценка состояния здоровья населения территории, окружающей природной, производственной и социальной среды, а также прогнозирование их изменений;

— подготовка предложений органам местного самоуправления по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения территории.

4. При проведении СГМ на областном уровне обеспечиваются:

— методическое руководство и координация работ ведения, материально-технического и информационного обеспечения СГМ;

— осуществление системного анализа с использованием современных геоинформационных технологий, данных о состоянии здоровья населения и среды обитания;

— передача информации (в установленные сроки и в единых форматах) в областную правительственную информационную систему, Российский информационно-аналитический центр и подсистемы учреждений (ведомств, организаций), задействованных в проведении СГМ на территории;

— подготовка предложений по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения территории для принятия решений правительством области по профилактике заболеваемости и преждевременной смертности населения.

*Информационный фонд СГМ* представляется в виде систематизированных в определенном порядке данных многолетних наблюдений за состоянием здоровья населения, среды его обитания, а также нормативно-справочных материалов, сведенных в статистические регистры — базы данных, с использованием современных геоинформационных и аналитических технологий.

Информационный фонд СГМ состоит из данных, характеризующих здоровье населения. В их число входят:

— медико-демографические показатели (численность, плотность населения, рождаемость, смертность, средняя продолжительность жизни, средняя продолжительность ожидаемой жизни при рождении и др.), отягощенность наследственной патологии, уровень физического развития, инфекционная и неинфекционная заболеваемость;

— состояние среды обитания человека (природно-климатические факторы, состояние атмосферного воздуха, качество питьевой воды и состояние водоемов в местах водопользования, загрязнения почвы, производственно-профессиональные факторы, факторы жилищной среды, питания и др.);

— социально-экономическое положение населенных пунктов территории, оказывающее влияние на изменение санитарно-эпиде­миологического благополучия (уровень материального благосостояния жителей, жилищные условия, длительность проживания и миграции, состав производств, степень социальной защищенности работающих, обеспеченность массовыми оздоровительными учреждениями, доступность медико-социальной помощи, особенности образа жизни и поведения населения и др.).

Информационный фонд СГМ на районном уровне формируется на базе данных территориальных медицинских объединений районными отделами статистики, страховыми фондами и компаниями, загсами, районными комитетами по охране природы, местными администрациями.

На областном уровне информационный фонд создается на базе данных наблюдений, проводимых территориальными органами госсанэпиднадзора совместно с уполномоченными на то министерствами, департаментами, комитетами правительства, администрациями территорий, учреждениями здравоохранения, медицинскими страховыми фондами, учреждениями статистики, Комитетом по охране окружающей среды, Управлением по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды, Бассейновым управлением по охране и воспроизводству рыбных запасов и регулированию рыболовства, Региональным геологическим центром и другими территориальными органами.

Обмен данными информационного фонда СГМ между органами, учреждениями и организациями, уполномоченными на ведение данного мониторинга, осуществляется бесплатно.

Таким образом, система социально-гигиенического мониторинга представляет собой эффективный механизм реализации основной задачи Госсанэпидслужбы РФ — обеспечение санитарно-эпидемио­логического благополучия населения.

## Особенности работы центров ГСЭН в новых экономических условиях

Современные социально-экономические процессы в России сопровождаются неблагоприятными тенденциями в динамике показателей здоровья и качества среды обитания. Происходит активизация миграционных процессов, сопровождающаяся ростом заболеваемости социально значимыми заболеваниями, ухудшается трудовая и технологическая дисциплина, продолжается перепрофилизация производства, все большее число предприятий работает в негосударственной сфере производства.

Госсанэпидслужба работает в условиях дефицита бюджетного финансирования, оттока квалифицированных специалистов, низкой социальной защищенности сотрудников. В этих условиях наибольшее значение приобретают следующие аспекты деятельности системы госсанэпиднадзора:

— анализ, оценка и прогнозирование состояния здоровья населения и среды обитания, что позволяет проводить противоэпидемические и санитарно-гигиенические мероприятия более целенаправленно, повышать их эффективность и снижать себестоимость;

— активное использование механизма экономической ответственности хозяйствующих субъектов за нарушение санитарного законодательства;

— комплексирование и координация деятельности с органами власти и управления, хозяйствующими субъектами и общественными организациями;

— проведение комплекса мероприятий по обеспечению безопасности продуктов питания, питьевой воды, почвы и атмосферного воздуха в местах проживания населения, участие в лицензировании и сертификации товаров и услуг;

— санитарно-гигиеническое обучение и воспитание населения (особенно молодых предпринимателей с низким уровнем гигиенической культуры);

— активное использование внебюджетных источников финансирования, рост заработной платы в целях сохранения кадров.

## Основы финансирования деятельности санэпидслужбы. Составление финансового плана

Источниками финансирования деятельности учреждений санэпидслужбы являются средства, полученные:

— из бюджета на проведение санитарно-профилактических мероприятий по установленному нормативу;

— от предприятий, организаций и населения за выполненные на договорной основе работы;

— за счет снижения ЗВУТ;

— от сдачи в аренду, продажи изношенного, устаревшего или неиспользованного оборудования;

— от реализации сверхнормативных запасов дезинфекционных средств, аппаратуры, за счет усовершенствования технологий производства дератизационных и дезинсекционных препаратов;

— за оказание консультативной помощи кооперативам, предприятиям, организациям и лицам, занимающимся индивидуальной трудовой деятельностью;

— за проведение методической, учебной, опытно-конструк­тор­ской, пропагандистской и консультативно-оздорови­тельной работы;

— из фонда охраны природы (штрафы с предприятий, загрязняющих окружающую среду);

— от учреждений за несоблюдение договорных обязательств;

— от добровольных пожертвований общественных организаций, граждан и др.

*Фонды учреждения (объединения*). В зависимости от избранной формы хозяйствования учреждение (объединение) образует фонд заработной платы, фонд производственного и социального развития, фонд материального поощрения, единый фонд оплаты труда. Оно может создавать также резервный фонд.

Бюджетное финансирование центров ГСЭН первого уровня управления осуществляется централизованно через областные центры. При этом учитывается не только категория центра, но и наличие приоритетных направлений и специальных оздоровительных программ, а также санитарно-эпидемическое состояние. Финансовый план центра распределяется по статьям расходов — на заработную плату, хозяйственные нужды (аренда помещения, отопление, водоснабжение, электричество и др.), оплату командировочных и служебных разъездов, приобретение дезсредств, оборудования и инвентаря   
и др.

Принципы формирования себестоимости основываются на определении единицы учета стоимости и объема (количества). За единицу учета принимается вид работ, осуществляемых работниками санитарно-профилактических учреждений. На выполняемые виды работ рассчитываются нормативы затрат. В себестоимость медико-санитарного обеспечения населения включаются все виды затрат, производимых учреждением по статьям бюджетной сметы с учетом амортизации основных средств.

