

МЕДИЦИНА

БАХРОМЖОН МАМАТКУЛОВ

**ОБЩЕСТВЕННОЕ
ЗДОРОВЬЕ
И УПРАВЛЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ**



МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН

БАХРОМЖОН МАМАТКУЛОВ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Учебник для студентов медицинских вузов

Второе издание дополненное и переработанное

"Qamar media"
Ташкент – 2023

УДК 614.2(075)

ББК 51.1я7

М 22

Бахромжон МАМАТКУЛОВ. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЕМ. Учебник для студентов медицинских вузов. 2-е издание, дополненное и переработанное. – Ташкент, 2023. – 540 стр.

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по координации деятельности высшего, средне-специального и профессионального образования при Министерстве высшего и средне-специального образования Республики Узбекистан в качестве учебника для студентов медицинских ВУЗов.

В учебнике широко освещены современное состояние, перспективы развития общественного здравоохранения и управления здравоохранением. Особое внимание уделяется вопросам общественного здоровья и характеризующим его показателям, современным статистическим и социально-гигиеническим методам изучения и факторам формирования общественного здоровья, современным методам профилактики неинфекционных хронических заболеваний, а также образу и качеству жизни, укреплению здоровья и формированию здорового образа жизни. В нем с точки зрения современного менеджмента широко и всесторонне изучены принципы организации, структуры, управления, планирования, финансирования и экономики здравоохранения, коренного совершенствования и дальнейшего развития системы здравоохранения, как результата широкомасштабных реформ, проводимых в Узбекистане за годы независимости. В книге особо отмечены деятельность Всемирной организации здравоохранения, принципы работы систем здравоохранения в зарубежных странах, организация медицинского страхования и здравоохранения. Учебник дополнен, переработан и является 2-ым изданием.

Учебник может быть широко использован не только студентами и преподавателями медицинских институтов, но и профессиональными организаторами, руководителями, магистрами и научными работниками, занимающимися организацией и управлением здравоохранением.

Рецензенты:

Х.Е.РУСТАМОВА – ТГСИ, профессор кафедры “Общественное здоровье, управление здравоохранением и физическая культура”, д.м.н.

Ш.Т.ИСКАНДАРОВА–ТашПМИ, заведующая кафедрой “Общественное здоровье, организация и управление здравоохранением”, д.м.н., профессор

ISBN: 978-9943-8551-3-7

© «Qamar media». 2023 г.

© Бахромжон МАМАТКУЛОВ 2023 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Наука «Общественное здоровье и управление здравоохранением» играет важную роль в системе высшего медицинского образования, в подготовке врачей с высшим образованием, особенно, организаторов здравоохранения.

С момента обретения независимости Узбекистана, на основе опыта передовых стран мира и с учетом историко-культурных особенностей, национальных обычаев и традиций, демографической, экологической ситуации, социально-экономических условий Узбекистана разрабатываются и внедряются новая система здравоохранения и новые методы его управления.

Понятие общественного здоровья и управления здравоохранением наряду с контролем за деятельностью профилактических и клинических медицинских служб изучает факторы, которые непосредственно или косвенно влияют на здоровье человека: окружающая среда, образ жизни, отношения в семье и на производстве, труд, отдых, питание, и разрабатывает меры по их улучшению.

Кроме того, данная наука включает в себя различные вопросы, такие как организация здравоохранения, планирование, финансирование, управление и экономика здравоохранения.

Надеемся, что эта наука, как и в развитых странах мира, займет достойное место в медицинских ВУЗах республики и внесет свой вклад в подготовку врачей общей практики, высококвалифицированных организаторов и ведущих специалистов учреждений системы здравоохранения, а также в осуществление реформ в области здравоохранения.

Учебник полностью соответствует государственным образовательным стандартам и типовым учебным программам, разработанным медицинскими институтами Республики Узбекистан.

В учебнике большое внимание уделяется Конституции Республики Узбекистан, указам Президента Республики Узбекистан, государственным законам, правительственным постановлениям, приказам и рекомендациям Министерства здравоохранения, непосредственно или косвенно связанных со сферой здравоохранения.

Автор с благодарностью примет отзывы и комментарии читателей об этом учебнике.

Часть I. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, МЕТОДЫ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ

Глава I. ПРЕДМЕТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ И ЕГО ЗАДАЧИ

В Конституции Республики Узбекистан закреплены права граждан на получение квалифицированных медицинских услуг, определены вопросы здравоохранения и охраны здоровья населения, окружающей среды, а также взятие их под государственную охрану.

В связи с этим Указами и Постановлениями Президента Республики Узбекистан (1998-2021годы) определены актуальные задачи по реформированию системы здравоохранения, реализации и дальнейшему углублению реформ в Республике Узбекистан.

В настоящее время одной из важнейших задач здравоохранения является поднятие показателей здоровья населения до уровня развитых стран, дальнейшее повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи, совершенствование методов и форм подготовки и повышения квалификации специалистов, соответствующих требованиям времени, подготовка активных организаторов и врачей, глубоко понимающих биосоциальные основы охраны здоровья населения, способных организовать оказываемую населению медицинскую помощь в соответствии с мировыми стандартами.

«Общественное здоровье и управление здравоохранением», являясь одной из самых сложных дисциплин в области медицинского образования, играет важную роль в выполнении задач, определенных в законах и программах по здравоохранению в Узбекистане, и подготовке будущих врачей общей практики, менеджеров-организаторов, руководителей и магистров в данной сфере.

Предмет «Общественное здоровье и управление здравоохранением» изучает влияние социальных условий и факторов внешней среды на здоровье человека, исходя из особенностей определённого исторического периода.

Данный предмет разрабатывает и непосредственно участвует в процессе внедрения новых форм и методов медицинской помощи в целях охраны здоровья населения, увеличения средней продолжительности жизни человека и сохранения его активной трудовой деятельности.

Основными задачами предмета общественного здоровья и управления здравоохранением являются:

- 1) разработка методологии и методов изучения общественного здоровья, изучение здоровья населения и влияющих на него социальных условий;
- 2) теоретическое обоснование политики Правительства Республики Узбекистан в области здравоохранения и разработка новых форм и методов

здравоохранения, медицинского обслуживания населения, а также их внедрение в практику:

3) разработка и совершенствование системы управления здравоохранением;

4) совершенствование процесса подготовки медицинских работников в соответствии с современными требованиями.

В отличие от различных клинических дисциплин общественное здоровье изучает состояние здоровья не отдельно взятых индивидумов, а коллективов, социальных групп и общества в целом в связи с условиями и образом жизни (демографические процессы, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие).

Управление здравоохранением является неотъемлемой частью общественного здоровья и представляет собой практическое представление о нем, поэтому невозможно рассматривать и анализировать их в отрыве друг от друга.

Наука общественного здоровья и управления здравоохранением освещает и научно обосновывает состояние здоровья населения, заболеваемость, физическое развитие человека, демографические процессы и социально-экономические факторы, влияющие на них.

Здравоохранение — это комплекс медицинских и социально-экономических мероприятий, проводимых в целях охраны и улучшения здоровья отдельных лиц, и всего населения.

Предмет «Общественное здоровье и управление здравоохранением» состоит из следующих компонентов:

История здравоохранения.

Теоретические основы, проблемы и концепции здравоохранения и медицины.

Состояние здоровья населения и методы его изучения. Медицинская статистика, биостатистика.

Здоровье населения, условия жизни и образ жизни населения и другие факторы, влияющие на него.

Хронически-эндемические заболевания среди населения и их профилактика.

Медицинская и социальная защита. Социальное обеспечение и страхование здоровья.

Организация системы оказания медицинских услуг населению.

Управление здравоохранением и организация (менеджмент).

Планирование, финансирование и экономика здравоохранения.

Здравоохранение в зарубежных странах, оценка их положительных и отрицательных сторон.

Дисциплина «Общественное здоровье и управление здравоохранением» имеет взаимосвязанные методы и приемы исследования. Его методологическая основа заключается в правильном понимании причин взаимосвязи между здоровьем населения и социально-экономическими отношениями в обществе, то есть взаимозависимости биологических процессов с социальными отношениями в обществе.

Здоровье населения напрямую зависит от социальных факторов, а социальные условия напрямую связаны со структурой общества, социальными, экономическими и политическими отношениями. Под влиянием социальных условий возникают социальные факторы. К ним относятся труд и отдых, питание, образование, культурные потребности, условия, уровень жизни населения, взаимоотношения между людьми, а также уровень качества медицинского обслуживания. Кроме того, на здоровье общества влияют климат, географические условия, метеорологические факторы.

Вышеуказанные факторы меняются под влиянием социальной и политической системы общества, уровня развития производительных сил. Они могут оказывать положительное или отрицательное влияние на здоровье населения.

Наука «Общественное здоровье и управление здравоохранением» имеет свои методы исследования. К ним относятся:

Статистический метод.

Исторический метод.

Метод экспертной оценки.

Метод экономического исследования.

Экспериментальный метод.

Социологический метод.

1. Статистический метод — исследование, направленное на изучение общественного здоровья с использованием статистического метода. Статистический метод позволяет объективно оценивать состояние здоровья населения и его изменения, деятельность медицинских учреждений и их эффективность. Санитарная статистика в клинических, экспериментально-научных исследованиях раскрывает сущность и внутренние закономерности изучаемых явлений. Одним из важнейших этапов статистического метода является сбор, анализ и оценка полученных данных.

Статистический метод вычисляет и анализирует результаты исследования, опираясь на математическую статистику. К ним относятся критерии оценки, такие как относительные величины, средние величины, метод стандартизации, корреляционный анализ, дисперсионный анализ и т. д.

2. Исторический метод — как метод изучения здоровья населения, динамики системы здравоохранения в связи с изменением политических и социально-экономических условий исторического развития общества широко используется в исследованиях общественного здоровья и управления здравоохранением.

3. Метод экспертной оценки — основывается на установленных критериях и принципах оценки качества и эффективности медицинской помощи.

4. Метод экономического исследования — оперирует такими экономическими категориями, как эффективное и результативное использование средств, выделяемых на систему здравоохранения, планирование и затраты производства, прибыль и убытки. Методом экономического исследования изучается влияние социально-экономического развития на здоровье населения.

5. Экспериментальный метод — включает поиск новых рациональных форм и методов оказания медицинской помощи, создание эффективных моделей оказания медицинской помощи, применение передового опыта, проверка результатов проектов и открытий, создание новых медицинских учреждений в порядке эксперимента и практический анализ их деятельности.

6. Социологический метод — имеет большое значение в медицине и здравоохранении. Этот метод осуществляется путем проведения специального анкетирования, опросов и интервью. Данный метод будет изучен подробнее в последующих главах.

В процессе изучения вопросов, связанных с общественным здоровьем и управлением здравоохранением, широко используются все вышперечисленные методы. Целесообразно использовать их не отдельно, а в сочетании, т.е. применять комбинированный метод. В результате полностью достигается глубина, последовательность исследований, а также обеспечивается точность полученных результатов. В исследованиях общественного здоровья и управления здравоохранением также широко используются антропометрические, физиологические методы, материалы клинических наук, этнографические показатели, данные о географическом расположении населения. Эти методы используются непосредственно при изучении и разработке некоторых вопросов здравоохранения, таких как планирование, финансирование, управление здравоохранением, научная организация труда, целевое и рациональное использование материальных и технических ресурсов.

Демографические показатели — это свод данных о естественном и механическом движении населения, численности и естественном увеличении населения, которые используются для разработки перспективных планов здравоохранения на ближайшую перспективу (текущее планирование), а также на долгосрочную перспективу (5–10–15 лет).

В зависимости от цели исследования используются различные источники для изучения здоровья населения.

Основным источником данных в исследованиях являются государственные учетные документы, используемые в лечебно-профилактических, санитарно-эпидемиологических и других учреждениях. Уровень достоверности данных высок, так как они основаны на данных государственных документов, которые имеют единую форму для всех областей и районов.

Для пополнения данных из вышеуказанных источников и увеличения их точности могут проводиться специальные дополнительные исследования. Например, проведение медицинских осмотров среди определенного контингента и более глубокий анализ их данных на предмет точного определения заболеваемости определенных профессий.

Для изучения влияния образа, условий жизни и других факторов на заболеваемость, инвалидность, смертность, физическое развитие населения используются специальные наблюдательные, анкетно-опросные и инструментальные методы (исследование загрязнения атмосферного воздуха, воды и почвы специальными методами и др.).

В последние годы широко используется специальный метод опроса (интервьюирования, анкетирования) для отслеживания отдельных лиц, семей или определенных групп населения. С помощью анкет и интервью можно собрать важную информацию по экономическим, социальным, демографическим вопросам.

Контрольные вопросы

1. Что изучает наука «Общественное здоровье и управление здравоохранением»?
2. Основные задачи науки «Общественное здоровье и управление здравоохранением».
3. В чем отличие дисциплины «Общественное здоровье и управление здравоохранением» от клинических наук?
4. Основные методы науки «Общественное здоровье и управление здравоохранением».
5. Статистический метод исследования в дисциплине «Общественное здоровье и управление здравоохранением».
6. Что подразумевается под «историческим методом» изучения общественного здоровья?

Глава 2. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Медицина — это комплекс научных знаний и практической деятельности, осуществляемый в целях сохранения, улучшения, продления жизни, профилактики, лечения заболеваний населения. Основу медицины составляют два основных понятия: «здоровье» и «болезнь».

Весьма сложно описать эти два понятия. Поэтому, прежде чем говорить об общественном здоровье, важно иметь представление о здоровье и болезни человека.

Здоровье человека — это не только отсутствие болезней, недугов или физических недостатков, но и полная согласованность деятельности всех органов и систем человека с внешней природной и социальной средой, гармония социального, биологического и психического состояния человека.

Здоровье и болезнь — это результат социальной среды, возникающий под влиянием различных условий и факторов. Здоровье и болезнь являются продуктом жизнедеятельности человека, разница между ними заключается в условиях, обеспечивающих его жизнедеятельность. Если условия благоприятны для человека, его жизни, функций и самочувствия, то это — здоровье, если же они ограничены, стеснены или нарушены, то проявляется и развивается болезнь.

Следовательно, здоровье и болезнь человека нельзя рассматривать лишь с биологической точки зрения, необходимо рассматривать их как продукт общественных отношений, социальной среды.

Здоровье — это продукт воздействия социальных факторов, обеспечивающих гармоническое единство биологических и социальных качеств, будь то врожденных или приобретенных, и наоборот, нарушение гармонического единства является проявлением болезни.

С древних времен философы, врачи пытались изучать здоровье и болезнь в тесной связи с характером человека, его жизнедеятельностью, поведением, образом жизни. Гиппократ — отец медицины в свое время говорил: «Какова деятельность человека, таков он сам, такова его природа и болезни».

Значит, невозможно рассматривать здоровье человека в отрыве от среды, в которой он живет, его жизнедеятельности и социального положения.

Здоровье, по определению ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), — состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Это определение отражено в уставе, принятом ВОЗ в 1948 году.

В медико-социальных исследованиях целесообразно выделять 4 уровня оценки здоровья населения:

1. Здоровье отдельного человека — индивидуальное здоровье.
2. Здоровье социальных и этнических групп — групповое здоровье.

3. Здоровье населения административных территорий – региональное или территориальное здоровье.

4. Здоровье популяции, общества в целом – общественное здоровье.

Здоровье группы, региона, общества (взяты в статике и динамике) рассматриваются как интегральное представление о состоянии здоровья всех индивидумов.

По мнению экспертов ВОЗ, в медико-социальной статистике под индивидуальным здоровьем подразумевается отсутствие выявленных расстройств и заболеваний, а под здоровьем на популяционном уровне – процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности, а также повышение уровня здоровья.

Общественное здоровье (public health as resource) следует рассматривать как потенциал общества, медико-социальный ресурс в обеспечении национальной безопасности.

Здоровье населения (health of the nation) – являясь медико-демографической и социальной категорией, считается положительным отражением физического, психического, социального положения людей, осуществляющих свою деятельность на уровне определенных социальных сообществ.

Другими словами, общественное здоровье является (под влиянием факторов внешней среды и образа жизни населения) важным экономическим и социальным потенциалом страны, который обеспечивает людям оптимальное качество и безопасность жизни.

В медико-социальных исследованиях в нашей стране для оценки здоровья отдельных групп, регионов и сообществ рекомендуется использовать следующие показатели, представленные на рисунке 2.1:

Демографические показатели.

Заболеваемость.

Инвалидность.

Физическое развитие.

Методы исследования этих показателей, характеризующих здоровье населения, и данные о них приведены в отдельных главах.

Сложно оценивать и характеризовать здоровье конкретной личности, ещё сложнее оценивать и характеризовать здоровье общества и населения.

Здоровье общества — это не только медицинское понятие, но и во многих отношениях, являясь одной из социальных, политических и экономических категорий, считается объектом социальной политики, поэтому во многом его необходимо оценивать не с медицинской точки зрения, а исходя из его социальной сущности.

