***1. Социальная медицина (СМ)*** – наука о здоровье общества, о социальных проблемах медицины. Она изучает закономерности влияния социальных факторов на здоровье человеческих коллективов и определяет пути его сохранения и укрепления.

Управление здравоохранением – это система руководства осуществления государственных и общественных мероприятий, направленных на улучшение и сохранение общественного здоровья.

Социальная медицина – наука профилактическая, сложилась во второй половине 19в. Профилактические мысли медико-социального предписания встречались и в древнем мире (средних веках). (Гиппократ, Гален, Цельс, Авиценна). Важной вехой явился труд итальянского врача Бернардино Рамацини 1070г. – « О болезнях ремесленников». Письмо Ломоносова к графу Шувалову «О размножении и сохранении российского народа» раскрыло причину низкого прироста населения. С.Г. Зибелин – первый русский профессор на медицинском факультете, установил статистические показатели детской смертности, уровня народного здоровья. Профилактическими вопросами занимались: Данило Самойлович, Мудров, Максимович-Амбодик, Харовицкий. Н. И. Пирогов писал: «уменьшение смертности в массах зависит от дельного энергичного рационального применения административных и гигиенических мер». Вопросам профилактической медицины уделяли много внимания Боткин, Захарьин, Остроумов. Первое практическое руководство по социальной медицине профессор и ректор Петербургской медико-хирургической академии, придворный врач Йоган Франк: «Система совершенной медицинской помощи». Его другой труд – « О лечении людских болезней». Впервые термин «Социальная медицина» применили французские учёные Рашу и Фарко в сер 19 в. В Англии крупные деятели общественного здравоохранения Э. Чедвиг, Дж. Саймон. В русской литературе впервые этот термин применил Португалов. Развитию Медико – социальной мысли в России способствовали Эрисман, Куркин, Френкель. Первую кафедру Социальной медицины организовал в Берлинском университете – Эрисман читал курс общественной медицины. Первые кафедры социальной медицины (1922) были организованы в 1ММУ – Семашко, 2 ММУ – Соловьёвым. Пользовались они переводным учебником Фишера. 1936г. – появился первый отечественный учебник. 1941 – кафедры переименованы в кафедры «Организации здравоохранения». Восстановлены названия только в 1966г.

## 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.

Социальная медицина как наука имеет свою методологию. Методы:

1.   Статистические – метод универсальный, является составной методологической частью социальной медицины 2.       Исторический – анализ ошибок прошлого даёт возможность предотвратить их повторение 3.       Экспериментальный – организационный эксперимент 4.       Экономических исследований 5.       Экспертных оценок тесно связан со статистическим методом 6.       медицинского анализа и моделирования. Системный анализ и системный подход – методология комплексного изучения системы

Человек является системой. Здравоохранение - тоже система. Системный анализ позволяет выявить положительные и отрицательные стороны и разработать коррекцию. Математическая разработка моделей реальных процессов позволяет использовать ЭВМ.

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. Теоретическая основа Социальной медицины является: 1. Материалистическое учение о природе и обществе, о взаимодействии соц. и биологических закономерностей. 2, Достижения современной мед. науки.

***2. Здоровье*** – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов (ВОЗ).

**Здоровье** – это состояние полного социального, биогенетического, психофизиологического и физического благополучия, при котором все системы уравновешены социальной и природной средой, отсутствуют болезненные состояния, заболевания и физические дефекты.

Граница м-у здоровьем и болезнью условна, она бывает стёрта. Триединая сущность болезней: биологическая, психическая и социальная. Здоровье и болезнь рассматриваются как развившиеся в результате многих причин – биологических и социальных. Биологическое предшествует социальному, по-разному реализуясь в психическом и физическом развитии человека. Соц. факторы реализуются через биологические и доминируют над ними. Здоровье и заболеваемость – социально обусловлены, определяются всем комплексом труда и быта человека. Соц. факторы бывают: 1. непосредственно связанные с производственной деятельностью. 2. не связанные с производственной деятельностью.

К соц. факторам относятся: условия труда, жилищные условия, условия питания, культура, образование, состояние здоровья. Соц. факторы:

1.Могут создавать или стимулировать предрасположенность к заболеванию (хроническое недоедание, частое переутомление) 2. могут быть причинами заболевания (профболезни, производственный травматизм) 3. Усилить действия основного заболевания 4. Влиять на течение болезни

Основная идея социальной медицины – все заболевания социально обусловлены.

Показатели, определяющие здоровье населения: — 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. Право граждан на охрану здоровья закреплено основными **принципами отечественного здравоохранения**. К ним относятся: - 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 yтpaты здо­ровья; - ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение граждан в области охраны здоровья.

Ряд этих прин­ципов в настоящее время соблюдается лишь частично, часть при их провозглашении носила чисто декларативный ха­рактер, отдельные принципы были рассчитаны на будущее.Эти принципы записаны в основном законе – Конституция РФ.

***3. Теоретические основы и организационные принципы здравоохранения.***

**Система здравоохранения** - *это совокупность взаимосвя­занных мероприятий, которые содействуют укреплению здоро­вья и проводятся на дому, в учебных заведениях, на рабочих мес­тах, в общинах, в физическом и псuxосоциальном окружении, а также в секторе здравоохранения и связанных с ним секторах.*

Существует 3 системы здравоохранения: государственная, муниципальная, частная. Областные больницы – государствены, городские – муниципальные, частные – криотерапия, стоматологические фирмы.

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.

***4. Существуют три органа управления здравоохранением:***

1. Министерство здравоохранения и медицинской промышленности. Ведает ЛПУ и аптеками. 2.  Госкомитет по сан-эпид надзору (ведает службой санэпид благополучия). 3.   РАМН (научно исследовательские центры и их филиалы. Например, в Томске и Новосибирске не только научные центры, но и центры высоко квалифицированной мед помощи.

МЗ включает в себя: - Коллегия; - Главное управление: 1. Оказание помощи взрослым (в составе есть главный специалист) 2. Оказание помощи женщинам и детям (главный педиатр и главный акушер гинеколог). 3. Профилактическая медицина 4. Кадров 5. Учебных заведений МЗ РФ. - Госфармацевтический комитет – без него не может быть выпущено ни одно лекарство.

В Омской области МЗ при администрации Омской области по всем административно – хозяйственным вопросам подчиняется главе администрации, по мед вопросам – МЗ РФ. В городе – департамент здравоохранения по адм-хоз вопросам подчиняется мэру, по мед вопросам – МЗ. Главный врач района по адм-хоз вопросам – администрации района, по мед вопросам – департаменту.

Особенность управления: МЗ касается только мед вопросов. Вопросы назначения решаются на местах. ОГМА – федерального подчинения (МЗ РФ), на месте подчиняется номинально комитету по высшему образованию, комитет не может снять с руководящей должности. Административные назначения в МЗ.

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 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.

*5. Основы законодательства РФ по охране здоровья граждан*

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.

В августе 33 года верховный совет принял "Основы законодательства об охране здоровья граждан". Первое законодательство об охране здоровья граждан было принято в 1970 году. Эти основы регулируют взаимоотно­шения граждан и системы здравоохранения. Т.О. Законодательство РФ состоит из: Конституции РФ, конституций республик в составе РФ. Основа законодательства РФ об охране здоровья граждан - 16 разделов и 60 статей.

**Статья 2** декларирует основные принципы охраны здоровья граждан.

Новые "Основы" провозглашают Существование 3 форм здравоохранения:

**Статья 12**. Государственная (областные органы. управления и областные ЛПУ).

**Статья 13**. Муниципальная (городские ЛПУ).

**Статья 14.** Частная система здравоохранения.

**Статья 19.** Граждане имеют право на получение своевременной и достоверной информации о факторах способствующих сохранению здоровья, оказывающих вредное влияние. Реклама табачных и алкогольных изделий в средствах массовой информации запрещена в интересах охраны здоровья граждан. Слабость этой статьи в том, что не установлена ответственность за нару­шение этой статьи.

**РАЗДЕЛ 5. Статья 22.** Забота об охране членов семьи. Одному из родителей или другому члену семьи предоставлено право в ин­тересах лечения ребенка пребывать в стационаре на весь срок пребыва­ния, не зависимо от возраста ребенка с выдачей листка нетрудоспособности. Если ребенку до 7 лет - то по уходу выдается пособие по листку нетру­доспособности. Ребенку старше 7 лет на период не более 15 дней, если по мед. заключению не требуется больше срока.

**Статья 27.** Право об инвалидах, детях инвалидах, инвалидах с детства. Для ухода за детьми инвалидами и инвалидами с детства до достижения ими 18 лет, одному из работающих родителей или лиц, заменяющих предос­тавляется 4 дополнительных оплачиваемых дня в месяц.

**Статья 30.** Права пациента. При обращёнии за мед. помощью пациент имеет право:

1. На уважительное и гуманное отношение со стороны мед. персонала.
2. На права выбора врача - семейного, лечащего с условием его согласия, а так на выбор ЛПУ в соответствии с страховыми договорами.
3. На обследование, лечение и содержание в условиях соответствующих сан. гиг. требований.
4. На проведение по его просьбе консилиума других врачей и специалистов.
5. На облегчение боли связанной с заболеванием или мед. вмешательством доступными способами и средствами.
6. На сохранение в тайне информации о факте обращения за мед. помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений.
7. На информированное добровольное согласие на мед. вмешательство.
8. На отказ от мед.. вмешательства в соответствии со статьей 33.
9. На получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии здоровья.
10. Право на получение дополнительных мед. услуг в рамках добровольного мед. страхования.
11. Право на возмещение ущерба в случае, причинения вреда здоровья.
12. На допуск адвоката и иного законного представителя для защиты его прав
13. На допуск священнослужителя, на комнату в больничных условия для отправления религиозного обряда.

**Статья 31.** Право граждан на информацию о состоянии здоровья, включая сведения об обследовании диагнозе, прогнозе, методах лечения, возможных последствиях. Граждане не достигшие 15 лет: информация о здоровье и т.д. передаётся родителям или законным представителям. Информация не может быть предоставлена против воли пациента. В случае неблагоприятного прогноза - сообщать в деликатной форме паци­енту или членам его семьи, если пациент не запретил. Пациент имеет право непосредственно знакомится с мед. документацией, отражающей состояние здоровья, получать информацию из нее, консультации по ней других специалистов. По требованию специалиста можно давать копию документа. Информация мед. документации составляет врачебную тайну.

**Статья 32**. Согласие на мед. вмешательство.

**Статья33**. Отказ от мед. вмешательства. Предварительное условие – добровольное согласие гражданина.

**Статья 34**. Оказание мед. помощи без согласия, граждан.

1. Если заболевание представляет опасность для окружающих (инфекционное)
2. Лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами.
3. Лицам, совершившим преступное деяние, решение о проведении мед. помощи без согласия пациента, принимается консилиумом, решение о госпитализации принимается судом.

**РАЗДЕЛ 7.** Мед. деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека.

**Статья 35**. Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона. Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на им­плантацию эмбриона и искусственное оплодотворение, осуществляемое в учреждениях получивших на это лицензию при наличии письменного согласия супруга.

Статья 36. Искусственное прерывание беременности. Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям – до 22 недель, при наличии мед. показаний прерывание беременности проводится не зависимо от срока беременности.

**Статья 37**. Мед. стерилизация. Мед. стерилизация, как метод контрацепции производится только по пись­менному разрешению гражданина, не моложе 35 лет и имеющего не менее 2 детей. По мед. показаниям и согласию гражданина — не зависимо от возраста и количества детей.

**Статья 43.** Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения лекарственной средствами. Можно пользоваться методами и лекарственными средствами только разрешенными. Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении методы диагностики, лечения, препараты могут использоваться с получения письменного согласия пациента. Статья регламентирует проведение биомедицинских исследований. Любое ис­следование проводится с привлечение человека только с письменного согласия его.

**Статья 45.** Запрещение зфтаназии. Т.е. удовлетворение просьбы об ускорении смерти. В том числе отключение средств, поддерживающих жизнь. Лицо, которое побуждает больного к эфтаназии или осуществляющее эфтаназию несет уголовную ответственность.

**Статья 47.** Изъятие органов или тканей человека для трансплантации. Изъятие органов или тканей человека для трансплантации допускается, но не может быть предметом купли-продажи или коммерческих сделок. Лица, участвующие в этих сделках несут уголовную ответственность.

**Статья48.** Проведение патологоанатомических вскрытий. По религиозным или иным мотивам в случае письменного заявления близких родственников, членов семьи, законных представителей умершего, заявления умершего при жизни - патологоанатомическое вскрытие не производится. По требованию членов семьи может быть проведена независимая мед. экспертиза /обращаться в мед. ассоциацию/.

**РАЗДЕЛ 9**. О мед. экспертизе.

**РАЗДЕЛ 10.** Права и социальная защита мед. и фармацевтических работников.

**Статья 54.** Право на занятие мед. и фармацевтической деятельностью имеют лица, имеющие высшее или среднее медицинское или (фармацевтическое образование, диплом и право на определенного вида деятельность/ лицензию/ и сертификат специалиста.

Лица, не имеющие законченного высшего мед. образования могут быть прив­лечены в качестве средних мед. работников. Врачи или провизоры, не рабо­тавшие 5 лет по специальности могут быть допущены к работе после подтвер­ждения квалификации либо 'на основе, мед. комиссии /комиссии, мед.ассоциа­ции/. Лица, получившие мед. подготовку в других государствах, приступают к работе при наличии договора о признании их диплома, лицензии. Если у специалиста нет договора с иностранным государством, то он должен полу­чить лицензию. Лицензии выдаются специальными лицензионными комиссиями, куда входит представители органов управления, мед. ассоциации высших мед. вузов, на определенный вид деятельности.

**Статья 56.** Право на частную мед. практику. Имеют все врачи. Если у них есть лицензия, диплом и сертификат.

**Статья 57**. Право на занятие народной медициной. Этим правом обладают граж­дане России получившие диплом целителя от органов управления. Решение принимается на основании заявления и представления профессиональной мед. ассоциацией, имеет силу только на территории органа управления.

**Статья 61.** Врачебная тайна. Не разглашать никаких сведении. Исключение:

1. в целях лечения и обследования гражданина, который не может изъявить свою волю
2. при угрозе распространения инфекционного заболевания, массовых отравлений и поражений
3. по запросу органов дознания и следования
4. в случае оказания помощи несовершеннолетнему (до 16 лет)
5. при наличии оснований полагать, что вред здоровью населению нанесён на основе противоправных действий (огнестрельное ранение)

**Статья62**. Профессиональные мед. ассоциации.

1. принимают участие в разработке норм мед. этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм
2. в разработке стандартов качества мед. помощи
3. лицензировании мед. деятельности
4. в соглашениях по тарифам на мед. услуги
5. осуществляет профессиональную защиту мед. работников
6. защита в случае гибели работников государственных и муниципальных органов здравоохранения при исполнении обязанностей или научных исследованиях. Семье выплачивается единовременное пособие – 120 месячных должностных окладов.

***6. 7. Закон “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”.
Добровольное медицинское страхование.***

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.

**Медицинское страхование граждан РФ.**

Цель: гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение мед. помощи за счет накопленных средств, а также финансирование профилактических мероприятий. Мед. страхование (МС) граждан России осуществляется в 2 видах: в виде обязательного (социального) и добровольного (частного) МС.

Мотивы для частного страхования:

1. дополнительный источник финансирования
2. за счет финансовых средств поощрить наиболее квалифицированных врачей
3. за счет привлечения доп. финансов, а также за счет инвестиций частных страховых компаний идет развитие мед. промышленности
4. за счет потока доп. финансов идет подготовка семейного врача

Обязательное мед. страхование граждан РФ является всеобщим и обеспечивает всему населению разные возможности в получении мед. и лекарственной помощи в объеме, предусмотренном программами обязательного мед. страхования (ОМС). Эти программы распространяются на все основные виды помощи. В системе ОМС есть следующие субъекты: гражданин, страхователь, страховая мед. организация, мед. учреждение.

*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.

**Гражданин**

В системе ОМС определены права:

1. как на обязательное, так и на добровольное мед. страхование
2. при добровольном имеют право на выбор ЛПУ и врача
3. получить мед. помощь на всей территории РФ, но оплата за счет тех средств, которые выделены в месте постоянного проживания
4. гарантируется качество. Если не качественно – можно предъявить иск ЛПУ, страховой компании и страхователю
5. при добровольном страховании может быть возвратность страхового взноса, если оговорено в договоре

**Страхователь**

Тот, который вносит средства на оказание мед. помощи.

При обязательном все население делится на 2 группы: неработающие (дети, инвалиды, пенсионеры, домохозяйки, временно безработные, лица, которые работают на бюджетных предприятиях); работающие (на не бюджетных предприятиях и организациях). Страхователь неработающего населения – местная администрация; страхователь работающего – предприятие, где работает.

При добровольном - сами граждане или предприятие.

За счет средств страхователей формируется «фонд медицинского страхования граждан» и «финансовые средства государственных и муниципальных систем здравоохранения». Эти фонды существуют для реализации гос. политики в области охраны населения. Этими средствами распоряжаются органы управления здравоохранения территории:

1. средства расходуются на финансирование целевых программ по охране здоровья населения. Каждая территория разрабатывает свои программы «охрана материнства и детства», «профилактика СС – заболеваний», «профилактика онкологических заболеваний», «кариес у детей», «эндемический зоб».
2. подготовка кадров
3. финансирование научных исследований
4. для оплаты особо дорогостоящих методов (пересадка сердца)
5. финансирование деятельности ряда ЛПУ (некоторые диспансеры – противотуберкулезный, кожно-венерический; центры санэпид надзора, станции переливания крови, центры по профилактике СПИДа, частично «Скорая помощь»; родовспоможение)
6. при массовых инфекционных заболеваниях, при массовых стихийных бедствиях и катастрофах – оказание помощи.

Есть фонд мед. страхования – для основной массы мед. учреждений. 2 уровня: территориальный (областной, краевой, республиканский); федеральный – есть для выравнивания экономических возможностей территорий. Фонды формируются в основном за счёт предприятий, учреждений и организаций. По закону о мед. страховании предприятия отчисляют 3,4% от фонда зарплаты, в федеральный фонд 0,2% (всего 3,6%). Территориальные фонды могут дробится на городские и районные, а могут не дробится. В системе ОМС получение услуг – бесплатно, платно – в системе ДМС.

**Страховая компания**

Фонды МС граждан отдают денежные средства в страховые компании; обязательным страхованием занимаются государственные некоммерческие организации; добровольным – коммерческие страховые организации, не находящиеся на гос. собственности. Страховые компании должны иметь учредителей – любые предприятия, организации и отдельные граждане. Не имеют право быть учредителями органы здравоохранения и мед. учреждения. Если страховая компания является акционерной, то ЛПУ и органам управления здравоохранения можно приобретать акции, но не более 10%. Таким образом, страховая компания – автономное учреждение, не подчинённое органам здравоохранения. Страховые компании заключают договоры с гос. ЛПУ, частными ЛПУ, и частнопрактикующими врачами, но страховые организации могут иметь и собственные ЛПУ, которые не подчинены органам управления здравоохранения. Страховые компании, которые занимаются ОМС, финансируются за счёт средств территориального фонда МС. Страховые компании, которые работают в системе ОМС, а особенно в системе частного МС, должны иметь лицензию. Её выдают финансовые организации местной администрации. Страховые компании должны иметь резервный фонд, чтобы у граждан были гарантии финансирования. Фонд этот не может разделить между учредителями средства и использовать в коммерческой деятельности. Коммерческие структуры полностью используют прибыль в любом направлении. Некоммерческие – используют прибыль только по тем направлениям, которые предусмотрены в уставе этой компании (как правило, в развитии ЛПУ этой территории). Страховые компании имеют 2 отдела в своей структуре: 1 – отдел финансово – расчётной деятельности (накопление денежных средств на оказание денежной помощи населению, на оплату стоимости мед. помощи), 2 – отдел экспертизы оказания мед. услуг застрахованным – работают очень квалифицированные врачи, следят за контролем качества оказания мед. помощи, принимают участие в отборе ЛПУ (для участия в ОМС).

***8. Лицензирование и аккредитация мед. учреждений.***

**Мед. учреждения (ЛПУ)**

У ЛПУ появились дополнительные источники финансирования: бюджетные средства (средства органов управления здравоохранения, если участвуют в целевых и комплексных программах); средства страховых компаний ОМС и ДМС; оказание платных услуг населению (медицинского и немедицинского характера); прямые договоры с промышленными предприятиями – договор на мед. осмотр; банковские кредиты; деньги разных фондов – благотворительность; частные пожертвования. Каждое ЛПУ должно пройти лицензирование и аккредитацию (приказ МЗ РФ №93 от 92 года «О мерах по выполнению закона РФ о мед. страховании граждан»). Лицензирование должны проходить все мед. учреждения, не зависимо от формы собственности. Гос. учреждения проходят лицензирование раз в 5 лет; частные – раз в 3 года. Цель лицензирования – оценка возможности оказания разных видов мед. помощи и услуг.

**Лицензирование**

Это выдача гос. документа – лицензии на право заниматься определёнными видами мед. помощи. Виды подробно расписаны и оказывать можно только их. Лицензирование проводят спец. лицензионные комиссии, работая под контролем органов здравоохранения. Там работают постоянные эксперты или люди по контракту. Предусматриваются внеочередные лицензирования ЛПУ, проводимые по инициативе органов управления, если выявлены какие-то недостатки, или по инициативе самого ЛПУ, если оно хочет расширить свои услуги. Лицензионная комиссия работает на хоз. расчётной основе – оплачивается органами управления или ЛПУ.

**Аккредитация**

Это определение соответствия деятельности ЛПУ установленным стандартам качества мед. помощи и услуг. ЛПУ присваивается определённая категория, выдаётся сертификат, где указана категория ЛПУ, в зависимости от помощи, которую оно может оказать. Её проводят специальные аккредитационные комиссии, работающие под руководством органов управления. Тоже на хоз. расчётной основе.

Подлежат все ЛПУ, независимо от формы собственности, в тех же сроках. Цель – защита интереса потребителя; заключается в обеспечении необходимым объёмом и качествам мед помощи.

В омской области единая аккредитационно – лицензионная комиссия. В приказе есть базовая программа по оказанию мед. помощи населению на основе ОМС. Стационарная помощь бесплатна: при острых заболеваниях, обострениях хронических, травмах, ожогах, отравлениях, представляющих непосредственную угрозу жизни пациента окружающих, инфекционных и онкобольных, беременности, роды, аборты по соц. и мед. показаниям. Базовая программа является основой для каждой территории. Каждая территория разрабатывает свою программу ОМС.

***9. Статистический метод*** является основным методом медико-социального анализа.

С т а т и с т и к а - это самостоятельная общественная наука, изучающая количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественной стороной: статистический метод является наиболее универcaльным методом, применяемым в социальной гигиене для изучения здоровья населения.

Медицинская статистика подразделяется\_ на два раздела: статистика здоровья населения и статистика здравоохранения. Кроме того, методы медицинской статистики используются в экспериментальных, клинических, гигиенических и лаборатор­ных исследованиях. Медицинская статистика, используя математические законы, позво­ляет выявлять закономерности в изучаемых явлениях, под­тверждать или исключать достоверность полученных данных, тем самым создавая возможность для объективной, оценки результатов исследования.