## Роль врачей-гигиенистов и эпидемиологов в проведении первичной и вторичной профилактики

Основное направление деятельности лечебно-профилактического учреждения — проведение мер индивидуальной профилактики (выявление ранних стадий заболеваний при профилактических осмотрах и диспансеризации, прививки, медицинское воспитание населения и др.). Санитарно-эпидемиологическая служба решает вопросы общественной профилактики, осуществляя санитарный надзор за объектами национального хозяйства для предупреждения ситуаций, нарушающих здоровые условия жизни населения (условия труда, быта, питания, состояние окружающей среды и др.).

Первичная профилактика (медико-социальная, активная) направлена на предупреждение развития заболеваний путем разработки и внедрения научно обоснованных принципов труда, быта, отдыха и питания населения. В реализации задач первичной профилактики определенное место занимает и деятельность ЛПУ (активное наблюдение за состоянием здоровья здоровых людей, индивидуальные рекомендации по здоровому образу жизни, повышению иммунитета к заболеваниям и др.).

Санитарные врачи участвуют в проведении профилактики по основным направлениям: 1) санитарно-гигиеническое (создание здоровых условий жизни, оздоровление природной и производственной среды); 2) формирование здорового образа жизни; 3) функционально-биологическое (выявление и устранение биологических факторов риска); 4) лечебно-оздоровительное. Важными компонентами первичной профилактики являются диспансеризация здоровых лиц и проведение мероприятий по созданию невосприимчивости населения к заболеваниям.

Индивидуальный учет и постоянное активное наблюдение за переболевшими предусматривают участие санитарного врача в оздоровлении образа жизни, в рациональном трудоустройстве, при восстановительно-реабилитационных мероприятиях.

## Деятельность санэпидслужбы по контролю за санитарным состоянием ЛПУ

Проведение центрами ГСЭН совместно с лечебно-профи­лак­тическими учреждениями санитарно-противоэпидеми­чес­ких мероприятий является обязательным и регламентируется общими приказами и положениями. В обязанности поликлиники, амбулатории входит следующее.

1. Обеспечение ранней диагностики инфекционных заболеваний.

2. Принятие необходимых мер для своевременной госпитализации инфекционных больных, а в случае оставления больного с легким течением заболевания на дому — его лечение, взятие материала для лабораторного исследования, контроль за соблюдением противоэпидемического режима. Сообщение в центр ГСЭН о всех случаях нарушения режима и невыполнения противоэпидемических требований больными, оставленными для лечения на дому.

3. Подача в центр ГСЭН по месту жительства экстренного извещения на каждого выявленного инфекционного больного или подозреваемого на инфекционное заболевание.

4. Регистрация в специальном журнале всех выявленных больных или подозреваемых на инфекционное заболевание.

5. Проведение профилактических прививок, регистрация в журнале.

6. Проведение мероприятий по дегельминтизации населения.

7. Участие в проведении среди населения занятий по вопросам профилактики инфекционных заболеваний, общественной и личной гигиены.

8. В обязанности поликлиники, амбулатории, станции (отделения) скорой медицинской помощи входит немедленное извещение соответствующего центра ГСЭН о всех случаях оказания первой помощи при пищевых отравлениях и токсикоинфекциях. Медицинский персонал обязан собрать рвотные и каловые массы (или промывные воды) и остатки подозреваемой пищи, направить собранный материал в бактериологическую лабораторию.

Обязанности сотрудников центра ГСЭН включают следующее.

1. Учет инфекционных заболеваний, систематическое изучение санитарно-эпидемического состояния обслуживаемого района. Разработка планов мероприятий по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями.

2. Подготовка и проведение совещаний и конференций медицинских работников по вопросам эпидемиологии, профилактики инфекционных заболеваний.

3. Снабжение ЛПУ бактерийными и вирусными препаратами для проведения профилактических прививок, контроль за надлежащим хранением бактерийных препаратов и правильным их использованием.

4. Эпидемиологическое расследование в очаге инфекционного заболевания (в том числе и при внутрибольничном заражении) и лабораторное обследование контактных лиц с целью выявления источников инфекции, носителей и больных со стертыми и атипичными формами заболеваний.

5. Эвакуация инфекционных больных.

6. Методическое руководство и контроль за проведением профилактических прививок.

7. Принятие необходимых мер при нарушении противоэпидемического режима больными с легкой формой инфекционных заболеваний, оставленными для лечения на дому.

8. Контроль за соблюдением в стационарах должного противоэпидемического режима, за условиями и порядком приема пациентов, при изоляции и выписке инфекционных больных, за стерилизацией медицинского, лабораторного и другого инструментария, за обеззараживанием инфицированного материала, посуды, белья и др.

9. Проведение текущей и заключительной дезинфекции в очагах заболеваний.

К основным функциональным обязанностям специалистов отделений гигиены ЛПУ относятся:

— участие в комплексном планировании оздоровительных и санитарно-противоэпидемических мероприятий по улучшению условий труда и здоровья медицинских работников;

— осуществление предупредительного (отвод земельного участка под строительство, контроль за ходом строительства, участие в приемке и эксплуатации, гигиеническая оценка внедряемого оборудования, инструментария) и текущего (контроль за санитарно-гигие­ническим состоянием и соблюдением санитарно-противо­эпидеми­ческого режима с проведением лабораторных и инструментальных исследований, за соблюдением санитарных требований при приготовлении и раздаче пищи в пищеблоках и столовых, за условиями труда и здоровьем медицинских работников, гигиенический надзор за рентгенологическими кабинетами и отделениями, в которых используются источники ионизирующего, электромагнитного, лазерного и другого излучения) санитарного надзора.

## Взаимодействие санэпидслужбы с ведомствами и учреждениями

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается совместными усилиями органов власти и управления, хозяйствующих субъектов, общественных организаций и граждан. Госсанэпидслужба осуществляет координацию, организацию и надзор за проведением комплекса санитарно-гигиенических, противоэпидемических и оздоровительных мероприятий по охране здоровья населения и среды обитания человека. Цели, задачи и функции центров ГСЭН предопределяют необходимость широких контактов со всеми участниками этого процесса. Взаимодействующие с учреждениями госсанэпиднадзора структуры условно можно разделить на следующие группы.

1. Органы власти (администрация территории).

2. Надзорные и контрольные органы (ведомственная санэпидслужба, территориальные структуры Госкомитета по охране окружающей среды, Госстандарта, Министерства труда, Министерства внутренних дел, Прокуратуры России, Министерства сельского хозяйства, Госкомгидромета и др.).

3. Хозяйствующие субъекты всех форм собственности (промыш­ленные предприятия, лечебно-профилактические учреждения, детские учреждения, предприятия общественного питания, торговли и др.).

4. Общественные организации и граждане (общественные движения, деятельность которых направлена на охрану здоровья населения и окружающей среды, профессиональные союзы, общества Красного Креста, благотворительные фонды и др.).