В документах ВОЗ неоднократно указывается, что здоровье людей является социальным качеством, и при его оценке рекомендуется придерживаться следующих показателей:

- расходы валового национального продукта на здравоохранение;
- доступность первичной медико-социальной помощи;
- охват населения медицинской помощью;

- уровень иммунизации населения;
- степень обследования беременных квалифицированным персоналом;
- состояние питания детей;
- уровень детской смертности;
- прогнозируемая средняя продолжительность жизни;
- гигиеническая грамотность населения.

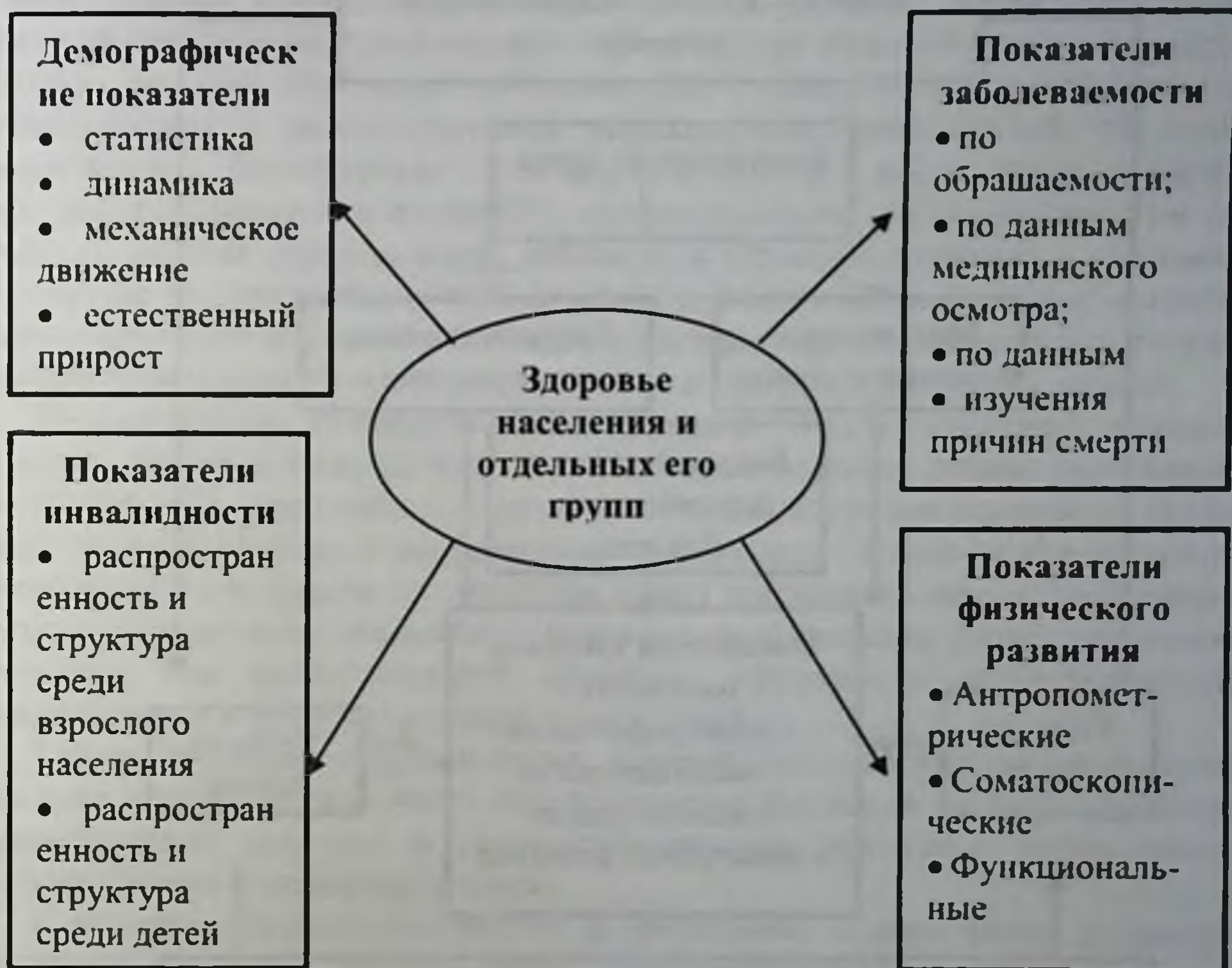


Рисунок 2.1. Медико-статистические показатели, характеризующие состояние здоровья населения.

Общественное здоровье зависит от комплексного воздействия социально-биологических факторов. Когда речь идёт о социальной обусловленности здоровья, то подразумеваются, в первую очередь, опасные социальные факторы.

Состояние здоровья населения и характеризующие его медицинские, статистические и демографические показатели необходимо изучать в совокупности с социально-экономическими, природными, социальными и биологическими факторами, влияющими на него (рис.2.2).

На рисунке показана зависимость здоровья населения от социальных условий, социального, экономического и политического развития общества, социальных факторов и окружающих человека природных условий, внешней среды.

Внешняя среда, социально-экономические, трудовые и бытовые условия существенно влияют на здоровье населения. Помимо многочисленных внешних социально-экономических, биологических, природных факторов, окружающих человека, на здоровье населения непосредственно влияет и деятельность системы здравоохранения.

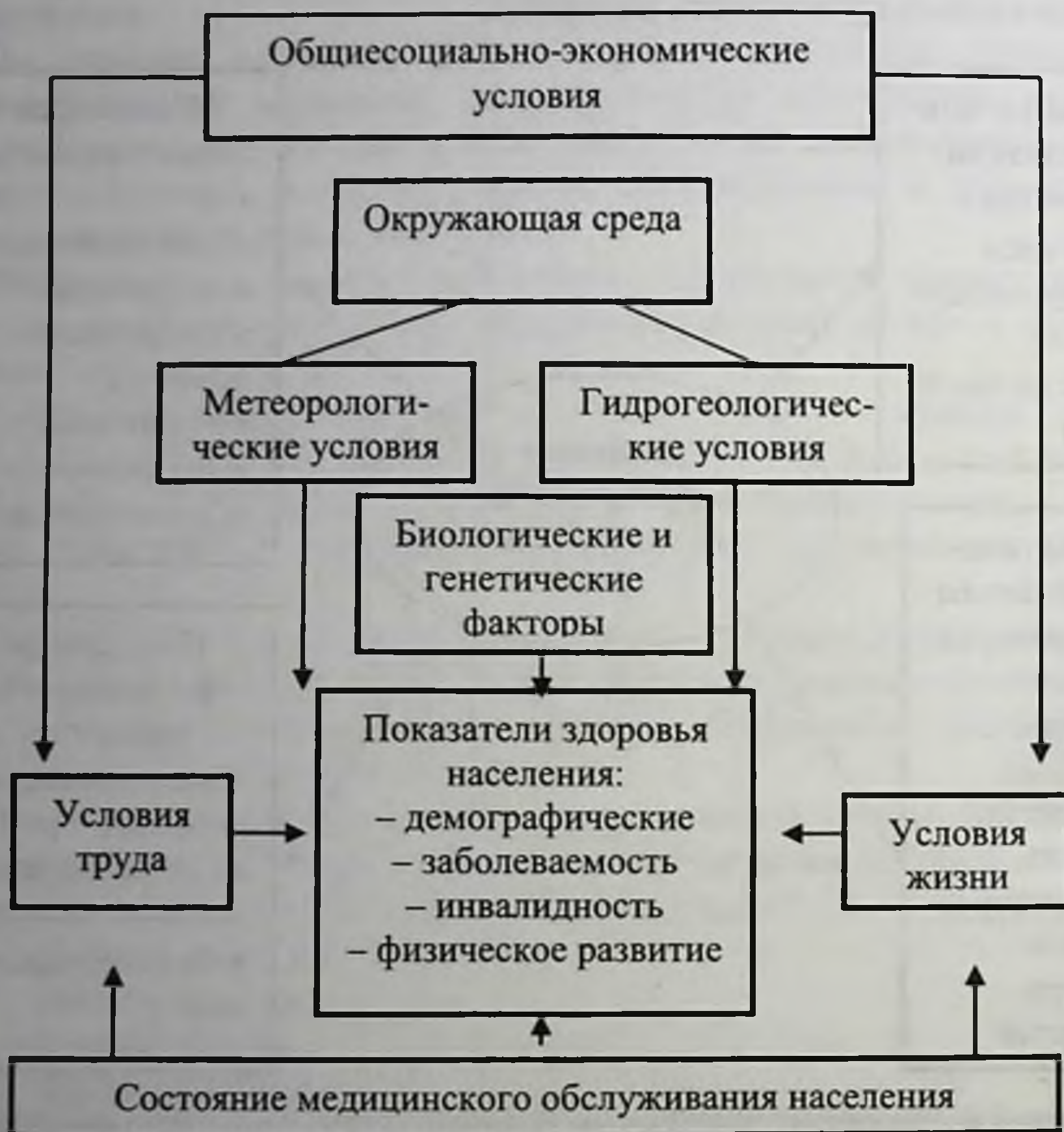


Рисунок 2.2. Медико-статистические и демографические показатели, характеризующие состояние здоровья населения.

Основной задачей медицинской (санитарной) статистики является разработка методов изучения здоровья населения, основных показателей здоровья населения в связи с социальными, биологическими факторами, внешней средой, конкретными условиями жизнедеятельности и труда. Не существует ни одной науки о гигиене, которая бы не занималась статистикой общественного здравоохранения. Именно поэтому статистике здоровья населения и методам ее изучения отводится важное место в санитарной статистике. В настоящее время во многих исследованиях осуществляется попытка комплексной оценки общественного здоровья.

Под влиянием комплексных факторов показатели здоровья населения могут резко отличаться. Эти изменения носят пространственный, временной

характер, региональные особенности, они различны у отдельных возрастных, гендерных, социальных групп населения, имеют свои закономерности распространения, иными словами, имеют свою эпидемиологию – эпидемиологические особенности.

В Древней Греции слово «*epidemia*» (эпидемия) обозначало массовое распространение инфекционных заболеваний. *Epi* – более обычного, массовый; а *demic* происходит от слова *demos* – народ. Значит, эпидемия означает широкое распространение определенных явлений среди населения. Однако до сих пор под эпидемиологией понимают закономерности возникновения и распространения инфекционных заболеваний. Поэтому подавляющее большинство опубликованных до настоящего времени книг по эпидемиологии посвящены инфекционным заболеваниям. Тем не менее во многих странах мира, особенно в развитых странах, в западной литературе под эпидемиологией (*epidemiology*) понимается изучение причини закономерностей возникновения и распространения патологических очагов с целью разработки оптимального лечения и профилактики заболеваний.

На наш взгляд, связывать эпидемиологию только спонятием патологических процессов ошибочно. Так как такой широко распространенный показатель, как рождаемость, характеризующий здоровье населения, также имеет свои определенные закономерности. Поэтому с точки зрения изучения общественного здоровья под *эпидемиологией* понимается наука, изучающая посредством методов эпидемиологического исследования физиологическое состояние или патологические процессы, причины и закономерности возникновения и распространения заболеваний.

Таким образом, эпидемиология изучает физиологическое состояние человека и влияние различных сопутствующих факторов на формирование общественного здоровья и распространенность различных заболеваний (инфекционных и неинфекционных).

В методах эпидемиологических исследований важное место занимает эпидемиологический анализ. Под *эпидемиологическим анализом* понимается совокупность методов исследования причин и закономерностей возникновения различных заболеваний (инфекционных и неинфекционных) на определенной территории, в регионе с целью предотвращения распространения определенных эпидемиологических процессов.

В различных областях здравоохранения, в крупных популяциях в зависимости от целей использования методов эпидемиологических исследований, эпидемиология делится на несколько видов: клиническая эпидемиология, эпидемиология неинфекционных заболеваний, эпидемиология инфекционных заболеваний, фармакоэпидемиология, экоэпидемиология и т. д. Остановимся на некоторых из них.

Клиническая эпидемиология – это основа доказательной медицины, в которой с целью оценки отдельно взятого состояния пациента изучаются клинические течения заболеваний с использованием четко взятых научно-исследовательских методов. Цель клинической эпидемиологии заключается в создании и применении методов клинического исследования, которые помогают сделать объективные, точные и безошибочные выводы.

Эпидемиология неинфекционных заболеваний изучает степень распространенности и происхождение заболеваний с целью снижения уровня распространенности неинфекционных заболеваний и разработки профилактических мер по снижению этих заболеваний.

Эпидемиология инфекционных заболеваний изучает степень распространенности, причины возникновения и закономерности эпидемических процессов с целью разработки профилактических мер по их предупреждению и устранению.

Эпидемиология общественного здоровья, являясь частью науки об общественном здоровье и здравоохранении, изучает закономерности распределения показателей здоровья среди различных групп населения во времени и определенной окружающей среде в зависимости от факторов внешней среды, условий и образа жизни, влияющих на них. При оценке общественного здоровья используются метод «эпидемиологии общественного здоровья» (социальная эпидемиология).

Целью общественного здравоохранения является разработка политических, экономических, медико-социальных и организационных мер, направленных на улучшение показателей общественного здоровья.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятиям «здоровье», «болезнь»?
2. При оценке состояния здоровья населения в медико-социальных исследованиях целесообразно выделять 4 уровня, перечислите их?
3. Перечислите медико-статистические показатели, характеризующие состояние здоровья населения?
4. Согласно утверждению Всемирной организации здравоохранения, здоровье людей является социальным качеством. Какие показатели рекомендуется использовать при его оценке?
5. Какие социальные условия влияют на здоровье человека?
6. Объясните влияние природных условий на здоровье человека?
7. Что такое эпидемиология и что понимается под наукой эпидемиологии с точки зрения общественного здравоохранения?
8. Что такое эпидемиологический анализ?
9. Какие типы эпидемиологических методов исследования различают в зависимости от цели использования в различных областях здравоохранения и в больших группах населения?
10. Что подразумевается под эпидемиологией общественного здравоохранения?

Глава 3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Демография (от греч. *demos* – народ, *grapho* – писать, изображать) – это наука о народонаселении и закономерностях его развития.

Демографическая статистика изучает численность, состав, рождаемость, смертность, прирост, движение населения. Демографические данные имеют важное значение при планировании обеспечения потребностей населения в медицинском обслуживании (количество постоянных больничных коек, мест в санаториях, детских садах, количество аптечных учреждений, численность должностей, штатов врачей и среднего медицинского персонала и другие). Население является объектом непосредственной оздоровительной работы для учреждений здравоохранения.

Демография состоит из двух основных частей:

Статистика населения охватывает численность, состав (пол, возраст, профессию, род занятий, семейное положение, национальность, язык, образование), место жительства, географическое положение, плотность населения в определенное время.

Динамика населения – изменение численности населения. Она, в свою очередь, делится на два вида:

а) механическое движение;

б) естественное движение (в результате рождаемости и смертности).

Учет, который осуществляется государством посредством периодически проводимых переписей населения, являются основным источником информации о статистике населения. Первая перепись населения в период царской России была проведена в 1897 году. Во времена бывшего Советского Союза перепись населения проводилась в 1920, 1926, 1936, 1959, 1970 и 1989 годах. Последняя перепись проводилась 12 января 1989 года.

Перепись населения осуществляется по принципу одномоментности (мгновенности), которая проводится в определенный день и час, в то время, когда население наименее активно, в декабре или январе зимнего сезона, и основывается на переписи всего населения. Перепись населения проводится по единой программе и плану во всех регионах страны, методом прямого опроса. Перепись обычно осуществляется раз в 10 лет, так как требует много труда, сил и средств.

Перепись населения Республики Узбекистан последний раз проводилась 12 января 1989 года, согласно переписи численность населения составила 19 миллионов 905 тысяч человек, в то время как в 1979 году она составляла 15 миллионов 391 тысячу человек, а в 1970 году – 11 миллионов 799 тысяч человек. За 20 лет население Узбекистана увеличилось на 8 миллионов 106 тысяч человек.

На 1 января 2019 года численность населения Узбекистана составила 33.254.100 человек. Среди республик Центральной Азии Узбекистан занимает

первое место по численности и плотности населения. В настоящее время мужчины составляют 50,1%, а женщины – 49,9%. Множество факторов влияет на распределение населения по полу, среди которых главным является, соотношение мальчиков и девочек: этот показатель остается постоянным в период рождения, обычно на каждые 100 девочек рождается 104-105 мальчиков, количество женщин и мужчин в младшем и среднем возрасте примерно одинаковое, а в пожилом возрасте, в результате высокой смертности среди мужчин, женщин становится больше по сравнению с мужчинами.

Большее значение имеет распределение населения по возрасту. Без данных о составе населения по возрасту, нельзя дать точную оценку показателям рождаемости, смертности и заболеваемости среди них.