Статистика здравоохранения дает характеристику сети и кадров лечебно-профилактических учреждений, использованию материальных средств в здравоохранении, деятельности медицинских учреждений по оказанию медико - санитарной помощи.

Разделы медицинской статистики: 1) статистика общественного здоровья; 2) статистика здравоохранения; 3) статистика научных исследований, или теоретическая медицинская статистика.

***10. Статистическое исследование и его этапы:***

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 (совокупность, о которой должны быть собраны статистические сведения), 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 — непосредственное, опрос, анкетный, анамнестический, выкопировка.

2. *Статистическое* *наблюдение(собирание статистического материала):*

1) инструктаж исполнителей;

2) выкопировка сведений;

3) контроль качества регистрации — логический и аналитический.

Виды выборочных наблюдений: механическая выборка, типологическая, основного массива и гнездовая.

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.*

1)Сопоставление полученных данных с имеющимися нормами или нормативами

2)Литературное оформление работы

3)Выводы

4)предложения для внедрения в практику

***11. Статистическая совокупность, ее свойства.***

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. При исследовании последней следует обеспечить ее репрезентативность (представительность по отношению к генеральной совокупности, частью которой она является).

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. Единицей наблюдения может выступать как отдельный больной или здоровый человек, так и целая семья.

***12. Распределение признака в статистической совокупности. Альтернативный анализ. Относительный величины.***

В результате статистической разработки материалов и сводки их в таблицы получают количественную характеристику изучаемого явления, выраженную абсолютными величинами. Они редко применяются в целях сравнения. Для анализа используют как правило производные величины, получаемые из абсолютных величин.

Производные величины подразделяются на относительные и средние. Относительные величины используются при анализе альтернативных (т.е. когда событие может наступить, но может и не произойти – рождение, заболевание, смерть) признаков. Выражаются в процентах или случаях на 100, 1000 и т.д. Виды относительных величин:1) экстенсивные показатели; 2) интенсивные показатели;3) коэффициенты соотношения; 4) коэффициенты наглядности.

*Экстенсивные показатели* характеризуют структуру изучаемого явления, 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 показатели* 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.

*Показатели соотношения* характеризуют отношение между двумя разнородными, биологически не связанными между собой статистическими совокупностями, одной из которых является население. 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).

*Показатели 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 (динамический ряд). 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%). А также используется для сравнения явления за один и тот же период, но по различным территориям ( напр. рождаемость по разл. республикам).

***13.Вариационный анализ.Среднии величины.***

В мед. статистики используют и другой вид производных – средние величины. Средняя - величина, которая одним числовым значением дает представление обо всей статистической совокупности. 2 условия: качественная однородность материала; достаточное число наблюдений.

Широко применяются в мед. практике: для характеристики физического развития определенных контингентов населения, физиологических процессов в организме здорового и больного индивида, 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. Нормы и нормативы, используемые для планирования амбулаторно- поликлинической и стационарной помощи – средние величины.

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.

Виды средних величин:

-средняя арифметическая простая (М) (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(Мо) — величина с наибольшей частотой повторения;

-медиана(Ме) — величина, делящая вариационный ряд пополам;

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;

 d–отклонение,p–частота варианта,n–число наблюдений δ = √∑ d²\*p/n

 -средняя ошибка средней арифметической (отношение среднего квадратического отклонения к квадратному корню из общего числа наблюдений — объектов). m= δ/√n,

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.

1. ***Репрезентативность признака.Оценка достоверности результатов исследования.***

В статистических исследованиях применяют 2 вида наблюдений: сплошное и выборочное. Самые надежные результаты можно получить при применении сплошного метода, т. е. при изучении всей генеральной совокупности. Изучение генеральной совокупности значительно трудоемко. Поэтому в исследованиях применяют выборочные наблюдения, охватывающие только часть генеральной совокупности. При исследовании следует обеспечить репрезентативность выборочных наблюдений (представительность по отношению к генеральной совокупности, частью которой она является). С тем, чтобы полученные при изучении выборочной совокупности данные можно было перенести на генеральную совокупность, необходимо провести оценку достоверности результатов статистического исследования. В ходе исследования могут возникнуть погрешности, называемыми ошибками репрезентативности. Они находятся в прямо пропорциональной зависимости от величины среднего квадратического отклонения: она тем больше, чем больше среднее квадратическое.

- Критерий достоверности (Стьюдента) определяется как величина разности средних величин или показателей, деленная на извлеченную из квадратного корня сумму квадратов ошибок средних арифметических.

 t = M1 – M2 / √ m12 +m22

- Средняя ошибка средней арифметической равняется отношению среднеквадратического отклонения к квадратному корню из числа наблюдений. m= δ/√n,

- 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. m = √p·q / n

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).

***15. Динамические ряды.***

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.

В ряде случаев в динамическом ряду из-за сильных колебаний уровней трудно выявить закономерность изучаемого явления (рост или снижение). Используют выравнивание или сглаживание динамического ряда:

-сглаживание методом укрупнения интервалов проводится путем суммирования членов динамического ряда

-с помощью групповой средней -путем вычисления средней величины для каждого укрупненного периода

-способом скользящей средней – из каждых трех смежных уровней динамического ряда, последовательно, как бы смещаясь на один уровень, вычисляется средняя величина.

***16. Графические изображения.***

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.

Сложностолбиковые диаграммы могут строиться вертикально и горизонтально. Длина столбика принимается за 100%, а его составные части соответствуют долям изучаемого явления в процентах.

Фигурные диаграммы, картограммы и картодиаграммы отображают показатели на определенных административных территориях в виде обозначений, фигур.

***17. Демография.***

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.

***18. 19 Статика населения, динамика населения***.

*Статика –* это сведения об общей численности населения и его составе: возрастно – половом, этническом, профессиональном, плотности, места жительства и др. 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.

*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).

Методы получения сведений о населении:

1. Перепись населения – началась еще в древних цивилизациях. В 1718 году указ Петра первого о сведениях о численности податных групп населения – сказки. Также проводились ревизии для проверки (ревизские сказки). Первая Российская перепись населения была в феврале 1897 года. В советское время проводились в: 20, 26, 39, 59, 70, 79, 89, годах. Особенности переписи связаны с экономическими, климато – географическими особенностями. В нашей стране их проводят 14 – 17 января. Во время, когда нет каникул, выходных, не в понедельник и не в пятницу. Проводят в ночь (практически нет) на 00 часов. Требуется много переписчиков. В межпереписные годы существуют методы: интерполяция – перепись населения в межпереписные годы, экстраполяция – прогнозирование населения вперед переписи по спец. методам. Первая перепись 1897 года – 125 млн. человек, сейчас – 290 млн. человек (СССР), РФ – 139 млн. человек. Переписи показали, что есть изменения в составе населения: 1) изменение соотношения городского и сельского населения. В конце 19 века каждый 7 житель был горожанином, сейчас больше 2/3, а в РФ примерно 3/4 горожане. Это проявление урбанизации (увеличение доли городского населения). 2) изменение возрастно – половой структуры. При рождении мужчин больше на 50%, чем женщин, но у мужчин выше смертность. Рождается мужчин 51%, а женщин 49%, но и без войн соотношение меняется в дальнейшем наоборот. 3) возрастная структура (отмечается процесс постарения населения, т. е. увеличение доли людей в возрасте 60 лет и старше. 60 лет и старше – пожилые, после 75 – старики, 90 и более – долгожители.
2. По времени: сезонные, временные, постоянные.
3. От направленности потоков: выезд – эмиграция, въезд – миграция.

Причины миграции: политические, экономические, военные, религиозные. Временно увеличивается доля населения, увеличивается их общее число. Идет «утечка» мозгов.

***20. Рождаемость***

Это число родившихся живыми на 1000 населения. Это надо для: расчета трудовых ресурсов (баланса труда), здравоохранения и др. отраслей, составления мобилизационных планов (обороны), оценки общего здоровья..

В РФ регистрацией рождаемости занимается специальное бюро ЗАГСа. Выдают свидетельство о рождении, регистрируют рождаемость.

Показатель рождаемости = Число родившихся живыми/ среднегодовая численность населения х 1000

На рождаемость влияет половая и возрастная структура населения. Целесообразно рассчитывать рождаемость на фертильный возраст (15 –49) лет.

 Коэффициент фертильности = это отношение родившихся за год живыми к среднегодовому количеству женщин 15 – 49 лет х 1000. Его можно рассчитать на определенный возраст.

 Коэффициент брачной плодовитости – это отношение родившихся в браке к количеству женщин(15-49 лет), состоящих в браке, умноженное на 1000. Биологическая рождаемость 250 на 1000.

В РФ рождаемость в 1980 году – 16 на 1000, 85 – 16,6 на 1000, 90 – 13, середина 90-х – менее 10; в Омской области рождаемость тоже снижается и даже немного больше среднего по РФ – 10,6-10,7; в Омске – 9 на 1000, в области – 12 на 1000, причем в районах с немецким населением рождаемость выше. На рождаемость влияют социально – экономические условия жизни. Чем они выше, тем ниже рождаемость, но при устранении некоторых факторов, чем выше развитие, тем выше рождаемость; образование женщин (обратная зависимость); возраст вступления в брак; недостаток мест в ДДУ (спорный вопрос); распространенность религиозных догм; правовые нормы (Индия, Китай и др.).

**21. Смертность как медико–социальная проблема.**

## Смертность (С) – это один из демографических показателей, которые являются одним из важнейших показателей здоровья. Изучается по свидетельствам о смерти. В 3 –х дневный срок со дня смерти регистрация умерших в загсе или поселковом совете.

Регистрация проводится на основании медицинских свидетельств о смерти в загсе ф. 106 / у – 84; в сельской местности – фельдшерское свидетельство ф. 106 – 1 / у – 84; свидетельство о перинатальной смерти ф. 106 – 2 / у – 84.

В запись о причине смерти входят части 1 и 2.

В 1 – ой части указывается: а) Непосредственная причина смерти. б) Основное заболевание, которое вызывает смерть (уремия, амилоидоз, ХНЗЛ).

Во 2-ой части указываются др. заболевания, которыми страдал человек и, которые сами не являются причиной смерти, но способствовали смертельному исходу. Нужно соблюдать правила:

1. Врач не должен подменять болезнь, приведшую к смерти синдромами этой болезни.

2. Нельзя указывать в качестве причины смерти осложнения, вызванные заболеванием, не называя самого этого заболевания.

3. В качестве причины смерти нельзя указывать род мед. вмешательства.

4. Если причина смерти травма, то нужно род ее (производственная, бытовая), локализацию, чем нанесена, характер повреждения.

5. Если причина смерти отравление, то указывается его характер.

6. Если перед смертью человек страдал несколькими болезнями, каждые из которых могут быть в одинаковой степени причиной смерти, то указываются все эти болезни

Рассчитывают специальные показатели смертности:

Показатель С = (число случаев С за год \* 1000) / среднегодовая численность населения;

Специальные показатели С по возрасту вычисляются в интервале 5 лет = (годовое количество умерших в данном возрасте \* 1000) / средняя численность населения в данном возрасте;

Самый высокий показатель: 0-4 лет – максимальный; 10-14 лет – минимальный; после 60 лет – максимальный. Кривая С по возрастам имеет вид параболы, открытой кверху.

Показатель С по полу = (число умерших за год М / Ж / \* 1000) / среднегодовая численность М / Ж / населения. Показатели С мужчин значительно выше показателей С женщин во всех возрастных группах.

Показатель с по месту проживания. В сельской местности С выше, чем в городе.

Кроме этих интенсивных показателей вычисляют структуру причин С, т. е. Удельный вес каждой причины в общей структуре.

Показатель С от данной причины = (число умерших от данной причины\*1000) / общее число умерших от всех причин.

На первом месте в структуре С-СС заболевания (50-52%), на втором месте - злокачественные опухоли (16%), на третьем месте – травмы, отравления.В России в последнее время произошли изменения в структуре С: увеличился удельный вес травм и отравлений, и стал примерно равен удельному весу смертности от опухолей. На четвертом месте в структуре смертности – болезни органов дыхания (3-4%).У детей и стариков болезни органов дыхания занимают почти первое место, конкурируя с СС заболеваниями. Инфекционные заболевания отводятся на второй план. Динамика показателей С: самые низкие показатели смертности – Япония 6,4 на 1000, Канада 7 на 1000, США 8 на 1000. В России 1980 – 10,3 на 1000, 1991 – 11,4 на 1000, 1995 – 12-14 на 1000. Увеличилась мужская С. В отдельных возрастных группах С мужчин в 2-3 раза больше С женщин.

Уровень С зависит от отдельных причин: от частоты распределения отдельных заболеваний; от летальности данного заболевания.

Летальность – характеризует смертность среди заболевших (на 100 больных).

Общая летальность – число случаев смерти ко всем больным или к числу больных с одним заболеванием.

Больничная летальность – характеризует С среди госпитализируемых в больничных учреждениях.

В ЛПУ чаще используется показатель летальности, исключение – РОДДОМ, где используется показатель «Медицинская смертность». 8-9 на 1000 – считается низкой С; 11-12 на 1000 – средней С; 16-20 на 1000 – высокая С. Начало века С – 11-13 на 1000. В период Второй мировой войны 15 на 1000. В 80-е годы – уменьшение С в мире. В России начала ХХ века С – 29 на 1000 населения. В Сибири и на периферии пока показатели больше. Уменьшение С произошло к концу 50-х годов – 7 на 1000.

Далее С стала расти, т. к. начался процесс постарения населения. 1994 год – область и город 12 на 1000, положительная тенденция к росту. Особенности С в Омской области и в Омске: более высокая смертность среди мужчин, начиная с внутриутробного возраста. Максимальная С – среди детей первых лет жизни, показатели С уменьшаются среди подростков 15-16 лет, увеличиваются с началом трудовой жизни, максимальная С – у пожилых, стариков и долгожителей.

Показатели С зависят от:

1. Уровня экономического развития страны.
2. Качества мед. обслуживания и развития мед. науки.
3. Возрастно-половой структуры населения. В России идет процесс постарения, который сопровождается увеличением С, + неблагоприятные социальные условия.

В развитых странах лидирующее положение среди причин С занимают:

1.ССС-заболевания 45-50%; 2.Новообразования 15-24%; 3.Несчастные случаи 5-10%; 4.Болезни органов дыхания (в бывших соц. странах на втором месте).

В развивающихся странах среди структуры причин смертности лидирующее место занимают болезни органов дыхания, пищеварения, инфекционные заболевания.

В тех странах, где уровень жизни улучшается С уменьшается. На уровень С влияет характер труда, жилье, гигиенические мероприятия.

Средняя продолжительность предстоящей жизни (СППЖ)

СППЖ – расчетный, синтетический показатель. Он получается на основе специальных расчетов на основе таблиц смертности. Это прогностическая величина, которая показывает в каком возрасте будут умирать люди, родившиеся в этом году, если на протяжении их последующей жизни до полного вымирания населения повозрастные показатели С сохранятся такими же как в данном году.

СППЖ рассчитывается на год переписи населения, так как в этом году есть все нужные данные. СППЖ: Япония – мужчины 77, женщины 80; Россия 1989 г. – мужчины 64, женщины 74; 1994 г. – мужчины 58, женщины 73 лет, 1996 г. она составила около 64 лет, у мужчин (57 лет) и женщин (71 год). На СППЖ влияет уровень социально-экономического развития. В развитых странах СППЖ наиболее высокий и наоборот. СППЖ мужчин меньше, чем у женщин.

Разница между рождаемостью и смертностью называется *естественным приростом населения.* В России в последние годы наблюдается естественный прирост населения.

***22.Характеристика детской смертности****.*

Детская С считается наиболее важной. Используется как критерий здоровья населения, а так же как показатель деятельности ЛПУ. Детская С очень чутко реагирует на изменения условий жизни и качество оказания мед. помощи. ДС в несколько раз превышает общую, иногда составляет до 40% от общей С.

Показатель младенческой С = (Число детей умерших до года / Число родившихся )\*1000;

Показатель мл. С по Ратсу - для сельского населения = (Число детей умерших за год 0-12 мес.\* 1000) / ( 2/3 родившихся в данном году + 1/ 3 от предыдущего года)

Показатель мл. С по Вахитову-Альбицкому для города = Число умерших в возрасте до года\*1000 / ( 4/5 от данного года + 1 / 5 от предыдущего года)

На протяжении первого года жизни максимальная С – на первом месяце жизни. Младенческая смертность снижается, однако недостаточными темпами. В России младенческая смертность в 1,5—2 раза выше, чем в экономически развитых странах, и составляет около 15—17 на 1000 родившихся живыми. Показатели младенческой С отличаются в зависимости от сезона. Есть летне – осенний подъем (увеличение младенческой С от заболеваний ЖКТ) и зимний подъем (увеличение мл. С от заболеваний органов дыхания).

Показатели мл. С: Япония – 5 на 1000, Швеция – 6 на 1000, США – 10 на 1000, Россия 1981 г. – 21,5 на 1000, 91г. – 17,4 на 1000, 94г. – 19,4 на 1000.

Снижение мл. С происходит главным образом за счет снижения постнеонатальной С.

Специальные показатели:

Показатель неонатальной С (в первые 28 дней жизни) = Число умерших в первые 28 дней жизни\*1000 / число родившихся живыми;

Показатель постнеонатальной С (2-12 мес.) = Показатель С в возрасте до года \*1000/ число родившихся – число умерших в первый месяц жизни;

Ранняя неонатальная С (на первой неделе) = Число умерших на первой неделе\*1000 / число родившихся живыми;

Поздняя неонатальная С (2-4 нед.) = Число детей умерших 2-4 нед.\*1000 / число родившихся живыми -число умерших в первую нед.;

**23. Перинатальная С** .

Перинатальный- период с 28 нед. Внутриутробного развития плода, период родов, до 7 сут жизни новорожденного.

Мертворождаемость (интранатальная – в родах; антенатальная – до родов);

Перинатальная С = (Количество родившихся мертвыми + количество умерших в первую нед.) \* 1000 / число родившихся живыми и мертвыми;

Младенческая С зависит и от того – доношен или нет ребенок.

Показатель С доношенных детей = Число дношенных детей умерших в первую нед. \* 1000 / число доношенных детей;

Показатель С недоношенных детей вычисляется аналогично.

Причины ДС в развитых странах:

1. Состояния и заболевания перинатального периода (внутриутробно и первые дни жизни)-асфиксия, родовые травмы.
2. Пороки развития, инфекции.
3. Болезни органов дыхания.

Причины ДС в развивающихся странах: ведущие-болезни органов дыхания и инфекции.

***Основные факторы, влияющие на смертность***:

1. Характер вскармливания.
2. Пол ребенка (у девочек – больше С).
3. Интервал между родами (чем он меньше, тем С выше. Оптимальный интервал – не менее 2-3 лет.
4. Порядковый номер родов (максимальная ДС у первенцев и после 7-8 родов).
5. Возраст матери (максимальный – до 20 и после 40 лет).
6. Организация мед. помощи, особенно в период беременности, регулярность наблюдения.
7. Социально-экономические условия (жилищные условия, денежный доход, образование).
8. Конституциональные особенности женщины (чем меньше рост, тем выше ДС, чем больше рост, тем меньше ДС).

 **24 МКБ.** Для обеспечения управления здравоохранением на современном уровне, развития медицинской науки необходим постоянный сбор данных о здоровье населения, деятельности учреждений здравоохранения, что в свою очередь стимулирует интенсивное развитие, повышение надежности информационных систем, создание которых не может быть осуществлено без классификационных основ.

 Одной из ведущих классификационных основ является Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти (МКБ), которая периодически (1 раз в 10 лет) пересматривается под руководством ВОЗ. МКБ является нормативным документом, обеспечивающим единство методических подходов и международную сопоставимость материалов.

 Московский сотрудничающий с ВОЗ Центр по Международной классификации болезней принял непосредственное участие в подготовке очередного 10-го пересмотра МКБ, реализуя в этой работе опыт специалистов головных клинических институтов и их предложения по адаптации этого международного документа к практике работы медицинских учреждений России. Данное издание является одним из результатов этой работы.

 Как можно увидеть при рассмотрении Десятого пересмотра, традиционная структура МКБ была оставлена, но введена алфавитно-цифровая кодовая система, заменившая цифровую. Это обеспечивает значительное расширение возможностей классификации и создает условия для проведения будущего пересмотра без заметного нарушения цифровой системы, как это случалось в предыдущих пересмотрах. С целью оптимального использования емкости классификации, некоторые нарушения иммунного механизма включены в класс "Болезни крови и кроветворных органов". Образованы новые классы для группировки болезней глаза и придаточного аппарата, болезней уха и сосцевидного отростка. Бывшие дополнительные классификации внешних причин и факторов, влияющих на состояние здоровья и обращаемость в учреждения здравоохранения, теперь являются частью основной классификации.

 Классификация одобрена Международной конференцией по Десятому пересмотру МКБ в 1989 году и в следующем году была принята Сорок третьей сессией Всемирной Ассамблеи Здравоохранения.

 В настоящее издание, призванное в основном обеспечить подготовку к введению 10-го пересмотра МКБ, включены:

 - полный перечень трехзначных рубрик

 - перечень четырехзначных подрубрик с необходимыми примечаниями и перечнями исключений

 - правила отбора основной причины смерти и основного заболевания в статистике причин смерти и поводов для госпитализации больных

 - краткие перечни для разработки данных о заболеваемости и смертности

 - указания по заполнению свидетельства о перинатальной смертности и правила кодирования причин перинатальной смерти

 - нормативные определения и номенклатурные положения

 - алфавитный перечень болезней

 Использование в работе адаптированного варианта МКБ-10 предусматривает предварительное тщательное изучение структуры группировок болезненных состояний в классах, примечаний, включений и исключений, а также ознакомление с правилами отбора и кодировки основного диагноза.

###  25. Заболеваемость и методы её изучения

Заболеваемость (з.) населения характеризует распространение заболеваний среди всего населения или отдельных его групп в расчете на 1000 или 10000 человек. Некоторые заболевания – на 100, некоторые на 100000 (сердечно – сосудистые, нервно – психические).

Причины изучения З.:

1. З. Рассматривается как один из важнейших критериев оценки санитарного состояния. В уровне З. отражаются положительные и отрицательные сдвиги, характеристики общественного здоровья. Показатели З. создают предпосылки для проведения профилактических мероприятий.

2.   З. – немаловажный критерий в оценке органов и учреждений МЗ.

3.  З. является непосредственным объектом нашей деятельности. Борьба вообще с заболеваниями, особенно социально обусловленными, является одной из важнейших задач.

4.   Данные о З. имеют важнейшее значение для научной организации системы медико–санитарного обслуживания населения, для текущего и перспективного планирования мед. помощи.

5.   Сведения о З. ложатся в основу нормативов оказания леч. – проф. Помощи.

6.   Важное значение имеет исследование текущей З. с целью прогнозирования и состояния и структуры причин будущей З.

7.   Необходимо, для правильной подготовки мед. кадров и размещения мед. учреждений, знать З.

8.    Изучать З. в динамике.

Причины изменения уровня З.:

1.  Меняющиеся соц. – эконом. условия. 2.   Организация мед. помощи и состояния мед. науки.