По вопросам охраны окружающей среды, проведения противоэпидемических мероприятий (прививочная работа, карантинные мероприятия и др.), предупреждения и лечения инфекционных заболеваний, строительства крупных дорогостоящих объектов и приема их в эксплуатацию, выбора водоисточника, отвода земельного участка, сброса сточных вод, захоронения токсических и радиоактивных отходов и др. ведомственные санитарные службы подчиняются органам госсанэпиднадзора и отчитываются перед ними.

## Пути привлечения населения к проведению санитарных и противоэпидемических мероприятий

Одним из принципов обеспечения санитарно-эпидемиологиче­ского благополучия является комплексное проведение государственных и массовых мероприятий по оздоровлению образа жизни и окружающей среды, благоустройству населенных мест.

Заинтересованность населения в проводимых органами и учреждениями здравоохранения санитарно-оздоровительных мероприятиях, понимание их социального значения, активное участие в них обеспечивают повышение качества медицинского обслуживания. Многолетний опыт специалистов органов и учреждений здравоохранения по привлечению общественности к работе и совместному проведению профилактических мероприятий позволил найти определенные организационные формы этой работы. Общественные начала находят свое отражение в участии в работе комитетов законодательных органов власти (по здравоохранению, по медико-социальному обеспечению, по охране окружающей среды).

В последние годы активизировали работу общественные организации и партии “зеленых”, “экологической безопасности” и др., которые не только выявляют и предупреждают случаи загрязнения окружающей среды, но и участвуют в разработке перспективных оздоровительных программ. Первичные организации Общества Красного Креста активно способствуют формированию гигиенических навыков, оздоровлению условий труда, оказывают содействие в медико-социальной помощи и уходе за одинокими, престарелыми, инвалидами, пропагандируют формы здорового образа жизни. На промышленных объектах, на административных территориях создаются различные общественные советы по благоустройству, по оздоровлению окружающей среды и др.

В законе “О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения” (ст. 5 “Права граждан” и ст. 6 “Обязанности граждан”) записано, что граждане имеют право активно участвовать в разработке, обсуждении и принятии органами государственной власти решений по обеспечению оптимальной среды обитания; граждане обязаны заботиться о своем здоровье, совершенствовать свои гигиенические знания, участвовать в проведении гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

## Обязанности предприятий и организаций по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения

В соответствии со ст. 9 закона “О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения” предприятия и организации обязаны:

— обеспечивать соблюдение действующего санитарного законодательства и установленных санитарных правил, осуществлять производственный контроль за выполнением санитарных правил;

— разрабатывать и проводить гигиенические и противоэпидемические мероприятия, направленные на предупреждение и ликвидацию загрязнения окружающей природной среды, оздоровление условий труда, быта и отдыха населения, предупреждение возникновения и распространения заболеваний;

— своевременно информировать органы и учреждения госсанэпиднадзора об аварийных ситуациях, остановках производства, нарушениях технологических процессов, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения;

— выполнять постановления, распоряжения и предписания должностных лиц органов и учреждений госсанэпидслужбы;

— применять меры материального стимулирования, направленные на повышение заинтересованности трудовых коллективов и отдельных работников в соблюдении требований санитарного законодательства и санитарных правил;

— создавать условия для поддержания и повышения уровня здоровья своих работников и населения для предупреждения заболеваний и формирования здорового образа жизни людей;

— осуществлять гигиеническое обучение и воспитание своих работников и населения, направленные на повышение санитарной культуры и ведение здорового образа жизни;

— обеспечивать реализацию прав граждан и других субъектов, правовых отношений, предоставленных им настоящим законом.

## Основы делопроизводства в центрах ГСЭН

Специфической работой учреждений санэпиднадзора является боль­шой оборот документов, который включает потоки поступающей и исходящей информации. Основой для упорядочения делопроизводства является “Единая государственная система делопроизводства”. Приказом главного врача центра ГСЭН в установленном порядке утверждается номенклатура дел с четкой нумерацией каждого дела (папки) с указанием места и сроков хранения. Быстрому поиску необходимой информации способствует цветовая маркировка, применение различных вспомогательных информационных поисковых систем, в которые вносятся основные учетные признаки документов.

Делопроизводство — это непрерывный процесс получения, обработки, хранения и выдачи информации. Оно включает следующие этапы: 1) регистрация входящих и исходящих документов; 2) доведение документа до сведения исполнителя и организация контроля за исполнением; 3) ведение архива, тиражирование документа; 4) подготовка проектов приказов, писем, решений, постановлений и др. При этом используются регистрационные журналы: учета входящих документов; учета исходящих документов; регистрации жалоб и заявлений трудящихся; регистрации телефонограмм, а также картотека контроля за исполнением, книга приказов главного врача и др.

Виды делопроизводства: делопроизводство по письмам и жалобам; учет и рассылка руководящих документов; подготовка документации для сведений и исполнения в различные организации; учет и оформление кадров; учет заболеваемости.

Порядок продвижения документов: 1) прием и отправление корреспонденции; 2) регистрация документов; 3) шифровка материалов по индексу; 4) рассмотрение материалов главным врачом; 5) разбор документа и подготовка ответа исполнителем; 6) контроль за исполнением документа; 7) исполнение принятого решения и передача документа в архив.

При составлении документов необходимо соблюдать следующие правила:

— название документа должно быть ясным и соответствовать содержанию;

— в одном документе излагать только один вопрос;

— изложение должно быть четким и сжатым;

— должны быть указаны ответственные исполнители и сроки исполнения;

— должен быть отпечатан на фирменном бланке с указанием названия организации, ее адреса, телефона;

— должны быть указаны исходящий номер, дата, должность и фамилия подписавшего лица.

Подготовку проектов решений (постановлений и др.) необходимо проводить в такой последовательности: 1) изучение соответствующих приказов и инструкций; 2) сбор и анализ сведений; 3) согласование сроков рассмотрения проектов решения; 4) подготовка проекта решения с указанием проведения необходимых мероприятий, сроков их исполнения и конкретных исполнителей; 5) вынесение проекта решения на рассмотрение и утверждение; 6) доведение решения до сведения исполнителей; 7) контроль за исполнением.

Работа по заявлениям и жалобам трудящихся проводится в таком порядке: 1) регистрация заявлений и жалоб; 2) расследование жалоб и заявлений; 3) принятие мер; 4) ответы на жалобы.

При приеме на работу предъявляются: заявление о приеме на работу, паспорт, трудовая книжка, диплом. На принимаемого на работу заводится личное дело, в котором хранятся: личный листок по учету кадров; заявление о приеме на работу; копия диплома; автобиография; трудовая книжка.

## Административно-правовые основы деятельности центров ГСЭН

Санитарные органы обязаны оформлять свои действия распорядительного характера в виде письменных документов, относящихся к категории административно-правовых актов или индивидуальных актов управления. В этой форме санитарные органы выполняют функции, возложенные на них законом.