В санитарной статистике редко изучаются случаи и явления, происходящие среди населения с возрастным интервалом 1 год. В целях оказания скоординированной медицинской помощи населению в зависимости от его возрастного показателя, население в возрасте до 20 лет подразделяется на следующие группы:

Таблица 3.1

**Возрастные группы населения, используемые
в санитарной статистике**

I-ая группа	II-ая группа	III-я группа
До 1 года	До 1 года	До 1 года
1 год	1 – 4 лет	1 – 14 лет
2 года	5 – 14 лет	15 – 44 лет
3 лет	15 – 24 лет	45 – 64 лет
4 лет	25 – 34 лет	65 лет и старше
5 – 9 лет	35 – 44 лет	
10 – 14 лет	45 – 54 лет	
15 – 19 лет	55 – 64 лет	
20 – 24 лет	65 – 74 лет	
25 – 29 лет	75 лет и старше	
30 – 34 лет		
35 – 39 лет		
40 – 44 лет		
45 – 49 лет		
50 – 54 лет		
55 – 59 лет		
60 – 64 лет		
65 – 69 лет		
70 – 74 лет		
75 – 79 лет		
80 – 84 лет		
85 лет и старше		

- 0 – 1 год – младенцы (дети грудного возраста)
- 1 – 2 год – ясельный возраст;
- 3 – 6 лет – дошкольный возраст;
- 7 – 10 лет – младший школьный возраст;
- 11–13 лет – средний школьный возраст;
- 14 – 17 лет – подростки;
- 18 – 19 лет – призывной возраст для военной службы.

В таблицах 3.1 и 3.2 представлены возрастные группы населения, рекомендованные для использования в санитарной статистике в Международной классификации болезней-10.

Возрастные группы для изучения ранней неонатальной смертности:

I-ая группа: до 1 часа; до 1-11 часов; до 12-23 часов; до 24-47 часов; до 48-71 часов; 72-167 часов.

II-ая группа: до 1 часа; 1-23 часов; 24-167 часов.

III-я группа: до 1 дня; от 7 до 24 дней; от 28 дней до 1 года.

Таблица 3.2.

Возрастные группы для особого изучения детской смертности в возрасте до одного года

I-ая группа	II-ая группа	III-я группа
До 24 часов	До 24 часов	До 7 дней
1 день	1 – 6 дней	7 – 24 дней
2 дня	7 – 27 дней	От 27 дней –
3 дня	От 28 дней – до 3 мес.	до 1 года
4 дня	3 – 5 месяцев	
5 дней	От 6 мес. – до 1 года	
6 дней		
7 – 13 дней		
14 – 20 дней		
21 – 27 дней		
От 28 дней до 2 мес.		
2 мес.		
3 мес.		
4 мес.		
5 мес.		
6 мес.		
7 мес.		
8 мес.		
9 мес.		
10 мес.		
11 мес.		

Для оценки демографических изменений среди населения большое значение имеет исследование с выделением возрастной группы детородного периода (15-49 лет). Чаще всего население 15-49 лет, составляет 50% от общей

численности населения. Исходя из этого, различают 3 типа возрастной структуры населения (табл.3.3).

Таблица 3.3

Распределение населения по возрастным группам

Возраст (в годах)	Состав населения (от численности всего населения, в %)		
	Прогрессивный тип	Стационарный тип	Регрессивный тип
0 – 14	30	25	20
15 – 49	50	50	50
50 и старше	20	25	30

Первым типом возрастной структуры населения считается тип, где доля детей в возрасте от 0 до 14 лет превышает долю населения в возрасте 50 лет и старше, обеспечивает дальнейшее увеличение численности населения.

Второй тип, при котором доля детей от 0 до 14 лет равна доле лиц в возрасте от 50 лет и старше, обеспечивает постоянство численности населения.

Третий тип возрастной структуры населения, в котором доля лиц в возрасте 50 лет и старше превышает долю лиц в возрасте от 0 до 14 лет, приводит к численному уменьшению населения.

Динамика (движение) населения. Изменение численности населения может происходить в результате естественного движения и механического движения (миграционные процессы). Под естественным движением населения понимается изменение численности населения на данной территории в результате основного демографического процесса рождения и смертности.

Миграция – это механическое перемещение отдельных групп людей в пределах одного государства или из одного государства в другое. Различают внутреннюю миграцию, т. е. перемещение в границах одного государства, и внешнюю – перемещение за пределы страны. Внутренняя миграция также делится на безвозвратную, т. е. со сменой постоянного места жительства и сезонную – перемещение в определенные периоды года. Миграционные процессы имеют большое социальное, гигиеническое и эпидемиологическое значение:

а) механическое движение населения приводит к увеличению численности населения на определенной территории, снижению численности населения на другой территории, изменению состава населения по возрасту, полу, профессии. Это, в свою очередь, требует пересмотра деятельности учреждений здравоохранения.

б) механическое движение населения, особенно межгосударственная миграция, приводит к возникновению инфекционных заболеваний в том или ином государстве.

Естественное движение населения. Население состоит из людей, а демографические явления состоят из характерных для людей признаков. Это означает, что, как и другие процессы, происходящие в обществе, количество наблюдаемых явлений зависит от общей численности населения. Поэтому, говоря о размере, интенсивности наблюдаемого явления, недостаточно

знать его величину в абсолютных числах. Чтобы получить более точную информацию о процессах, происходящих среди населения, необходимо сравнить эти явления со средой, в которой они происходят, то есть с численностью населения. Это требует использования количественных показателей, называемых демографическими показателями. Однако, нельзя забывать о важном моменте. Дело в том, что величина, размер демографических процессов совпадает с определенными интервалами времени. Например, в число родов могут входить роды за год или месяц. А численность населения берется на состояние конца года или начала года. Поэтому для того, чтобы иметь возможность сравнивать демографические показатели, необходимо сначала вывести среднюю численность населения. Чаще всего в качестве средней численности населения принимается половина суммы числа на начало года (1.01) и на конец года (31.12). После определения среднегодовой численности населения по району, области, городу, республике рассчитываются основные медико-демографические показатели, составляющие естественное движение населения:

$$\begin{aligned}
 & \text{численность населения на 1 января текущего года} + \\
 & \text{+ население на 31 декабря текущего года} \\
 1. \text{ Среднегодовая численность населения} &= \frac{\quad}{2} \\
 2. \text{ Состав населения (пол, возраст, профессия и др.)} &= \frac{\text{число мужчин} \cdot 100}{\text{общая численность населения}}
 \end{aligned}$$

Таким же способом определяется состав населения по другим признакам.

3. Показатель рождаемости:

$$\text{а) показатель рождаемости} = \frac{\text{число живорождений за год} \cdot 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

$$\text{б) показатель общей фертильности} = \frac{\text{число живорождений за год} \cdot 1000}{\text{среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет}}$$

$$\text{в) показатель брачной фертильности} = \frac{\text{общее число детей, родившихся живыми у женщин в браке} \cdot 1000}{\text{общая численность населения}}$$

г) Показатель рождаемости у женщин по возрасту изучается среди женщин в возрасте 15-49 лет с интервалами одного или пяти лет. Например, показатель рождаемости среди женщин в возрасте от 20 до 24 лет рассчитывается следующим образом:

$$\frac{\text{количество детей, родившихся живыми у женщин в возрасте 20-24 лет} \cdot 1000}{\text{численность женщин в возрасте 20-24 лет}}$$

4. Показатель смертности

а) 4. Показатель смертности = $\frac{\text{число умерших за год} \cdot 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$

б) показатель смертности по отдельным возрастным группам = $\frac{\text{число умерших в определённом возрасте (20-24 лет)} \cdot 1000}{\text{среднегодовая численность населения этого же возраста (20-24 лет)}}$

в) показатель смертности по определённым заболеваниям = $\frac{\text{число умерших от отдельно взятого заболевания} \cdot 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$

г) состав причин смертности = $\frac{\text{число умерших от отдельно взятого заболевания} \cdot 100}{\text{общее число умерших}}$

5. Показатель естественного прироста населения = показатель общей рождаемости – показатель общей смертности.

Данные о рождении и смертности регистрируются в отделах записи гражданского состояния сельских, районных, городских советов. Младенцы должны регистрироваться по месту постоянного проживания в течение месяца, на основании «медицинского свидетельства о рождении», выданного родильными домами после родов. Областные статистические управления готовят ежемесячные и годовые отчеты о численности родившихся, возрасте матери, национальности, порядку рождения.

Основная информация о смертности населения основана на «свидетельстве врача о смерти или перинатальной смерти», которое заполняется врачами поликлиники, больницы, патологоанатомами и врачами медицинской судебной экспертизы в случаях смерти. Областные статистические управления готовят ежемесячные и годовые отчеты о смертности населения. Нередко

в областных статистических управлениях из-за шифрования причины смерти специалистами, не имеющими медицинских знаний, допускаются некоторые неточности в получении данных об основных причинах смерти.

На наш взгляд, в целях координации деятельности областных управлений статистики и здравоохранения, правильного фиксирования причины смерти среди населения городов и сельских местностей республики и повышения достоверности ежемесячных и годовых отчетов о смерти, целесообразно ввести в областные статистические управления должность врача-статиста или статиста-среднего медицинского работника.

Смертность детей первого года жизни и её социально-гигиеническое значение. Младенческая смертность является одним из основных показателей общественного здоровья. Этот показатель выступает своеобразным барометром-индикатором, показывающим социально-экономическое развитие страны, санитарно-демографическое состояние населения, качество медицинского обслуживания, эффективность санитарно-эпидемиологической, профилактической и лечебной работы. Изучение и анализ смертности детей первого года жизни, ее причин и динамика дает необходимые данные для улучшения здоровья детей и деятельности учреждений здравоохранения.

Снижение младенческой смертности является одним из основных факторов, приводящих к снижению общей смертности населения, увеличению средней продолжительности жизни населения и повышению уровня жизни. Поэтому младенческая смертность считается одной из первоочередных социальных проблем современности.

Смертность детей первого года жизни имеет важное социально-гигиеническое значение, поскольку она в 3-4 раза превышает общие показатели смертности населения. В дальнейшем, изучая младенческую смертность (до 1 года), посредством углубленных социально-гигиенических исследований, можно добиться снижения материнской и младенческой смертностей, разработав и внедрив в жизнь комплексные целенаправленные меры по улучшению здоровья матерей и детей.

Статистические данные о смерти детей (до 1 года) основаны на своевременной регистрации смерти, врачебного свидетельства о смерти и свидетельства о рождении. Качество и точность полученных данных зависят от сотрудников медицинских учреждений и отделов статистики и их квалификации. Следует отметить, что большая роль в достижении полноты и качества статистических данных о младенческой смертности принадлежит квалификации ответственных сотрудников медицинских учреждений и отделов статистики за заполнение документов, своевременную регистрацию рождения и смерти в родильных домах, а также непосредственный анализ причин каждой смерти.

Методы расчета показателя младенческой смертности. Для расчета младенческой смертности используются отдельные показатели. Методы их расчета следующие:

Показатель младенческой смертности =

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

Этот способ рекомендуется применять в том случае, когда количество живорожденных детей в среднем совпадает в течении 2 лет (в прошлый и текущий годы).

Среди детей до 1 года, умерших в течение года, могут быть дети, рожденные в этом году, а также дети, рожденные в прошлом году. Поэтому часто для точного расчета размера смертности детей в возрасте до 1 года используют метод И.Ратса:

Показатель младенческой смертности =

$$= \frac{\text{число детей, умерших на 1-м году жизни в течении года} \cdot 1000}{\begin{aligned} &2/3 \text{ родившихся живыми в данном году} + \\ &+ 1/3 \text{ родившихся живыми в предыдущем году} \end{aligned}}$$

Таким же способом можно вычислить некоторые причины детской смертности. Например, число умерших детей от заболеваний желудочно-кишечного тракта или от пневмонии. Для этого достаточно поставить количество детей, умерших от соответствующих заболеваний, в числитель данной дроби.

Наиболее точным методом расчета показателя младенческой смертности является международный метод, предложенный Р.Беком.

$$D_0 = \frac{M_0}{N_0} + \frac{M_1(N_0 - M_0)}{(N_1 - M_2)}$$

Здесь: D_0 – показатель смертности детей в возрасте до одного года, M_0 – число умерших в текущем году из детей, родившихся в этом же календарном году, M_1 – количество умерших в текущем календарном году из детей, родившихся в прошлом году, M_2 – число умерших в прошлом году из детей, рожденных в прошлом году, N_0 – количество детей, рожденных в текущем году, N_1 – количество детей, рожденных в прошлом году.

Однако этот метод получил широкого распространения в практике здравоохранения из-за его относительной сложности и трудоемкости. Врачи обычно используют I-ый и II-ой методы.

Показатель младенческой смертности изучается в тесном контакте с показателем рождаемости в регионах (районе, городе, области) и количеством рожденных детей. Если в каком-либо районе или городе в течение года

снижается смертность детей до 1 года, то меры по предотвращению детской смертности в этом регионе нельзя считать положительными.

Если показатели сохраняются в течение нескольких лет, то есть не менее трех лет с одинаковым снижением, то можно быть уверенным в том, что этот показатель действительно снизился. Учитывая это, рекомендуется вывести показатель младенческой смертности в среднем за три года, который прост и удобен. Если известно количество рожденных и умерших детей, то вычислить это не составит труда.

Одной из основных частей анализа смертности детей в возрасте до одного года является определение показателей смертности в течение определенного периода их жизни. Это, в свою очередь, поможет разработать целенаправленные меры, направленные на раскрытие конкретных причин смерти детей (до 1 года) и их снижение.

Для этого необходимо использовать требования и стандарты для регистрации смерти мертворожденных перинатальных, неонатальных и младенческих смертей.

Для того чтобы рассчитать показатель смертности детей в возрасте до одного года отдельно по месяцам, необходимо составить таблицу смерти (жизни).

Существуют различные способы составления таблицы жизни (смерти) на период от рождения до достижения возраста одного года. Чаще всего используется метод последовательного наблюдения за детьми, родившимися в определенный год (когорту). Для этого необходимо отследить сроки жизни детей в когорте в течение двух промежуточных лет, так как ребенок, рожденный в декабре этого года, достигнет возраста одного года в декабре следующего года. Для составления графика проживания определенного поколения используется двухлетняя форма 4 статистических управлений.

Таблица жизни (смерти) детей в возрасте до одного года позволяет рассчитать показатели их смертности за любые месяцы. Расчеты при составлении таблицы смерти конкретного поколения в возрасте одного года производятся путем наблюдения за поколением, рожденным в календарном году, в течение 2 лет – в текущем и в следующем году, иными словами, все эти дети до достижения возраста одного года (таблица 3.4).

1. Все расчеты основаны на количестве детей, рожденных в течение года. Например, в городе Ташкенте в 2008 году родилось 42069 детей. Затем, с учетом количества умерших по месяцам детей, зарегистрированных в органах ЗАГС, и представленных в форме отчета 4-а, и вычисляется повозрастные показатели смертности.

1) Вероятность смерти в определенном возрасте (q)

$$q_1 = \frac{\text{количество умерших детей в когорте на первом месяце жизни}}{\text{число детей, родившихся живыми}} =$$
$$= \frac{555}{42069} = 0,01319;$$

$$q_2 = \frac{\text{число умерших детей на втором месяце жизни}}{\text{количество детей, доживших до 1 месяца из числа родившихся в том же году}} =$$
$$= \frac{57}{41514} = 0,00137$$

2) Количество детей, доживших до следующего возрастного интервала:

а) Количество детей, проживших до 3 месяцев, родившихся в этом году в когорте, = количество проживших до 2-х месяцев — количество детей, умерших в течение 2-х месяцев жизни (на третьем месяце) = 41457 — 18 = 41439

б) Количество проживших до 3 месяцев = количество проживших до 2-х месяцев · вероятность дожития более 2-х месяцев = 41457 Ч 0,99957 = 99957

3) Вероятность жизни до определенного возраста и прожития в следующем возрасте:

$$P_x = 1 - q_x; P_1 = L_1 - q_1; R_1 = 1 - 0,00137 = 0,99863$$

4) Вероятность прожития до определенного возраста из 100000 родившихся детей:

$$L_1 = \text{до 1 мес.} = L_0 \cdot R_0 = 100.000 \cdot 0,98681 = 98681$$

$$L_3 = \text{до 5 мес.} = L_2 \cdot R_2 = 98457 \cdot 0,99957 = 98415$$

5) Показатель детской смертности в каждом возрастесqx · 1000

$$\text{на 2-ом месяце} = 0,00137 \cdot 1000 = 1,37\text{‰}$$

$$\text{на 12-ом месяце} = 0,00017 \cdot 1000 = 0,17\text{‰}$$

Таблица смертности (дожития) конкретного поколения детей первого года жизни (числа условные)

Возраст детей (месяцы)	Живорожденные и прожившие определенный возраст	умерших в определенном возрастном диапазоне	Вероятность смерти в определенном возрасте	Вероятность жизни до определенного возраста и прожития в следующем возрасте	Вероятность прожития до определенного возраста из 100000 родившихся детей l_{ix}	Смерть годовалых детей (в месяцах)
x	x_1	d_x	$q_x = d_x/x_1$	$P_x = 1 - q_x$	L_x	$q_x * 1000$
до 1 мес.	42069	555	0,01319	0,98681	100 000	13,2
1-2 мес.	41514	57	0,00137	0,99863	98681	1,37
2-3 мес.	41457	18	0,00043	0,99957	98545	0,43
3-4 мес.	41439	19	0,00046	0,99954	98502	0,46
4-5 мес.	41420	18	0,00043	0,99957	98457	0,43
5-6 мес.	41402	14	0,00034	0,99966	98415	0,34
5-6 мес.	41388	12	0,00029	0,99971	98381	0,29
7-8 мес.	41376	12	0,00029	0,99971	98353	0,29
8-9 мес.	41364	16	0,00039	0,99961	98324	0,39
9-10мес.	41348	11	0,00027	0,99973	98286	0,27
10-11мес.	41337	2	0,00005	0,99995	98260	0,05
11-12 мес.	41335	7	0,00017	0,99983	98255	0,17
	41328	741				17,6

Показатель смертности определенного поколения в течении одного года жизни (коэффициент младенческой смертности):

$$100.000 - 98239 \times 1000 : 100 000 = 17,6\%$$

Можно составить таблицу показателей смертности детей в возрасте до одного года с их коэффициентами в каждом возрастном диапазоне, сопоставить их, оценить разницу между ними и, соответственно, разработать конкретные целенаправленные меры по снижению младенческой смертности. Также можно использовать косвенный метод для составления таблицы показателей смертности.