Типы патологии:

1. Инфекционный, характеризуется тем, что в структуре причин З. и смертности ведущими являются инфекционные и паразитарные болезни, болезни органов дыхания и пищеварения (Азия, Африка, Латинская Америка).

2. Развитые страны мира. В структуре причин З. и смертности преобладают хронические дегенеративные заболевания – ССС, новообразования, хронические болезни органов дыхания, нервно – психические, эндокринные и др.

3. Переходный тип (черты первого и второго типов).

**Источники (методы):**

1.     Материалы текущей обращаемости населения за мед. помощью:

      сведения об общей З.

      сведения о некоторых видах З. (по материалам спец. учета: инфекционная З.; З. важнейшими неэпидемическими болезнями; с временной утратой трудоспособности; З. по материалам госпитализации)

2.     Профилактические осмотры.

3.     По данным о причинах смертности населения.

В некоторых странах проводятся опросы населения, в том числе с целью выяснения перенесенных или имеющихся заболеваний.Сплошной учет проводится при необходимости проведения выборочных исследований, в отношении инфекционных заболеваний.

Анализ З. предполагает:

1.   Вычисление интенсивных показателей.

2.   Вычисление структурных показателей (экстенсивные) – выявление ведущих показателей.

3.   Расчет и вычисление средней длительности – выявляется тяжесть заболевания.

4.   Сезонность.

**Общая З.** К 1870 годам изучать ее начали Е. А. Осипов, Богословский, и др. «Скорбный лист» - это история болезни, запись в журнале, затем амбулаторные карты (до 1918 г.). 1948 г. – учета заболеваний введены статистические талоны 25В (до 1980 г.), затем – другая индексация.

З. – это совокупность болезней впервые выявленных среди населения за тот или иной период времени.

Болезненность – совокупность болезней, зарегистрированных в отчетном году среди населения, независимо от времени их возникновения и первоначально диагностированных.

Патологическая пораженность – совокупность заболеваний, выявленных среди населения по материалам проф. осмотров.

ВОЗ регистрирует: первичную З. (в России – заболеваемость); общую З. (в России – болезненность); частоту заболеваний, выявленных и осмотренных (в России – патологическая пораженность).

В конце 19 века не было сведений о составе и численности населения. После Первой Всероссийской Переписи регистрируются: инфекционные заболевания, болезни органов пищеварения, состояния, обусловленные внешними причинами. Имеют значение – сезонность З. – меньшее число заболеваний – октябрь – ноябрь, март – апрель; сведения о возрастно – половых особенностях населения; связь З. с условиями жизни.

**26.Характеристика уровней и структур причин заболеваемости.**

Статистический талон оформляется на каждое первичное обращение (первое в отчетном году). В отношении острых заболеваний первичное обращение может быть несколько раз за год; в отношении хронических заболеваний – одно за год. Диагноз записывается в пункте № 6. Впервые установленное заболевание в календарном году отмечается знаком «+». Если заболевание было в этом или в прошлом году – тогда ставится «-» или ничего. По статистическим талонам со знаком «+» или «-» судят о болезненности.

Есть лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов. На 1000 населения З. выявляется в разных регионах порядка от 1000 до 1300 – 1400 случаев. В структуре З. как у мужчин, так и у женщин одно заболевание является ведущим, чаще это – болезни органов дыхания (40 – 44%). У мужчин ведущее – несчастные случаи, отравления, травмы; у женщин – болезни органов кровообращения. Более высокий уровень З. регистрируется среди женщин; на 1000 мужчин 1100 случаев; на 1000 женщин – 1200 случаев. Возрастные особенности З. напоминают возрастные особенности смертности. З. детей: на 1000 детей – 2300 случаев (в 2 –2.5 раза больше, чем З. у взрослых). Болезни органов дыхания – 55 – 60%. Наиболее высокие показатели впервые 3 года жизни. Первый год 3000 сл.; наиболее высокая З. на второй – третий год, т. к. уменьшается пассивный иммунитет, появляются контакты между детьми.

В структуре причин с возрастом все большую роль играют несчастные случаи и инфекционные заболевания. У подростков ведущими являются: болезни органов дыхания, на втором месте – несчастные случаи. У женщин до 20 лет – болезни, связанные с беременностью, с возрастом больше проявляются хронические заболевания.

У 40 – летних и старше выявляются несоответствие между числом заболеваний и числом больных лиц. На одно большое лицо все большее число заболеваний. После 60 лет – выявляются на 1 больного 2,5 – 3 заболевания; преобладают в структуре З. хронически протекающие заболевания.

**Социально – гигиенические аспекты З.**

Есть различия в уровне З. городского и сельского населения; у городского населения З. выше. Чем дальше от мед. помощи – тем меньше регистрируется З. у женщин (реже обращаются). На З. влияет характер трудовой деятельности. У лиц, занятых физическим трудом З. выше. На З. влияет уровень образования: у лиц с семилетним и начальным образованием З. выше. На З. влияют и жилищно – бытовые условия: чем они хуже, тем больше З. На З. влияет так же и семейное положение – у семейных З. выше.

Из всех факторов, которые влияют на формирование уровня З. на первом месте стоят субъективные факторы 35%; на втором месте – отрицательное влияние внешних факторов среды 20 – 25%; на третьем месте – организация мед. помощи (18%) и генетические факторы (18%).

В случае выявления мед. работником инфекционного заболевания, он должен экстренным извещением Ф.058у известить центр Сан. – Эпид. Надзора (изучение инфекционной З.).

Для выявления З. с временной утратой трудоспособности используются листки нетрудоспособности.

З. важнейшими неэпидемическими заболеваниями: некоторые инфекции (ТБЦ, сифилис, гонорея); паразитарные (чесотка, грибковые заболевания); сердечно – сосудистые заболевания, онко - заболевания, нервно – психические заболевания, алкоголизм . Необходимо заявить в ЦСЭН и профильный диспансер (формы 089у, 090у).

Госпитальная З. – заполняется форма 066у «Карта убывшего из стационара», выявляется сколько госпитализированных пребывает на койке.

Проф. осмотры говорят о более высоких показателях З.: мужчины 2500, женщины 2450 случаев; ведущими являются болезни органов дыхания, но роль их меньше; большую роль приобретают хронические заболевания НС, кровообращения, ЖКТ, ряд других. Выявляются предболезни.

З. по результатам разработок врачебных свидетельств о смерти – болезни, которые реже заканчиваются летальным исходом мало информативны, болезни ССС, онко-, которые часто имеют летальный исход – более информативны.

**27. 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.

**28. 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); антропоскопические (телосложение, тургор, форма ног, грудной клетки и др.). Оценка физического развития имеет важное значение для многих областей медицины.

Клинико-диагностическое значение оценки физического развития нашло свое место в так называемой конституциональной диагностике, т. е. определении конституциональной предрасположенности и конституциональных особенностей течения заболевания. Показатели физического развития используются для выявления антропометрических маркеров (признаков) риска ряда заболеваний и патологических состояний. В акушерстве измерение таза женщины позволяет определить тактику ведения родов.

Антропометрические показатели используются для контроля за физическим развитием детей и оценки эффективности проводимых оздоровительных мероприятий. Они необходимы для определения режима жизни и физической нагрузки ребенка.

Оценка биологического возраста важна для определения школьной зрелости, спортивных возможностей ребенка, используется в судебно-медицинской практике.

Изучение физического развития включают в себя: 1) изучение физического развития и его закономерностей в различных возрастно- половых группах населения и сдвигов за определенные промежутки времени; 2) динамическое наблюдение за физическим развитием и здоровьем в одних и тех же коллективах; 3) разработку мер региональных возрастно-половых стандартов для индивидуальной и групповой оценки физического развития детей; 4) оценку эффективности оздор­овительных мероприятий.

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.

Для изучения, анализа и оценки физического развития при меняют­ генерализующийи *индивидуализирующий* методы наблюдения.

В настоящее время показатели физического развития детей значительно ухудшились. Дети с избыточной массой тела составляют около 20 %. Около 50 % детей имеют выраженные отклонения или относятся к пограничной группе; имеющей несоответствие одного или нескольких антропометрических показателей.

В последнее десятилетие для большинства экономически развитых стран характерен процесс акселерации.

Акселерация (от латинского acceleratio - ускорение) – ускорение роста и развития детей и подростков по сравнению с предшествующими поколениями. Среди детей с ускоренным развитием выделяют подгруппы с гар­монической и дисгармонической акселерацией. При гармонической имеет место параллельное ускорение роста и биологи­ческого созревания, что приводит к более раннему завершению дет­ства. При дисгармонической акселерации ускорение созревания может' не сопровождаться ускорением роста, полового развития, что создает тенденцию к грацилизации.

 Существуют различные гипотезы причин акцелерационных сдвигов. Обсуждаются следующие причины:

 -улучшение питания детей (увеличение потребления животных белков и жиров, витаминов, концентратов для вскармливания rpудных детей);

 -более интенсивная инсоляция;

 -урбанизация (ускорение темпов городской жизни возбуждает ЦНС и активизирует ее тропные функции);

-генетический эффект (постоянное смешивание населения, гетеро­локальные браки и ускорение развития потомства).

**29. 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‰.

**Инвалидность**- нарушение здоровья человека со стойкими расстройствами функций организма, приводящее к ограничению жизнедеятельности и выражающееся в полной или частичной утрате способности самообслуживания, передвижения, ориентации, общения, контроля за своим поведением, а также возможности заниматься трудовой деятельностью.

3 группы инвалидности:

1 группа- полная утрата способности к регулярному профессиональному труду в обычных условиях и нуждающихся в постоянном уходе.

2 группа- в случае наступления постоянной или длительной нетрудоспособности без необходимости постороннего ухода.

3 группа- утрата способности к профессиональному труду.

По виду инвалидность делится:

-инвалид с детства,

- по общему заболеванию,

- по профессиональному заболеванию,

- инвалид войны

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.

Показатели инвалидности:

Показатель первичной инвалидности: общее число лиц, впервые признанных инвалидами в отчетном году/общая численность населения х 1000;

Структура причин первичной инвалидности: число лиц, впервые пизнанных инвалидами от отдельных причин (заболевания) в отчетном году/ общее число случаев инвалидизирующих заболеваний, выявленных в отчетном году х 100;

Показатель общей инвалидности: общее число инвалидов, получающих пенсии, пособия/ общая численность населения х 1000;

Структура причин общей инвалидности: число лиц, получающих пенсии по инвалидности по определенным заболеваниям/ общее число случаев инвалидизирующих заболеваний х 100

**31. Организация лечебно- профилактической помощи населению:**

МЗ РФ → окружной координационный совет (в центре округов) здесь имеются представители МЗ→окружные мед. центры МЗ РФ. В них работают главные специалисты МЗ в округах. Им подчиняются органы управления в субъектах, федеральные учреждения здравоохранения, которые располагаются на территории округа.

Субъекты РФ: в них управления здравоохранения, комитеты, иногда министерства. Подчинение по адм. вопросам – местным органам власти, по мед. вопросам – МЗ РФ.

31 Организация лечебно-профилактической помощи населению

Номенклатура учреждений здравоохранения (ЛПУ) приказ № 395 от 1999 г..

1.        Больничные учреждения:

* 1. больницы районные, городские, областные, республиканские.
	2. госпитали для инвалидов ВОВ.
	3. БСМП
	4. Специализированные больницы (инфекционные, офтальмологические).

2.        Учреждения особого типа – лепрозории, бюро суд мед экспертизы..

3.        Диспансеры: врачебно-физкультурные (для здоровых людей), противотуберкулезные, онкологические, психоневрологические, наркологические, кардиоревматологические, противозобные, кожно-неврологические, травматологические.

4.        Амбулаторно-поликлинические учреждения – амбулатории, здравпункты, ФАП – село; в городе – территориальные поликлиники, стоматологические, физио-терапевтические, косметологические лечебницы.

5.        Учреждения скорой неотложной медицинской помощи, станции переливания крови.

6.        Учреждение по охране материнства и детства (РОДДОМ, дом ребенка, ДДУ, детская молочная кухня).

7.        Санаторно-курортное учреждение (санаторий, санаторий-профилакторий, бальнео и грязелечебница).

8. Клиники высших мед. образовательных учреждений, клиники НИИ.

9. (?)       Учреждения профилактической медицины (центры Здоровья). Аптечные учреждения.     Диагностические центры, дневные стационары, стационары на дому.

ЛПУ подчиняются минздраву; санитарно-профилактические учреждения подчиняются ГосКомСэс.

Амбулаторно-поликлинические учреждения в городе:

1. Поликлиника.
2. Амбулатория.
3. Поликлиники диспансеров.
4. Поликлиника МСЧ.
5. Женские консультации.
6. Стом. поликлиники, физиотерапевтические поликлиники.
7. Здравпункты врачебные или фельдшерские.

Это самый массовый вид мед. помощи населению. Он дает возможность осуществить раннюю диагностику заболеваний. Обеспечивает более благоприятные условия для профилактических мероприятий. 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%).

## Диагностические центры

Диагностические центры организованны в 76 городах России. Они созданы для полного обследования больных на основе исследования новейшими методами диагностики: компьютерная томография, УЗИ, эндоскопия. В ДЦ концентрируется дорогостоящая техника. ДЦ работает в непрерывном режиме и обслуживает максимальное количество пациентов (в 2 смены). В ДЦ обследуют по направлению территориальных поликлиник или на платной основе по желанию пациентов.

**32. Организация медицинской помощи городскому населению**.

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.** Во главе объединенной больницы стоит главный врач. Он имеет заместителей по медицинской, поликлинической и административно-хозяйственной части.

*Функциональные подразделения:*

* 1. Приемное отделение – централизованное и децентрализованное.
	2. Специализированные палатные отделения.
	3. Опер. блок.
	4. Вспомогательные лечебно-профилактические подразделения (лаборатория, рентген кабинет и т.д.)
	5. Аптека.
	6. Патологоанатомическое отделение.
	7. Вспомогательные службы (пищеблок, прачечная).

***33. Поликлиника.***

Это многопрофильное ЛПУ, призванное оказывать мед. помощь населению на догоспитальном этапе.

По организационному принципу поликлиники делятся на: 1.        Объединенные со стационаром;2.        Не объединенные со стационаром.

По мощности делятся на 5 категорий (по числу посещений в смену):

1 категория – 1200 посещений в смену, 80000 человек населения обслуживает.

2 категория – 750-1200 пос., 50-79 тыс. населения.

3 категория – 500-750 пос.

4 категория – 250-500 пос.

5 категория – до 250 пос. в смену, до 17000.

**Структура городской поликлиники.**

* Регистратура.
* Кабинет доврачебного приема
* Отделение профилактики (в крупных поликлиниках).
* Отделение восстановительного лечения (в крупных поликлиниках).
* Лечебно-профилактическое отделение: кабинеты участковых терапевтов; подростковый кабинет; специальные кабинеты – неврологический, лор и др.Количество специальностей определяется категорией.
* Вспомогательно-диагностическое отделение: рентген-кабинет, лаборатория, кабинет функциональной диагностики, эндоскопический кабинет.
* Управление поликлиникой: кабинет главного врача, заместителей главного врача, кабинет мед. статистики, АХЧ.

Руководит поликлиникой – главный врач поликлиники. Если поликлиника объединена со стационаром, то руководит зам. главного врача по поликлинике.

Задачи поликлиники:

1 Оказание квалифицированной специализированной помощи населению в поликлинике и на дому.

2. Проведение комплексных профилактических мероприятий на территории обслуживания.

3.Организация диспансерного наблюдения населения – подростки, рабочие, онкобольные, СС-больные.

4. Организация сан - гиг. воспитания и обучения населения, пропаганда здорового образа жизни.

5. Изучение причин заболеваемости населения, причин инвалидности, смертности.

Отделение профилактики для диспансеризации населения:

1. Кабинет доврачебного приема.
2. Анамнестический кабинет.
3. Женский смотровой кабинет и кабинет проф. осмотров.
4. Кабинет централизованного учета лиц на диспонсеризацию.
5. Лаборатория.
6. Кабинет пропаганды здорового образа жизни.

Отделение планирует работу по диспансеризации, организует проф. осмотры, сан.-просвет. работу, анализирует эффективность диспансерного наблюдения.

Отделение восстановительного лечения:

1. Физиотерапевтический кабинет.
2. Кабинет лечебно физкультуры.
3. Кабинет рефлексотерапии и т.д.

Структура отделения зависит от мощности поликлиники. Организация работы поликлиники должна быть такой, чтобы: было минимальным время ожидания больным приема, равномерна нагрузка на врачей, ликвидированы отказы от приема больного, ликвидирована обезличенность наблюдения за больным, обеспечена своевременность попадания больного к узкому специалисту.

Всех больных, посещающих поликлинику делят на:

1. 20-30% - острые заболевания или обострения хронических (немедленная помощь).
2. 28-33% - люди, страдающие хроническими заболеваниями (обозначается день).
3. 15-10% - лица, обращающиеся по собственной инициативе (не срочно).
4. Больные, обращающиеся за документами (справки, выписки).
5. 3-5% - нуждаются в приеме нескольких врачей.

*Регистратура*. Распределяет больных и равномерно нагружает врача по талонной системе или журналу самозаписи. Выдает талон на первичное посещение врача, на повторное посещение выдает талон врач. Терапевт – 5 больных в час. Регистратура хранит и выдает мед. документы, а также регистрирует вызовы на дом. Есть окно по оформлению больничных листков. Выполняет справочную функцию.

*Кабинет доврачебного приема*. Его задачи:

1. Первичный прием больных.
2. Направление на лабораторные исследования тех, кто не нуждается во врачебном приеме.
3. Обращающимся может быть проведена антропометрия, термометрия, измерение АД и ВГД.
4. Выдача справок и оформление выписок из амбулаторной карты.

Помимо территориальных поликлиник организуются КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОЛИКЛИНИКИ. Такие поликлиники есть в составе многопрофильных больниц, мед. вузов, НИИ. В них ведется узкоспециализированный прием. Они выполняют функции:

1. Консультативная помощь врачами-специалистами.
2. Проведение исследований, которые невозможно провести в территориальной поликлинике (серологические, иммунологические).
3. Диспансерное наблюдение больных, которые нуждаются в специализированной помощи.
4. Дают мед. заключение и рекомендации по лечению для больных из территориальных поликлиник.
5. Повышение квалификации врачей обще лечебной сети.

Работа в поликлинике организуется по участковому принципу. На одного участкового терапевта – 1700 человек взрослого населения. Преимущества участкового принципа: наблюдение в динамике, своевременная диагностика, адекватное лечение, знание социальных условий проживания населения.

**34. Задачи участкового терапевта:**

* Оказание помощи в поликлинике и на дому (20-30%)
* Оказание экстренной помощи всем нуждающимся
* Своевременная госпитализация больных
* Использование консультаций с врачами др. специальностей, зав. отделений, др. мед. учреждений
* Проведение экспертизы временной нетрудоспособности
* Комплекс мероприятий по диспансеризации населения своего участка
* Проведение противоэпидемических мероприятий на участке – раннее выявление инфекционных заболеваний, экстренное извещение об остро заразных заболеваниях СЭС
* Сан – просвет. работа.

На каждые 8 терапевтических участков выделяется должность зав. отделением. Сейчас по участковому принципу начинают работать и врачи др. специальностей. Это метод бригадной участковости. При этом врач узкой специальности может быть вызван на дом к больному, можно получить талон на прием к узкому специалисту минуя терапевта. Увеличивается объем помощи на дому, врач узкой специальности наблюдает больных в динамике. Руководит бригадой участковый терапевт. Важно составить график работы. Терапевт 4 ч. в поликлинике, 2 ч. на дому. Хирург, невропатолог – 2.5 на дому. Лор, окулист 5ч. в поликлинике, 1,5 ч. на дому.

## 35. Стационарная помощь

Нужна при наиболее тяжелых заболеваниях, которые требуют комплексного подхода в диагностике и лечении, если больной нуждается в оперативном вмешательстве, в постоянном лечении или интенсивном уходе. Обеспеченность койками должна быть 134 на 10000 населения, к 2000 году планировалось до 148 коек, в мире – 45 коек, развитые страны – 130-140 коек на 10000 населения.

Все больничные учреждения делятся на несколько типов:

1. Больничные учреждения 92% коечного фонда.
* Для кратковременного пребывания больного; обеспеченность ими 90 на 10000 населения.
* Для долговременного пребывания больного (39 на 10000 населения).
1. Больницы для оказания медико-социальной помощи хроническим больным и престарелым 8% коечного фонда. Предназначены для длительного ухода и облегчения состояния больных.

Больничные учреждения классифицируются по нескольким признакам:

1.       В зависимости от административного подчинения: районные, городские, областные.

2.       По профилю: многопрофильные, специализированные.

3.       По мощности (определяется количеством коек): первой категории (800-1000 коек). Каждая последующая категория на 100 коек меньше. Самая малая категория – 100 коек.

4.       Объединение и не объединение с поликлиниками.

Управление стационаром осуществляет главный врач, у которого есть заместители по мед. части. Если больница объединена с поликлиникой, то есть зам. по поликлинике; имеются зам. по экспертизе трудоспособности (врачей более 25), зам. по АХЧ, кабинет мед. статистики, мед. архив и бухгалтерия.

*Функциональные подразделения:*

* 1. Приемное отделение – централизованное и децентрализованное.
	2. Специализированные палатные отделения.
	3. Опер. блок.
	4. Вспомогательные лечебно-профилактические подразделения (лаборатория, рентген кабинет и т.д.)
	5. Аптека.
	6. Патологоанатомическое отделение.
	7. Вспомогательные службы (пищеблок, прачечная).

 Задачи приемного отделения:

* + 1. Установление диагноза.
		2. Решение вопроса о необходимости в госпитализации. В случае отказа – ведется журнал отказа от госпитализации.
		3. Санитарная обработка больных при необходимости.
		4. Регистрация и учет движения больных (выписка, перевод из одного в другое отделение).
		5. Оказание неотложной помощи (по скорой или самотеком, т.е. больной приходит сам)
		6. Изоляция некоторых больных, которые поступают с признаками инфекционных заболеваний. Могут быть палаты сортировочного отделения, где наблюдают за больными. Количество коек из расчета 2-3 койки на каждые 100 коек стационара.
		7. Организация справочной службы.

Основное структурное подразделение стационара на 40 коек – отделение. Есть 3 отделения, в которых есть палаты по 3-4 койки. Выделяется должность зав. отделением на 40 коек стационара.

Между поликлиникой и стационаром есть преемственность:

1. Направляется выписка из амбулаторной карты в стационар при поступлении.
2. Направление амбулаторной карты в стационар для записи эпикриза после лечения в стационаре.
3. Заполнение в поликлинике стационарной формы истории болезни.

Группы больных:

1. Больные с травмами, отравлениями, «острым животом» или массивным кровотечением (подлежат немедленной госпитализации).
2. Больные, которые безусловно нуждаются в больничном лечении, но госпитализация может быть отсрочена на 1-2 суток (пневмония, СС-заболевания).
3. Больные, которым желательна госпитализация когда будут места в стационаре.

Условием поступления больного в стационар является всесторонняя подготовка больного к стационару. В амбулаторных условиях должен быть проведен максимум обследований, в стационаре большее внимание уделяется лечению.