К *индивидуальным актам* управления относятся:

— акты, содержащие распоряжения, но без элементов принуждения (акты санитарного обследования, предписания, планы-задания   
и др.);

— акты административного принуждения (определение сроков исполнения и исполнителя, запрет на реализацию, отстранение от работы, запрет на финансирование или функционирование и др.);

— акты разрешительные (заключение на право функционирования, разрешение на выдачу сертификата и лицензии, прием объекта в эксплуатацию и др.);

— акты юрисдикционные (по разрешению споров, заключение по жалобе, заключение комиссии арбитражного суда и др.).

*Административно-правовые меры* воздействия подразделяются на пресекательно-предупредительные, предупредительные и меры административного взыскания.

Пресекательно-предупредительные меры принуждения направлены на прекращение имеющихся санитарно-эпиде­миологических нарушений с целью предотвращения еще более вредных последствий (запрещение использования токсических веществ, пестицидов, стимуляторов роста сельскохозяйственных растений и животных и др.).

К предупредительным мерам относятся:

— временное или постоянное отстранение от работы лиц, являющихся больными или бактерионосителями и могущих быть источниками распространения инфекционных болезней;

— проведение обязательной госпитализации инфекционных больных, представляющих опасность для окружающих;

— наложение карантина на лиц, находящихся в контакте с инфекционными больными;

— проведение обязательной дезинфекции предметов, находящихся в пользовании больного и представляющих опасность распространения инфекции, а также помещений, где находился больной, и окружающей территории;

— проведение профилактических прививок;

— обязательное прохождение медицинского осмотра лицами, занятыми на пищевых предприятиях, в детских коллективах и т. п.

Уклонение или отказ лица от проведения предупредительных мер служит основанием для применения других мер административного принуждения: пресекательно-принудительных (принудительная госпитализация, принудительное проведение прививок) и мер административных взысканий (штрафы за уклонение от профилактических прививок, осмотров и т. д.).

Меры административного взыскания служат не толь­ко средством устранения санитарно-эпидемиологических нарушений, но и средством наказания нарушителей с целью недопущения таковых в будущем. За нарушение санитарно-противоэпидемических и санитарно-гигиенических норм предусмотрены административное взыскание в виде штрафа или передача дел в административные комиссии, органы прокуратуры и др.

## Виды ответственности за санитарные правонарушения. Обжалование действий должностных лиц

Ответственность за нарушение санитарного законодательства предусматривается ст. 27—31 закона “О санитарно-эпидемио­ло­гическом благополучии населения”. Санитарным правонарушением признается посягающее на права граждан и интересы общества противоправное, виновное (умышленное или неосторожное) деяние (действие или бездействие), связанное с несоблюдением санитарного законодательства, в том числе действующих санитарных правил, невыполнением гигиенических, противоэпидемических мероприятий, заключений, постановлений, распоряжений и предписаний должностных лиц органов и учреждений госсанэпидслужбы. Должностные лица и граждане, допустившие санитарное правонарушение, могут быть привлечены к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности.

*Дисциплинарная ответственность* подразумевает наложение на должностных лиц и работников предприятий дисциплинарных взысканий, предусмотренных законодательством России, вплоть до отстранения от работы, освобождения от занимаемой должности и увольнения. Руководители предприятий и организаций обязаны налагать дисциплинарные взыскания на должностных лиц и работников, совершивших санитарное правонарушение, по представлению главного государственного санитарного врача или его заместителя.

В порядке *административной ответственности* за совершение санитарного правонарушения к должностным лицам и гражданам могут быть применены административные взыскания в виде предупреждения и штрафа. Штраф налагается постановлением главного государственного санитарного врача или его заместителя в размере: на должностных лиц — не более суммы трехмесячного дохода; на работающих граждан — не более суммы месячного дохода.

*Уголовная ответственность* наступает за совершение санитарных правонарушений, повлекших или могущих повлечь за собой возникновение массовых заболеваний, отравлений и смерть людей. Должностные лица и граждане подлежат уголовной ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Предприятия и организации несут *экономическую ответственность* за нарушение санитарного законодательства. Предприятия, допустившие загрязнение окружающей среды, выпуск (или) реализацию продукции, употребление (использование) которой привело к возникновению массовых инфекционных или неинфекционных заболеваний или отравлений людей, по постановлению главного государственного санитарного врача или его заместителя обязаны: уплатить штраф в доход местного бюджета; возместить затраты лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений на оказание медицинской помощи больным, проведение гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Порядок обжалования постановлений должностных лиц госсанэпидслужбы о наложении административных взысканий изложен в “Инструкции о порядке привлечения должностных лиц, граждан к административной ответственности и наложения штрафов на юридических лиц за санитарные правонарушения” (утверждена приказом Госкомсанэпиднадзора РФ от 07.07.93 г., № 61).

Постановление главного государственного санитарного врача (или его заместителя) о наложении штрафа может быть обжаловано у вышестоящего главного государственного санитарного врача (или у его заместителя) или в районном (городском) суде, решение которого является окончательным.

Постановление о наложении предупреждения может быть обжаловано у вышестоящего главного государственного санитарного врача или его заместителя, после чего жалоба может быть подана в районный (городской) суд, решение которого является окончательным. Жалоба может быть подана в течение 10 дней с момента вынесения постановления и рассматривается вышестоящим главным государственным санитарным врачом в 10-дневный срок со дня ее поступления.

## Последовательность мер административного воздействия при санитарных правонарушениях

Применение мер административного воздействия осуществляется в соответствии с “Инструкцией о порядке привлечения должностных лиц, граждан к административной ответственности и наложения штрафов на юридических лиц за санитарные правонарушения”. Процесс привлечения к административной ответственности включает следующие этапы.

1. Констатация факта нарушения действующей санитарно-правовой нормы или невыполнения в установленный срок полученного распоряжения санитарного врача (врача-эпидемиолога) по конкретному вопросу, имеющему санитарно-противоэпидемическое значение.

2. Выявление ответственных лиц и установление их виновности в данном случае.

3. Возбуждение дела о санитарном правонарушении (начинается с составления протокола). Основанием для этого могут служить факты санитарного обследования, докладные, протоколы лабораторно-инструментальных исследований и другие документы. Протокол о санитарном правонарушении может быть составлен должностными лицами, осуществляющими госсанэпиднадзор. Протокол подписывается лицом, его составившим, и лицом, совершившим административное правонарушение.

4. Рассмотрение дела (при этом могут участвовать лица, привлекаемые к ответственности, должностные лица, адвокат, свидетели, эксперты и др.). Решение по протоколу о санитарном нарушении, наложению штрафа и др. может приниматься главным врачом центра ГСЭН (главным государственным санитарным врачом или его заместителем). Более ответственные дела могут быть переданы в административные комиссии, органы внутренних дел, прокуратуру, арбитраж и др.