Этот метод гораздо проще, чем прямой метод, в котором нет необходимости наблюдать детей, родившихся в определенной когорте, в течение 2-х лет. А напротив младенческая смертность всех возрастов изучается в календарном году, и показатель их смертности условно переносится на сумму новорожденных. При этом смертность в разных возрастах принимается равной тому же календарному году, формируется ряд жизни по сравнению с 100000 условно взятых детей. Это, в свою очередь, упрощает использование формы 4-а календарного года, подсчет и составление таблицы.

Метод составления таблицы показателей смертности в основном используется в научных исследованиях для определения различных факторов, влияющих на смертность детей (недоношенность, месяц рождения ребенка, национальность, смертность городских и сельских детей).

Следует учитывать ежемесячные размеры детской смертности в возрасте до одного года и наличие детей, родившихся в этом месяце, а также детей, умерших в текущем месяце (до 1 года). При этом к прошлым месяцам могут входить предыдущие 12 месяцев. Поэтому неверно рассматривать месячную младенческую смертность как отношение детей, умерших в текущем месяце, к детям, родившимся в этом месяце, и рассчитывать это таким образом.

Месячный показатель младенческой смертности =

$$= \frac{\text{количество умерших детей (до 1 года) в текущем году} \cdot 1000}{\text{среднее количество детей, рожденных в этом же месяце и за прошедшие 12 месяцев}}$$

Приведенная таблицы составляется в начале года и используется в течение года. В первом столбце указывается название месяцев, во втором столбце указывается количество детей, родившихся в соответствующие месяцы прошлого года, в которых составлена таблица, и их общее количество. Расчеты выполняются с использованием специальной таблицы (таблица 3.5).

В начале февраля в столбце 3 записываются дети, рожденные в январе, а в столбце 6 записываются дети, умершие в январе (до 1 года), и за январь рассчитывается показатель детской смертности в возрасте до 1 года.

Расчет показателя за январь:

1. Число детей, родившихся в январе текущего года и за 12 месяцев прошлого года:

$$38754 + 3234 = 41988 \quad (\text{столбец 4})$$

2. Среднее число родившихся в январе:

$$41988 : 13 = 3229 \quad (\text{столбец 5})$$

**Методика вычисления размеров младенческой смертности
по месяцам календарного года (числа условные)**

Месяц	Количество родившихся		Число родившихся в 13 месяце	Среднемесячное число родившихся	Среднее число умерших детей в текущем году 2008	Показатель детской смертности в возрасте до одного года
	Количество родившихся	Текущий год 2008				
1	2	3	4	5	6	7
январь	2931	3234	41988	3230	68	21,05
февраль	2558	2855	41912	3224	48	14,89
март	3090	3380	42734	3287	60	18,25
апрель	3082	3240	42884	3299	70	21,22
май	3375	3594	43396	3338	75	22,47
июнь	3571	3457	43478	3344	81	24,22
июль	3494	4308	44215	3401	76	22,35
август	3590	3956	44677	3437	50	14,55
сентябрь	3502	3887	44974	3460	57	16,48
октябрь	3374	3513	44985	3460	58	16,76
ноябрь	3044	3332	44943	3457	55	15,91
декабрь	3143	3313	45212	3478	43	12,36
	38754	42069			741	17,61

3. Показатель детской смертности в возрасте до 1 года за январь:

$$\frac{68 \cdot 1000}{3229} = 21,05\text{‰} \text{ (столбец 7).}$$

Чтобы найти среднее число родившихся в феврале этого года, из числа детей, родившихся за предыдущие 13 месяцев (41988) вычитается число родившихся в январе прошлого года (2931), а затем добавляется число родившихся в феврале этого года (2855), в результате получается число родившихся за 13 месяцев для февраля. Поделив полученный результат на 13, можно найти среднее число родившихся в феврале: $41912:13=3224$. Размер детской смертности в возрасте до одного года за февраль этого года:

$$\frac{48 \cdot 1000}{3224} = 14,89\text{‰}$$

Таким же способом вычисляется среднее ежемесячное число рожденных и ежемесячные размеры детской смертности в возрасте до 1 года за март и другие месяцы текущего года. Из-за малого числа рождений и смертей

расчет смертности детей в возрасте до 1 года в разные месяцы года не осуществляется по районам.

Для определения закономерностей смерти детей в возрасте до одного года ее необходимо сравнить с показателями в определенных областях, Республике и других государствах. Смерть годовалых детей во многом зависит от степени рождаемости. Там, где высокая рождаемость, естественно, там выше и смертность, особенно у детей в возрасте до одного года.

Следующие определения были приняты Всемирной ассамблеей здравоохранения в соответствии с статистическими показателями, подготовленными для международных сравнительных исследований:

Живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделена ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный.

Мертворождением является смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности. На смерть указывает отсутствие у плода после такого отделения дыхания или любых других признаков жизни, таких, как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры.

Массой при рождении считается результат первого взвешивания плода или новорожденного, зарегистрированный после рождения.

Эта масса должна быть установлена предпочтительно в течение первого часа жизни до того, как в постнатальном периоде произойдет значительная потеря массы. В статистике не допускается группировка по массе тела с применением интервала 500 г при рождении плода. Точный вес плода должен быть записан именно так, как он был измерен.

Масса тела плода «низкая», «очень низкая» и «экстремально низкая» не являются взаимоисключающими категориями. Они частично совместимы друг с другом; понятие «низкая» масса тела включает в себя понятия «очень низкая» масса тела и «экстремально низкая» масса тела, а понятие «очень низкая» масса тела включает понятие «экстремально низкая» масса тела. На основании результата первого взвешивания выделяют следующие категории детей:

ребенок с низкой массой тела, имеющий при рождении массу тела менее 2500г (до 2499 г);

ребенок с очень низкой массой тела, имеющий при рождении массу тела менее 1500г (до 1499 г);

ребенок с экстремально низкой массой, имеющий при рождении массу тела менее 1000г (до 999 г).

Срок беременности исчисляется с первого дня последней менструации. Продолжительность беременности устанавливается в полные дни или

полные недели (например, происходящие между полными 280-ым и 286-ым днями после начала последней нормальной менструации, считаются происходящими в 40-й неделе беременности).

Продолжительность беременности, рассчитываемая на последнюю нормальную дату менструации, часто является источником статистических ошибок. Чтобы не ошибиться, следует иметь в виду, что первый день следует оценивать как 0-й, а не 1-й день. 0-6 дней – это «полная нулевая неделя», 7-13 дней – «полная первая неделя», и соответственно 40-я неделя беременности является синонимом понятия «полные 39 недель». Если дата последней нормальной менструации неизвестна, необходимо определить срок беременности, опираясь на самые достоверные клинические данные. Во избежание недоразумений, в результате расчетов по статистическим таблицам следует назначать как недели, так и дни.

Преждевременными родами принято считать роды, наступившие при сроке беременности до 37 недель.

Доношенный ребенок – родившийся при сроке беременности от 37 до 42 недель беременности (более 294 дней).

Перинатальный период – начинается с 22 полных недель беременности (154 дня) и завершается на 7-й полный день после родов.

Неонатальный период – начинается от момента рождения и заканчивается через 28 полных дней после рождения.

Неонатальная смертность (смерть живорожденного в первые 28 дней жизни), ранняя неонатальная смерть, то есть смерть в течение первых 7 дней жизни, поздняя неонатальная смерть, то есть смерть в период от 7 полных дней до 28 полных дней жизни.

В записи о времени смерти ребенка в первые сутки жизни (0 дней) должна быть четко указана продолжительность жизни (полный час или минута). Если смерть ребенка наступила на второй день, на третий день (2-й день) и на оставшиеся 27 полных дней, то возраст ребенка устанавливается в днях.

Критерии записи данных. Юридические требования, предъявляемые к записи о мертворождениях и живых родах, могут быть разными между странами, даже внутри страны. Учреждения здравоохранения осуществляют регистрацию в медицинской документации всех родившихся живыми и мертвыми, имеющих массу тела при рождении 500 г и более, независимо от наличия признаков жизни. Если на момент родов масса тела неизвестна, то следует применять соответствующие критерии определения срока беременности (22 полных недели), или можно ориентироваться на длину тела (25 см от вершины черепа до пятки). Для ответа на вопрос о том, произошло ли это явление в перинатальном периоде, критерии следует применять в следующем порядке: 1) вес плода при рождении, 2) срок беременности, 3) длина плода от вершины черепа до пятки. В национальной статистике рекомендуется регистрировать плод и новорожденного весом от 500 г до 1000 г, поскольку эти данные имеют самостоятельное значение, кроме того, увеличивают полноту данных о плодах и младенцах, рожденных весом от 1000 г и более.

В отчете по статистике следует указывать как можно отдельно числа случаев мертворождений, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности, смертности в результате врожденных дефектов, как для живорожденных и мертворожденных, так и отдельно для групп с массой тела при рождении 500-999 г и 1000 г и более. Случаи смерти в результате врожденных аномалий следует отметить отдельно для раннего неонатального и позднего неонатального периодов. Такая информация позволяет получать статистические данные о перинатальной и неонатальной смерти с учетом случаев смерти, возникших в результате врожденных аномалий или без них.

В публикуемых коэффициентах всегда должен быть указан знаменатель показателей, то есть число живорожденных или общее число родов (живорождения + мертворождения). Странам рекомендуется предоставлять нижеперечисленные коэффициенты и показатели, или же сбор данных должен указываться в соответствии с имеющимися возможностями системы.

$$\text{Коэффициент перинатальной смертности} = \frac{\text{число мертворожденных} \cdot 1000}{\text{число живорожденных}}$$

$$\text{Коэффициент мертворождаемости} = \frac{\text{число мертворожденных} \cdot 1000}{\text{число всех родившихся живыми и мёртвыми}}$$

Коэффициент мертворождения с учетом веса тела =

$$= \frac{\text{число мертворожденных с массой тела} \\ 1000 \text{ г и более} \cdot 1000}{\text{число всех родившихся живыми и мёртвыми} \\ \text{массой тела } 1000 \text{ г и более}}$$

Коэффициент ранней неонатальной смертности =

$$= \frac{\text{количество детей, умерших в ранний} \\ \text{неонатальный период} \cdot 1000}{\text{число родившихся живыми}}$$

Показатель ранней неонатальной смертности с учетом веса тела =

$$= \frac{\text{число умерших в ранний неонатальный период} \\ \text{с массой тела } 1000 \text{ г и более} \cdot 1000}{\text{число детей, родившихся живыми и мёртвыми} \\ \text{массой тела } 1000 \text{ г и более}}$$

Коэффициент перинатальной смертности =

$$= \frac{\text{мёртворождённые} + \text{умершие в ранний неонатальный период}}{\text{число детей, родившихся живыми}}$$

Показатель перинатальной смертности =

$$= \frac{\text{число мёртворождённых} + \text{число умерших в раннем неонатальном периоде}}{\text{число родившихся живыми и мёртвыми}}$$

Показатель перинатальной смертности включает число случаев смерти плодов с массой тела не менее 500 г (если масса тела при рождении неизвестна, рождение при сроке беременности от 22 полных недель, или с длиной тела 25 см и более от вершины черепа до пяток) плюс число умерших в раннем неонатальном периоде на 1000 всех родившихся. Этот показатель не может быть обязательно равен сумме показателей мёртворождаемости и ранней неонатальной смертности, так как они имеют разные знаменатели.

Показатель перинатальной смертности с учетом массы тел =

$$= \frac{\text{число детей, родившихся мёртвыми с массой тела 1000 г и более} + \text{число умерших в ранний неонатальный период с массой тела 1000 г и более} \cdot 1000}{\text{число родившихся живыми и мёртвыми с массой тела 1000 г и более}}$$

$$\text{Показатель неонатальной смертности} = \frac{\text{число умерших в неонатальном периоде} \cdot 1000}{\text{число родившихся живыми}}$$

Показатель неонатальной смертности с учетом масса тела =

$$= \frac{\text{число родившихся с массой тела 1000 г и более} + \text{число умерших в неонатальном периоде} \cdot 1000}{\text{число родившихся живыми с массой тела 1000 г и более}}$$

Показатель младенческой смертности с учетом масса тела =

$$= \frac{\text{число детей, умерших среди живорожденных с массой тела 1000 г и более} \cdot 1000}{\text{число детей, родившихся живыми с массой тела 1000 г и более}}$$

Освещение информации о причинах перинатальной смерти

Для статистики перинатальной смертности, извлекаемой из свидетельства, форма которого рекомендована для этой цели, дает полномасштабный анализ по множественным причинам всех указанных состояний. Там, где такой анализ неосуществим, следует как минимум провести анализ основного заболевания или состояния плода или новорожденного (раздел свидетельства о перинатальной смерти) и основного состояния матери, оказавшего влияние на плод или новорожденного (раздел "С"). Если необходимо выбрать лишь одно состояние (например, когда нужно включить случаи смерти в раннем неонатальном периоде в таблицу анализа по единичной причине случаев смерти во всех возрастных группах), следует выбрать основное заболевание или состояние плода или новорожденного.

Группировка по массе тела при рождении для статистики перинатальной смертности: по весовым интервалам в 500 г, т.е. 1000-1499 г и т.д.

Группировка по сроку беременности для статистики перинатальной смертности:

- До 28 недель (196 дней),
- 28-31 недели (196-223 дня);
- 32-36 недели (224-258 дней);
- 37-41 недели (259-293 дня);
- 42 недели и более (294 дня и более).

Материнская смертность определяется как обусловленная беременностью, независимо от продолжительности и локализации, смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Под поздней материнской смертностью подразумевается смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившей в период, превышающий 42 дня после родов, но менее, чем через год после родов.

Случаи материнской смертности подразделяют на две группы:

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

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

Смерти женщин, наступившей позже 42 дней после прекращения беременности от причин, непосредственно связанных с нею и особенно косвенно связанных с беременностью (гнойно-септические осложнения после проведения интенсивной терапии, декомпенсация сердечно-сосудистой па-

тологии и т. д.). Учет этих случаев и анализ причин смерти позволяет разработать систему мер по их предупреждению. В этой связи 43-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1990 г. приняла рекомендацию, в соответствии с которой страны должны рассмотреть вопрос о включении в свидетельство о смерти пунктов, касающихся текущей беременности и беременности в течение года, предшествующей смерти.

Международный расчет. В целях проведения международных расчетов материнской смертности, в расчет различных коэффициентов и показателей следует включать только случаи материнской смертности, произошедшей до 42 дней после родов, но запись смерти поздней матери полезна для аналитических целей на национальном уровне.

Применяемые для расчета материнской смертности знаменатели следует устанавливать либо в виде числа живорожденных, либо в виде общего числа родившихся (живорожденных + мертворожденных).

Показатель материнской смертности выражается как соотношение числа случаев смерти матерей от прямых и косвенных причин помноженный на k (где k может быть выражено числами 1000, 10000, 100 000) к числу живорожденных. Таким образом, коэффициент и показатели материнской смертности могут быть выражены следующим образом.

$$\begin{aligned} & \text{Показатель материнской смертности} = \\ & \frac{\text{число умерших матерей (по непосредственным} \\ & \quad \text{или косвенным причинам)} \cdot k}{\text{число живорожденных}} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{Коэффициент материнской смертности,} \\ & \text{непосредственно связанной с акушерскими причинами} = \\ & \frac{\text{смерть, непосредственно связанная с} \\ & \quad \text{акушерскими причинами} \cdot k}{\text{число живорожденных}} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{Коэффициент материнской смертности, связанной с} \\ & \text{беременностью и живорождением} = \\ & \frac{\text{смерть, связанная с беременностью} \cdot k}{\text{число живорожденных}} \end{aligned}$$

Узбекистан – независимое суверенитетное государство, расположенное в центре центральноазиатских стран, расположенное в регионе между двумя основными реками - Амударья и Сырдарья. Площадь территории Узбекистана составляет 448,9 тыс. кв. км.

По административно–территориальному составу страна подразделяется на 12 административных регионов (областей) и Республику Каракалпакстан. Столица Узбекистана – город Ташкент является самостоятельной административно-территориальной единицей.