## Дневные стационары

Организуются на базе обычного стационара или поликлиники, где выделяются 2-3 комнаты. Больной в течение дня находится в стационаре и проходит лечение под наблюдением медработника. Преимущества: нет отрыва от семьи, за счет этого повышается эффект лечения. Наиболее часто такая форма используется для детей и женщин.

## Стационары на дому

Больной лечится дома под наблюдением медработника. Врач осуществляет активные выходы. Мед.сестра выполняет лечение на дому. Такая форма используется для детей и престарелых.

***36.Организация работы среднего и младшего мед. персонала***

Существует 2 системы ухода в стационаре: двухстепенная и трехстепенная. Двухстепенная система подразумевает работу врача, мед. сестры (санитарка только для уборки помещений). Эта система используется чаще для больных детей. Трехстепенная подразумевает участие врача, мед.сестры, санитарки.

Существует бригадная форма обслуживания – выполняются смежные виды работ. Каждый получает согласно коэффициенту трудового участия. Положительного эффекта для больного не дает. Причина использования: неполная укомплектованность персоналом. Чаще всего в такие бригады входят медсестры, мед. персонал, иногда врачи. Принцип взаимозаменяемости: врач может заменить средний мед. персонал, а средний медперсонал - младший

# *37. Мед. документация и показатели работы поликлиники и стационара:*

## 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.

Документация в стационаре: журнал учета больных и отказов в госпитализации, медицинская карта стационарного больного, история родов, температурный лист, журнал записи оперативных вмешательств в стационаре, журнал записи родов, статистическая карта выбывшего из стационара, листок учета движения больных и коечного фонда стационара и др.

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.

## 38. 39. 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.

***40. Специализированное учреждение, которое оказывает помощь работающим – это МСЧ.***

**МСЧ** – это городская поликлиника или больница обслуживающая работающих в первую очередь. Сейчас МСЧ существуют в различных состояниях:

1. МСЧ федерального или ведомственного подчинения являются гос (федеральной) собственностью. Она находится на балансе пром. Предприятий, не подлежит акционированию и приватизации и финансируется из гос. бюджета, территориальных фондов мед. страхования и средств предприятия.
2. МСЧ открытого тип, реорганизуется в территориальное ЛПУ, являющиеся гос. или муниципальной собственностью, находится на балансе территории местных органов здравоохранения, финансируется из средств бюджета на территории и территориального фонда обязательного мед. страхования.
3. МСЧ открытого типа, являющиеся муниципальной собственностью, находится на балансе предприятия, не подлежит акционированию и приватизации, финансируется из средств местного бюджета, территориального фонда ОМС и средств предприятия
4. МСЧ закрытого типа. Подлежат акционированию и приватизации. Являются дочерними подразделениями предприятия. Финансируются за счёт собственных средств предприятия, которые остаются у него после отчисления от зарплаты в фонд ОМС.

Учредителями МСЧ могут быть МЗ и МП, другие министерства и ведомства, территориальные органы управления территориальным здравоохранением и гос. имуществом в лице территориальных комитетов по управлению имуществом.

МСЧ могут располагаться на базе клиник или клиники на базе МСЧ. МСЧ действуют в соответствии с полученной лицензией и сертификатом.

*Задачи МСЧ:*

1. оказание квалифицированной мед. помощи прикреплённому контингенту. Снижение общей, инфекционной и профессиональной заболеваемости с целью уменьшения производственного травматизма и инвалидизации.
2. разработка и осуществление совместно с администрацией предприятия, согласованных с организациями сан. эпид. надзора, мероприятий по оздоровлению трудящихся
3. контроль за состоянием здоровья рабочих и за условиями их труда.

*Для выполнения задач МСЧ осуществляют:*

* лечение больных в поликлинике и стационаре, диспансерное наблюдение за определённым контингентом работающих, объединённых общефизиологическими признаками (женщины дети) или условиями труда (отдельные профессиональные группы).
* диспансерное наблюдение за хроническими заболеваниями, не обусловленными производством
* изучение качества и эффективности проводимых лечебно – оздоровительных мероприятий, организацию и проведение предварительных и периодических мед. осмотров, целевых мед. осмотров, разработка мероприятий по итогам периодических мед. осмотров и контроль за их выполнением, экспертиза временной нетрудоспособности с выдачей соответствующих документов, повышение квалификации врачей по этому разделу
* осуществление комплекса мероприятий по реабилитации больных и инвалидов, включая рекомендации о переводе на другой участок или на облечённые условия труда, анализ причин заболеваемости с временной нетрудоспособностью.
* Медицинский отбор трудящихся на саноторно – курортное лечение и диетическое питание, своевременное выявление при необходимости госпитализация инфекционных больных, своевременное сообщение о них в центр сан. эпид. надзора, наблюдение за контактными лицами в пределах территории предприятия, проведение профилактических прививок и других противоэпидемических мероприятий.
* подготовка и руководство общественного санитарного актива сан. просвет. работа, участие в работе комиссии по социальному страхованию, внедрение в практику передовых методов и форм работы научной организации труда.

МСЧ строит свою работу в соответствии с графиком работы предприятия, обеспечивает доступность мед. помощи работающим. Её деятельность строится на основе договоров на оказание мед. помощи учреждениям или предприятиям с территориальным фондом ОМС, или страховыми мед. организациями и органами управления здравоохранения территории. МСЧ в своей деятельности ставят за основу принципы хоз. расчёта, используют средства, полученные от договоров, от ДМС, от оказания платных услуг населению и на средства других источников, не запрещённых законодательством РФ.

***41. Принцип цеховой участковости*.**

 На должность врача цехового врачебного участка назначается специалист с высшим мед. образованием, имеющий подготовку по терапии и проф. патологии, получивший сертификат. Он действует на основе контракта, заключённого с адм. предприятия, оказывая мед. помощь по месту жительства, по месту работы. Он работает в контакте с врачами других специальностей, организации эпид надзора и адм. предприятия. В соответствии с контрактом может оказывать первичную медико – санитарную помощь населению, прикреплённой к МСЧ территории. В том числе и на дому. Численность и состав прикреплённого контингента определяется администрацией предприятия на основе контракта. 9 часов в неделю для проведения профилактических мероприятий на закреплённом участке. Формы: 1 – цеховой терапевтический участок, 2 – смешанный территориальный участок, 3 – единый цехово – территориальный участок (полная преемственность и оказание мед. помощи) – рабочие по месту работы и месту жительства. Для совершенствования цехового принципа создаются спаренные участки. При наличии стационара – работа цеховых терапевтов по системе чередования – каждый в стационаре 3-4 месяца в году, однако продолжает вести свой территориальный участок. В составе каждой МСЧ есть здравпункты (врачебные и фельдшерские). Если большой территориальный участок, то создаётся врачебный пункт.

**ФЗИ** – может находится в отдельных помещениях или зданиях производства. В этом случае создаются все условия для нормальной работы здравпункта.

*Задачи здравпункта:*

1. Оказание неотложной доврачебной помощи работникам при несчастных случаях, профессиональных отравлениях и острых заболеваниях, возникающих в течении рабочего дня. Кроме того, выполнение назначений врачей по лечению больных, не освобожденных от работы.
2. Помощь цеховому врачу в организации периодических мед. осмотров, контроль за своевременным диспансерным наблюдением.
3. Проведение противоэпидемических мероприятий, наблюдение за контактными лицами в условиях предприятия, контроль за условиями труда в цехах и бытовках, за санитарным состоянием в столовых, буфетах, пополнение и своевременное комплектование аптечек неотложной помощи в цехах, обучение приемам само- и взаимопомощи, сан. просвещение, контроль за выполнением предписаний и рекомендаций цеховых и санитарных врачей, особенно по разделу рационального трудоустройства нуждающихся в этом, участие фельдшеров в анализе здоровья работающих.

На предприятии могут быть санатории – профилактории.

***42. Организация мед. обслуживания подростков и учащихся***.

В целях сохранения и укрепления здоровья подростков, осваива­ющих различные производственные профессии или работающих на промышленных предприятиях, необходимы оптимальные условия производственного обучения и медицинский контроль.

Медико-санитарное обслуживание подростков должно включать:

1. Контроль за соблюдением правильно го режима учебного про­цесса в профессионально-технических училищах (ПТУ) и санитар­но-гигиенических нормативов как в процессе обучения, так и.на про­изводственной практике, и работе в цехах предприятий.

2. Проведение комплекса специальных медико-профилактических и оздоровительных мероприятий подростками, обучающимся в ПТУ и работающим на промышленных предприятиях.

Медицинское обслуживание учащихся ПТУ и работающих под­ростков проводится подростковыми врачами поликлиники для взрос­лых или медико-санитарных частей (здравпунктов) промышленных предприятий.

1. Полноценное предварительное медицинское обследование по­ступающих в ПТУ или на индивидуальное обучение.

2. Тщательное углубленное ежегодное (периодическое) медицинское освидетельствование подростков, включая лиц 18-летнего возраста

3. Систематическое диспансерное наблюдение и проведение лечеб­но-оздоровительных мероприятий подростков с отклонениями в со­стоянии здоровья.

Для обслуживания подростков (15 и более) организуются подростковые кабинеты и отделы при поликлиниках, поликлинических отделениях больниц и МСЧ. 1 врачебная должность на 1500 подростков. Их задачами являются: обслуживание работающих подростков и учащихся ПТУ. Основной фигурой в подростковом кабинете является врач – терапевт – специалист по физической патологии и гигиене подросткового возраста. Он решает вопрос по профессиональной патологии.

*Задачи подросткового врача:*

1. осуществление систематического учёта подростков, работающих на предприятиях или ПТУ.
2. оказание амбулаторной помощи подросткам, направление на стационарное лечение.
3. организация и проведение предварительных осмотров.
4. организация и проведение периодических мед. осмотров 1 раз в год, совместно с врачами – специалистами. Анализируют итоги т. е. он ведет диспансерное наблюдение
5. ведет отбор больных подростков, нуждающихся в санаторно – курортном лечении, в диетическом питании, ведет контроль за физическим воспитанием подростка.
6. ведет постоянный контроль за лечебно – профилактическими мероприятиями среди юношей допризывного возраста. Оформляет документы для сдачи в райвоенкомат. Участвует в приеме документов по графику из детской поликлиники на подростков. Врач подросткового кабинета оформляет различного вида справки подросткам, окончившим школу для поступления в ВУЗ, на работу
7. совместная работа с врачом – инфекционистом: проф. прививки, борьба с гельминтозом, сан – просвет. работа, направленная на улучшение гигиенического состояния
8. контроль за режимом и работой учебного заведения
9. ведет отчетность подросткового кабинета
10. в ПТУ организуются здравпункты, в которых работают фельдшера и мед. сестры (1 фельдшер или 1 мед. сестра на 500 подростков).

 Основная работа до диспансерному наблюдению за подростками выполняется подростковым терапевтом, он осуществляет контроль за диспансеризацией у врачей-специалистов, контроль за своевремен­ностью посещений, проводит лечебные мероприятия, анализирует эф­фективность диспансеризации, составляет отчет, включаемый в «От­чет лечебно-профилактического учреждения».

Плановые профилактические осмотры юношей до их пер­воначальной постановки на воинский учет проводятся в год достижения ими 15- и 16-летнего возраста (в апреле-мае) по специальному плану во взаимодействии с военными комисса­риатами.

***43. Организация скорой медицинской помощи***

Первые станции СМП появились в нач. прошлого века в СПб, Москве, Киеве. Сейчас СМП претерпела изменения. Неотложную помощь оказывают врачи поликлиники. СМП – врачи скорой помощи. В крупных городах в 70 –е гг неотложную помощь и СМП объединили. Недавно МЗ разделило их, но не во всех городах. Произошли изменения и в сущности работы. Если раньше основной задачей являлось – доставить в стационар и оказать экстренную помощь на месте, то сейчас оказывается экстренная помощь как на месте, так и на пути следования; специализация: детские бригады, психиатрические, травматологические, реанимационные; создание специализированных БСМП. Сейчас 3066 станций СМП – это ЛПУ, оказывающие круглосуточно СМП.

Станция СМП организуется в городах с населением более 50 000. Они могут быть как самостоятельными, так и в ходить в состав больницы на правах подразделения. В городах с меньшей численностью организуются СМП при городских и районных больницах. В каждом городе должна быть 1 станция или 1 отделение СМП. В крупных городах есть подстанции в каждом районе на 100 – 150 тысяч населения. Подстанция организуется с расчётом, что в самый отдалённый участок района СМП прибудет не позже 15 минут, на селе не более 30 минут. Транспортный доступ – 20 км. На станциях СМп оказывается экстренная медицинская помощь, осуществляемая линейной бригадой.

*Задачи:* оказание в максимально короткие сроки после вызова скорой мед. помощи. От поступления заявки до выезда 4 минуты. Вторая задача – перевозка больных, нуждающихся в экстренной помощи (за исключением инфекционных), пострадавших, недоношенных детей с матерями, беременных по заявке врача поликлиники.

Станция обеспечивает оказание экстренной СМП:

1. При внезапных заболеваниях, угрожающих жизни больного, различных заболеваниях ССС, НС и т.д.
2. Все виды несчастных случаев
3. При родах в неспециализированных отделениях и учреждениях.
4. При массовых катастрофах и стихийных бедствиях

Функциональными подразделениями СМП являются врачебные или фельдшерские бригады. Станции скорой помощи имеют 2 телефонных ввода на 100 тыс. населения, должна быть связана с пожарными, милицией, ГАИ, связь по радио с бригадами на выезде. Специализированные бригады работают как по вызову врачей так и от населения. На самой станции СМП должна быть оказана экстренная мед. помощь непосредственно обратившимся. Если привезли неотложного больного, то нельзя отказывать в госпитализации, если нет мест, то больного помещают в коридор. Станции СМП не выдают больничных листов, справок, суд. мед. заключений, не проводят экспертизу опьянения. Выдают устные справки о местонахождении больных.

*Структура станции СМП:*

* Оперативный отдел: 1. Диспетчерская по приёму вызовов, 2. Диспетчерская по передаче вызовов
* Отдел госпитализации: 3 раза в сутки поднимает инф. о коечном фонде стационаров и причинах задержки бригад.
* Отдел акушерства и детства:
* Отдел госпитализации инфекционных больных
* Отдел связи, тех. отдел, бухгалтерия, аптека, мед. статистика и подстанции мощностью по 6 –25 бригад.

В ЦРБ создаются отделения СМП, создаются филиалы и в сельских участковых больницах.

*Задачи БСМП:*

1. Оказание экстренной помощи при угрожающих жизни состояниях
2. Выполнение организационно – методической и консультативной помощи ЛПУ в организации экстренной помощи

БСМП организуется в городах с численностью более 300 000. Состоят из станций СМП и стационара, а так же орг. метод. отдела с кабинетом мед. статистики. Стационар отличается тем, что все его службы работают круглосуточно.

**Неотложная помощь** – пункты неотложной мед. помощи на дому организуются в поликлиниках для взрослых и детей. Туда обращаются вечером и ночью.

*Функции* этих пунктов:

1. Оказание мед. помощи при острых и обострениях хронических заболеваний
2. При показаниях – оказание мед. помощи по вызову СМП.
3. Организация госпитализации через СМП
4. Обеспечение преемственности с участковыми врачами
5. оповещение центра сан. эпид. надзора о инфекционном заболевании.

Все эти пункты состоят из:

1. Диспетчера
2. Кабинета для амбулаторного приёма
3. Комнаты отдыха для врачей
4. Комнаты отдыха для водителей

На таком пункте есть не менее 2 – х телефонов, дежурный терапевт или педиатр.

Особенность – имеет право выдавать больничный лист до 3 – х дней. Обеспечивается машинами для круглосуточного дежурства (не менее 2 – х машин в сутки).

# *44.Организация и управление лечебно – профилактической помощью сельскому населению*

Реформа 60-х годов 19в. способствовала созданию условий для организации помощи сельскому населению. К функциям земского самоуправления относилась и организация мед. помощи. В 60–х годах была создана новая форма – Сельский врачебный участок, которая дошла до наших дней, хотя и в изменённом виде. В 1936 году медицинская организация Лиги наций признала, что наиболее удобной формой помощи сельскому населению является сельский врачебный участок. К 1913 году в России было 1800 врачебных участков, обеспеченность койками на селе 13 на 10 000 населения, 1,8 врачей на 10 000 населения. В то время врачебный участок охватывал 27-30 тыс. населения. Форма работы была разъездной. Позже были организованны маленькие стационары.

В настоящие время сельскому населению оказывают помощь 70 Областных и Краевых больниц, каждая по 800 коек. В 1800 районных больниц средней мощностью более 200 коек и 7 000 сельских амбулаторий и больниц, более 40 000 фельдшерско – акушерских пунктов (ФАП).

В Омской области: Областная больница – 1080 коек, 30 ЦРБ, средней мощностью 240 коек, 109 сельских участковых больниц, средней мощностью 39 коек. 113 сельских врачебных амбулаторий, 920 ФАП, 1700 врачей (укомплектованность 74%).

Сельское население обслуживается по тем же принципам, что и городское, но особенности жизни сельского населения требуют создания особой системы организации врачебной помощи.

**Особенности мед. помощи на селе:**

1 группа факторов - постоянно действующие:

1. характер сельского труда – сезонность, люди постоянно трудятся на воздухе, с землёй, с животными.
2. особенности отдельных видов сельхозпроизводства – животноводство, полеводство, зерновое хозяйство
3. большой радиус фронта работ
4. большие расстояния от места жительства до места работы
5. характер расселения – малая плотность, разбросанность, следовательно увеличевается радиус обслуживания

2 группа факторов – временные:

1. более низкая укомплектованность врачами
2. малое развитие специализированной мед. помощи
3. недостаточный объём диспансерного наблюдения
4. недостаточное обеспечение сельских учереждений оборудованием

*Особенность мед. обслуживания сельского населения* – этапность – квалифицированная 🡺 специализированная 🡺 высокоспециализированная .

*Этапы врачебной помощи:*

1. *Сельский врачебный участок*, который объединяет собственно участковую больницу или амбулаторию, ФАП, фельдшерские пункты, детские дошкольные учереждения, фельдшерские здравпункты на предприятиях, колхозные роддома. Т.е. население может получать доврачебную и врачебную помощь в сельских больницах.
2. *Районные мед. учереждения*  : ЦРБ, районные больницы, районные центры санэпиднадзора.
3. *Областные мед. учереждения:* Областная больница, областные диспансеры, оьластные поликлиники, областной центр сан – эпид. надзора.

Сельское население получает высокоспециализированную мед. помощь и в городских больницах (25% коек). Обеспеченность сельского населения : 127 на 10 000. Омская область 140 –150 на 10 000, 27 врачей на 10 000 населения. Создаются передвижные врачебные амбулатории, которые имеют в составе: стоматологические кабинеты, клинико – диагностические лаборатории, флюорографические установки.

***45. Фельдшерско – акушерский пункт (ФАП)***

ФАП организуется в сёлах с числом жителей от 700 и более. Расстояние от села не более 2 км. Могут организовываться и в более мелких сёлах, если расстояние до ближайшего врачебного пункта 4 км.

Штат определяется количеством жителей. Самый мелкий ФАП содержит фельдшера и санитара. На 900 жителей прибавляется акушерка. На 2400 жителей – 1 фельдшер, 2 акушерки, 1 санитар.

*Задачи ФАП:*

1. Лечебно – профилактическая помощь:

 а) оказание доврачебной мед. помощи, выполнение назначений врача СВУ б) диспансеризация сельского населения в) приём больных совместно с врачом во время плановых выездов в село участковых врачей

2. Охрана материнства и детства:

а) патронаж детей и женщин б) диспансерное наблюдение детского населения в зависимости от возраста в) проведение мероприятий по уменьшению детской и материнской смертности

3. Санитарно – противоэпидемическая работа:

 а) организация прививок среди населения б) организация подворных обходов с целью выявления инфекционных больныхв) санитарный надзор за детскими, коммунальными, пищевыми объектам г) изоляция инфекционных больных д) направление экстренного извещения

50% посещений проводится для выполнения врачебных назначений, 30% - для профосмотров, 20% - по поводу заболеваний.

***46. Сельская участковая больница. Сельская врачебная амбулатория.***

**Сельский врачебный участок (СВУ)**

СВУ является самым приближенным учреждением оказания мед. помощи сельскому населению (к месту проживания). Количество СВУ определяется численностью населения и растоянием от районной больницы. 5 – 7 тыс. жителей на 1 СВУ. 7- 10 км – радиус обслуживания. *Радиусом обслуживания* называется расстояние от пунктового села до самого отдалённого населённого пункта. *Пунктовое село* – это село, в котором находится врачебная амбулатория.

СВУ – это территория, на которой население обслуживается сельской участковой больницей или сельской амбулаторией и всеми прикреплёнными к ней ФАПами.

Всеми учреждениями руководит главный врач участковой больницы.

По мощности (числу коек) сельская участковая больница делится на 4 категории: 1 категория – 75 – 100 коек; 2к – 50 – 75 коек; 3к – 25 – 50; 4к – 25 – 35 коек.

Основу оказания мед. помощи сельскому населению составляют сельские участковые больницы преимущественно 3 и 4 категории. В зависимости от мощности участковые больницы имеют определённое число отделений. В больнице 1 категории 6 отделений: терапевтическое, хирургическое, акушерско – гинекологическое, педиатрическое, инфекционное, противотуберкулёзное. В каждой последующей категории – на 1 отделение меньше. В больнице 2 категории нет противотуберкулёзного отделения, в 3 категории нет противотуберкулёзного и педиатрического, в 4 категории есть терапевтическое, хирургическое и акушерско- гинекологическое отделения.

*Минимум помощи, оказываемый сельской участковой больницей:*

1. оказание амбулаторной и стационарной помощи терапевтическим и инфекционным больным
2. лечебно-профилактическая помощь детям
3. неотложная хирургическая, травматологическая помощь

В настоящие время идёт процесс укрупнения сельских участковых больниц, строятся, главным образом, больницы 1 и 2 категории. Больницы 3 и 4 категории будут превращаться во врачебные амбулатории либо в отделения ЦРБ. Больницы 1 и 2 категории лучше оснащены аппаратурой и врачами. Отрицательной стороной укрупления является отдаление мед. помощи от сельского населения.

*Задачи сельской участковой больницы:*

1. обеспечить население квалифицированной медицинской помощью.
2. уменьшить заболеваемость и травматизм среди разных групп сельского населения
3. охрана здоровья матери и ребёнка
4. организация и методическое руководство всеми учереждениями и контроль за ними, которые находятся на сельском врачебном участке

Врачебные штаты в стационаре определяются из расчёта 1 врач – ординатор на 20 – 25 коек, таким образом в 4 категории больницы на 3 отделения 1 врач.

Амбулаторно – поликлиническую помощь оказывает сельская амбулатория, которая может быть объединённой со стационаром (сельской участковой больницей) или является самостоятельным учреждением.