Рассмотрев дело о санитарном правонарушении, главный государственный санитарный врач или его заместитель выносит постановление о наложении административного взыскания. Применяются меры административного воздействия в виде предупреждения или штрафа. В соответствии с п. 3 ст. 29 закона “О санитарно-эпидемио­логическом благополучии населения” устанавливаются следующие размеры штрафа: на должностных лиц — не более суммы трехмесячного дохода, на работающих граждан — не более суммы месячного дохода. Выбор меры определяется составом правонарушения, совокупностью смягчающих вину обстоятельств, выявленных в ходе рассмотрения дела.

*Обжалование решения*. Постановление о наложении административного взыскания может быть обжаловано у вышестоящего главного государственного санитарного врача или в суде, решение которого является окончательным. Жалоба подается в течение 10 дней после вынесения постановления.

*Исполнение постановления*. Постановление подлежит исполнению с момента его вынесения (при обжаловании вступает в силу в случае оставления жалобы без удовлетворения). Штраф должен быть уплачен нарушителем не позднее чем через 15 дней со дня вручения ему соответствующего постановления. В случае неуплаты штрафа в указанный срок постановление об удержании суммы штрафа в принудительном порядке направляется по месту постоянной работы нарушителя. Постановление о наложении административного взыскания должно быть исполнено в течение 3 месяцев со дня вынесения.

## Система учета и отчетности в учреждениях санэпидслужбы

Учетно-отчетная документация является важнейшим компонентом системы информационного обеспечения деятельности санэпидслужбы. Данные учетных и отчетных статистических форм лежат в основе анализа, сравнения и оценки труда специалистов, структурных подразделений и санитарно-профилактических учреждений. Они во многом определяют качество и эффективность оперативного управления и контроля, текущего и перспективного планирования, взаимодействия с лечебно-профилактическими и другими учреждениями.

Органы и учреждения Госсанэпидслужбы РФ проводят государственный учет инфекционных, паразитарных, профессиональных и массовых неинфекционных заболеваний и отравлений в связи с неблагоприятным влиянием на здоровье факторов среды обитания.

Система информационно-аналитической деятельности санэпидслужбы включает в себя анализ данных социально-гигиенического мониторинга, сравнение и оценку труда специалистов, структурных подразделений и учреждений.

Достоверность учетных и отчетных статистических форм обеспечивается полнотой регистрации, своевременностью составления и представления, сравнимостью и сопоставимостью, преемственностью и точностью информации.

Учетная документация в учреждениях санэпидслужбы дает возможность сплошного и выборочного анализа данных об инфекционных и паразитарных заболеваниях, профилактических прививках, предупредительном и текущем санитарном надзоре, лабораторной, дезинфекционной и юрисдикционной деятельности. Примеры учетных статистических форм:

— заключение по отводу земельного участка под строительство (№ 301/у);

— заключение по проекту (№ 303/у);

— акт санитарного обследования (№ 315/у);

— карта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания (№ 357/у);

— протокол исследования питьевой воды (№ 327/у);

— протокол измерений шума и вибрации (№ 334/у);

— рабочий журнал вирусологических исследований (№ 386/у);

— протокол о санитарном правонарушении (№ 001/у).

Статистическая отчетность осуществляется по формам: 1) федерального государственного и 2) отраслевого статистического наблюдения; первые утверждаются Госкомстатом РФ и служат для обобщения и анализа в государственном масштабе проблем, имеющих федеральное значение; вторые утверждаются Министерством здравоохранения РФ и служат для обобщения и анализа в отраслевом масштабе проблем, имеющих текущее и оперативное значение.

Сводные (по учреждению, по территории, по санэпидслужбе) формы государственного и отраслевого статистического наблюдения представляются в вышестоящие организации и органы госсанэпиднадзора с установленной кратностью (месячные, квартальные, полугодовые, годовые) и в установленные сроки.

Формы федерального государственного статистического наблюдения:

— отчет об инфекционных и паразитарных заболеваниях (№ 2);

— отчет о профилактических прививках (№ 5);

— отчет о медицинских кадрах (№ 17);

— сведения о санитарном состоянии района, города, автономного образования, области, края, республики (№ 18).

Формы отраслевого статистического наблюдения:

— отчет о сети, структуре, штатах и кадрах санитарно-профилактических учреждений (№ 19-санэпид.);

— отчет о микробиологических исследованиях объектов окружающей среды (№ 22 -санэпид. — САНБАК);

— отчет о работе отделов (отделений, лабораторий) радиационной гигиены (№ 26-санэпид.).

Государственная и отраслевая отчетность службы в настоящее время совершенствуется и развивается.

Отчетные формы бывают оперативной отчетности и текущей. Формы оперативной отчетности (отчеты о движении инфекционных больных, о профессиональных заболеваниях, травматизме, пищевых отравлениях, прививочной работе, профилактических мероприятиях и др.) составляются ежемесячно, ежеквартально.

Формы текущей отчетности заполняются в течение года, к концу года составляется сводный отчет, который представляется в вышестоящие организации госсанэпиднадзора не позднее середины января.

*Методика анализа деятельности центра ГСЭН*

Деятельность центра ГСЭН (независимо от типа и категории) анализируется по трем группам показателей — количественные, качественные и эффективности. Анализ — это выявление проблем, поиск новых вариантов решения на основе полученной информации об объекте.

К продукции специалиста гигиенического профиля могут быть отнесены: годовой план работы и исполнение его разделов, санитарное обследование объекта, проведение экспертизы, составление проектов решения, справок, докладов, представление материалов о правонарушении, разработка предложений по оздоровлению различных групп населения и среды обитания и др.

Количественные показатели отражают активность (число проведенных мероприятий за определенный срок) деятельности специалиста.

*Количественные критерии* оценки деятельности центров ГСЭН включают обеспеченность различными видами санитарно-эпидемиологического обслуживания, укомплектованность штатами и оборудованием, число обследований объектов, лабораторных исследований, проведенных мероприятий, полноту охвата объектов или контингентов, подлежащих санитарному надзору, показатели кратности проведенных обследований (исследований), выявленных инфекционных больных и бактерионосителей.

Оценка качества деятельности врача состоит из трех основных компонентов: качества условий работы, качества процесса труда и качества продукции или результатов.

*Качественные характеристики* деятельности центров ГСЭН оцениваются числом обследований с применением лабораторных и инструментальных методов, своевременностью их проведения, сроками выявления и ликвидации эпидемического очага и др.

Стандарты качества могут быть разделены на 4 группы: 1) квалификационные модели специалистов, основанные на должностных требованиях); 2) структурно-организационные (содержат количественные и качественные характеристики организации деятельности); технологические (определяют необходимые свойства элементов работы, операций и процедур в процессе труда) и 4) комплексные модели, включающие указанные в пунктах 1—3.