Население Узбекистана на 1 января 2022 года составило 35.271.300 человек, из них сельского населения – 17 млн. 338 тыс. человек (49,5%) (Таблица 3.6). На протяжении последних лет наблюдается устойчивый рост численности населения. Средняя плотность населения Узбекистана составила 78,6 человека на 1 км². Плотность населения по территории республики неравномерна. Такое неравномерное расположение населения зависит от природно-географических особенностей регионов республики. Самые высокие показатели плотности населения характерны для равнинных, долинных и промышленно развитых регионов. К таким регионам относятся Андижанская область, в которой плотность населения на каждый квадратный километр составляет свыше 756,2 человека, Ферганская область – 576,5 человек и Наманганская область – 394,0 человека. Вместе с тем, в Навоийской области и Республике Каракалпакстан, расположенных в пустынных зонах, плотность населения значительно ниже, и составляет соответственно 9,3 и 11,7 человека на 1 кв км. (2022). В результате проводимых мер по улучшению демографической ситуации в Республике Узбекистан произошло снижение показателя рождаемости на 1000 человек с 34,5 в 1991 году до 25,9 в 2021 году.

В последние годы наблюдается снижение общей смертности на 3-5%. Если в 2000 году этот показатель составлял 7,0 (на 1000 населения), то в 2021 году он был равен 5,0. Узбекистан относится к странам с достаточно высокими показателями естественного роста населения. Среднегодовой прирост населения страны составляет 1,0-1,5%, за последние три десятилетия численность населения Узбекистана увеличилась более чем на 60%, что в абсолютном размере составило свыше 13 млн. человек.

По оценкам демографов и статистов, если естественный прирост населения сохранится в нынешнем размере, то к 2040 году население Узбекистана составит 50 миллионов человек.

Высокий показатель естественного роста, считается положительным, когда существует низкий общий показатель смертности и младенческой смертности. Снижение естественного прироста населения во всех случаях свидетельствует о выраженных неблагоприятных явлениях развития общества.

Исходя из вышеизложенного, естественный процесс роста населения Узбекистана можно охарактеризовать как позитивный, так как этот процесс протекает на основе низких показателей общей смертности.

**Численность и плотность населения республики (по состоянию
на 1 января 2022 года)**

Регионы	Численность населения	Плотность населения (1 кв/км)
Республика Узбекистан	35271300	78,6
АР Каракалпакстан	1948500	11,7
Андижанская область	3253500	756,2
Бухарская область	1976800	49,2
Джизакская область	1443400	68,1
Кашкадарьинская область	3408300	119,3
Навоийская область	1033900	9,3
Наманганская область	2931100	394,0
Самаркандская область	4031300	240,3
Сурхандарьинская область	2743200	136,5
Сырдарьинская область	878600	205,5
Ташкентская область	2939700	194,3
Ферганская область	3896400	576,5
Хорезмская область	1924200	317,9
Город Ташкент	2862400	6 379,1

Показатель материнской смертности зависит не только от социально-экономических факторов страны, но и от традиций и обычаев общества. В целом, уровень материнской смертности в Республике Узбекистан за период с 1991 по 2021 год снизился более чем в 4,5 раза, то есть с 65,3 до 14,4 (на 100000 живорожденных) (рис.1). А младенческая смертность снизилась с 34,6 до 9,2 (на 1000 живорожденных), то есть в 3,8 раза (рис.1).

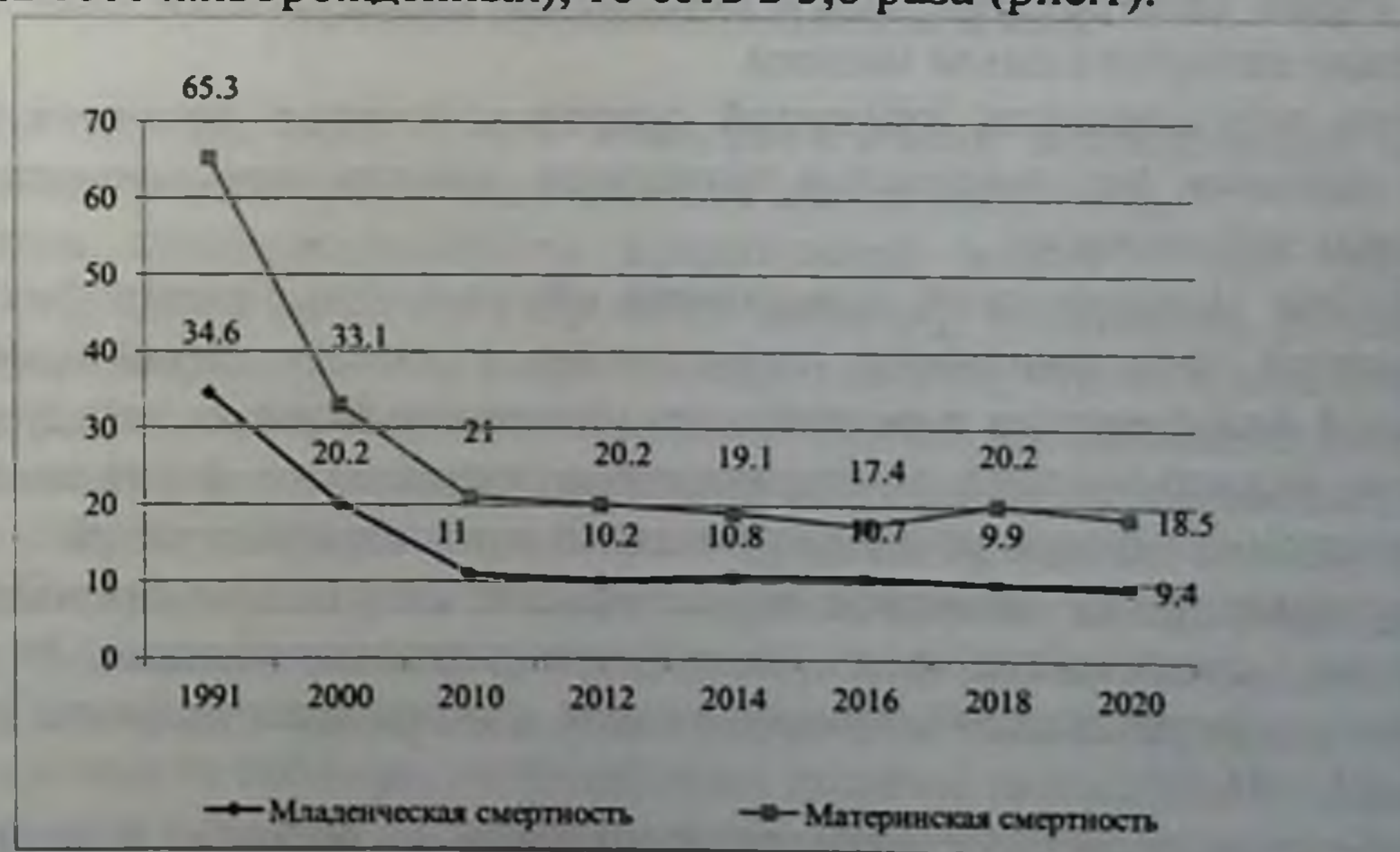


Рисунок 1. Динамика материнской и младенческой смертности в Республике Узбекистан (на 100 тыс. живорожденных)

Основные причины материнской смертности: внутреннее кровотечение, токсикоз, септические осложнения и экстрагенитальные заболевания. Профилактика и снижение материнской смертности являются основной задачей системы здравоохранения.

В этой связи Министерством здравоохранения Республики Узбекистан разработан ряд мер, направленных на профилактику заболеваний и смерти матерей. Они состоят из:

- улучшение способов предоставления всех услуг и информации о репродуктивном здоровье для семей и всех нуждающихся в этом;
- расширение охвата всех женщин репродуктивного возраста медицинскими осмотрами и создание эффективной службы лечения;
- улучшение акушерско-гинекологического обслуживания;
- реализация мер по улучшению материально-технической базы районных больниц и квалификации врачей;
- усиление пропаганды путем привлечения общественных организаций, издательств, радио и телевидения, усиление информированности населения о безопасных методах контрацепции.

Значительное снижение материнской смертности за последние десять лет, безусловно, является результатом программ, внедренных в масштабах страны.

Наряду со смертностью матерей, смертность детей в возрасте до 1 года (младенческая смертность) является важным показателем социально-экономического развития государства и медико-биологического благополучия населения. В определении качества деятельности системы здравоохранения важную роль играют показатели младенческой смертности.

В 2018 году младенческая смертность в Узбекистане составила 9,9 на 1000 живорожденных. Это в 1,5-2 раза выше показателя развитых стран (например, в Германии этот показатель равен 4, в Великобритании—5). Однако среди стран Центральной Азии показатель младенческой смертности в Узбекистане является самым низким.

До сих пор основной причиной смерти младенцев остаются болезни органов дыхания, перинатальная патология, врожденные аномалии и инфекционные заболевания.

Снижение младенческой смертности обусловлено такими факторами, как снижение заболеваемости, приводящее к смерти детей, улучшение показателей рождаемости в республике, удлинение периода между родами, увеличение использования контрацептивов женщинами фертильного возраста и снижение случаев рождения больных и ослабленных детей.

В последние годы снижение младенческой смертности произошло из-за снижения рождаемости среди молодых и пожилых женщин. У женщин оптимального фертильного возраста, то есть доля родов в возрасте 20-30 лет составил 82,0-85,0%.

В Узбекистане знания женщин о средствах и методах контрацепции можно оценить как высокие, независимо от их возраста, образования и национальности. Многие женщины получают средств контрацепции за счет

государственного сектора: стационары, женские консультации, поликлиники и аптеки.

Положительное отношение женщины фертильного возраста к применению противозачаточных средств определяют следующие факторы:

- желание отсрочить рождение ребенка на более длительный период времени;
- желание ограничиться двумя или тремя детьми;
- желание прекратить родовую деятельность при наличии в семье нескольких детей.

Основным результатом работы по репродуктивному здоровью семьи является снижение показателей материнской и детской смертности.

В Республике Узбекистан забота о здоровье ребенка начинается до его рождения. В целях обеспечения рождения здорового ребенка в каждой семье большое внимание уделяется укреплению здоровья будущих матерей и девочек-подростков. При этом особое внимание уделяется мерам, направленным на предупреждение ранних браков, сознательный контроль за рождением ребенка в семье, вовлечение мужчин в вопросы репродуктивного здоровья, гармоничное демографическое развитие семьи и улучшение ее медико-биологического состояния. В результате проводимой медико-организационной и пропагандистской работы среди населения с широкими кругами общественности и религиозными организациями, властями и органами местного самоуправления республики отмечается регистрация браков раннего возраста и между родственниками, снижение рождаемости среди женщин старшего возраста, продлевается период между каждыми родами.

Все это отразилось на улучшении здоровья женщин репродуктивного возраста, что, в целом, привело к снижению показателей материнской и младенческой смертности в целом по стране и в ее регионах.

Средняя продолжительность жизни

Одной из основных задач демографических исследований является определение средней продолжительности жизни населения.

Средняя продолжительность предстоящей жизни – это число лет, которое в среднем предстоит прожить данному поколению родившемуся (сверстникам определенного возраста) при условии, что на протяжении всей последующей жизни в каждой возрастной группе коэффициент смертности будет таким же, каким он был у населения этого возраста в годы составления таблицы смертности. Для определения средней продолжительности жизни (e_x) необходимо составить таблицу смертности (иногда она носит название таблица продолжительности жизни), которая является одним из основных способов анализа смертности в демографии. Таблицей продолжительности жизни называется таблица, состоящая из системы показателей, неразрывно связанных друг с другом и указывающих на снижение численности населения, исходя из полученных в текущем году показателей смертности в отдельных возрастных группах.

Таблица смертности, в регионах, в городах и селах с населением не менее 100000 человек, отдельно для мужчин и женщин. Обычно такие таблицы составляются государством в зависимости от периода регистрации населения, в результате поэтапного получения данных и расчетов определяется показатель средней продолжительности жизни и он является одним из основных показателей здоровья населения. Поэтому таблица смертности является одной из самых важных демографических таблиц. Неслучайно, что таблица смертности на английском называется таблицей жизни (life tables), поскольку это не только модель смертности, но и модель движения поколений.

Таблица смертности не только показывает показатель смертности в разных возрастных группах, но и показывает среднюю продолжительность жизни по каждому периоду. В основном таблица смертности состоит из числа лиц, живущих до определенного возраста (l_x), вероятности смерти (q_x) и средней продолжительности жизни (e_x) (таблица 3.7). Для составления таблицы смертности необходима информация о численности населения по отдельным возрастам, полученная в результате переписи населения, и о количестве умерших в том же возрасте в течение двух лет. Полная таблица смертности включает в себя все показатели в возрасте от 0 до 100 лет с интервалом не более одного года.

В сокращенной таблице смертности все показатели рассчитываются по возрастным группам с интервалами 5 или 10 лет (кроме детей в возрасте до 5 лет).

Составление таблицы смертности и расчет первичных данных для жителей республики, области, города можно провести по схеме, приведенной в таблице 3.7.

1. Для составления таблицы смертности, необходимо сначала рассчитать показатель смертности, соответствующий каждому возрастному диапазону:

$$m_x = \frac{\text{среднее число умерших в определенном возрасте (в течение двух лет)}}{\text{численность населения в том же возрасте (по переписи населения)}}$$

$$m_{x+n} = \frac{\text{среднее число умерших в возрасте } X_n}{\text{численность населения в возрасте } X_n \text{ (по переписи населения)}}$$

здесь и в следующей формуле n — указывает интервал между возрастом (обычно он может быть 1 год, 5 лет).

2. За основу при составлении графика смертности берется не показатель смертности, найденный для каждого возраста, а вероятность смерти в том же возрасте, которая рассчитывается по следующим формулам:

$$q_x = \frac{2 \cdot m_x \cdot n}{2 + m_x \cdot n} \quad \text{или} \quad q_x = \frac{d_x}{l_x} .$$

Таблица продолжительности жизни(числа условные)

Возраст, лет	Показатели смертности по возрасту m_x	Число проживающих l_x	Число умерших d_x	Вероятность смерти q_x	Вероятность проживания P_x	Число проживающих их L_x	Количество человеко-лет ожидаемой продолжительности жизни T_x	Средняя продолжительность ожидаемой жизни e_x
0	0,00525	100000,0	2112,6	0,02113	0,97887	98415,5	7199456,0	71,99
1	0,00525	97887,4	48,8	0,00491	0,99509	390587,9	7101041,0	72,54
5	0,00053	97406,6	257,6	0,00264	0,99736	486388,8	610454,0	68,89
10	0,00037	97147,9	177,6	0,00183	0,99817	485300,8	6224066,0	64,07
15	0,00068	96971,4	327,6	0,00338	0,99662	484037,9	5738766,0	59,18
20	0,00093	96643,8	45,6	0,00466	0,99534	482092,6	5254729,0	54,37
25	0,00123	96193,3	587,8	0,00611	0,99389	479496,7	4772637,0	49,62
30	0,00165	95605,4	787,8	0,00824	0,99176	476057,8	4293141,0	44,90
35	0,00248	94817,7	1167,7	0,01232	0,98768	471169,2	3817084,0	40,26
40	0,00311	93650,0	1446,9	0,01545	0,98455	464632,6	3345915,0	35,73
45	0,00534	92203,1	2429,9	0,02635	0,97365	454940,6	2881283,0	31,25
50	0,00724	89773,2	3191,1	0,03555	0,96445	440888,3	2426343,0	27,03
55	0,01064	86582,1	1487,8	0,05183	0,94817	421691,1	1985455,0	22,93
60	0,01622	82094,3	6393,4	0,07788	0,92212	394487,9	1563764,0	19,05
65	0,02485	75700,9	8843,9	0,11683	0,88317	356394,5	1169277,0	15,35
70	0,04088	66856,9	12358,6	0,18485	0,81515	303388,1	812882,9	12,16
75	0,06784	54498,4	15678,0	0,28768	0,71232	233296,7	509494,8	9,35
80	0,14055	38820,4	3882,4	1,00000	0,0	276198,1	276198,1	7,11

3. Вероятность проживания определенного возраста и достижения следующего возраста можно найти по формуле:

$$P_x = l_x - q_x \quad \text{уокі} \quad P_{x/n} = l_x - q_{x/n}.$$

Основанием для составления таблицы смертности принято считать число родившихся в целых числах (1000000), а затем умножить его на число проживающих до следующего определенного возраста ($l_{x/n}$):

$$l_{x/n} = l_x \cdot P_x.$$

Определить его можно по-разному, то есть путем вычитания числа умерших в том же возрасте из числа проживающих в том же возрасте:

$$l_{x/n} = l_x - d_x.$$

Число умерших в этом же возрастном интервале можно найти по формуле:

$$d_x = l_x \cdot q_x; \quad d_x = l_x - l_{x/n}$$

5. Число проживающих в определенном возрасте, или численность постоянного населения, для младших возрастных групп, принимается как среднее число проживающих в возрастном диапазоне или, точнее, при расчете для интервала от 1 до 0 лет используется следующая формула:

$$L_0 = 0,35l_0 + 0,65l_1; \quad L_1 = \frac{l_0 + l_1}{2};$$

для интервальных групп

$$L_{x/n} = \frac{n(l_x + l_{x/n})}{2}; \quad L_{20-24} = \frac{5(l_{20-24} + l_{25-29})}{2};$$

для последнего возраста

$$L_{90} = \frac{l_{90}}{m_{90}}.$$

6. Возраст, который должен прожить ребенок в будущем, равно сумме общего числа проживающих в возрастной группе, то есть всего постоянного населения в таблице:

$$T_0 = \sum L_x; \quad T_1 = T_0 - L_0; \quad T_2 = T_1 - L_1; \quad T_{95} = l_{95} \cdot e_{95}.$$

7. Средняя продолжительность жизни:

$$e_x^0 = \frac{T_x}{l_x}; \quad e_0 = \frac{T}{100000}$$

Средняя продолжительность жизни, относящаяся к определенным возрастам, определяется делением общего количества возрастов людей (T_x), живущих до определенного возраста на число проживающих в том же возрасте. Во всех других группах, кроме первой возрастной группы, уменьшается средняя продолжительность жизни по мере роста возрастов. Чаще всего это состояние, называемое парадоксом средней продолжительности жизни, связано с тем, что смертность детей в раннем возрасте относительно высока. Основываясь на таблице смертности, можно вычислить показатель смертности, соответствующий каждому полученному возрасту. Этот показатель, как правило, называют показателем смертности или показателем значительного уровня смертности неаселения, который рассчитывается следующим образом:

$$\text{Показатель смертности в таблице} = \frac{1000}{e_x^0}$$

Показатель таблицы смертности выше, чем обычные показатели смертности, потому что он получается в результате особых подсчетов, поэтому его тоже нельзя сравнивать, но его можно сравнить с показателями других регионов, стран, периодов, полученными таким же образом.