*Задачи врачебной амбулатории:*

1. активная профилактическая работа по предупреждению по уменьшению и предупреждению заболеваемости, раннему выявлению больных, диспансеризации здоровых и больных.
2. оказание квалифицированной врачебной помощи по тем специальностям, которые есть.
3. приближение врачебной помощи в период полевых работ
4. плановые выезды врачей амбулатории на ФАП для оказания мед. помощи на месте и контроля за их деятельностью
5. проведение сан-эпид мероприятий (профилактические прививки, текущий надзор за сан. Состоянием населённых пунктов).

Врачи участковой больницы ведут приём и взрослых и детей. Помощь оказывается и в амбулатории и на дому. Проводится так же экспертиза трудоспособности.

Штаты врачебной амбулатории определяются на 1000 взрослых и детей. В сельской амбулатории оказывают: терапевтическую, хирургическую, педиатрическую, акушерско-гинекологическую, стоматологическую помощь.

***47. Центральная районная больница (ЦРБ)***

Оказывает помощь жителям:

1. жителям районного центра по участковому принципу
2. проживающим на приписных участках по участковому принципу. Те населённые пункты, которые находятся недалеко от ЦРБ и обслуживаются ею, называются приписными участками
3. проживающим в сельской местности

Второй этап обслуживания ведётся не по участковому принципу, то есть можно получить консультацию, специализированную помощь. ЦРБ одновременно является и организатором управления всеми мед учреждениями, которые находятся на территории района.

*Структура ЦРБ:*

1. стационар с отделениями по основным специальностям, количество которых зависит от мощности ЦРБ и необходимости
2. поликлинника
3. лечебно – диагностические кабинеты и лаборатории
4. паталогологическое отделение
5. организационно – методические кабинеты
6. различные вспомогательные кабинеты (аптека, кухня, прачечная, мед. архив)
7. может быть станция скорой помощи

По мощности (количеству коек в стационаре) ЦРБ делятся на категории: 1 категория 350 –400; 2к – 300 – 350; 3к – 250 –300; 4к – 200 – 250; 5к – 150 – 200; 6к – 100 – 150.

*Задачи ЦРБ:*

1. обеспечение населения района квалифицированной, специализированной медицинской помощью
2. разработка мер по уменьшению заболеваемости, общей и детской смертности
3. оперативное и методическое руководство всеми подразделениями района
4. повышение квалификации мед. кадров
5. планирование, финансирование и материальное обеспечение всех учреждений района

Управление ЦРБ осуществляется глав. врачом, который одновременно является главным врачом района. У него есть: 1 – зам по мед. части (нач. мед – отвечает за работу стационара); 2 – зам. по поликлинике; 3 – зам. по АХЧ; 4 – зам. по мед. обслуживанию населения района (зав. организационно – методическим кабинетом); 5 – зам. по охране материнства и детства ( в районах с населением более 70 000 человек, в районах с меньшим количеством эту должность выполняет районный педиатр).

*Организационно – методический кабинет:*

1. занимается анализом общей заболеваемости и смертности населения, анализом заболеваемости с временной утратой трудоспособности, анализом качества мед. помощи населению, качеством диагностики. На основе этого анализа организовываются конференции, совещания, разбор врачебных ошибок.
2. планирование мер по улучшению квалификации мед. персонала, как правило среднего мед. персонала на базе ЦРБ, врачи проводят повышение квалификации на базе Областной больницы.
3. планирование консультативной помощи. Для осуществление квалифицированной помощи врачи - специалисты осуществляют выезды, где они консультируют.
4. производят расчёты по планированию и финансированию, материально – техническому оснащению.

Штаты организуются исходя из нормативов на 1000 населения. Определяются нормативы для жителей райцентра, приписного участка и остальных жителей. В зависимости от мощности, в ЦРБ набор специалистов может быть различен. 1,2 категории могут вести приём по узким специальностям. Средняя мощность ЦРБ 280 коек.

### Межрайонные специализированные ЛПУ

Их функция:

1. консультативный приём в поликлиниках больных, направленных из ЛПУ
2. госпитализация больных из прикреплённых ЛПУ
3. методическая и консультативная помощь врачам, прикреплённых районов, включая экспертизу трудоспособности

Число коек устанавливается в зависимости от численности населения прикреплённых районов, практического объёма работы.

Штаты составляют: 1 ординатор на 20 – 25 коек. Для приближения специализированной мед. помощи организуются выездные специализированные бригады. В состав её, помимо основных специалистов, могут входить работники гор. Больниц, диспансеров, роддомов.

##### 48. Областная больница, структура, задачи.

Это – наиболее крупное многопрофильное ЛПУ, призванное оказывать высококвалифицированную специализированную помощь жителям сельских районов. ОБ является центром организационно – методического руководства всех мед. учреждений области и базой специализированной помощи и специализации и повышения квалификации среднего и старшего мед. персонала. Мощность определяется количеством населения. Коечный фонд может быть 7000 – 1000 коек (приказ №9 от 19990 года).

*Структура ОБ:*

1. Консультативная поликлиника (не оказывает помощь по участковому принципу)
2. Стационар с приёмным отделением. Профиль определяется потребностью области в целом
3. Диагностические подразделения
4. Патологоанатомическое отделение
5. Пансионат для пациентов
6. Отделение клинико – экспертной и организационно – экономической работы. Имеет клинико – экспертный отдел, который проводит анализ оказанной помощи, проводит экспертизу временной нетрудоспособности, может выполнять экспертную функцию по заданию мед. учреждений. Организационно – экономический отдел разрабатывает медико – экономический стандарт , расчёт стоимости мед. структур, качества оказанной помощи.
7. Отделение статистики
8. Отделение планово – экспертной и экспертной помощи

#### Задачи ОБ

1. оказывает высококвалифицированную, специализированную и консультативную помощь больным, которые направлены из мед. учреждений области для уточнения диагноза и лечения
2. привлечение к консультации больных высококвалифицированных специалистов из других леч. учреждений (НИИ, Мед. ВУЗ).
3. проведение выезда консультирующих специалистов в район
4. анализ по районам ошибок, допущенных врачами
5. консультативная помощь городским жителям
6. изучение качества амбулаторно – поликлинической помощи в районах
7. изучение и распространение передового опыта

В ОБ есть узоспециализированные отделения: торокальной хирургии, абдоминальной, сосудистой итд. Есть детское отделение, если нет областной детской больницы.

ОБ располагает всеми видами санитарного транспорта, в том числе сан. авиацией.

***49. Обслуживание сельского населения во время полевых работ.***

**Мед. работники сельского мед. участка проводят:**

1. профосмотры до начала полевых работ, выявление больных, ставят их на учёт, лечат
2. подготовку полевых станов: устанавливают питание, водоснабжение, аптечки (выполняет ФАП)
3. подготовку механизаторов к оказанию само и взаимопомощи
4. прививки перед работами в очагах инфекции

***Конец формы***

##  50. Охрана материнства и детства — приоритетное направлениездравоохранения.

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.

***51. Родильный дом*.**

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.

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. 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.

*52. Женская консультация*

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.

***53. Показатели работы женской консультации и роддома***.

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.

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 чис

ла 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.

*54. 55. Организация лечебно - профилактической помощи детскому населению*

Удельный вес детского населения достигает 14%. Дети – это лица в возрасте от 0 до 14 лет включительно (14 лет, 11 месяцев, 29 дней). Это – приоритетное направление в организации мед. помощи. Младенческая смертность – это смертность до 1 года на 100 родившихся. Заболеваемость у детей в 2 раза выше, чем у взрослых. Хотя младенческая смертность уменьшается, удельный вес в её в общей смертности остаётся высоким. Россия занимает 52 – 54 место в Мире по младенческой смертности. Удельный вес её в общей смертности составляет 205.

*Причины младенческой смертности:*

1. острое расстройство пищеварения
2. пневмония
3. заболевания ВДП
4. острые детские инфекции

Основная причиной младенческой смертности заключается в неблагоприятных условиях вскармливания и ухода за грудными детьми. Смертность ребёнка надо рассматривать как ЧП для ЛПУ. Одна из основных задач органов и учреждений лечебно – профилактической помощи детям – уменьшение младенческой смертности.

*Основными учреждениями охраны здоровья детей являются:*

1. многопрофильные детские больницы
2. детские поликлиники
3. детские отделения взрослых поликлиник
4. детские отделения многопрофильных больниц для взрослых
5. специализированные детские больницы и учреждения
6. дома ребёнка
7. дошкольные учреждения
8. детские дома

В городах основными учреждениями являются городские поликлиники. В селе за оказание медицинской помощи детям отвечает акушерка на ФАПе., в участковой больнице на 35 коек есть врач – педиатр, в ЦРБ есть поликлиническое отделение для детей и детское отделение в стационаре и районный педиатр. Всю помощь детям в области возглавляет Областная больница.

Раньше были детские консультации (до 3-х лет) и детские поликлиники, т.е. микро – и макропедиатр. Сейчас действует принцип единого педиатра.

По мощности детские поликлиники делятся ан 5 категорий:

1 – 800 посещений в день, 2 – 700, 3 – 500, 4 – 300, 5 – 150.

##### Городская детская поликлиника

Работает по территориально – участковому принципу (800 детей на участке). Основная нагрузка – дети до 1 года (50- 60 детей). В последнее время педиатры, акушеры гинекологи и терапевты работают на одном акушерско – терапевтическо – педиатрическом участке ( 1 акушер – гинеколог, 3 терапевта, 2 педиатра).

Детские поликлиники по своим штатам укомплектовываются таким образом, что состоят из участковых педиатров с патронажными сёстрами на 1,5 ставки. Врачи всех узких специальностей: 0,3 должности на 1000 детей, 0,45 должности на 1000 детей.

*Структура детской поликлиники:*

1. отделение здорового ребёнка
2. отделение специализированной помощи (специалисты, физиотерапия, лаборатория).
3. дошкольное – школьное отделение
4. диспансеризация

*В детской поликлинике есть:*

1. фильтр с боксом
2. кабинеты участковых педиатров
3. прививочный и процедурный кабинет
4. кабинеты врачей – специалистов
5. кабинеты гигиенического и физического развития девочек
6. рентген – кабинет
7. физиотерапевтический кабинет
8. кабинет лечебной физкультуры
9. лаборатория
10. гардероб
11. регистратура
12. молочная кухня
13. пункт сбора материнского молока
14. кабинеты доврачебного приёма

*Особенности детской поликлиники, которые связанны с её задачами:*

1. Обслуживание здоровых детей: через главный вход идут здоровые дети. Там есть фильтр, где осматривают ребёнка и решают – пропускать его или нет. Если есть подозрение на инфекцию, то ребёнка помещают в бокс, где его осматривает врач.
2. Основным методом в обслуживании детей является метод диспансеризации.

*Охрана здоровья ребёнка включает в себя 3 периода:*

1. Антенатальная охрана плода (контакт акушера – гинеколога с педиатром)
2. Динамическое наблюдение за новорожденными. Принимает участие патронажная сестра: при выписке из роддома она должна принять ребёнка на учёт. Не позже, чем через 3 дня, врач должен осмотреть ребёнка, особенно детей, которые принадлежат к группе риска – матери которых токсикозом беременности и т.д. Здоровые дети осматриваются врачом не реже 3 раз в месяц, сестра посещает ребёнка не реже 6 раз в месяц. Если у ребёнка есть отклонения, заболевания, врач осматривает 4 раза. В течении года каждые 3,6,9,12 месяцев врач пишет этапные эпикризы.
3. Динамическое наблюдение от года до 7 лет. В 2 года врач осматривает 4 раза в год. В 3 года 2 раза в год. В последующие годы - 1 раз в год.

*Все дети по состоянию здоровья делятся на 3 группы:*

1. здоровые
2. с риском возникновения патологии
3. больные

*Задачи кабинета здорового ребёнка:*

1. пропаганда здорового образа жизни
2. обучение родителей правилам воспитания здорового ребёнка
3. санитарное просвещение детей
4. профилактика заболеваний

Много внимания отнимает необходимость уделять внимание правильному рациональному питанию. Дети да 4 – х месяцев должны получать грудное молоко, для чего в поликлинике организуется кабинет сбора грудного молока.

Все заболевшие дети обслуживаются на дому. Это основа противоэпидемической работы. Немало сил уделяется диспансеризации детей-школьников (выявляются больные туберкулезом, глистной инвазией, нуждающиеся в санации полости рта и глотки). В детских поликлиниках создаются специальные дошкольно - школьные отделения. В состав их входят педиатры и медсёстры, которые работают в детских яслях, детских садах и школах. Есть следующие штатные нормативы для детских учреждений: 1 врач на 2000 школьников, 1 медсестра на 600 –800 школьников; 1 врач на 400 – 600 детей в дет. садах , 1 медсестра на 100 детей в дет. садах. Если есть 6 – 9 врачей, то выделяется должность зав. отделением.

*Основные задачи дошкольно – школьного отделения:*

1. обследование всех детей, которые поступают и находятся в этом учреждении
2. мед. контроль за сан – гигиеническими условиями
3. контроль за выполнением режимов дня, питания, закаливания
4. мед. контроль за состоянием здоровья, проведения плановой диспансеризации, выявление больных
5. сан – просвет. работа
6. летние оздоровительные мероприятия
7. анализ деятельности учреждений

Для воспитания детей старше 3 лет в системе органов образования есть сеть детских домов. За организацию мед. помощи в них отвечают мед. учреждение. В детском доме должен быть врач, при его отсутствии мед. обслуживание возлагается на ближайшую детскую поликлинику.

### Ясли – сад

Основной структурой яслей и садов является группа. В яслях группа из 15 детей; группы среднего и старшего возраста – из 20 детей. Считается выгоднее организовывать ясли – сад, чем ясли и сад отдельно. В этих учреждениях есть средний мед. персонал, который осматривает детей ежедневно. Если ребёнок заболел, то его не берут.

### Дома ребёнка

Организуется для здоровых детей (дети сироты, подкинутые, от матерей – одиночек и временно больных матерей). Руководит домом ребёнка главный врач. Дом ребёнка построен по принципу детской больницы, но в нём лежат здоровые дети до трёх лет. В доме ребёнка врач ведёт 40 детей, в больнице – 20 детей. Благодаря тому, что дом ребёнка построен по такому принципу, что и детская больница, удалось значительно снизить детскую смертность. Стационарную помощь дети получают в детских больницах, в детских отделениях больниц для взрослых.

**Детские больницы** (отделения) бывают:

1. Соматические (многопрофильные)
2. Инфекционные
3. Смешанные
4. Специализированные (противотуберкулёзные, нервно – психические идр)

 *Задачи детской больницы:*

1. диагностика
2. лечение
3. неотложная терапия
4. реабилитация
5. противоэпидемическая работа
6. оказание помощи детям в дошкольно – школьных учреждениях

*Структура детской больницы:*

1. отделение приёма и выписки больных
2. клинические отделения
3. изоляционно – диагностический отдел
4. вспомогательные отделения и службы
5. АХЧ

В детских больницах есть опасность внутрибольничной инфекции (ВБИ), гораздо больше, чем во взрослых больницах, - стремятся к боксированию палат, в приёмном отделении располагаются боксы.

*Особенности организации и работы детского стационара:*

1. Расставание ребёнка с матерью. Нужно окружить его лаской и заботой.
2. Есть различные отделения, куда помещаются дети в зависимости от возрастаи нозологии.
3. В возрасте до 7 лет мальчики и девочки находятся вместе, после 7 отдельно.
4. Обязательный сестринский уход. Стремятся приблизить пост мед. сестры к детям. В больших палатах пост мед. сестры располагается внутри палаты.
5. Врач педиатр ведёт 20 детей, инфекционист 15.
6. В определённых случаях матерей помещают вместе с детьми.
7. Важной особенностью является воспитательная работа. Есть должность воспитателя, особенно у детей с хроническими заболеваниями прикрепляются и учителя, которые проводят занятия.

*Профилактика ВБИ:*

ВБИ считается заболевание, возникшее у ребёнка в сроки пребывания в больнице, которые больше срока инкубации, возникшие новые заболевания, если предшевствовал хотя бы один случай этого заболевания. Причины ВБИ: плохая изоляция, поступление детей в инкубационный период, занос инфекции персоналам и посетителями. При поступлении нужно: тщательно собирать эпидемиологический анамнез, создавать боксированные отделения. Только при подозрении на инфекции ребёнок изолируется в бокс.

### Центры охраны здоровья детей

Имеют в составе:

1. амбулаторные, консультативные, консультативно-методические отделы.
2. дошкольно – школьные отделения.
3. обслуживают по принципу единого педиатра.
4. бригадный метод обслуживания: углубленный осмотр детского населения бригадой врачей.

*Основная задача здравпункта*: организация лечебно – профилактических, санитарно – противоэпидемических мероприятий, оказание первой доврачебной помощи, плановая санация полости рта, участие в ежегодном мед. осмотре, который согласуется с администрацией, анализируется заболеваемость с временной утратой нетрудоспособности, участие в разработке единого комплекса оздоровительных мероприятий. Важна работа с допризывниками. Организуется стационарное лечение под контролем райвоенкомата. Стационарное лечение подросток получает в больнице для взрослых. Снабжение медикаментами здравпунктов осуществляют поликлинические учреждения.

***56. Организация сан. эпид. службы в России.***

СЭСл производит:

1. Своевременную гигиеническую оценку всего нового, что внедряется в народное хозяйство.
2. Разработку и внедрение в нормирование ПДК вредных веществ.

Зачатки СЭСл появились во второй половине 19 века. Видными деятелями были: проф. Доброславин и Эрисман. Доброславин в 1979 году открыл первую пищевую лабораторию. Эрисман создал первую санитарную станцию в Москве в 1891г. Первым сан. врачом был Мадисон. Годом организации СЭСл считается 1922. После ВОВ создана единая комплексная СЭСл ( до этого санитарная + эпидемическая).

Сейчас санитарно – эпидемиологическое дело – комплексное дело общественных и гос. Оздоровительных мероприятий, основанных на достижениях современной гигиенической науки.

*Принципы СЭСл:*

1. Гос. Характер сан – эпид деятельности органов и учреждений здравоохранения
2. Научно – плановая основа сан – эпид мероприятий
3. Единство предупредительного и текущего надзора эпид. деятельности
4. Единство сан. и прочих мероприятий
5. Единство организации СЭСл в городе и селе
6. Единство управления санитарной и противоэпидемиологической деятельностью
7. Участие всех мед. организаций в проведении сан. профилактических и противоэпидемических мероприятий
8. Участие населения в санитарно оздоровительной работе и пропаганде гигиенических знаний

СЭСл является отдельной организацией (от МЗ)

*Управление СЭСл:*

|  |
| --- |
| Гос. Комитет РФ СЭ надзора, председатель комитета – главный гос. Сан. врач РФ |
| ↓ |
| Республиканские центры гос. СЭ надзора, председаетль – гл. сан. врач республики |
| ↓ |
| Краевые органы СЭ |
| ↓ |
| Областные центры гос. СЭ надзора |
| ↓ |
| Городские, районные центры |

 Есть бассейновые центры, центры Ж. дорог, водного транспорта, дезинфекционные объединения, станции. В структуру также входят высшие, средние, специальные учебные медзаведения. Российский республиканский информационно 0 аналитический центр, предприятия по производству иммуно – биологических препаратов.

*Основные функции Гос. СЭСл:*

1. Разработка и утверждение санитарных правил и норм, гигиенических нормативов
2. Осуществление гос. Сан. надзора
3. Разрабатывает приложения к проектам программ охраны здоровья и профилактики заболеваний
4. представляет органам гос. Власти информацию о сан. эпид. благополучии территорий, заболеваемости населения и т.д.
5. Осуществляет методическое руководство разработок по гигиеническим, воспитательным программам для граждан

*Основные нормативные акты:*

1. Сан. нормы, которые разрабатываются СЭСл
2. Сан- гиг нормативы – это гигиенические критерии безвредности отдельных факторов для человека

Гос. Сан. врач назначается администрацией по согласованию с гос. Комитетом СЭ надзора.

Правовыми основами являются:

1. Основы законодательства о здравоохранении
2. Положение о гос. Сан. надзоре
3. совокупность сан. норм и правил

Всё это составляет санитарное законодательство РФ. ГОСТы и технические условия также входят в состав сан. законодательства

*Должностные лица :*

1. Имеют право беспрепятственно посещать объекты в любое время суток
2. Участвовать в отводе участков под строительство, отводе мест водозабора, спуска сточных вод, выбросов в атмосферу
3. рассматривают проекты планировки и стройки населённых мест
4. Участвуют в приёме на эксплуатацию жилых домов и предприятий
5. Имеют право производить выемку пищевых продуктов на экспертизу
6. При проведении СЭ мероприятий имеют право временно отстранить от работы больных или бактерионосителей
7. Требовать обязательной госпитализации инфекционных больных
8. Обеспечить обязательную дезинфекцию очага заболевания
9. Подвергатькарантину лиц, имевших контакт с инфекционным больным
10. Решить вопрос о проведении прививок населению или его отдельным группам

В случае систематеческого невыполнения сан. гиг. требований к нарушителям применяются меры принудительного воздействия:

1. Запрещение и приостановление деятельности производственных объектов до проведения мероприятий, которые устранят недостатки
2. Запрещение применения хим. веществ и продуктов, если есть опасность для здоровья граждан
3. Наложение штрафа на должностных лиц и граждан, физическое лицо – 1 – 3 сумм дохода, юридическое лицо платит суммы большего размера.
4. Возбуждение перед органами прокуратура вопроса о привлечении виновных к уголовной ответственности.

 Центр сан. эпид. надзора состоит из:

1. санитарно – гигиенический отдел
2. эпидемиологический отдел: бак. Лаборатория, дезинфекционное отделение, в котором выделяется хозрасчётное отделение

*2 вида сан. эпид. надзора:*

1. Предупредительный: он предусматривает : а) выбор мест строительства, б) разработка сан. задания на проектирование, в) сан. экспертиза и согласование проекта, г) контроль строительства, д) участие в приёмке объектов, е) оценка новых технологий, прцессов и оборудования, ж) токсикологическая оценка новых хим. веществ,

2. Текущий: он пердусматривает: а) переиодический контроль за сан. состоянием объекта, б) наблюдение за состоянием здоровья населения, в) проведение сан. гиг. и лабораторных исследований, г) разработка заданий и предложений, д) организация санитарно – противоэпидемической и санитарно – просветительной работы и сан. тех. учёбы, е) сан. охрана сопутствующих и воздушных границ России.

*К санитарно – эпидемиологическим учреждениям относятся:*

1. дезинфекционные станции
2. противочумная станция
3. изоляционно – пропускной пункт

*Методы сан. эпид. службы:*

1. динамическое санитарное наблюдение
2. санитарно – гигиеническое описание
3. лабораторные исследования
4. метод сан. статистики
5. физиологический метод
6. научно – профилактическое обобщение
7. санитарное просвещение

# *57. Санитарное просвещение*

*Принципы:*

1. Государственный характер, есть Областные центры мед. профилактики
2. высокий научный уровень
3. Оптимистичность содержания
4. Массовость

Есть санитарная агитация и сан. пропаганда; сан. образование, воспитание – основная задача: систематическое сан. образование взрослых сан. воспитание детей по вен. Заболеваниям, ТБЦ, вирусным и инфекционным болезням, травматизму, краевой патологии. Сан. агитация использует методы нужные в экстренных ситуациях – броские плакаты, лозунги.