К аналитическим задачам могут быть отнесены: изучение причин изменений в состоянии здоровья населения, окружающей среды, объектов надзора; определение приоритетных направлений деятельности; выявление факторов риска, оценка и маркетинг медико-профилактических услуг. Качественная деятельность центров ГСЭН предусматривает интеграцию и координацию усилий специалистов различных учреждений — внутриведомственных и вневедомственных, медицинского и немедицинского профиля.

Эффективность (результативность) труда — третий компонент оценки работы врача-гигиениста. Существует два основных подхода к определению эффективности: результативно-целевой и результативно-затратный. При первом подходе эффективность рассматривается как исполнение (достижение) задуманной цели, при втором — как отношение результата к затратам (временным, трудовым, материальным).

*Общие показатели эффективности* свидетельствуют о динамике инфекционной заболеваемости населения и заболеваемости с временной утратой трудоспособности в течение ряда лет, о ликвидации или снижении числа профессиональных заболеваний, пищевых отравлений, уменьшении числа объектов (в конце года), не отвечающих санитарным требованиям. Специальные показатели эффективности свидетельствуют об удельном весе объектов (анализов) с улучшенными характеристиками.

В контексте охраны здоровья населения различают 3 категории эффективности: социальную (отражение интересов конкретных групп населения), медицинскую (улучшение показателей здоровья) и экономическую, критериями которой являются экономический ущерб, предотвращенный ущерб и рентабельность затрат.

В качестве основного источника информации при проведении анализа и оценки деятельности врача используются документы государственной и отраслевой статистической отчетности. Учетные документы должны раскрывать содержание работы специалиста. Первичные документы должны быть формализованы, максимально унифицированы, с набором готовых группировочных признаков объекта, позволяющих быстро дать правильный ответ. Эти документы должны иметь большую информационную емкость, всесторонне отражать состояние объекта, быть сравнимыми и сопоставимыми.

Показатели анализа должны просто вычисляться. Среди показателей оценки состояния здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения, работающих в этом направлении, следует выделить показатели:

— динамики состояния здоровья населения;

— санитарного состояния объектов надзора и среды обитания человека;

— собственно деятельности специалистов (количественные и качественные);

— позволяющие провести оценку и анализ качества условий труда специалиста, изучить эффективность использования кадров.

Определив непосредственные продукты труда, можно рассчитать показатель гигиенической эффективности (отношение числа случаев с достигнутым результатом к общему числу оцениваемых случаев).

Анализ показателей деятельности проводится по следующим основным разделам статистического годового отчета: штаты и структура; показатели предупредительного санитарного надзора; показатели текущего санитарного надзора; эпидемиологические мероприятия и работа в эпидочагах; меры административного принуждения; показатели хозяйственной и финансовой деятельности. В статистических таблицах оцениваются показатели динамики санитарного состояния объектов надзора, среды обитания (водоемы, атмосферный воздух, почва) и др.

В приложении к годовому отчету (статистическая форма) должны быть проанализированы:

— структура, категория, укомплектованность штатами, квалификация кадров;

— обеспеченность оборудованием и оснащением;

— трудности в проведении санитарно-эпидемиологического обеспечения, причины невыполнения тех или иных запланированных мероприятий, конкретные предложения для улучшения работы;

— практическая помощь на местах в деле организации и проведения оздоровительных мероприятий;

— комплексность и интеграция в работе отделов и отделений;

— эффективность работы по улучшению санитарно-эпидемиче­ского состояния района;

— данные об организационно-методической и санитарно-просве­ти­тельной работе (число совещаний, лекций, общих собраний).

*Штаты и структура районного центра ГСЭН*

Штаты и структура центра определяются его типом и категорией. Главный врач, используя предоставленные ему права, может изменять численность специалистов (в рамках фонда оплаты труда) в зависимости от социально-экономических и санитарно-гигиени­ческих условий, наличия целевых комплексных программ и др.

Анализируются обеспеченность санитарными врачами (ориен­тировочно 2—3 на 10000 жителей), укомплектованность отдельными специалистами (отношение числа занятых к штатным должностям), соотношение между числом санитарных врачей, эпидемиологов и числом средних медицинских работников (желательно не менее 1:4) и другие показатели. В годовом отчете представляются сведения об усовершенствовании врачей (не реже 1 раза в 5 лет), специализации, подготовке на рабочем месте, повышении категории, получении лицензии и сертификата.

*Показатели предупредительного санитарного надзора*

Абсолютные данные для расчета показателей предупредительного санитарного надзора представлены в годовой отчетной форме № 18 “Отчет о санитарном состоянии района, города, области, края, республики”. Форма позволяет дифференцировать сведения по группам объектов надзора (населенные места и коммунальные объекты, пищевые объекты, промышленные предприятия, предприятия торговли и др.).

Анализ и оценка деятельности центра ГСЭН и отдельных специалистов предусматривают вычисление следующих показателей предупредительного санитарного надзора:

— выдача заключений по выбору земельного участка — процент заключений, по которым не получено согласование (от общего числа объектов);

— рассмотрение проектов строительства (доля несогласованных проектов строительства и реконструкции);

— контроль за строительством, реконструкцией и техническим перевооружением (процент объектов, на которых были выявлены отступления от санитарных и строительных норм, приостановлены строительство и реконструкция, от общего числа объектов с выявленными нарушениями;

— рассмотрение проектов нормативной документации (доля несогласованных проектов нормативной документации);

— рассмотрение технологий производства (удельный вес технологий производства, по которым не получено согласование);

— введение объектов в эксплуатацию без разрешения госсанэпидслужбы (процент объектов, введенных в эксплуатацию без разрешения, от общего числа введенных в эксплуатацию объектов).

*Содержание и показатели текущего санитарного надзора*

Текущим называется санитарно-эпидемиологический надзор за действующими объектами, осуществляемый профильными специалистами (врачами и их помощниками) санэпидслужбы. Периодичность посещения объекта определяется степенью его санитарно-гигиенической и эпидемической значимости и принадлежностью к определенной группе (детские дошкольные учреждения, предприятия, лечебно-профилактические учреждения и т. п.). При осуществлении текущего санитарного надзора проводятся динамическое санитарное наблюдение, лабораторно-инструментальные исследования, выявление и пресечение санитарных правонарушений, анализ и оценка санитарно-эпидемической ситуации на объекте, записываются предложения по проведению санитарно-гигиенических, противоэпидемических и оздоровительных мероприятий.

Данные, характеризующие деятельность центров ГСЭН в области текущего санитарного надзора, обобщаются в годовой отчетной форме № 18 “Отчет о санитарном состоянии района, города, области, края, республики” по разделам: хозяйственно-питьевое водоснабжение; состояние водных объектов в местах водопользования; уровни загрязнения атмосферного воздуха; характеристика состояния почвы; санитарно-гигиеническая характеристика выпускаемых товаров народного потребления; гигиеническая характеристика продовольственного сырья и пищевых продуктов; характеристика воздушной среды закрытых помещений и воздуха рабочей зоны; исследование физических факторов окружающей человека среды; гигиеническая оценка доз облучения и радиационных аварий.