Для определения средней продолжительности жизни при отдельно взятых заболеваниях составляется таблица смертности, где число умерших от той же болезни вычитается из числа умерших dx . В результате изучается влияние некоторых заболеваний на среднюю продолжительность жизни.

Контрольные вопросы

1. Демография состоит из двух основных частей, назовите их?
2. Что вы подразумеваете под статикой населения и где получить информацию о статистике населения?
3. В каких возрастных группах изучается здоровье населения?
4. Укажите типы населения по составу. В чем отличие их друг от друга?
5. Что подразумевается под естественным движением населения?
6. Что такое механическое движение населения и почему оно имеет социально-гигиеническое и эпидемиологическое значение?
7. Какие показатели относятся к основным медико-демографическим показателям естественного движения населения?

8. Объясните социально-гигиеническое значение детской смертности и методы ее расчета?

9. Что понимается под живым и мертвым рождением?

10. Каково определение материнской смертности и в каких группах она изучается?

11. Какова нынешняя демографическая ситуация в Республике Узбекистан?

12. Что понимается под средней продолжительностью жизни и как она рассчитывается?

Глава 4. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ: ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ, МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Как известно, заболеваемость является одним из показателей, оценивающих уровень здоровья населения.

По определению ВОЗ, заболевание – это любое субъективное или объективное отклонение от нормального физиологического состояния организма. Таким образом, понятие «заболевание» шире, чем понятие «болезнь». Исследование заболеваемости в некоторых местах и в течение определенного периода времени имеет большое значение для учреждений здравоохранения.

Во-первых: заболеваемость является одним из основных показателей, отражающих здоровье населения, его санитарное состояние.

Во-вторых: заболеваемость является основным критерием, показывающим качество и эффективность работы учреждений здравоохранения.

В-третьих: изучение и снижение заболеваемости является одной из главных задач медицинских, санитарно-эпидемиологических, лечебно-профилактических учреждений и всех врачей-специалистов.

Изучение заболеваний, связанных с окружающей средой, условиями жизни и труда на определенных территориях, является основным источником разработки конкретных мер по улучшению здоровья населения на данной территории.

В-четвертых: в результате изучения динамики заболеваний происходит углубление знаний населения об изменениях при патологических процессах, что приводит к всестороннему определению потребности населения в медико-санитарной помощи и ее реорганизации. Информация об изменениях показателей заболеваемости населения и его составе среди возрастных групп на некоторых территориях имеет большое значение в планировании медицинских мероприятий по дальнейшему улучшению здоровья населения.

Одним из начальных и основных источников изучения заболеваемости среди населения является обращение пациентов с целью получения медицинской помощи в лечебно-профилактические учреждения.

При изучении общей заболеваемости за единицу наблюдения принимают первое обращение по данному заболеванию в текущем календарном году в поликлинику или выявленное врачом при вызове его на дом. Первичные обращения по каждому заболеванию в текущем году принимаются как единицы наблюдения. Население может обращаться в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) не только в связи с заболеваниями, но и в некоторых других случаях, например: с целью прохождения осмотра или обследования (поступающих на определенные работы, в «водительский состав», при сдаче лабораторных анализов, проведении профилактических прививок, наблюдений за беременностью, генетических консультаций и др.). Поэтому при записи больных по обращениям в соответствующие медицинские документы в этом календарном году отражается состояние, в котором

впервые зафиксированото или иное заболевание. Следующие обращения следует понимать как «посещение», потому что после регистрации болезни пациент может повторно посещать врача по поводу данного заболевания.

Показатели первичной заболеваемости (собственно заболеваемость) – это интенсивные показатели совокупности вновь возникших, нигде до этого не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний.

При первичном хроническом заболевании, независимо от кратностей обращения больного в лечебно-профилактические учреждения в течение года, учитывается первое обращение больного в качестве единицы наблюдения. При повторных обращениях по поводу обострения этих заболеваний диагноз не регистрируется. Диагнозы острых заболеваний регистрируются при каждом новом случае их возникновения.

Помимо первичной заболеваемости изучается и общая заболеваемость. **Общая заболеваемость** или показатель распространенности (prevalence) – это совокупность первичных в данном году случаев обращений населения за медицинской помощью по поводу заболеваний, выявленных как в данном году, так и в предыдущие годы. Совокупность всех заболеваний, зарегистрированных в течение последнего года длительного периода наблюдений (3-5 лет и более) и в предшествующие годы, по поводу которых могло и не быть обращений в текущем году, называются накопленная заболеваемость.

При анализе заболеваемости, изученной в результате обращения населения в лечебно-профилактические учреждения, необходимо обязательно учитывать факторы, влияющие на полноту данных: близость медицинской помощи, обеспеченность врачами, обращение населения в специализированные медицинские учреждения по месту жительства, уровень санитарной культуры населения, их отношение к собственному здоровью (обращение по легкопротекающим заболеваниям) и др.

Одним из основных источников изучения общей заболеваемости являются профилактические и целевые медицинские осмотры и диспансерные наблюдения среди населения. С помощью этого метода выявляются хронические заболевания, которые скрыты, неизвестны или не заставляют население активно обращаться за медицинской помощью.

Медицинские осмотры в зависимости от цели, задач и типа применяемой организационной технологии могут быть предварительными, периодическими и целенаправленными.

Предварительный медицинский осмотр (обследование) проводится при поступлении работника на работу или учебу с целью определения соответствия состояния здоровья человека (освидетельствуемого) поручаемой ему деятельности.

Периодические медицинские осмотры проводятся с целью динамического наблюдения за состоянием здоровья работников в условиях воздействия профессиональных вредностей, для профилактики и своевременного установления начальных признаков профзаболеваний, выявления общих

заболеваний, препятствующих продолжению работы с вредными, опасными веществами и производственными факторами, а также предупреждения несчастных случаев.

Существует 3 вида медицинских осмотров, которые проводятся в соответствии с контингентом лиц, подлежащих медицинскому освидетельствованию, как предварительные, так и периодические:

- медицинский осмотр работников учреждений и организаций, работающих во вредных производственных условиях;

- медицинский осмотр лиц, которые могут стать причиной распространения заболевания у населения в связи с их профессиональной деятельностью (общественное питание, работники детских учреждений и некоторых коммунальных служб);

- медицинский осмотр детей всех возрастов, подростков, студентов и учащихся высших и средних специальных учебных заведений.

Целевые медицинские осмотры обычно проводятся среди различного организованного и неорганизованного населения с целью выявления первичных форм социально значимых заболеваний (злокачественных опухолей, туберкулеза, сахарного диабета и др.).

Министерством здравоохранения Республики Узбекистан установлены правила проведения предварительных и периодических медицинских осмотров на производстве. Составлен перечень опасных веществ и неблагоприятных производственных факторов и согласно этого перечня определены сроки проведения медицинских осмотров. В зависимости от степени риска влияющих факторов установлены сроки проведения медицинских осмотров. Министерством здравоохранения определено количество врачей-специалистов, участвующих в осмотре, список лабораторных и функциональных обследований, перечень медицинских показаний при отказе в приеме на работу.

В практике здравоохранения существуют и другие виды медицинских осмотров – одноразовые комплексные медицинские осмотры для водителей частных автомобилей.

Существуют также методы проверки с использованием многочисленных тестов с низким расходом средств, охватывающими большую часть населения профилактическим осмотром. Такие организационные формы медицинского осмотра называются «скринингом». Слово «скрининг» (от англ. screening) означает «отбор, сортировка».

Скрининг – метод выявления лиц с подозрением на заболевание или имеющих ранние признаки заболевания и проведение массового скрининга населения.

Основная цель скрининга – это формирование группы повышенного риска по конкретному заболеванию, углубленное обследование, первичное выявление лиц, требующих консультации со специалистами узкой области. Этот метод проверки более экономичен, чем другие медицинские осмотры.

Существует два типа скрининга: однопрофильный и многопрофильный скрининг.

Однопрофильный (целевой) – проводится в отдельных группах населения, подверженных воздействию определенного фактора риска.

Многопрофильный (многоцелевой) – предусматривает одномоментное использование различных скрининговых тестов. Оба типа скрининга могут состоять из нескольких этапов (многоступенчатый скрининг).

Одним из основных источников изучения общей заболеваемости являются профилактические и целевые медицинские осмотры и диспансерные наблюдения среди населения. С помощью этих методов выявляются хронические заболевания, которые скрыты, неизвестны или не заставляют население активно обращаться за медицинской помощью. Эти обследования, в сочетании с данными, полученными в результате обращения населения, дополняют материалы о болезни, вносят в них некоторые уточнения и способствуют более полному освещению общей заболеваемости населения.

Получение информации о заболеваниях, выявленных у населения в результате диспансеризации, называется «патологические поражения» или «заболевания, выявленные при диспансеризации» (*point-prevalence*).

Статистика причин смертности также имеет большое значение при изучении распространенности некоторых заболеваний, потому что при некоторых случаях внезапной смерти патологоанатомы выявляют новые заболевания, которые не были зарегистрированы на протяжении всей жизни больного, это в свою очередь, еще больше дополняет данные о заболеваниях.

Сложно дать комплексную оценку заболеваемости при рассмотрении жалоб населения отдельно от данных, полученных в результате медицинских осмотров и анализа причин смерти. Поэтому для комплексной характеристики болезни используется понятие «истинной» заболеваемости. Этот показатель представляет собой совокупность показателей, основанных на выявленных в жалобах конкретных заболеваниях и заболеваниях, впервые выявленных при диспансеризации, а также данных о причинах смерти (эти заболевания ранее не регистрировались организациями здравоохранения).

Истинный показатель заболеваемости можно представить в виде айсберга, т.е. на поверхности заболевания, выявленные путем обращений, а под водой лежат заболевания, выявленные путем медицинского осмотра и анализа причин смерти. Основываясь на результатах многолетних исследований о заболеваемости и наших частных исследованиях, изучение заболеваемости можно проводить по следующей схеме (рис.4.1-4.2).

В крупных городах трудно собрать полную информацию об общей заболеваемости, так как население с целью получения медицинской помощи, кроме поликлиники по месту постоянного проживания, может обратиться в другие лечебно-профилактические учреждения (медико-оздоровительные, специализированные медицинские центры).

1. Показатель первичной заболеваемости

число заболеваний, зарегистрированных впервые в текущем году · 1000

среднегодовая численность населения

Основные источники сбора информации о заболеваниях	Виды заболеваемости
1. Обращение населения в медицинские учреждения	Первичное заболевание Общая заболеваемость Заболеваемость инфекционными заболеваниями Заболеваемость важными неинфекционными заболеваниями Заболевания, приводящие к временной утрате трудоспособности Заболеваемость пациентов, лежащих в больнице Инвалидность
2. Данные медицинского осмотра	Заболеваемость, основанная на результатах медицинского осмотра
3. Информация из исследования причин смерти	Заболеваемость, основанная на исследовании причин смерти

Рис. 4.1. Схема изучения заболеваемости населения

2. Общая заболеваемость

число всех случаев заболеваний, с которыми население обратилось за данный год за медицинской помощью · 1000

среднегодовая численность населения

3. Вышеперечисленные показатели можно рассчитать индивидуально – по отдельным заболеваниям, по полу и возрасту.

4. Структура заболеваемости (по пропорциям, классам, нозологическим формам некоторых заболеваний)

число определенных заболеваний · 100

число всех заболеваний

5. Структура заболеваний в некоторых группах населения (по возрасту, полу) рассчитываются аналогично показателю, приведенному в пункте 4.

6. Показатель заболеваемости, выявленный при медосмотре

количество выявленных заболеваний при медосмотре · 1000

общее количество лиц, прошедших медицинский осмотр

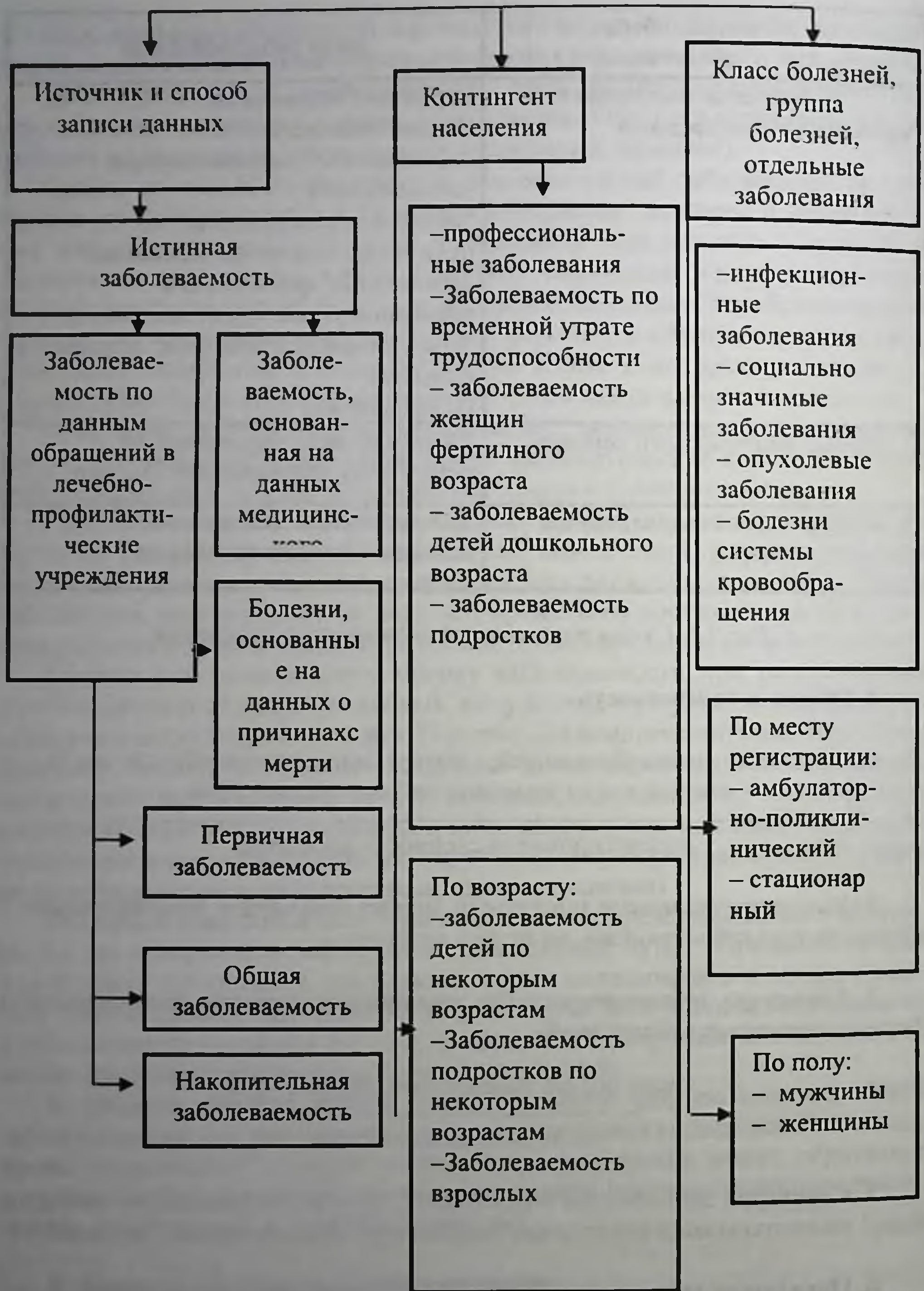


Рис. 4.2. Классификация заболеваемости населения

Статистика инфекционных заболеваний. Инфекционные болезни представляют опасность для населения, если вовремя не проводить профилактику инфекционных болезней, поскольку они могут быстро распространиться и привести к эпидемии. В связи с этим необходимо своевременно регистрировать каждую инфекционную болезнь и оперативно информировать районные, городские центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Экстренное извещение является обязательным при выявлении или подозрении на инфекционные заболевания.