Сан. пропаганда предлагает постепенные многодневные занятия.

Сан. воспитание имеет большое значение, им надо заниматься постоянно.

Есть следующие центры сан. просвещения:

1. физкультурный диспансер
2. косметологические лечебницы
3. кабинеты пропаганды здорового образа жизни

*Методы сан. пропаганды:*

1. средства и методы устной пропаганды:

a)Лекции: цикловая, эпизодическая, кинолекция, с демонстрацией, b)Беседы: длительность 40 мин, малая аудитория, c) Вечер вопросов и ответов, d)Агитационное выступление ,e)Дискуссия, f)        Научно – профилактическая конференция, g)Доклад, h)Объяснительные выставки, i)Громкое чтение, j)Курсовое занятие, k)Кружок

2. средства и методы печатной пропаганды:

a)Книга, брошюра, памятка, b)       Листовка, лозунг, c)       Журнал, статья, газета

Положительное: можно всегда заглянуть (неоднократное воздействие)

Отрицательное: возникают вопросы, на которые сразу нельзя получить ответ

3. Средства и методы изобразительной пропаганды:

*Натуральные:* предмет, образец, изделия, макропрепарат, скелет, кости, части интересных органов

*Искусственные*: муляж, макет, модель, фантом, диаграмма, скульптура, чучело

*Выставка*: музей-выставка, стационарная, эпизодическая, передвижная, автомобиль

*Радио, телевидение.*

Главный объединяющий центр – Областной центр сан. просвещения. Он выпускает и распространяет печатную продукцию. Каждый врач на сан. просвещение тратит 4 часа в месяц.

## Структура центров медицинской профилактики. 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.

*58. Временная нетрудоспособность.*

Трудоспособность – это такое состояние организма, которое позволяет каждому из нас выполнять работу определённого объёма и качества, т.е. заниматься профессиональным трудом. Определяется состоянием физических возможностей индивида, знанием и опытом, трудовыми навыками, моральным настроем, механизацией и автоматизацией производства, организации труда и т.д. При наличии повреждающих моментов складывается нетрудоспособность. Это нарушение функции организма, обусловленное заболеванием или травмой и препятствующее полностью или частично в течение ограниченного времени или постоянно выполнению профессионального труда без ущерба для здоровья индивида. Виды нетрудоспособности: временная, стойкая (длительная), инвалидность.

Временная утрата трудоспособности – такое состояние организма, когда нарушение функции, вызванное заболеванием или травмой и препятствующие выполнению профессионально труда имеет временный или обратимый характер. При стойкой утрате трудоспособности нарушения имеют стойкий, необратимый характер. Имеет значение медицинский (обострение хронического процесса) и социальный фактор (условия в которых будет жить и работать человек). Есть полная и частичная временная нетрудоспособность. При полной временной нетрудоспособности любая работа полностью противопоказана и больной нуждается в создании определённых условий. Частичная временная нетрудоспособность – больные не могут продолжать работу по специальности, но могут быть переведены на другую работу по остаточной трудоспособности.

Причины нетрудоспособности: 1. Медицинские причины а) обусловленная заболеванием, б) несчастный случай, травма. 2. Социальные причины а) беременность и роды, б) уход за больным членом семьи, в) саноторно – курортное лечение, г) протезирование 3. Профилактические причины: карантин.

Если более 30 дней, то КЭК в составе: лечащего врача, зав. отделением и представителя (зам. главного врача по ВТЭ, или назначается главврачом опытный врач) решает вопрос о продолжении ЛН.

*Функции:*

1. консультативная (консультируется лечащий врач)
2. рассмотрение сложных ситуаций и конфликтов, жалоб больных
3. направление больных на лечение в другие города
4. решает вопрос в случае СКЛ
5. решает вопрос о продолжении ЛН, а так же о предоставлении академа
6. предоставляет ЛН после 30 –го дня нетрудоспособности
7. направляет больных на освидетельствование на МСЭК с целью установления факта инвалидности и продления инвалидности: лица при очевидно неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от срока нетрудоспособности. При благоприятном трудовом прогнозе можно продлевать ЛН до 10 месяцев. При некоторых состояниях - до 12 месяцев (туберкулёз).
8. работающие и инвалиды обращаются для изменения трудовых рекомендаций в случае ухудшения клинического и трудового погноза.

***59. Документы, которые применяются****:*

1. листок нетрудоспособности
2. справка ф№095у, студентам вузов, учащимся, аспирантам, школьникам, дошкольникам из – за болезни и д.р.
3. неформенная справка (мед. работник ночью, во время работы во время мед. осмотра и д.р.)
4. в некоторых министерствах и ведомствах свои документы

Право на освобождение от работы и выдачу листка нетрудоспособности имеют лечащие врачи ЛПУ, независимо от уровня и формы собственности, имеющие документ на право заниматься подобной деятельностью. Врачи, занимающиеся частной практикой вне ЛПУ, должны пройти соответствующие курсы и получить лицензию. Не имеют право выдавать листок нетрудоспособности и освобождать от работы врачи хоз. расчётных поликлиник, домов отдыха, детских дошкольных учреждений, тур. баз, аллергологических центров, станций сан. эпид. надзора, врачи станций скорой помощи, а также средние мед. работники, за исключением ср. мед. работника, обслуживающих экипажи плавательных судов, зав. ФАП с письменным разрешением по МЗ при условии, что нет близко ЛПУ. Листки нетрудоспособности выдаются в день обращения и признания индивида нетрудоспособным, при выписке из стационара листок может быть выдан в день выписки. В исключительных случаях может быть выдан задним числом по решению ВКК. Листок выдаётся по месту работы или жительства. Не работающим листок нетрудоспособности не выдаётся. Безработным выдаётся, если они состоят на учёте в бюро по найму; ели в течении одного месяца после увольнения заболевания ТБЦ, отпуск по беременности и родам, бывшим военнослужащим. Листок нетрудоспособности может быть выдан лицу, находящимся на внеочередном отпуске. Если нетрудоспособность наступает в период административного отпуска, то листок может быть выдан по окончании отпуска, если нетрудоспособность и далее сохраняется. Если человек уволился с предприятия и в этот день стал нетрудоспособным, обратившись за мед. помощью в этот день получает листок нетрудоспособности. Если человек отработал смену , в вечернее время был признан нетрудоспособным, листок трудоспособности датируется со следующего.

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.

***60.Листки нетрудоспособности при заболеваниях и травме***.

 Лечащий врач имеет право единовременно выдать лист в пределах до 10 календарных дней, в последующем ещё на 10, ещё на 10. В сельской местности предоставлено право выдать лист нетрудоспособности на весь период нетрудоспособности. Средний мед. работник может выдать листок на 5 дней, продлить ещё на 5 дней; по согласованию с леч. врачом до 30 календарных дней.

Есть 2 вида несчастных случаев – производственная и бытовая травма. Листки выдаются с первого дня нетрудоспособности. Если травма явилась результатом стихийного бедствия, следствием анатомического дефекта, листок выдаётся с первого дня на весь период нетрудоспособности.

***61.Выдача листка нетрудоспособности по беременности и родам, по уходу за больным членом семьи.***

Отпуск по беременности и родам оформляет врач акушер – гинеколог женской консультации или многопрофильной больницы. ЛН предоставляется одним документом дородового и послеродового периода. Срок беременности 30 недель – дородовый (70 дней до и 70 дней после). Если роды осложнённые, то ещё 16 дней. Если беременность многоплодная, то отпуск начинается с 28 недель, дородовый 70+14, послеродовый 96 дней, всего 180дней. Если роды ранние (раньше 30 недельного срока беременности) и родился живой младенец, ЛН выдаётся ЛПУ где были роды сразу на 156дней. Если родился мёртвый ребёнок , или умер в первую неделю жизни ЛН выдаётся 86 календарных дней (70+16). Если женщина усыновила младенцато ЛН выдаётся на 70 дней.

**Уход за больным членом семьи**

Выдаётся ЛН:

1. если нет других членов семьи, которые могут вести уход
2. нельзя по каким-то причинам поместить больного в стационар

Членами семьи являются все родственники, если проживают под одной крышей и ведут общее хозяйство. За взрослым, за подростком ведётся уход в пределах 3 ней и КЭК продлевает ещё на 4 дня (в сумме не более 7 дней). По уходу за больным ребёнком до 7 лет ЛН выдаётся на весь период в течении которого ребёнок нуждается в уходе. Если р ебёнку 7 – 15 лет, то Лн выдаётся на 15 дней, если по мед. заключению не требуется большего срока. Если ребёнок госпитализируется в стационар и возраст его не более 7 лет, причём он нуждается в материнском уходе на весь период. Если ребёнку больше 7 лет КЭК должна подтвердить необходимость ухода за ним, и ЛН выдаётся только на период ухода. Если ребёнку более 15 лет и он тяжело болен, ЛН выдаётся на весь период пребывания больного в стационаре. Если больна мать, которая осуществляет уход за здоровым ребёнком до 3 лет, ЛН выдаётся лицу, который будет осуществлять уход за ребёнком. Выдаёт учреждение, которое выдало ЛН матери. Сроки до 10 дней, а по решению КЭК – до месяц

***62. Санаторно – курортное лечение***

Чтобы получить саноторно – курортное лечение рабочий должен использовать очередной отпуск, если необходимость СКЛ установлена лечащим врачом. Если продолжительность отпуска не покрывает продолжительность СКЛ, то на оставшийся период (включая дорогу туда и обратно) выдаётся Листок нетрудоспособности. Если используется отпуск за 2 – 3 года, то ЛН не выдаётся.

**Протезирование**

Если это протезирование производится в стационаре, то на весь период выдаётся ЛН. А так же на период, который занимает дорога туда и обратно. Если в амбулатории, то ЛН не выдаётся.

**Карантин**

Это система мероприятий, направленных на предупреждение распространения инфекции. От работы отстраняются фактически трудоспособные, но контактирующие с больными. ЛН по представлению врача – эпидемиолога выдаёт врач – инфекционист или лечащий врач на срок, на срок, который определён соответствующим карантинным документом по поводу того или иного инфекционного заболевания. Если дегельминтанизация (раньше энтеробиоз) выдаётся ЛН на весь период. В случае проведения антирабических прививок и необходимости помещения в срационар ЛН выдаётся на весь период пребывания там.

*63. МСЭК.*

Медико-социальная экспертная комиссия - орган, осуществляюuций экспертизу длительной и постоянной (стойкой) утраты трудоспособности.

Основными функциями МСЭК являются:

1) определение состояния трудоспособности, постоянной (стойкой) или длительной ее утраты;

2) установление группы инвалидности впервые или при переосвиде­тельствовании;

3) определение причины стойкой нетрудоспособности;

4) определение времени фактического наступления инвалидности;

5) установление степени утраты трудоспособности вследствие не­счастного случая на производстве (в %);

6) определение для инвалидов условий и видов труда, работ и про­фессий, доступных им по состоянию здоровья, а также условий и мето­дов, с помощью которых нарушенная трудоспособность может быть восстановлена или повышена;

7) направление на переобучение (переквалификацию);

8) проверка правильности использования инвалидов на работе в соответствии с заключениями комиссией;

9) содействие укреплению здоровья населения, предупреждение ин­валидности (санкционирование долечивания при временной нетрудоспо­собности 10 (12) месяцев в году, участие в профилактических програм­мах;

10) изучение совместно с органами здравоохранения, администра­цией предприятий, учреждений, организаций и профсоюзными органами причин утраты трудоспособности в случае инвалидности и участие в раз­работке мероприятий по профилактике инвалидности и восстановление трудоспособности.

Значительное место в деятельности МСЭК занимают мероприятия по восстановлению трудоспособности, профилактике инвалидности и ис­пользованию остаточной трудоспособности инвалидов. МСЭК дает трудо­вые рекомендации, разрабатывает мероприятия по восстановлению трудо­способности инвалидов. Существенную роль в профилактике инвалид­ности играет право МСЭК на санкционирование долечивания и продле­ния временной нетрудоспособности, что часто позволяет совместными усилиями лечащих врачей и экспертов МСЭК добиться полного вос­становления трудоспособности.

Основные функции МСЭК сводятся к установлению группы инва­лидности и определению ее причин.

Медико-социальная экспертиза гражданина производится в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) по месту его жительства либо по месту прикрепления к государственному или муниципальному лечебно-профилактическому учрежде­нию здравоохранения. В случае если, в соответствии с заклю­чением ЛПУ, лицо не может явиться в БМСЭ по состоянию здоровья, медико-социальная экспертиза может производить­ся на дому, в стационаре, где гражданин находится на лече­нии, или заочно, на основании представленных документов, с его согласия либо с согласия его законного представителя.

МСЭК подразделяют на комиссии общего профиля и специализи­рованные.

В состав МСЭК общего профиля входят три врача (терапевт, хи­рург, невропатолог), представители управления (отдела) социальной за­щиты населения, представитель профсоюзной организации и медицин­ский регистратор. Один из врачей экспертов, чаще всего терапевт назна­чается председателем. Для проведения медико-социальной экспертизы больных, страдаю­щих туберкулезом, психическими, онкологическими, сердечно-сосудис­тыми, глазными, профессиональными заболеваниями, с последствиями травм функционируют специализированные МСЭК. Специализированные МСЭК состоят из двух врачей соответствующей специальности (один из них ­председатель) и врача смежной профессии.

***64. Планово – экономические вопросы. Планирование здравоохранения*.**

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.

Планируют сейчас: 1. министерство экономики России, 2. планово – экономическое управление МЗ РФ. На местах – 3 – экономический комитет областной администрации и 4 –планово – экономический комитет МЗ области. Министерство экономики даёт прогноз, т.к. медицина и здравоохранение тесно связаны с экономикой страны в целом. Медицина и здравоохранение не приносит дохода, а потребляет. Чем больше богатства государства, тем богаче здравоохранение. Министерство экономики даёт прогноз. МЗ прислушивается к этому.

*Требования к лану учреждения:*

1. Чётко определены задачи и направления деятельности на планируемый период.
2. Реальность планируемых мероприятий.
3. Консервативность планируемых вопросов.
4. Чёткое определение сроков исполнения и ответственности лиц.

*Методы разработки плана:*

1. Функционально – отраслевой
2. Проблемно – тематический
3. Программно – целевое планирование
4. Главный врач собирает планы всех отделений. Положительная сторона – легко составляется, отрицательная сторона – нет основной, единой идеи, цели, задачи всего ЛПУ стёрты. Такой план хорош на месяц, на квартал, как годовой план – не годится.
5. Используются для годового плана: он позволяет выделить общие мероприятие независимо от конкретного исполнителя (например: все педиатры направляют свои усилия на снижение детской смертности).
6. Многие области и районы в последние время занялись разработкой программы «Здоровье».

**65. Финансирование зравоохранения**

Раньше основным источником был Гос. бюджет, теперь:

1. Средства бюджета всех уровней
2. средства, направленные на ОМС и ДМС
3. Средства целевых фондов, предназначенные для охраны здоровья граждан
4. Средства гос. и муниципальных предприятий
5. Доходы от ценных бумаг
6. Кредиты банков
7. Безвозмездные благотворительные взносы и пожертвования
8. Иные источники, не запрещённые законом РФ

Главный бюджет – это финансовый план. Бюджет – это основной финансовый план экономическо – социального развития территории на следующий год. Бюджет состоит из доходной части (источников пополнения средств) и расходной части. Основная доходная статья бюджета - налоги, получаемые государством от юридических и экономических лиц. В основе бюджета – национальный доход. Расходная часть бюджета: 1) дальнейшее развитие народного хозяйства, 2) соц. сфера, 3)оборона, 4) управление.

*Классификация бюджетов:*

1. Территориальное деление: - федеральный бюджет, - местный, - местного малоуправления (городской, районный, сельский), республиканский.
2. Отраслевое деление: здравоохранение, культура, просвещение

Показатели, определяющие отношение государства к здравоохранению:

1. общие абсолютные расходы
2. Долл. Затрат на здравоохранение
3. расходы на душу населения

Второй важнейший признак – фонд обязательного медицинского страхования. Все предприятия 3,6% фонда заработной платы выделяют на охрану здоровья. Это 20 – 30% от бюджета средств. ЛПУ получает средства из разных уровней бюджета. ОГМА – из федерального бюджета. Из областного бюджета содержатся областные ЛПУ, из районного бюджета – районные ЛПУ и сельские участковые больницы.

**Взаимоотношения ЛПУ и страховых компаний**

Обе договорившиеся стороны представляют лицензии на свою деятельность. Страховая компания выбирает наилучшее ЛПУ, а ЛПУ заинтересовано заключить договор с максимальным количеством страховых компаний. В договоре указана численность населения, которая будет направлена от страховых организаций в ЛПУ. Каждое Лпу обязано заключить договор с оплатой ОМС, сверх этого добровольного МС. К договору прилагается медико – экономический стандарт по каждой нозологической форме подробно описывающий объём диагностического обследования, сроки лечения, объём лечения и оздоровительных процедур, обосновываются стоимость и тарифы мед. услуг. В договоре определены критерии и сроки предъявления претензий за некачественно оказанную помощь (желательно по каждому заболеванию).

Санкции: 1 – Штраф, размер которого указывается в договоре и м.б. от 50% до 200% стоимости лечения. 2 – Преждевременное расторжение договора.

Страховая компания обязана предоставлять оборудование и лекарства для особо дорогостоящих пациентов (добровольное страхование). В договоре указывается порядок разбора жалоб населения. В основном население жалуется в свою страх. Компанию, а те разбираются с ЛПУ. Указывается, что оплата взимается не только за уже оказанную помощь, но и за готовность оказать такую же помощь. Если ЛПУ является единственной на данной территории, то оно обязано заключить договор со всеми страх. организациями, которые направляют больных.

Взаиморасчеты могут осуществляться:

1. за одного пролеченного больного по средней величине тарифа
2. за конкретно оказанные мед. услуги

ЛПУ может остаться без финансирования, без работы, под штрафами, интересы ЛПУ защищают медицинские (врачебные) ассоциации. Это защита в профессиональном плане, в отличии от профсоюзов, которые защищают в социальном плане. Есть юрист, который оказывает правовую помощь ЛПУ, представляет интересы в суде, может назначить независимую экспертизу. Эти организации существуют за счет добровольных взносов. Мед. ассоциации также участвуют в определении тарифов за мед. услуги. Цены определяются при согласовании мед. ассоциации, страх. организации и органов управления здравоохранения (обычно на 20% выше себестоимости). С 1 октября 1995 года перешли на мед. страхование.

***66. Смета лечебно-профилактического учреждения***.

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.

У ЛПУ есть также свой финансовый план – это смета расходов. Это финансовое отражение планово – производственных показателей на следующий год. Различают 3 части:

1. 1.        Производственные показатели – число посещений в поликлинике – число должностей врачей, кол – во коек, профиль коек, средняя занятость койки, плановое количество койко – дней в стационаре.
2. 2.        Расчёты по статьям
3. 3.        Свод расходов.

**Статья** – это целевое направление расходов, в смете рассматривается 18 статей.

1. Заработная плата
2. Начисление на зарплату
3. Канцелярские и хозяйственные расходы
4. Командировочные и служебные разъезды
5. Научно - исследовательские работы, приобретение книг для библиотеки
	1. Стипендии
	2. Расходы на питание
	3. Приобретение медикаментов и перевязочных средств

11) Приобретение оборудования и инвентаря

12) Приобретение мелкого инвентаря и одежды

13) Капитальный ремонт зданий и сооружений

14) Прочие расходы

***1 статья. Зарплата***

В поликлинике 80%, в больнице – 60 – 65% расходов. Технология: в основе расчёта средств на зарплату лежит единая тарифная сетка оплаты труда. Все мед. работники, как и другие работающие, по квалификации делятся на 18 разрядов. В начале проводят тарификацию. Составляют тарификационный список, в котором указывается ФИО сотрудников, наименование должности. Врачи начинаются с 10 – 11 разрядов. В каждом разряде указывается тарификационный коэффициент, который умножается на минимальную оплату труда + доплаты:

1. За руководство структурными подразделениями
2. За наличие учёной степени
3. За почётное звание

В сумме получается оклад. На селе к окладу добавляется 25%.+ 15% северные. Кроме того, добавляются за опасные условия туда, стаж работы и получается месячная зарплата. Месячный фонд зарплаты ЛПУ умножается на 12 и получается годовой фонд зарплаты. Фонд зарплаты делится на: 1) – основной – зарплата штатных работников (входят в тарифный список), 2) – дополнительный – обеспечивает дежурства и замены, 3) – зарплата нештатных работников (консультантов).

# *Статья 2. Начисления на зарплату*

Это средства социального страхования. Средства, расходующиеся на оплату больничных листков, отпусков, отпусков женщин по уходу за больным ребёнком, отпуска по беременности и родам, пенсии работникам, инвалидам 3 группы, оплата пособий по рождению ребёнка, погребения, пособия. В основу расчёта положен фонд заработной платы. 2 статья составляет 39% от 1 статьи. Используются инфляционные методики. Инфляционный коэффициент зарплаты – 1,6% фонда зарплаты прошлого года.

## Статья 3 Канцелярские и хозяйственные расходы

Канцелярские и хоз. расчёты идут на приобретение документации, расходы на средства связи, справочную литературу, освещение, отопление. Расходы на содержание транспорта, стирку белья и т.д. Льготный раздел – сельская интеллигенция, бесплатная квартира, отопление, освещение, за них расходы несёт больница, их включает 3 статья. На 3 статью с 1995 года расходуется 1,78%.

## Статья 4 Командировки и служебные разъезды

Научно – практические конференции, учёба, повышение квалификации. Составление части командировки: 1. Оплата проезда туда и обратно. 2. Квартирная оплата по суткам. 3. Суточные – на питание. Проездные документы, квитанции за гостиницы предъявляются.

## Статья 9 Расходы на питание

Деньги на питания больных вычисляются путём умножения денежного норматива на план койко – дней. Койко – дни = средняя занятость койки \* число коек. Сейчас нет денежных нормативов, поэтому используются натуральные нормы питания на 15 стол. Определяется количество продуктов и рассчитываются сами денежные нормативы. Используется инфляционная методика Х 1,78 от прошлого года.

## Статья 10 Расходы на медикаменты

Расчёт потребительских средств:

1. На амбулаторно – поликлиническую помощь. В основе лежит стоимость одного посещения \* на количество посещений. Получается сумма для поликлиники (на лабораторию, рентгенплёнку, ЭКГ-ленту, бинты).
2. На стационарную помощь. Рассчитывается план койко – дней и умножается на денежный норматив. Сейчас нет денежных нормативов, поэтому оплата производится по фактическим расходам. Можно использовать и инфляционный метод - \* на 1,78 от прошлого года.
3. На бесплатное амбулаторное лечение. Это используют инвалиды и участники ВОВ, инвалиды 2 группы, страдающие тяжёлыми заболеваниями (СД, пузырчатка, туберкулёз, эпилепсия), дети до 7 лет, жители крайнего севера. Больным выписываются бесплатные рецепты, а аптеки в конце месяца предъявляют счёт в ЛПУ.