Основными показателями текущего санитарного надзора являются: полнота охвата объектов (в %); средняя кратность обследований по группам объектов; удельный вес врачебных обследований по группам объектов; доля обследований объектов с применением лабораторных и инструментальных методов; удельный вес объектов, не отвечающих санитарным требованиям на конец года; доля лабораторных (инструментальных) исследований, не отвечающих санитарным нормам.

*СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ*

*Алексеева В. М., Костродымов Н. Н., Морозов В. П.* Маркетинг в здравоохранении // Экономика и инновационные процессы в здравоохранении: Учебное пособие / Под ред. В. З. Кучеренко. — М., 1994. — С. 169—206.

*Винокуров Б. Л.* Технологии медицинского страхования. — Сочи, 1993. — 238 с.

*Вишняков Н. И.* (ред.). Экспертиза нетрудоспособности в здравоохранении: Учебно-методическое пособие. — СПб, 1995. — 39 с.

*Гринина О. В., Паначина М. И.* Социально-гигиеническое изучение семьи больного: Методические указания. — М., 1978. — 41 с.

*Журавлева К. И.* Статистика в здравоохранении. — М.: Медицина, 1981. — 176 с.

*Журавлева К. И., Лучкевич В. С.* Организация санитарно-эпидемиологической службы: Учебно-методическое пособие. — Л., 1982. — 68 с.

*Кича Д. И.* Здоровье и потребность семьи в медико-социальной помощи. — М., 1993. — 65 с.

*Комаров Ю. М.* (ред.). Концепция дальнейшего развития здравоохранения и прикладной медицинской науки в Российской Федерации. — М., 1994. — 180 с.

*Корюкин В. Г.* (ред.). Здравоохранение Санкт-Петербурга в цифрах. — СПб, 1994. — 54 с.

*Кузьменко М. М., Баранов В. В., Шиленко Ю. В*. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. — М., 1994. — 297 с.

*Лисицын Ю. П.* Социальная гигиена и организация здравоохранения. Проблемные лекции: Учебное пособие. — М.: Медицина, 1992. — 509 с.

*Лучкевич В. С., Поляков И. В*. Основы медицинского страхования в России. — СПб, 1995. — 88 с.

*Миняев В. А.* (ред.). Методические указания к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения. — Л., 1991. — 110 с.

*Родионова В. Н.* Менеджмент в здравоохранении в новых экономических условиях // Экономика и управление здравоохранением   
/ Под ред. Ю. П. Лисицына. — М., 1993. — С. 43—83.

Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под ред. Ю. П. Лисицына. — М.: Медицина, 1984. — Т. 1, 2.

Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред.   
А. Ф. Серенко и В. В. Ермакова. — М.: Медицина, 1984. — 630 с.

*Сырцова Л. Е., Костродымов Н. Н. и др*. Основы управления в здравоохранении и менеджмент // Экономика и инновационные процессы в здравоохранении: Учебное пособие / Под ред. В. З. Кучеренко. — М., 1994. — С. 140—169.

*Хромченко О. М., Куценко Г. И.* Санитарно-эпидемиологическая служба. — М.: Медицина, 1990. — 268 с.

Учебное пособие по медицинской статистике / Под ред. Е. Я. Белицкой. — Л., 1972. — С. 141—146.

Экономика и инновационные процессы в здравоохранении: Учебное пособие / Под ред. В. З. Кучеренко. — М., 1994. — С. 140—206.

*Юрьев В. К.* Здоровье населения и методы его изучения: Учебное пособие. — СПб, 1993. — 144 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение 3

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Основные теоретические и организационные принципы современного здравоохранения

Социальная медицина и управление здравоохранением как врачебная специальность и наука о здоровье населения

Этапы развития здравоохранения в России

МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА

Статистическая совокупность. Учетные признаки. Понятие о сплош­ных и выборочных исследованиях. Требования к статистической совокупности и использованию учетно-отчетных документов

Использование абсолютных и производных величин при оценке здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения. Общие и специальные коэффициенты

Виды вариационных рядов. Методы вычисления, оценки и использования средних величин во врачебной деятельности

Оценка достоверности статистических показателей

Вычисление показателей динамического (временного) ряда

Графические изображения при статистическом анализе

Методы определения причинно-следственных взаимосвязей факторов риска и здоровья населения, эффективности оздоровительных меро­приятий

Методы изучения корреляционных связей при оценке показателей здоровья и факторов окружающей среды

Использование метода стандартизации при оценке здоровья населения и показателей работы учреждений здравоохранения

ЗДОРОВЬЕ И МЕТОДЫ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ

Социальные и биологические факторы здоровья

Понятие о профилактике. Основные ее принципы и виды

Образ жизни как медико-социальный фактор здоровья

Понятие о медицинской активности и здоровом образе жизни

Основные направления и методы пропаганды здорового образа жизни

Структура центров медицинской профилактики. Их роль в пропа­ганде здорового образа жизни

Здоровье как показатель эффективности медико-профилактической деятельности

Определение здоровья. Основные методы его изучения. Группы здоровья

Основные показатели здоровья населения России. Их медико-cоциальная оценка

Схема комплексного изучения здоровья и факторов, его определяющих

Понятие о заболеваемости, распространенности, патологической пораженности. Источники и учетные признаки при изучении заболеваемости

Общая заболеваемость. Основные критерии и показатели. Их медико-социальная оценка

Инфекционная и неэпидемическая заболеваемость. Ее медико-соци­аль­ное значение

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Учетно-отчетная документация и оценка показателей. Кратность заболеваний. Индекс здоровья

Показатели госпитальной заболеваемости

Заболеваемость, выявляемая активно при периодических и массовых медицинских осмотрах

Структура причин смерти. Источники информации, основные показатели и факторы риска смертности населения и летальности при различных заболеваниях

Использование исходных статистических показателей при оценке физического развития населения

Болезни системы кровообращения как социально-гигиеническая проблема

Злокачественные новообразования как социально-гигиеническая проблема

Травматизм — социально-гигиеническая проблема

Алкоголизм, курение и наркомания как медико-социальная проблема

Использование демографических показателей в работе врача. Статика и динамика населения

Возрастно-половая структура населения. Использование этих данных в работе врача

Методика проведения переписи населения. Основные показатели переписи населения России, их медико-социальная оценка.