Все инфекционные заболевания, о которых следует оповещать, можно разделить на следующие группы:

1. Карантинные заболевания (чума, холера, черная оспа, желтая лихорадка, рецидивирующий тиф, коронавирус).

2. Заболевание, информация о которых собирается одновременно центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора и специализированными лечебно-профилактическими учреждениями (туберкулез, сифилис, гонорея, трахома, грибковые заболевания, лепра).

3. Болезни, про которые представляются только в виде сводной информации в государственные центры санитарно-эпидемиологического надзора (грипп, инфекции верхних дыхательных путей).

4. Болезни, которые при каждом случае их выявления и сведения о больных собираются в виде специальной информации отдельно (тифы, паратифы, сальмонеллез, дизентерия, коревой энтерит, коклюш, менингит, энцефалит, инфекционный гепатит, скарлатина, полиомиелит, бешенство, сыпной тиф, малярия, лептоспироз, сепсис у детей 1-го месяца, ветряная оспа, корь, геморрагическая лихорадка, эпидемический паротит, орнитоз и др.).

В соответствии с действующим законом каждый врач, средний медицинский работник, который впервые выявил или имеет подозрение на какое-либо инфекционное заболевание из вышеуказанных групп, должен срочно отправить извещение в государственные центры санитарно-эпидемиологического надзора (согласно форме ф-058). Такое извещение в санитарно-эпидемиологическую службу (СЭС) передают работники лечебно-профилактических учреждений города или района.

Сотрудники СЭС срочно регистрируют сообщение в специальной «Книге движения инфекционных заболеваний» и отправляют ежемесячный «Отчет о движении инфекционных заболеваний» в вышестоящие СЭС.

Лечебно-профилактические учреждения сообщают государственным санитарно-эпидемиологическим станциям о случаях гриппа и инфекций верхних дыхательных путей (форма 85).

Наряду с вышеупомянутыми формами отчетности при анализе инфекционных заболеваний также используется специальная карта «Эпидемиологическое обследование очагов инфекционных заболеваний» (форма 357), заполненная эпидемиологом по результатам обследования очагов инфекционных заболеваний.

В результате в каждом районном и городском центре санитарно-эпидемиологического надзора анализируются еженедельные, 10-ти днев-

ные, ежемесячные, квартальные, полугодовые и годовые показатели по инфекционным заболеваниям.

Заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями. Особое внимание уделяется неэпидемическим заболеваниям, тяжелым в плане течения заболевания, имеющим особую важность для окружающих и представляющим опасность для будущих поколений. К таким заболеваниям относятся: туберкулез, венерические заболевания, грибковые заболевания, трахома, злокачественные новообразования и другие. Врачи любого лечебно-профилактического учреждения предоставляют информацию о выявлении таких заболеваний путем заполнения соответствующего документа в специализированные диспансеры. (форма № 089/у, форма № 090/у). В диспансерах на местах после выявления диагноза их регистрируют и проводят наблюдения за пациентом. После подтверждения диагноза в диспансерах информация о пациенте направляется в соответствующие областные диспансеры, где составляется отчет по некоторым заболеваниям 1 раз в 1 год, по другим заболеваниям 1 раз в 6 месяцев. Заболеваемость неэпидемическими заболеваниями, зарегистрированными впервые в данном году, рассчитываются в основном по областям на 100000 жителей.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности изучается на основании листков нетрудоспособности, выдаваемых пациентам врачами, и распространяется на работающую часть населения. Больничный лист является статистическим, юридическим документом, подтверждающим одновременно нетрудоспособность работника по болезни, а также финансовым документом, на основании которого выплачивается пособие по временной нетрудоспособности.

Наиболее широко используется система последующего учета, при которой листок нетрудоспособности по окончании заболевания сдается администрации предприятия, а затем этот документ переходит в ведение профсоюзных органов для составления отчета по форме 16-ВН.

Заболевания, приводящие к временной нетрудоспособности, рассматриваются по трем основным показателям:

$$\begin{array}{l} \text{1. Число случаев} \\ \text{временной утраты} \\ \text{трудоспособности} \\ \text{на 100 работающих в год} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{число случаев временной утраты} \\ \text{трудоспособности} \cdot 100 \end{array}}{\text{средняя численность работающих}}$$

$$\begin{array}{l} \text{2. Число дней} \\ \text{временной утраты} \\ \text{трудоспособности} \\ \text{на 100 работающих в год} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{число дней временной утраты} \\ \text{трудоспособности} \cdot 100 \end{array}}{\text{средняя численность работающих}}$$

$$\begin{array}{l} \text{3. Средняя} \\ \text{продолжительность} \\ \text{одного случая} \\ \text{нетрудоспособности} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{число дней временной} \\ \text{утраты трудоспособности} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{число случаев временной} \\ \text{утраты трудоспособности} \end{array}}$$

Помимо расчета среднего показателя на 100 работающих при изучении болезней, вызывающих временную нетрудоспособность, важно учитывать количество больных. На практике известно, что случаев нетрудоспособности у определенной части работников может не быть вообще: большинство людей болеют 1-2 раза в год, а некоторые рабочие 4 раза в год и более. Однако большинство случаев и дней нетрудоспособности приходится именно на это малое число часто и длительно болеющих работников. Основными показателями, используемыми при изучении заболевания в зависимости от контингента больных, являются:

$$1. \text{ Индекс здоровья (процент работников, которые не болеют круглый год в этом коллективе)} = \frac{\text{количество работников в этой группе, которые не болеют в течение года} \cdot 100}{\text{средняя численность работников}}$$

$$2. \text{ Показатель больных работников} = \frac{\text{количество рабочих, потерявших трудоспособности в текущем году} \cdot 100}{\text{средняя численность работников}}$$

Госпитализированная заболеваемость. При определении числа больничных коек и специалистов, а также при планировании создания некоторых специализированных больниц большое значение не только число пролеченных в больнице больных, но и показатели их заболеваемости.

В настоящее время хорошо налажена работа по регистрации и изучению госпитализации в стационар. Единицей учета в данном случае является случай госпитализации больного в стационар, а учетным документом — «Статистическая карта выбывшего из стационара» (форма 066/у).

Показатель заболеваемости госпитализированных рассчитываются на 1000, 10000 населения по районам, городам, областям, республике. Кроме того, основываясь на информации, полученной из больниц, можно определить следующие дополнительные показатели:

1. Множество диагнозов, их размеры, характер, основные заболевания, дополнительные заболевания, их осложнения.

2. Качество постановки диагноза, соответствие их поликлиническим диагнозам и патологоанатомическим диагнозам в случае летального исхода.

3. Длительность лечения больных с различными заболеваниями в больницах.

4. Своевременность госпитализации по определенным заболеваниям и их показатель.

5. Структура пациентов по клиническим отделениям, лежащих в больнице, согласно возрасту, полу, профессии.

6. Эффективность различных методов лечения (хирургическое, терапевтическое, медикаментозное, физиотерапевтическое).

7. Последствия лечения в больнице — выздоровление, частичное выздоровление, ухудшение, смерть.

8. Количество повторных госпитализаций в течение года с определённым заболеванием.

Общая госпитализированная заболеваемость – это совокупность первичных в данном году случаев госпитализации населения по поводу заболеваний, выявленных как в данном, так и в предыдущие годы, но не зарегистрированных при обращении в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Уровень госпитализации – это сумма всех госпитализированных по заболеваниям и другим причинам.

Международная классификация болезней

Лечащий врач при постановке диагноза и регистрации заболеваний использует классификацию болезней.

Для сбора, расчета первичной медицинской информации и для научно-статистического анализа распространения заболеваний среди населения существует специальная структурированная классификация заболеваний, травм и причин смертности.

Врач, который лечит пациента и регистрирует заболевание, использует классификацию для диагностики болезни и постановки правильного диагноза. Медицинские работники, изучающие болезни, должны уметь точно группировать статистические данные, применяя используемую в настоящее время классификацию болезней.

Первая Международная классификация в виде перечня причин смерти была разработана в 21 августа 1900 г. на Международной конференции в Париже, которая была утверждена в качестве международной классификации. По решению конференции классификация должна пересматриваться каждые 10 лет. В настоящее время пересмотром такой классификации непосредственно занимаются эксперты Всемирной организации здравоохранения в области санитарной статистики. Международная классификация и номенклатура причин болезни и смерти были пересмотрены за предыдущие периоды 10 раз.

Всемирная организация здравоохранения определила своей целью пересмотр устойчивой и в то же время гибкой международной классификации болезней (МКБ) каждые 10 лет.

10-я пересмотренная МКБ фактически именуется «Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем».

МКБ-10 была пересмотрена в 1989 году и принята на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1993 году.

Эта классификация не только удовлетворяет потребности пользователей в диагностической информации, но и включает в себя другую информацию, характеризующую здоровье человека.

В нашей республике в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Узбекистан №31 от 22 января 2003 года установлен порядок и разработаны меры по внедрению МКБ-10. Издание этого приказа позволило перейти к номенклатуре, которая дала возможность сопоставить причины

заболеваний и смертности со всеми другими странами. Это, в свою очередь, привело к улучшению качества статистических данных, интеграции управления здравоохранением и развития медицинской науки. В 2004 году впервые было выпущено издание МКБ-10 на узбекском языке.

В МКБ-10 все виды патологических состояний сгруппированы для анализа полученных данных. В МКБ-10 все болезни разделены на классы, классы разделены на блоки, блоки разделены на трехзначные рубрики, трехзначные подрубрики разделены на четырехзначные подрубрики. Международная статистическая классификация-10 включает 3 тома (русское издание), из которых 1-й том (состоящий из 2-х книг) содержит полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик, обозначающие названия болезней. На основе этих критериев все страны разрабатывают и представляют данные о заболеваемости и смертности во Всемирную организацию здравоохранения. В 1-м томе содержатся также определения основных терминов МКБ-10, преимущественно для детской и материнской смертности, 2-й том включает в себя описание МКБ-10, ее цели, области применения, инструкции, правила пользования классификации и правила кодирования причин смерти и заболеваний, а также основные требования к статистическому представлению информации. 3-й том состоит из алфавитного перечня заболеваний и характера повреждений (травм), перечня внешних причин повреждений и таблиц лекарств и химикатов (около 5,5 тыс. наименований).

В МКБ-10 был увеличен класс заболеваний по сравнению с предыдущим МКБ-9 (21 класс вместо 17). Класс заболеваний нервной системы и органов чувств, соответственно, разделены на 3 класса: VI класс – заболевания нервной системы; VII класс – заболевания глаз и его придаточного аппарата; VIII класс – болезни уха и сосцевидного отростка.

Вспомогательный код E выделен в виде самостоятельного класса – XX по названию «Внешние причины заболеваемости и смертности», а также V-код выделен как класс XXI под названием «Факторы, влияющие на состояние здоровья, и обращения населения в учреждения здравоохранения».

Общее количество блоков МКБ-10 составляет 258. Коды построены с использованием алфавитно-цифрового кодирования. Для кодирования болезни используется английская буква (первый знак) и две цифры. Используются все английские варианты написания, кроме буквы U. Буква U зарезервирована за дополнительным классом, который включает вновь диагностированные заболевания и заболевания неизвестной этиологии. Этот код можно использовать в научных исследованиях на основе специальных программ.

Преобразование первого символа блоков из числа в букву позволило умножить группу (число) исследуемых заболеваний с 999 до 2600.

В некоторых случаях одна рубрика представляет собой конкретное заболевание, но в большинстве случаев она включает тип заболевания, имеющий общий признак. Подрубрики в МКБ-10 расположены друг за другом с учетом степени, важности и других характеристик встречаемости болезней в здравоохранении.

Регистрация причин смерти в настоящее время остается проблемой для многих стран. Предлагаемые поправки к «свидетельству о причине смерти» направлены на уточнение этих причин. При этом основное внимание уделяется «свидетельству о причине перинатальной смерти».

В настоящее время смертность от травм и отравлений в некоторых регионах мира занимает 2–3-е место. Поэтому в МКБ-10 они подразделяются на блоки в зависимости от их расположения (локализации). Они сгруппированы так, что большое внимание уделяется причинам травм и их проявлению. Значительно расширен состав лекарственных средств и химических веществ, вызывающих отравления (более 5000). Новая классификация позволяет оценивать некоторые заболевания даже по степени тяжести, так как они кодируются по степени поражения многих органов и систем человека.

Сохранен принцип 2-х кратного кодирования, который позволяет проводить специальные исследования по инфекционным и другим заболеваниям в зависимости от заражения органов человека. В новой классификации сохранена особая рубрика регистрации недиагностированных заболеваний. Это, в свою очередь, поможет организатору здравоохранения, исследователю оценить качество диагностического процесса. В класс неопределенных состояний включено множество возможностей, симптомов и синдромов. Это, в свою очередь, позволит оценить проблемы, связанные со здоровьем в странах с недостаточно развитой системой медицинской помощи.

МКБ-10 предназначена для использования в лечебно-профилактической практике, поэтому помимо классификации болезни также подразделяются на особые группы:

- эпидемические болезни;
 - конституциональные или общие болезни;
 - местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации;
 - болезни, связанные с ростом, развитием;
- травмы.

• Таким образом, МКБ-10 стала важным шагом к совершенствованию методологии изучения общественного здравоохранения.

• Эта структура нашла свое отражение в группировке болезней по классам. Классификация болезней по МКБ-10 следующая:

- Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни.
- Класс II. Новообразования.
- Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлекающие иммунный механизм.
- Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.
- Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения.
- Класс VI. Болезни нервной системы.
- Класс VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата.
- Класс VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка.
- Класс IX. Болезни системы кровообращения.

- Класс X. Болезни органов дыхания.
- Класс XI. Болезни органов пищеварения.
- Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки.
- Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.
- Класс XIV. Болезни мочеполовой системы.
- Класс XV. Беременность, роды и послеродовый период.
- Класс XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде.
- Класс XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения.
- Класс XVIII. Симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках.
- Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.
- Класс XX. Внешние причины заболеваемости и смертности.
- Класс XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения.

Контрольные вопросы

1. Что такое заболеваемость?
2. Почему изучение заболеваний в определенных регионах и в определенный промежуток времени важно для учреждений здравоохранения?
3. Что понимается под показателем общей заболеваемости, как он изучается и рассчитывается?
4. Что вы подразумеваете под первичным заболеванием, каковы его изучение и расчеты?
5. Каковы цели проведение периодических и целевых медицинских осмотров?
6. Что такое скрининг и почему он проводится?
7. Какие виды скрининга различаются?
8. Что такое истинная заболеваемость и где можно получить информацию о ней?
9. Какие показатели используются для изучения временной утраты трудоспособности?
10. Какие показатели используются для изучения госпитализации?
11. Почему необходима классификация международных болезней?

Глава 5. ИНВАЛИДНОСТЬ

Инвалидность – это постоянная (длительная) потеря трудоспособности или снижение её по многим аспектам. Слово «инвалид», взятое от лат. *invalidus*, означает слабый

Под инвалидностью понимается изменение функции организма, стойкое ухудшение здоровья, которое требует социальной защиты в связи с болезнью, травмой или определенными недостатками (аномалиями).

Степень нарушения функций организма характеризуется различными показателями и зависит от вида функциональных нарушений, методов их определения, способности измерения и оценки результатов. Выделяют следующие нарушения функций организма:

- нарушения высших психических функций (умственные нарушения, другие психологические нарушения, речевые, языковые нарушения);
- нарушение органов чувств (зрительные нарушения, слуховые и вестибулярные нарушения, расстройства обоняния, осязания);
- двигательные нарушения;
- висцеральные и метаболические нарушения, расстройства питания; нарушения с дефектами;
- нарушения, связанные с причинами общего характера.

На основе комплексной оценки различных параметров с учетом их качественных и количественных значений выделяют три степени нарушений функций организма:

- 1-я степень – незначительно выраженные нарушения функций;
- 2-я степень – умеренно выраженные нарушения функций;
- 3-я степень – тяжелые и экстремально тяжелые нарушения функций.