## Статья 12 Расходы на оборудование и твёрдый мед. инвентарь

Приобретение мебели, кроватей, специальной мебели, кухонных принадлежностей, транспортные средства, всё мед. оборудование. Прежде чем купить надо провести инвентаризацию. Комиссия списывает старое, составляет список непригодности, пригодного, необходимого. В основном средства концентрируются в Облзравотделе, чтобы маневрировать ими, ЛПУ передают средства на недорогое оборудование. Используется инфляционная методика (\*1,78).

## Статья 14 Приобретение мягкого инвентаря

Постельное бельё, больничная одежда. Натуральные нормы: терапевтическая койка – 5 простыней; хирургическая койка – 12 простыней. Общитывается по современным ценам, но обязательно проводится инвентаризация – это приказ № 710 – общитывается сколько необходимо. Устанавливается сок белья – не менее 3 лет. Надо иметь 3 комплекта белья - 1 на больном, 2 - в стирке, 3 – чистый.

### *Статья 16, 18 Капитальный ремонт и прочие расходы*

Пригласить специалистов и заказать им ремонт на строительную смету, с ней идти к начальству. Прочие расходы – санитарная авиация, подъёмные, патронаж психобольных, направление на консультацию.

Все статьи складываются и получается свод расходов.

***67. Экономика 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.

Медицинский эффект – это степень достижения мед. результата. Выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных органов и систем. На уровне учреждений здравоохранения и отрасли в целом мед. эффективность измеряется множеством специфических показателей здоровья населения: удельный вес излеченных больных, уменьшение случаев перехода заболеваний в хроническую форму, снижение уровня заболеваемости населения, «индекс здоровья», снижение летальности. Медицинский эффект отражает степень достижения поставленных задач и лечения заболеваний с учетом критериев качества, адекватности и результативности. Мед. эффект может быть достигнут за счет проведения профилактических мероприятий, внедрения новых прогрессивных мед. технологий.

Социальный эффект- степень достижения соц. результата. Возвращение больного к труду и активной жизни в обществе. Соц. эффективность здравоохранения заключается в увеличении продолжительности предстоящей жизни населения, снижении уровня показателей смертности и инвалидности, удовлетворенности общества в целом системой оказания мед. помощи.

Экономическая эффективность показывает какой вклад вносит здравоохранение путем улучшения состояния здоровья населения в рост общественного производства, увеличение нац. Дохода. Показатель экономической эффективности – это отношение экономической выгоды, полученной в результате внедрения каких-либо лечебно-профилактических мероприятий, к затратам на их осуществление.

Соц. эффективность в плане ожидаемых результатов должна быть поставлена на первое место, медицинская на второе, а экономическая на третье.

Определение экономической эффективности эдравоохранения основывается на расчете стоимости отдельных видов мед. помощи и санитарно- эпидемиологического обслуживания, а также величины ущерба, наносимого различными заболеваниями.

Прямой экономический ущерб- затраты на лечение, профилактику, санитарно-эпидемиологическое обслуживание, научные разработки, подготовку мед. кадров, выплату пособий по временной нетрудоспособности и пенсий по инвалидности.

Косвенный экономический ущерб- экономические потери, связанные со снижением производительности труда, не произведенного внутреннего валового продукта в результате заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности или преждевременной смертности.

Ущерб от временной нетрудоспособности слагается из затрат на выплату пособий, затрат на амбулаторное и стационарное лечение (прямые расходы), и трудового экономического ущерба, вследствие того, что больной не производит внутреннего валового продукта (непрямые расходы)

При инвалидности с полной утратой трудоспособности экономические потери складываются из следующих элементов: не произведенного в результате инвалидности внутреннего валового продукта; суммы пенсий по социальному обеспечению за годы инвалидности; дополнительных затрат на медицинское обслуживание инвалидов; прочих затрат.

Смерть в трудоспособном возрасте приносит непосредственный экономический ущерб, т. к. преждевременно умерший человек мог бы создавать материальные ценности, измеряемые определенной долей внутреннего валового продукта страны.

Экономический эффект- предотвращенный за счет комплекса медицинских мероприятий экономический ущерб. Эффект рассчитывается как разность между ущербом бывшим и ущербом нынешним.

Экономическая эффективность здравоохранения за счет снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности и преждевременной смертности определяется как отношение полученного эффекта к затратам. Повысить экономическую эффективность, при достижении сопоставимого медицинского и социального эффекта, можно за счет снижения затрат, что обеспечивается рациональным использованием ресурсов.

## 68.Сердечно-сосудистые заболевания как медико- социальная 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.

Организацию лечебно-профилактической помощи боль­ным с сердечно-сосудистыми заболеваниями можно разделить на помощь кардиологическим больным и помощь больным с нарушениями мозгового кровообращения.

Важная роль в лечении и профилактике кардиологических за­болеваний принадлежит первичному звену здравоохранения, в частности участковой службе. Кроме того, в крупных поли­клиниках организуются кардиологические кабинеты, в кото­рых работают врачи-кардиологи. Основными задачами кабинетов являются разработка и осуществление мер профилактики, раннее выяв­ление и эффективное лечение больных, страдающих заболева­ниями сердечно-сосудистой системы.

В соответствии с поставленными задачами врач-кардиолог кабинета осуществляет:

· профилактические мероприятия, выявление, лечение и диспансерное наблюдение за больными работоспособ­ного возраста, страдающими ишемической болезнью сердца с частыми приступами стенокардии, а также на­рушениями ритма, гипертонической болезнью (11 ста­дия), коронарной недостаточностью с частыми присту­пами стенокардии без гипертонической болезни.

- методическое руководство и консультативную помощь врачам других специальностей по раннему выявлению сердечно-сосуди­стых заболеваний, лиц с факторами риска;

· диспансерное наблюдение больных с сердечно-сосуди­стыми заболеваниями;

 · активное внедрение в практику новых средств и методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями;

 · проведение анализа причин заболеваемости, инвалидно­сти и смертности больных с сердечно-сосудистой пато­логией, эффективности их диспансеризации;

 · проведение мероприятий по повышению квалификации врачей других специальностей, а также среднего меди­цинского персонала учреждения в области кардиологии;

 · организацию и проведение санитарной пропаганды ме­дицинских знаний по профилактике сердечно-сосуди­стых заболеваний.

Важная роль в организации и осуществлении лечебно-про­филактической помощи кардиологическим больным должна принадлежать соответствующим диспансерам. Значительную роль в организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями играют ста­ционары (особенно специализированные и узкоспециализированные отделения)

Учитывая важность своевременного оказания помощи больным с острыми кардиологическими заболеваниями, в со­став службы скорой помощи включены специализированные кардиологические бригады.

## 69. 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.

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.

В структуру системы оказания онкологической помощи на­селению входят смотровые и онкологические (для взрослых и детей) кабинеты амбулаторно-поликлинических учреждений, онкологические диспансеры, межтерриториальные (для взрос­лых и детей) специализированные онкологические отделения(центры), хосписы или отделения (центры) паллиативной по­мощи онкологическим больным.

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.

***70. Травматизм и его медико – социальное значение.***

**Организация медицинской помощи пострадавшим.**

Травматизм (тр). Сопровождает человека всю его жизнь. Многие войны это основной поставщик травматизма – травматические эпидемии. 18 – 19 век – промышленная революция, механизация труда, появление автотранспорта. Все это способствовало дальнейшему росту травматизма.

Тр. – огромная медико – социальная проблема. 95г. – значительный рост травматизма, в т.ч. и в Омской области. Травмы и отравления 8500 на 100 000 населения (91г.), 8800 на 100 000 населения (94г.). В РФ в 2,5 раза выше смертность от несчастных случаев, в Омской области выше, чем в среднем по РФ.

Травмы занимают 1 место в городах по посещению поликлиник. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности – 2 место. Занимают 3 место среди смертности, причина смерти людей до 44 лет – 1 место.

Колебания травм составляют от 720 до 1100 случаев на 60 000 населения. Травмы относятся к 17 классу ОМКБ. Классификация травм осуществляется по характеру – перелом лодыжки, костей таза, учитывается внешняя причина. В РФ – рабочая классификация пр. Фрейллина:

* травмы производственного характера: промышленные, с\х
* травмы непроизводственного характера: транспортом, бытовые, спортивные, детские
* травмы умышленного характера: военные, убийства, самоубийства

Производственный травматизм. Большее значение: 66 на 10 000 работающих. Производственный травматизм имеет гос. регистрацию. Заполняется акт о несчастном случае.

Непроизводственный травматизм: отмечается в мед. документах, очень тщательно записываются обстоятельства причины травм.

К **промышленным травмам** относятся травмы, полученные как на рабочем месте и на других местах, которые участвуют в производственном процессе. Характерные поражения: у слесарей и фрезеровщиков – поражение глаз летящими стружками, в металлургии – ожоги лица и рук. В лёгкой промышленности - уколы.

На 1 место ставятся травмы верхних конечностей. На 2 место – нижних конечностей, головы и лица. Наиболее часты лёгкие травмы: 80%, тяжёлые 10%. *Факторы, способствующие травмам:*

1. материально – технические
2. организационные
3. санитарно – гигиенические
4. личные (социальные)

Материально – технические: неисправность инструментов, машин, недостатки техники безопасности, неправильное использование транспорта.

Организационные: недостаточный инструктаж по ТБ, слабый контроль за соблюдением ТБ, плохая организация производственного процесса, несогласование отдельных видов производства.

Соц – гиг. факторы: слабое освещение, избыточное освещение, высокая температура, шум, запылённость и загрязнённость.

Личные (социальные): плохое состояние здоровья, отсутствие интереса к работе, плохие жилищные условия, алкоголизм.

**Сельскохозяйственный травматизм** К нему относятся все ранения, полученные в процессе производства и переработки с\х продукции. Есть особенности, где происходит. У механизаторов – типичный перелом луча от удара заводной рукояткой. Множественные ранения, ушибы от попадания частей с/х машин, парезы и уколы от орудий труда, работа с животными – травмы, уколы, ушибы рогами, копытами. Особенность – люди связанны с землёй, навозом, поэтому инфицированы даже микротравмы. Действующие факторы те же.

**Транспортный травматизм** Серьёзная проблема, особенно автотранспортный. В США в 3 раза больше потеряно людей от аварий на дороге, чем погибло во всех её войнах. ВОЗ показало, что автотравматизм является ведущим.

**Детский травматизм** 10 – 20% всех травм. На 1 месте – бытовые, на 2 уличные, 3 - спортивные. Наибольшие повреждения – у мальчиков 8 – 14 лет. В 2 – 3 раза больше в городе, чем в селе.

**Бытовой травматизм**. Ведущий среди непроизводственного. Несоблюдение мер предосторожности со сложной аппаратурой.

*Борьба с травматизмом:*

Профилактика травматизма и организация травматической помощи: занимаются профилактикой не только хирурги и травматологи, но и врачи других специальностей. Врачи не несут ответственности за ТБ. Ответственность несёт администрация. Задача медиков – организация травматологической помощи больным, приближение её к месту повреждения, даже в цехе должен быть шкафчик скорой помощи. В здравпункте оказывается первая доврачебная помощь, и пострадавшего направляют в травматологическое отделение поликлиники.

ЦИТО - Региональные институты травматологии (Новосибирск) – Областная травматологическая больница и МСЧ (травматологическое отделение), травм. кабинеты поликлиник.

71. Туберкулез как медико-социальная проблема.

# Сегодня ТБЦ является медико – социальной проблемой, т. к. это универсальное заболевание, которое поражает все органы и ткани организма. Возбудитель этого заболевания широко распространен в природе.

# Уровни заболеваемости

Единица учета уровня заболеваемости ТБЦ – первичный ТБЦ комплекс, в др. странах – выделение микобактерий ТБЦ. Ежегодно в мире заболевает не менее 3 млн. человек. В благоприятных странах – 10 на 100000 населения, в неблагоприятных – 250 на 100000. Общая заболеваемость ТБЦ – 15-20 млн. больных, ежегодно + 3 млн. случаев. Наиболее высокие показатели заболеваемости в странах Африки, латинской Америки, Индии, Турции.

Изменение в характере заболеваемости ТБЦ:

* Отмечается смещение к более старшим возрастам (постарение) в случае выявления ТБЦ.
* Более высокий уровень заболеваемости у мужчин, чем у женщин (условия труда, вредные привычки, генетические особенности).
* Социальные различия

# Инфицированность населения ТБЦ

Критерий – инфицированность детей. В развитых странах – 6-7% (Норвегия – 3%, Африка – 40-60%).Критерием борьбы с ТБЦ как с массовым заболеванием является инфицированность детей не более 1%.

# *Инфицированность*. По материалам института фтизиатрии примерно 15% детей инфицированы к 15 годам.

# Организация борьбы с ТБЦ

Есть большая сеть противотуберкулезных учреждений: противотуберкулезные диспансеры, больницы, санатории, сеть учреждений для детей (лесные школы, детские санатории, интернаты, противотуберкулезные детские ясли или сады, специальные группы для детей с ТБЦ).Противотуберкулезные мероприятия ведутся по 3 направлениям:

1 направление: а) выявление больных – систематическое проведение туберкулинодиагностики детям и подросткам; б) проф. мед. осмотры работающего населения и массовое рентгенообследование людей; в) выявление больных при обращении их в ЛПУ (70-80% больных); г) наблюдение за контактными лицами (проживающими вместе в семье).

2 направление: полноценное и правильное лечение (антибиотики + хирургическое лечение).

3 направление: профилактика ТБЦ. Специфическая – вакцинация, ревакцинация, химиотерапия.

Вакцины: 1. БЦЖ-1 (1925 г., в СССР). 2. С 1942 г. – вакцинация. 3. С 1953 г. – вакцинация и ревакцинация.

Своевременное выявление больных туберкулезом в значительной степени зависит от ка­чества работы общей лечебной сети и в первую очередь участ­ковой службы. Основными задачами работников общей ле­чебной сети по борьбе с туберкулезом являются:

· систематическая постановка туберкулиновых проб и их оценка;

· проведение вакцинации БЦЖ детям и подросткам; ·

- своевременное направление в противотуберкулезные уч­реждения лиц с подозрением на туберкулез и по показа­ниям после туберкулинодиагностики;

 · контроль за полным охватом и своевременным прохож­дением населением плановых флюорографических об­следований с целью раннего выявления туберкулеза;

· осведомленность о всех больных активным туберкуле­зом, проживающих в семьях;

· своевременное направление к фтизиатру лиц из групп риска заболевания туберкулезом;

· наблюдение за развитием местной прививочной реакцииу вакцинированных и ревакцинированных;

· участие в планировании туберкулинодиагностики и ре­вакцинации БЦЖ;

 · участие в разборах каждого случая заболевания туберку­лезом, оценка его своевременного выявления,

 · санитарно-просветительная работа среди населения;

В нашей стране сформирована сеть противотуберкулезных учреждений, включающая диспансеры, стационары при дис­пансерах, больницы, санатории, оздоровительные учрежде­ния, научно-исследовательские институты. Деятельность всех противотуберкулезных учреждений координируется Централь­ным НИИ туберкулеза РАМН. В районе обслуживания координацию противотуберкулез­ной работы осуществляет противотуберкулезный диспансер.

Кроме районных, городских, областных, окруж­ных, республиканских противотуберкулезных диспансеров, функционируют туберкулезные кабинеты и отделения при по­ликлиниках и ЦРБ. В состав противотуберкулезного диспан­сера входят следующие структурные подразделения:

· диспансерно- поликлинические для взрослых и детей;

· лабораторное;

· рентгенологическое (в состав которого могут входитьфлюорографические кабинеты);

· бактериологическое;

· бронхологическое;

· отделение внелегочного туберкулеза;

· организационно-методический отдел;

· администрация и хозяйственная часть.

В состав диспансера может входить стационар. Основной целью деятельности противотуберкулезного дис­пансера является работа по систематическому снижению за­болеваемости и инфицированности населения туберкулезом, показателей нетрудоспособности и смертности от туберкулеза. Различают три основных пути выявления туберкулеза сре­ди населения:

- при массовых профилактических обследованиях в соот­ветствии с планом диспансеризации и профилактиче­ских осмотров населения;

- при обращении больных за медицинской помощью в различные амбулаторные и стационарные ЛПУ; ­

- выявление активного туберкулеза у лиц из группы риска заболевания туберкулезом.

Туберкулинодиагностика является *основным методом* ран­него выявления туберкулеза среди детей и подростков и про­водится в соответствии с приказами М3 РФ.

*Вторым методом* раннего выявления являются плановые флюорографические обследования, которые осуществляются начиная с l5-летнего возраста. Периодичность флюорографи­ческих осмотров также регламентируется приказами М3 РФ и государственного комитета санитарно-эпидемиологического надзора РФ. *Третьим методом* раннего выявления туберкулеза является внеочередное обследование лиц, относящихся к группам рис­ка заболевания туберкулезом. Профилактика является основным направлением в борьбе с туберкулезом и проводится с целью предупреждения инфи­цирования и заболевания туберкулезом. Профилактика осуществляется по следующим основным направлениям: вакцинация и ревакцинация вакциной БЦЖ (иммунопрофилактика); химиопрофилактика; санитарная профилактика. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ проводятся в соответствии с приказами М3 РФ.

Важное место в лечении туберкулеза играет госпитальная помощь. В стране действу­ет 111 туберкулезных больниц для взрослых и 6 для детей с16674 койками для взрослых и 880 для детей.

Обычно госпитальная помощь оказывается при доброволь­ном обращении больных или с их согласия. Однако больные заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также умышлен­но уклоняющиеся от обследования в целях выявления тубер­кулеза или его лечения, госпитализируются в специализиро­ванные медицинские противотуберкулезные организации для обязательного обследования и лечения без их согласия на ос­новании решений суда.

***72. Заболевания органов дыхания как медико-социальная проблема***.

БОД – заболевания 8 класса МКБ. Группы БОД:

1. ОРЗ
2. Другие болезни ВДП
3. Пневмонии и грипп
4. Хр. обтурирующие болезни легких и родственные состояния (острые и хр. бронхит)
5. Пневмокониозы и др. болезни легких, вызываемые внешними агентами
6. Другие болезни органов дыхания

Роль БОД по материалам текущей обращаемости: в структуре заболеваемости населения являются ведущими. У мужчин 469, у женщин 477. БОД являются ведущими при формировании общей заболеваемости. На их долю – 1\4 от общего уровня. БОД занимает одно из ведущих мест в формировании заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Ведущими заболеваниями БОД острый и хронический бронхит.

 *Острый бронхит* – результат острой вирусной инфекции, формируется под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды. Медико – социальное значение острого бронхита в том, что это одно их самых распространенных заболеваний, занимает 95% от всех БОД. Оно приводит к большим трудопотерям.

*Хронический бронхит –* злободневность и актуальность этого заболевания: очень большая распространенность в промышленно развитых странах. Частота заболеваемости населения увеличивается. У значительной части больных хр. бронхит приводит к значительным нарушениям гемодинамики, способствует формированию тяжело протекающих болезней органов дыхания. Роль хр. бронхита среди других заболеваний недооценивалась. Доля хр. бронхита составляет до 90% от общей заболеваемости ХНЗЛ. У 25% обследуемых выявляются признаки бронхиальной обструкции. В основе вторичного хр. бронхита лежит воздействие на слизистую вредных веществ (никотин, производственные вещества). Заболевание начинается нередко в молодом возрасте, выраженные клинические проявления возникают в 40 – 50 лет. Меры вторичной профилактики и лечебные мероприятия мало эффективны, поэтому нужно активное выявление лиц, входящих в группу риска на мед. осмотрах.

*Бронхиальная астма* – одна из наиболее актуальных проблем в современной пульмонологии, по трудопотерям уступает хр. бронхиту, но встречается во всех возрастных группах, в т. ч. у детей раннего возраста, характеризуется тяжелыми приступами удушья. В тяжелых случаях, приводящих к формированию инвалидности и летальным исходом. Встречается примерно у 1% населения. В последнее время отмечается ее рост. У 5 – 10% населения выявляются признаки предастмы и 15 – 20% в дальнейшем отмечают клинику астмы. Предастмой являются легочные проявления аллергии.

*Заболеваемость БОД в детском возрасте****.*** Играют большую роль в формировании уровня заболеваемости у детей (2,35 – 2,5 на 1000; 55 – 60% от этого уровня приходится на БОД). Наиболее высокий уровень заболеваемости БОД у детей в первые 3 года.

*Смертность.* Среди причин смертности населения БОД стоят после ССС заболеваний, новообразований, инфекций (5 – 15%). В структуре инвалидизации БОД на 3 месте.

Лицами, страдающими БОД занимаются участковые врачи (терапевт, педиатр, цеховой терапевт). В поликлиниках предусматриваются пульмонологические кабинеты, в стационарах – нульмонологические отделения. Для больных, прошедших курс лечения,. Предусмотрены отделения реабилитации. Затем лечение в специализированных санаториях. В областных центрах организуются пульмонологические центры. Есть и ЦНИИ пульмонологии, где изучаются вопросы организации пульмонологической помощи населению.

73. Психическое здоровье.

Психическое здоровье – это процесс психического развития человека, которому свойственна детерминантность психических явлений, гармоническая взаимосвязь между отражением действительности и отношения к ней индивида, адекватность реакции на социальные, биологический, физические условия, благодаря способности самоконтроля поведения. Классификация нервно – психических заболеваний (5 класс межд. к-ии): психозы (сенильный, алкогольный и интоксикационный), невротический расстройства и психопатии, умственная отсталость.

Отмечается рост данной патологии за последние 10 лет, особенно неврозы, наркомания, алкоголизм, алкогольные психозы. В конце 40 годов была составлена программа развития в области психического здоровья. В 50-е годы в мире было 50 млн. человек с клиническими проявлениями этой патологии. Конец 60 годов – 70 –72 млн. человек, начало 80 не менее 80 млн. Затраты на лечение = 30 млрд. $. Экономические потери : 50г. = 15 – 17 млрд. $, начало 70-х = 25 млрд. $, начало 80 – х = 30 млрд. $. В экономически развитых странах нервно – психические заболевания – очень важная проблема: 2,5 – 2,8 на 1000 человек. У нас = 1,8 – 2,0 на 1000 населения. Распространенность (общая заболеваемость) = 6 – 12% населения, в эти уровни включается распространённость хронического алкоголизма. В середине 60 – х годов распространенность алкоголизма имела широкий диапазон: в экономически развитых странах = 10 – 15% (Европа, С. Америка), Япония 6 –9%; развивающиеся страны = 2 – 5 %, страны экономического содружества = 2 – 4%. В России отмечается увеличение заболеваемости с 269 – 313 на 1000 населения, соответственно с 1989 по 1993 год. Особенно увеличились свойственные детям специфические синдромы ( на 10%), неврозы на 22%, психосоматические расстройства на 62%. Наблюдается процессс истощаемости людей стрессами.

#  *Нервно – психическая патология*.

Изменяется структура на протяжении последнего десятилетия. Изменяется структура нервно – психической патологии в развивающихся и развитых странах. Недавно ведущими состояниями были и расстройства личности (2\3 от общего числа нервно – психической патологи), 2 – психозы, 3 – неврозы. В последние годы 1/3 неврозы, 2 –расстройства личности, 3 – психозы.