Специальные показатели рождаемости. Уровни и динамика рождаемости в России. Основные показатели воспроизводства населения

Показатели общей и повозрастной смертности населения. Уровни и динамика

Младенческая смертность. Перинатальная смертность. Специальные показатели младенческой смертности. Методы расчета. Уровни и динамика

Медико-социальные аспекты инвалидизации населения. Структура и организация работы экспертной комиссии. Порядок оформления документов по стойкой утрате трудоспособности

Оздоровление окружающей среды — медико-социальная проблема

ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Управление здравоохранением на административной территории

Организация и структура первичной медико-социальной помощи городскому населению. Структура городской поликлиники

Основные показатели деятельности поликлиники

Функции врачебной должности врача-терапевта и нормативы обслуживания населения в городской поликлинике

Диспансеризация городского населения. Виды диспансеров. Основные направления их работы

Виды стационарной медицинской помощи при плановой и экстренной госпитализации больных

Структура городской больницы. Порядок направления на госпитализацию. Организация работы приемного отделения больницы

Основные показатели работы стационара. Качество диагностики и преемственность деятельности врачей на догоспитальном и госпитальном этапе

Основные принципы организации скорой медицинской помощи

Новые формы организации внебольничной помощи населению

Организация специализированной медицинской помощи. Роль консультативно-диагностических центров в профилактике и лечении заболеваний

Восстановительно-реабилитационные центры и их структура. Медико-социальное значение восстановительного лечения.

Организация медицинской помощи сельскому населению

Структура деятельности первичного звена медицинской помощи сельскому населению

Показатели организационно-методической работы областной больницы

Формы обслуживания работающих на промышленных предприятиях. Структура и назначение медико-санитарной части

Основные направления работы и функции цехового врача-терапевта

Профилактическая работа на промышленном предприятии. Структура комплексного плана лечебно-профилактических мероприятий

Порядок учета и регистрации ЗВУТ на предприятиях и в учреждениях

Организация и порядок выдачи листков нетрудоспособности при заболеваниях и травмах

Анализ заболеваемости с ВУТ как критерий оценки экономической эффективности медико-социальных мероприятий

Охрана материнства и детства — приоритетное направление здравоохранения. Медико-социальные и правовые основы охраны материнства и младенчества

Структура и показатели деятельности женской консультации и родильного дома

Организация амбулаторно-поликлинической помощи детям. Функциональные обязанности и показатели работы педиатра

Особенности работы по оказанию стационарной помощи детям. Виды стационарной лечебной и восстановительно-профилактической помощи

Организация стоматологической помощи. Медико-социальные факторы стоматологической заболеваемости

Организация санаторно-курортного лечения. Порядок оформления врачом медицинской документации

Социальная, медицинская и экономическая эффективность здравоохранения

Реформа первичной медико-социальной помощи

Основные направления реформы здравоохранения

Экономика здравоохранения. Источники финансирования. Структура распределения и финансовый план учреждения. Понятие о стоимости медицинских услуг. Платные и бесплатные виды медицинской помощи

Менеджмент в здравоохранении

Основы маркетинга

Медицинское страхование, его роль и пути совершенствования

Основные принципы и виды медицинского страхования

Медицинское страхование и социальное обеспечение населения

Основные организационно-методические принципы научной организации труда в учреждениях здравоохранения

Перспективное и текущее планирование медицинской деятельности, определение потребности в кадрах

Методы планирования индивидуальной работы врачей. Показатели качества и эффективности их работы

Комплексное планирование лечебно-профилактической помощи на административной территории. Структура и порядок утверждения комплексных планов

Система подготовки и усовершенствования кадров в условиях реформирования высшего медицинского образования

Деятельность врачей общей практики в России и за рубежом

Современные теории медицины и здравоохранения

Системы и тенденции развития здравоохранения в мире. Первичная медицинская помощь. Основные показатели состояния здоровья и обеспечения медицинской помощью

Международное сотрудничество в области медицины. Структура и роль Всемирной организации здравоохранения

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ   
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Закон “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”. Этапы его внедрения. Организация работы и лицензирования медицинских учреждений

Права и обязанности медицинских учреждений, страховых компа-  
ний и населения при обязательном и добровольном медицинском страховании

Прфессиональные права и обязанности медработников в условиях перехода на рыночные отношения и медицинское страхование. Понятие о врачебной и коммерческой тайне

Основные правовые принципы охраны здоровья населения

Организационно-правовые предпосылки медицинской и фармацевтической деятельности

Правовой статус медицинских и фармацевтических работников

Правовой статус лечащего врача

Правовой статус пациента

Правовой статус муниципальной системы здравоохранения

Правовой статус медицинских учреждений индивидуально-частного предпринимательства

Правовые основы трудовой деятельности медработников. Понятие трудового права

Трудовой договор: понятие, содержание, виды, формы и порядок заключения

Испытание при приеме на работу

Изменение трудового договора. Условия и порядок перевода работника на другую постоянную или временную работу

Прекращение трудового договора. Увольнение работников по собственному желанию и по инициативе администрации

Материальная ответственность

Трудовая дисциплина. Виды дисциплинарных наказаний и порядок их применения

Правовое регулирование обязательственных отношений. Правовые способы обеспечения надлежащего исполнения обязательств

Основные принципы гражданско-правовой ответственности. Ответственность за неисполнение принятых на себя обязательств

Деонтологические проблемы врачебной деятельности. Содержание “Клятвы врача России”

ОБЕСПЕЧЕНИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО   
БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Становление организационной структуры государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Отечественные организаторы гигиенической науки и практики

Закон “О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения”

Задачи и функции Государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации

Структура центра ГСЭН. Организация и основные направления его работы

Организационно-методическая работа областного центра ГСЭН

Штаты и кадры районных (городских) центров ГСЭН. Современные подходы к штатно-кадровому обеспечению деятельности госсанэпидслужбы

Основные нормативные правовые акты и документы, определяющие деятельность госсанэпидслужбы, разработку и реализацию федеральных и региональных целевых программ

Права и обязанности должностных лиц по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Права и обязанности граждан в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия

Формы и методы планирования работы центров ГСЭН

Социально-гигиенический мониторинг

Особенности работы центров ГСЭН в новых экономических условиях

Основы финансирования деятельности санэпидслужбы. Составление финансового плана

Роль врачей-гигиенистов и эпидемиологов в проведении первичной и вторичной профилактики

Деятельность санэпидслужбы по контролю за санитарным состоя-  
нием ЛПУ

Взаимодействие санэпидслужбы с ведомствами и учреждениями

Пути привлечения населения к проведению санитарных и противоэпидемических мероприятий

Обязанности предприятий и организаций по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Основы делопроизводства в центрах ГСЭН

Административно-правовые основы деятельности центров ГСЭН

Виды ответственности за санитарные правонарушения. Обжалование действий должностных лиц

Последовательность мер административного воздействия при санитарных правонарушениях

Система учета и отчетности в учреждениях санэпидслужбы

ЛР № 010496

Подписано в печать 18.03.97 г. Формат 60х84/16. Бумага тип. Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Усл.-печ. л. 11,5. Тираж 700 экз. Заказ 468.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия   
им. И. И. Мечникова

195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47