Отмечаются более высокие показатели первичной и общей заболеваемости у городского населения (от 1,5 до 3 раз по сравнению с сельским). Есть различия – город – больше неврозов, седо – больше эпилепсии, старческих психозов, олигофрении. Более высокие показатели среди женщин (1,5 – 2раза), среди женщин чаще психозы (в 3 – 5 раза), неврозы; среди мужчин - расстройства личности 1,8 – 2,2 раза.

Возрастные особенности: больше показатели первичной заболеваемости у подростков и лиц 20 – 29 лет; общая заболеваемость 40 –49 лет.

Показатели, которые способствуют увеличению заболеваемости и распространённости: социально – гигиенические условия жизни – микросоциальные условия жизни (семейная обстановка, уровень культуры, образование родителей, обстановка на работе). Вдовство и разводы способствуют возникновению неврозов. Неврозы и невростении чаще у людей с системными конфликтами. Истерия – при перенаселении квартир.

1. Рост нервно – психических заболеваний в зарубежных странах обусловлен сущностью рыночных отношений.
2. Часто в жизни государств есть военная угроза или военные действия.
3. Научно – техническая революция
4. Наркомания и алкоголизм
5. Постарение населения с тенденцией к более высокой нерно – психической патологии.
6. Организация помощи - нервно – психический диспансер (поликлиника, стационар.

**Диспансер**. Они призваны оказывать внебольничную и стационарную помощь. Работают по участковому принципу (на 10 тысяч – 0,2 должности психоневролога).

*Задачи учреждения:*

1. активное выявление больных
2. своевременное взятие на учёт
3. лечение
4. оказание социально –правовой помощи
5. трудоустройство и решение жилищных проблем
6. динамическое за лицами, стоящими на учёте

Психиатрическая помощь, как правило (за исключением случаев, предусмотренных законом), оказывается при добро­вольном обращении больного или с его согласия, а детям и недееспособным - с согласия их законных представителей. Больные, страдающие психическими заболеваниями, облада­ют всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией. Лечение больного проводится лишь после получения его письменного согласия. Без согласия лечение может осуществ­ляться только при применении принудительных мер меди­цинского характера, которые назначает суд в отношении больных, совершивших общественно опасные деяния. Для определения факта наличия у больного психического расстройства, потребности в психиатрической помощи, а так­же для решения вопроса о виде такой помощи проводится *психиатрическое освидетельствование.*

 Амбулаторная психиатрическая помощь в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно­лечебной помощи или диспансерного наблюдения. *Диспансер­ное наблюдение* должно устанавливаться за больными, стра­дающими хроническим и затяжным психическим расстрой­cтвом с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися бо­лезненными проявлениями (даже без их согласия). Основаниями для *госпитализации* в психиатрический ста­ционар являются наличие у больного психического расстрой­ства или необходимость проведения психиатрической экспер­тизы и решение врача-психиатра либо постановление судьи. Психиатрическую помощь населению оказывает целая система лечебно-профилактических учреждений.

Основным звеном в организации внебольничной психонев­рологической помощи населению является психоневролоrиче­ский диспансер, который оказывает специализированную по­мощь взрослым, детям и подросткам. Диспансер может орга­низовывать психоневрологические отделения и кабинеты при поликлиниках общего профиля, обеспечивая помощь населе­нию на местах, где нет постоянного психоневрологического приема. В структуру диспансера входит лечебно-диагностическое

отделение с кабинетами для участковых специалистов, физио­терапевтическим кабинетом, лабораторией и т. д.; может вхо­дить стационар (дневной стационар) для краткосрочного пре­бывания больных, страдающих непсихотическими видамипсихических заболеваний, в основном для уточнения диагноза.­

***74. Медико- социальное значение алкоголизма.***

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.

Основным звеном в организации наркологической помощи населению является **наркологический диспансер** - самостоя­тельное ЛПУ, которое организует широкую профилактиче­скую работу по борьбе с пьянством и наркоманией, оказывает специализированную помощь лицам, злоупотребляющим ал­когольными напитками, пьянствующим, страдающим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией. По мере надобности диспансер организует отделения и ка­бинеты, фельдшерские наркологические здравпункты на территории предприятий промышленности, сельского хозяйства, строительства и других учреждений. Диспансеры работают по участковому принципу, разделяются по ад­министративно-территориальному признаку и могут органи­зовываться не только в городах, но и в сельской местности. Возглавляет работу диспансера главный врач, который одно­временно является внештатным главным наркологом соответ­ствующей административной территории.

В структуре диспансера целесообразно иметь:

· кабинеты участковых врачей психиатров-наркологов;

· подростковый кабинет;

· наркологические кабинеты и фельдшерские здравпунк­ты при промышленных предприятиях, предприятиях

 сельского хозяйства, строительства и т. д.;

· кабинет экспертизы алкогольного опьянения;

· кабинет анонимного лечения;

· кабинет антиалкогольной и антинаркотической пропа­ганды и профилактической медицинской помощи;

· специализированные кабинеты невропатолога, психоло­га, терапевта;

· стационарное отделение;

· наркологические стационарные отделения при промыш­ленных, сельскохозяйственных, строительных и других предприятиях;

· дневной стационар;

· организационно-методический консультативный отдел; · вспомогательные подразделения (лаборатория, физиоте­рапевтический и рентгенологический кабинеты, канце­лярия и т. д.).

С целью организации и проведения диагностики и лечения опьянения и абстинентного синдрома, вызванных употребле­нием алкогольных напитков или наркотических средств, со­стояния алкогольного или интоксикационного психоза и ока­зания консультативной и организационно-методической по­мощи лечебно-профилактическим учреждениям организуются отделения неотложной наркологической помощи.

Одним из наиболее реальных путей повышения эффектив­ности лечения больных алкоголизмом и наркоманией являет­ся развитие реабилитационного звена. Специализированную реабилитационную помощь больным наркоманией, алкого­лизмом и токсикоманией в настоящее время оказывают нар­кологические реабилитационные центры. Центры могут являть­ся структурным подразделением наркологического учрежде­ния или быть самостоятельным учреждением здравоохране­ния. Они осуществляют меры по социальному восстановле­нию выздоравливающих больных и лечению психических, об­щесоматических и неврологических осложнений основного заболевания.

***75.(?) Медицинская документация и показатели, характеризующие деятельность поликлиники и стационара детской городской больницы.***

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.

 ***76. Медицинские кадры в РФ. Обеспечение населения мед. персоналом.***

Качество мед. помощи населению определяется не только адекватностью форм ее организации, состоянием материально-технической базы учреждений здравоохранения, но и наличием квалифицированных специалистов. Под общей потребностью во врачах, провизорах и сестринском персонале понимается количество должностей, обеспечивающее все виды мед. помощи, управление, подготовку мед. кадров и развитие мед. науки. Фактическое кадровое обеспечение в оптимальном варианте должно соответствовать расчетным нормам планирования числа должностей, которое рассчитываются от численности населения, показателей его здоровья и заболеваемости. Действующие нормативы кадрового обеспечения должны пересматриваться как минимум каждые пять лет.

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.

***77. 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.

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.

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;

## 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.

***78. Здравоохранение зарубежных стран, типы.***

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).

Модели здравоохранения: отражение основных черт, главных характеристик, сложившихся в этой отрасли.

Наличие той или иной модели определяется: общим уровнем соц-экономического развития; соц. политикой,в отношении охраны здоровья; историческими и национальными традициями.

Модели:

- частная модель здравоохранения без гос. регулирования (наименее развитые страны Азии, Африки и Латинской Америки)

- с гос. регулированием (США, большинство арабских, некоторые африканские и ряд латиноамериканских стран)

- частная модель здравоохранения с государственным ре­гулированием программ всеобщего обязательного меди­цинского страхования (Герма­ния и Франция)

- монопольная государственная модель здравоохранения (Россия)

- государственная модель здравоохранения на основе все­общего государственного медицинского страхования(МС).(Великобритания, Италия, Испания, Япония)

Частная модель здравоохранения без гос. регулирования:

Основывается на непо­средственной оплате медицинской помощи потребителями медицинских услуг. Для нее характерны следующие при­знаки: - основной источник финансирования медицинской по­мощи - личные средства граждан; -свободное (нерегулируемое) ценообразование на меди­цинские услуги;

- свободцый выбор врача; -высокие доходы врачей.

Частная модель здравоохранения с гос. регулированием:

Основа этой модели здравоохранения - добровольное (ча­стное) медицинское страхование при непосредственной опла­те медицинской помощи потребителями (платная медицина). для нее характерны следующие **признаки:**

. основным источником финансирования медицинской помощи являются личные средства граждан и прибыль (доход) юридических лиц; ,

. преимущественно негосударственный (коммерческий) статус страховых, медицинских и других организаций, аккумулирующих финансовые средства здравоохранения и обеспечивающих оказание медицинской помощи;

 . большой выбор мед. учреждений, врачей, рабо­тающих на многоукладной хозяйственной основе;

 . свободное (нерегулируемое) ценообразование на меди­цинские услуги;

 . достаточно высокая доля национального дохода, выде­ляемого на здравоохранение.

 **Положительными сторонами** функционирования этой модели здравоохранения следует считать:

. наличие широкого диапазона медицинских учреждений с точки зрения уровня качества и стоимости медицин­cкиx услуг,

. отсутствие очереди на медицинское обслуживание;

. особое внимание уделяется качеству медицинской по­мощи, защите прав потребителей;

. высокие доходы врачей и других медицинских работни­ков.

**Проблемы,** присущие данной систе­ме:

. высокая стоимость медицинских услуг, недоступность медицинской помощи для широких слоев населения;

. недостаточное внимание к помощи на дому и профилактике, приоритет в лечении "легких" заболеваний;

. неэффективное использование ресурсов, преобладание затратных хозяйственных механизмов;

. гипердиагностика, выполнение значительной доли доро­гостоящих процедур и вмешательств без достаточных

 медицинских показаний;

. отсутствие государственного регулирования и контроля за качеством медицинских процедур, применение медицин­ских технологий, небезопасных для здоровья пациентов.

Для моделей с государственным регулированием программ всеобщего омс характерны следующие **особенности:**

· наличие нескольких основных источников финансиро­вания: обязательные платежи по медицинскому страхо­ванию, осуществляемые как работодателями, так и са­мими работниками, добровольные отчисления на про­граммы дмс, личные взносы граждан на платные ус­луги;

· наличие централизованной системы финансирования, основанной на независимых специализированных орга­низациях (Фондах, страховых компаниях);

· большое внимание со стороны финансирующих органи­заций к контролю качества медицинской помощи и объемам расходов при оказании медицинских услуг;

· многообразие форм собственности и хозяйствования медицинских учреждений и частных лиц, оказывающих услуги застрахованным;

· регулируемое ценообразование на медицинские услуги, многообразие форм и способов оплаты медицинской помощи.

Среди наиболее важных **положительных черт** системы со­циального медицинского страхования выделяются следую­щие:

. высокая степень гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи;

 .свободный выбор фондов медицинского страхования (страховых организаций) населением, работодателями;

 . разделение функций финансирования и оказания меди­цинских услуг;

 . обеспечение высокого, гарантированного государством уровня качества оказания медицинской помощи.

Проблемы:

 . недостаточно полный охват населения программами обязательного медицинского страхования;

. недостаточное применение долгосрочного стратегиче­ского планирования в национальном масштабе;

. высокие административные расходы, обусловленные прежде всего ведением информационноемких учетных

операций.

Монопольная модель:

Особенностями такой модели яв­ляются:

. монопольное построение структуры лечебной сети;

· бюрократическая система управления;

· жесткая связь между центром и периферией;

. непредоставление дополнительных платных и сервисных услуг;

· отсутствие конкурентной среды;

· тарифный (не гонорарный) способ оплаты труда вра­чей, правила найма и оплаты труда диктуются государ­ством;

 · низкая заработная плата медицинских работников;

 · отсутствие экономических стимулов в работе медицин­ского персонала;

 · большая текучесть медицинских кадров;

 · низкий приоритет в развитии первичной медико-сани­тарной помощи;

· тенденция преимущественно к стационарному лечению, что приводит к очередям на плановую госпитализа­цию;

***79.Всемирная организация здравоохранения.***

ВОЗ - это крупнейшая международная медицинская орга­низация. Основной целью ее деятельности является достиже­ние всеми народами возможно высшего уровня здоровья. В уставе ВОЗ впервые на международном уровне было провоз­глашено право каждого человека на здоровье, утвержден принцип ответственности правительств за здоровье своих на­родов, а также указано на нерасторжимую связь здоровья с международной безопасностью и укреплением науки. Всемирная организация здравоохранения была создана по­сле Второй мировой войны, когда в политической и социаль­но-экономической жизни стран мира произошли большие из­менения.

**Структура ВОЗ**

Высшим органом ВОЗ является Всемирная ассамблея здра­воохранения, которая состоит из делегатов, представляющих государства - члены ВОЗ от каждой страны выделяется не более 3 делегатов, один из которых является главой делега­ции. Делегаты, как правило, являются сотрудниками ведомст­ва здравоохранения своей страны. Они должны обладать вы­сокой квалификацией и специальными знаниями в области здравоохранения. Обычно делегатов сопровождают советники, эксперты и технический персонал. Очередные сессии Ассамблеи созываются ежегодно. Ас­самблеи определяют направления деятельности ВОЗ, рассмат­ривают и утверждают перспективные и годовые планы работ, бюджет, вопросы приема новых членов и лишения права го­лоса, назначают Генерального директора ВОЗ, рассматривают вопросы сотрудничества с другими организациями, устанав­ливают санитарные и карантинные требования, правила-стан­дарты в отношении безвредности, чистоты и силы биологиче­ских и фармацевтических продуктов, имеющих обращение в международной торговле. Между сессиями Ассамблеи высшим органом ВОЗ являет­ся Исполком, который собирается на очередные сессии 2 раза

в год - в январе и в мае. Исполком состоит из 32 членов ­представителей государств, избираемых на 3 года.

Центральный административный орган ВОЗ - это Секре­тариат, возглавляемый Генеральным директором, который из­бирается Ассамблеей сроком на 5 лет по представлению Ис­полкома. Штаб-квартира секретариата находится в Женеве.

Генеральный директор выполняет все поручения Ассамблеи и Исполкома, ежегодно представляет Ассамблее отчеты о работе организации, руководит повседневной деятельностью аппара­та, составляющего секретариат, а также составляет финансо­вые отчеты и бюджетные сметы. У Генерального директора 6 помощников, один из них ­ представитель Российской Федерации.

Согласно Уставу, ВОЗ функционирует как руководящий и координирующий орган в международной работе по здраво­охранению.

ВОЗ разрабатывает и совершенствует международные стан­дарты, номенклатуру и классификации болезней, содействует их распространению.

Кроме того, ВОЗ организует проведение медицинских ис­следований, оказывает техническое содействие правительст­вам в укреплении национального здравоохранения. ВОЗ со­действует принятию и выполнению международных конвен­ций, соглашений и правил в области здравоохранения.

Основными направлениями деятельности ВОЗ являются:

-укрепление и совершенствование служб здравоохране­ния;

-предупреждение неинфекционных и инфекционных за­болеваний и борьба с ними;

-охрана и оздоровление окружающей среды;

- охрана здоровья матери и ребенка;

- подготовка медицинских кадров;

 - санитарная статистика;

- развитие медико-биологических исследований

 ***80. Научные основы управления и менеджмента***

Наука Управления /у/ зародилась в нач. 20 века. У нас считалось, что это природный дар и наука управления не развивалась. ПРЕДМЕТОМ изучения науки управление сле­дует считать выявление достаточных и необходимых условий для принятия ор­ганизационного решения, сам процесс принятия решения, а также формы и методы организации и контроля.

Особенно трудным явился системный, целостный подход к функционированию и развитию общества. Под целостной системой понимается совокупность компонентов, взаимодействие которых порождает новые интегративные системные качества, не присущие образующим частям. Такой целостной системой является общество. Важнейшей особен­ностью системы является:

1/ Наличие интегративных системных качеств

2/ Определенный набор компонентов,

З/ наличие в ней внутренней организаций

4/ наличие координации и субординации

5/ взаимодействие с внешней средой /системы открытые и закрытые/.

Есть много типов систем - механический, хим., биол, и социальный типы; естественные и искусственные /машины/; системы самоуправляемые и системы несамоуправляемые /самоуправляемые системы - это такие системы, кот. при­сущи процессы управления./ Это присуще только для систем биол. и соц ( порядка, а так же искусственно созданным системам).

3 основных сферы управления:

1. УПРАВЛЕНИЕ системами машин /управление технологическим процессом/,

2. УПРАВЛЕНИЕ процессами, идущими в живых организмах,

3. УПРАВЛЕНИЕ деятельностью человеческих коллективов.

Академик Берг считал: для нормального функционирования системы всегда нужно:

1. собрать информацию о состоянии системы и окружающей ее среды. Передать информацию по каналам связи в место ее переработки.
2. Осуществить переработку этой информации с целью команды управление.
3. Реализовать команду управление
4. Осуществить соответствующие действия и контр. Контроль - это принцип обратной связи. Согласно ему успешное управление возможно только в том случае, если управляющая система получает информацию о достиг­нутом или не достигнутом эффекте. Принцип обратной связи в единстве его целенаправленности. Ставит цель - добиваться реализации способен лишь чело­век, коллектив, общество в целом. Кибернетика - наука формальная, учит как управлять. Высшей конечной формулой управление является оптимизация функционирования системы (получение большего эффекта при наименьших затратах

Управление свойственно всякому обществу, всем сторонам общественной жизни.

# Общие принципы управления по Факолю, Франция↓

Разделение труда. Власть. Дисциплина. Единство распорядительности. Единство руководства. Подчинение частных интересов общим. Вознаграждение. Централизация.Иерархия.Порядок.Справедливость Постоянство персонала. Единение персонала

 В здравоохранении есть несколько форм структуры управления. Наиболее простой формой является **линейная**: у каждого руководителя много подчиненных, каждый подчиненный имеет одного непосредственного руководителя. Такая форма хар-на для маленьких организаций / громоздкая/. Характерен для учреждений здравоохранения, так как организация маленькая.

**Функциональная** форма - характерно разделение труда по руководству. В круп­ных больницах -зам. по терапии, хирургии, родовспоможению и т.д. Разде­ление управлеческого труда. Форма более прогрессивная, более эффективная. Нарушает принцип единоначалия.

**Штабная** форма - характерна для более высоких уровней управления - департамент здравоохранения города, области. Штаб существует при руководителе, но дает распоряжений, готовит распоряжения, материалы для руководителя. Большое значение для познания управления является освоение управленческого цикла, кот. состоит из нескольких этапов:

1. Подготовительный - это сбор, обработка информации, подготовка решения.

2.Исполнительные - включает планирование, реализации решении, организация системы для выполнения системы регулирования.

3. Контрольный.

Руководитель должен располагать минимумом сведений, чтобы принять решение /литература, стат. материалы, отчетности, официальные инструкции, законы/, ознакомлен с положением дел на месте. Характер решения и глубина его, а так же его значение зависит от того, носит решение тактический или ст­ратегический характер.

Чем выше уровень, тем более стратегический характер. Важным в решении - его краткость и ясность. От этого зависит четкость исполнения. Решение должно четко ставить задачи, ответственность и сроки исполнения. Решение Здравоохранения имеет свои отличительные черты:

1. Особая от­ветственность принимаемых решении.
2. Трудности в предсказании последствий, которые нередко проявляются не сразу и часто не поддаются оценкам.
3. Трудности а иногда невозможности исправления последствий неправильных решений. Принятием решения заканчивается ПЕРВЫЙ ЭТАП управления.

ВТОРОЙ ЭТАП - это организация работы по осуществлению решения. Здесь управление достигает своих целей путем регулирования действий своих исполнителей. Для обеспечения согласованности действий в организации должна быть уста­новлена твердая регламентация выполнения решения (подчинение по админист­ративной линии, подчиняться только одному начальнику).

*Методы воздействия для выполнения решения:*

1.0рганизационые -приказ, рас­поряжение, рекомендация.

2. Социально-психологические - логическая, мораль­ная. общественная.

3.Экономические -материальное поощрение.

ТРЕТИЙ ЭТАП - организация контроля. Руководитель получает информацию о ситуации , исполнении решений. Ведущая форма контроля - учет, главная раз­новидность учета - стат. учет. Контроль должен действовать постоянно и автоматически. Др. виды контроля: проверки которые периодически осуществля­ются органами здравоохранения, различные комиссиями (фин. Контроль). Систематический контроль - важный метод управления

Первое качество руководителя - наличие организаторских способностей. Главное: без грубого насилия и принуждения объединять людей для поставленных задач. Руководитель здравоохранения должен быть высокообразованным вра­чом. Нет необходимости чтобы он был видным терапевтом, хирургом. Его ком­петентность должна быть таковой, чтобы он мог оценить фактически достигну­тые результаты специалистов другого профилям Если ЛПУ - специализированное учреждение, то руководитель должен быть специалистом по этой области. Есть 3 уровня управления в здравоохранении: 1. Низший –управление отдельными организационными единицами. 2. Средний - управление комплексом организационных единиц (район, город). 3. Высший – управление совокупностью, комплексом организационных единиц (0бластью, республикой).

## Есть 3 типа руководства

1. Авторитарный /директивный/.

Единоличное решение вопроса, в результате применения этого типа руководства у руководителя могут возникнуть авторитарные черты характера. Между руководителем и сотрудниками возникает психологический барьер. Руководитель решает вопросы не требующие его участия.

1. Демократический.

К разработке и принятию решения привлекаются все члены коллектива. Преимущество: благоприятные условия для работы сотрудников. Непригоден в ситуации, когда нет времени для дискуссии и обсуждения.

1. Разрешительный – свободный.

Минимальное вмешательство руководителя в деятельность коллектива. Положительное: работнику предоставляются большие возможности для творчества, пригоден для творческих и худ. коллективов. Предприятию такой тип не пригоден.

2 организационные структуры в коллективе: формальная и неформальная.

Формальная – это штатное расписание. Не формальное – основано на личных отношениях, симпатиях и антипатиях сотрудников. Существование неформальной структуры неизбежно, придает отношениям в коллективе гибкость. Лучше, если не официальный лидер становится официальным. Сработанность коллектива определяет степень и единство формальной и неформальной структуры. Большое значение имеет психологический климат. 2 вида психологической совместимости: психофизиологический и социально-психологический.

В совместимых коллективах достигаются большие успехи, в не совместимых – возникают межличностные конфликты. Важна работа с коллективом, с кадрами. Что человек хочет? Что человек может? Каким он является? (личностные качества). Это учитывать руководителю.

Руководитель – образец для коллектива, умение организовать процесс начинается с умения организовать свою работу. Должен быть четкий план – на месяц, неделю, следующий день, год. Должно быть ограничение числа совещаний; со строгой повесткой дня; не отклоняться от обсуждаемой темы, немного слов и конкретность. Существенное место в деятельности руководителя занимает требовательность к подчиненным с четким определением задач, ответственности и сроков. Умение требовать от подчиненных, но руководитель должен все выполнять сам, и быть неуязвим, требование не должно быть в грубо насильственной форме. Руководитель должен изжить чувство неловкости, требуя его выполнения.

Черта современного управления – это его оптимизация; принцип улучшения управления – автоматизированное.

## 81. Основы маркетинга в здравоохранении.

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.

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).

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 тр 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.