Как следует из определения, инвалидность приводит к ограничению жизнедеятельности, т.е. к полной либо частичной утрате лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Таким образом, основными отличительными критериями жизнедеятельности при определении инвалидности являются:

- способность к самообслуживанию, т.е. способность справляться с основными физиологическими потребностями, пользоваться общими жилищно-бытовыми предметами;
- способность к передвижению, т.е. способность ходить, бегать, перемещаться, преодолевать препятствия, управлять положением тела;
- способность к обучению, т.е. способность к восприятию знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками (социальными, культурными и бытовыми);
- трудоспособность, способность выполнять трудовые действия, подходящие для здоровых людей по сложности и объему;

- способность к ориентации, т.е. способность самостоятельно ориентироваться в окружающей среде посредством зрения, слуха, обоняния, осязания, мышления и адекватно оценивать ситуацию с помощью интеллекта;

- способность к общению, т.е. способность к установлению и развитию контактов между людьми благодаря восприимчивости, пониманию другого человека, возможности обмена информацией;

- способность контроля за своим поведением, т.е. способность ощущения себя и правильного поведения в повседневной обстановке.

Группы инвалидности назначаются лицам, признанным инвалидами в зависимости от степени нарушения функции организма, ограничения жизнедеятельности.

В Узбекистане различают три группы инвалидности.

- I группа инвалидности предоставляется гражданам, полностью утратившим нормальную профессиональную деятельность в обычных условиях и постоянно нуждающимся в услугах (помощи) других лиц;

- II группа инвалидности предоставляется лицам с постоянной, длительной инвалидностью, которые не нуждаются в услугах других лиц;

- одним из условий установления инвалидности III группы является невозможность заниматься профессиональной трудовой деятельностью. Обычно назначается при хронических заболеваниях, резком снижении трудоспособности в результате дисфункции организма из-за анатомических дефектов.

Эта группа инвалидности назначается при необходимости перевода работника на другую, более легкую работу, не требующую прежней квалификации по состоянию здоровья. III группа инвалидности устанавливается при определенных анатомических дефектах независимо от характера выполняемой работы.

В зависимости от тяжести (степени) инвалидности устанавливается размер пенсии и другие виды социального обеспечения, оказания услуг.

Экспертиза детской инвалидности построена на современной концепции ВОЗ, определяющей, что поводом для назначения инвалидности является не сама болезнь или травма, а степень тяжести их последствий, которые проявляются в виде нарушений той или иной психологической, физиологической или анатомической структуры или функций, приводящих к ограничению жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Показаниями для установления инвалидности у детей являются патологические состояния, возникающие при врожденных, наследственных или приобретенных заболеваниях и после травм.

Медицинские показания для определения инвалидности включают в себя три раздела:

- 1 раздел – перечень патологических состояний, приводящих к временному ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации ребенка при тяжелых, но обратимых расстройствах функций органов и систем. В таких случаях инвалидность устанавливается от 6 месяцев до 2 лет;

- 2 раздел – патологические состояния, приводящие к частичному ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации ребенка при

прогнозируемой возможности полного или частичного восстановления нарушенных функций органов и систем. Различают две группы патологических состояний: 2А – с правом установления инвалидности сроком от 2 до 5 лет, т.е. переосвидетельствование проводится каждые 2-5 лет; 2Б – с правом установления инвалидности сроком от 5 лет и более, т.е. переосвидетельствование проводится не чаще чем через 5 лет;

- 3 раздел – патологические состояния, приводящие к значительному ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации ребенка при резко выраженных необратимых нарушениях функций органов и систем. Медицинское заключение по патологическим состояниям, регламентированым разделом 3, оформляются однократно до 16-ти летнего возраста.

Установление инвалидности у детей дает ребенку-инвалиду не только право на социальное обеспечение и льготы, но и предоставление государством ему и его семье права на получение медицинской помощи, образования, социального и профессионального выбора. При этом учитываются характер заболевания, возраст ребенка, состояние(степень) нарушения функции, состояние компенсаторных механизмов, последствия болезни, возможность удовлетворения потребностей социальной адаптации и формы социального обеспечения.

В соответствии с адаптированным вариантом Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности к категории детей-инвалидов относятся дети до 16 лет, имеющие значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, потери контроля за своим поведением, способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Медико-социальная экспертиза—определение потребностей освидетельствуемого лица в социальной защите и реабилитации на основе оценки ограничений его жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев.

На государственную службу медико-социальной экспертизы возложены следующие задачи:

- определение группы инвалидности, времени наступления инвалидности, ее причины, продолжительности, потребности инвалидов в различных видах социальной защиты;

- разработка индивидуальной программы реабилитации инвалидов;

- определение степени и причин распространенности инвалидности среди населения;

- разработка профилактической программы по медико-социальной реабилитации, социальной защите инвалидов и профилактике инвалидности;

- определение степени нетрудоспособности лиц, страдающих трудовым травматизмом или профессиональными заболеваниями;

- установление причины смерти инвалида исходя из обстоятельств, при которых законодательством Республики Узбекистан предусмотрены льготы семье инвалида.

Таким образом, служба медико-социальной экспертизы разрабатывает индивидуальные программы реабилитации инвалидов.

Реабилитация инвалидов – система медицинских, социальных, психологических, педагогических, физических, профессиональных, трудовых мер, направленных на предоставление инвалидам помощи в восстановлении и компенсации нарушенных или утраченных функций организма, устранение ограничений их жизнедеятельности.

Целью реабилитации инвалидов является восстановление их социального статуса, способностей к самообслуживанию и различным видам профессиональной деятельности, позволяющих инвалидам вести полноценный образ жизни и реализовать свои права и потенциальные возможности.

Реабилитационный потенциал – это биолого-психофизическая характеристика индивида, а также факторы его социальной среды, направленные на реализацию его потенциальных способностей на том или ином уровне.

Реабилитационный прогноз – это вероятность реализации реабилитационного потенциала.

Исходя из реабилитационного потенциала инвалидов, необходимы специально созданные – санитарно-гигиенические, организационно-технические, технологические, правовые, экономические и микросоциальные условия для труда, быта и общественной деятельности.

Медицинская реабилитация – вид лечебно-профилактической реабилитации, направленный на восстановление способности человека к адаптации к жизни и полезной общественной деятельности.

- Медицинские реабилитационные мероприятия включают в себя:
- Консервативное и оперативное лечение;
- Физиотерапия;
- Лечебная физкультура;
- Лечение грязью;
- Общее и специальное санаторно-курортное лечение;
- Протезирование.

«Психологическая реабилитация» – вид деятельности, направленный на восстановление активной жизнедеятельности (положения) и трудовой деятельности инвалидов психотерапевтическими средствами.

Профессиональная реабилитация включает в себя комплекс мероприятий, направленных на выбор профессии в соответствии с состоянием здоровья инвалидов, их переподготовку, создание условий труда и рабочих мест пригодных для их трудовой деятельности. Она включает адаптацию к социальной среде и социально-бытовым условиям.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида (далее ИПР) – комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мер, включающих

в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных, социальных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, а также способностей инвалида к выполнению определенных видов трудовой деятельности. Разработка ИПР состоит из следующих этапов:

- проведение реабилитационно-экспертной диагностики;
- оценка реабилитационного потенциала и реабилитационный прогноз;
- определение мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих инвалиду восстановить нарушенные или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

ИПР инвалида является обязательной для выполнения организациями-исполнителями, независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности.

При реализации ИПР обеспечиваются последовательность, комплексность и непрерывность в осуществлении реабилитационных мероприятий. Эффективность ИПР оценивается специальными государственными организациями по медико-социальной экспертизе при очередном осмотре инвалидов.

Лицам с ограниченными возможностями после определения групп инвалидности предоставляется социальная защита.

Социальная защита инвалидов – это осуществление комплекса многоэтапных экономических, правовых, организационных, медицинских, социальных, педагогических, психофизиологических и иных мер, направленных на обеспечение прав и свобод личности не только на приспособление к жизни, но и на достижение должного качества жизни.

К основным принципам социальной защиты относятся:

- государственный характер: предоставление видов социальной помощи с точки зрения правовой, экономической и организационной гарантий;
- распределение полномочий: определение задач социальной защиты населения в районном, областном и республиканском уровнях. Расширение участия органов местного самоуправления в обеспечении социальной защиты населения;
- доступность—предоставление каждому инвалиду форм и видов социальной помощи в зависимости от его потребностей;
- адресованность—оказание социальной помощи нуждающимся инвалидам в связи с их индивидуальным статусом;
- дифференциация социальной защиты— принятие во внимание различных медико-социальных факторов (возраст, пол, место проживания: город, село; одиночество, потребность в помощи и др.);
- комплексность – совместное осуществление различных видов помощи (платная, материальная, медицинская, юридическая и т. д.);
- опора на все доступные источники финансирования (республиканские, областные, районные, поселковые, махаллинские, объединения инвалидов, благотворительные фонды и т.д.);

- участие населения в формировании государственной политики по организации и осуществлению социальной защиты;

- совместные действия – подразумевают совместные действия государства, религиозных и иных организаций.

Одним из основных элементов социальной защиты является социальная помощь.

Социальная помощь (поддержка) – это оказание малоимущим слоям граждан адресной, дифференцированной помощи за счет средств внебюджетных и благотворительных фондов органов местного самоуправления и организаций денежными средствами, фондами, пособиями и другими расходными средствами, гарантированными государственным законодательством о социальном обеспечении.

Для обоснования планирования эффективной медико-социальной помощи инвалидам необходимы знания о распространенности инвалидности, о её тенденциях среди населения и вызывающих её причинах и факторах. В связи с этим производится расчет ряда интенсивных и экстенсивных показателей, характеризующих инвалидность, таких, как:

контингент лиц, впервые признанных инвалидами в течение календарного года на определенной административной территории (первичная инвалидность);

- общий контингент инвалидов среди населения (общая накопленная инвалидность).

Для оценки первичной инвалидности определяется следующее:

- число впервые признанных инвалидами (на 10 тыс. населения);
- число впервые признанных инвалидами (на 10 тыс. населения трудоспособного возраста);

- число впервые признанных инвалидами по отдельным классам (группам) заболеваний (то же с учетом причин и тяжести инвалидности);

- структура первичной инвалидности с учетом пола, возраста, групп инвалидности, классов болезней и т.д.

Экспертами ООН на основании компьютерной базы данных, созданной по решению ВОЗ, подсчитано, что лица с ограниченными возможностями составляют около 10% населения земного шара, из них более 100 млн. детей. По мнению экспертов ВОЗ, доля тяжелой детской инвалидности в мире составляет 1-2% детской популяции.

Среди основных причин инвалидности взрослого населения первое место занимают – общие заболевания, второе – травмы, третье – врожденные аномалии, четвертое место – несчастные случаи на производстве и профессиональные заболевания.

Среди первичных инвалидностей на первом месте стоят сердечно-сосудистые заболевания, на втором – злокачественные опухоли, на третьем – последствия травм, отравлений и внешних воздействий, на четвертом – психические заболевания.

Среди заболеваний, обусловивших детскую инвалидность, на первом месте находятся болезни нервной системы и органов чувств, на втором месте

– психические расстройства (умственная отсталость), третье место занимают врожденные аномалии.

В структуре основных нарушений, приводящих к детской инвалидности, ведущие три места занимают висцеральные и метаболические нарушения, кардиореспираторные нарушения и мочевыводящие расстройства.

Среди двигательных нарушений – нарушения подвижности нижних конечностей. Среди ведущих ограничений жизнедеятельности преобладают ограничение способности адекватно вести себя, передвигаться, общаться с окружающими.

Ученые подразделяют медико-социальные факторы, обуславливающие формирование детской инвалидности, на три основных блока: медико-биологический, социально-психологический, экономико-правовой.

Наличие в семье ребенка-инвалида ставит перед родителями массу проблем, а именно:

- медицинских, связанных с недостаточной информированностью родителей об этиологии, течении и прогнозе заболевания ребенка, с выбором способов, методов и учреждения для лечения, педагогической и психологической коррекции ребенка; с низкой степенью готовности родителей к проведению восстановительных мероприятий в домашних условиях;

- психологических, вызванных переживанием семьи за исход заболевания и судьбу ребенка, конфликтами между родителями в связи с поиском «виноватых» в неполноценности ребенка; отсутствием или недостатком помощи в уходе за ребенком со стороны членов семьи и ближайших родственников; замкнутостью в общении с друзьями, соседями, коллегами по работе и болезненным восприятием сочувствия окружающих;

- экономических, обусловленных низким уровнем материальной обеспеченности большинства семей; сложностями в трудоустройстве матерей детей-инвалидов на работу по сокращенному графику, частым использованием отпуска без сохранения содержания; дополнительными затратами на лечение, консультирование и реабилитацию детей, приобретение вспомогательных средств и путевок в санатории;

- социальных, заключающихся в отсутствии или недостаточности поддержки со стороны общественных организаций для приобретения личного транспорта, дополнительной жилой площади, вспомогательных и специализированных медико-технических средств, путевок, телефонизации и т.д.; в недостаточном количестве учреждений социального обеспечения различного типа (в частности, для кратковременного и длительного ухода за детьми);

- воспитательно-педагогических проблем обучения, профориентации (обучение трудовым навыкам), которые вызваны недостатком специализированных учреждений, организаций, осуществляющих обучение на дому, и специальной литературы;

- правовых, обусловленных незнанием и неиспользованием большинством семей прав и льгот, гарантированных законодательством, вследствие недостаточного количества и низкого уровня работы юридических служб с данным контингентом.

Таким образом, инвалидность в Узбекистане на сегодняшний день является важной медико-социальной проблемой. Всестороннее глубокое изучение распространенности инвалидности и её причин даст возможность разработки комплексных мер для решения и уменьшения этой проблемы.

Показатели инвалидности:

1. Первичная инвалидность

общее число впервые признанных инвалидами
в данном году · 1000 или 10 000

общая численность лиц трудоспособного
возраста района, города, области

2. Структура первичной инвалидности (рассчитывается по заболеваниям, возрастным группам, полу, социальной принадлежности)

работники, которым в текущем году впервые предоставлена
инвалидность (по заболеваниям, возрасту, полу, социальному
происхождению · 100

общее количество работников, которым
впервые предоставлена инвалидность в текущем году

3. Размер первичной инвалидности по группам

число лиц, признанных инвалидами
I (II, III) группы · 1000 (10.000)

общее количество работников

4. Распределение первичной инвалидности по группам

число лиц, признанных инвалидами I(II, III) группы · 100

число лиц, впервые признанных ВТЭК инвалидами в текущем году

5. Показатель общей инвалидности, рассчитываются как показатели в пунктах 1,2,3,4.

6. Динамика инвалидности (этот показатель можно рассчитать и по отдельным группам)

показатель инвалидности в текущем году(первичный или общий) · 100

показатель инвалидности в прошлом году(первичный или общий)

7. Доля первичной инвалидности от всех инвалидностей

количество первичной инвалидности, выданной в текущем году · 100

общее число инвалидов

8. Доля инвалидов с детства из общего числа инвалидов

число инвалидов с детства в текущем году · 100

(общее число инвалидов)

Контрольные вопросы

1. Что такое инвалидность?
2. Какие основные критерии жизнедеятельности учитываются при определении инвалидности?
3. Какие группы инвалидности существуют и чем они отличаются друг от друга?
4. Какие факторы являются основными причинами инвалидности среди взрослых?
5. При определении инвалидности у детей медицинские показания разделены на 3 части, укажите их?
6. Какие задачи выполняет служба государственной медико-социальной экспертизы?
7. Какова цель реабилитации лиц с инвалидностью?
8. Какие меры включает в себя медицинская реабилитация?
9. Что подразумевается под социальной защитой и каковы ее основные принципы?
10. Какие показатели используются для оценки первичной инвалидности?

Глава 6. ИЗУЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Физическое развитие является одним из основных показателей уровня здоровья населения. Физическое развитие, наряду с другими показателями здоровья населения, играет важную роль в характеристике общественного здоровья. По физическому развитию населения можно судить о таких факторах, как уровень их жизни, питание, отдых. Физическое развитие во многом зависит от биологических, социально-экономических и внешних факторов.

В последнее время большое значение уделяется изучению физического развития в различных странах Содружества независимых государств (СНГ) и среди разных национальностей. Среди возрастных групп населения наиболее важным является изучение физического развития детей. Физическое развитие в детском возрасте – это своеобразный барометр, показывающий физическое развитие людей разных возрастов и состояний их здоровья.

Основные признаки физического развития являются длина тела (у взрослых стоя, у детей в возрасте до одного года – лежа), масса тела, окружность груди (у детей в возрасте до одного года – окружность черепа), а дополнительные признаки – длина тела в положении сидя, окружность плеча, таза, длина ног.

Кроме того, также учитываются физиометрические признаки: жизненная емкость легких (спирометрия), сила мышц пальцев рук (динамометрия), внешние признаки: (соматометрическое) состояние тела, структура грудной клетки, степень развития мышц ног, пяток, подкожные жировые отложения, вторичные половые признаки, пульс, кровяное давление.

Наблюдение и контроль за физическим развитием человека начинаются с момента рождения ребенка: в родильном доме специально изучаются особенности физического развития новорожденных. Эта работа продолжается в детских поликлиниках и дошкольных учреждениях (ясли, сады). У детей школьного возраста и подростков – наблюдение за их физическим развитием ведется подростковыми врачами, и полученные сведения заносятся в паспорт здоровья детей и подростков (история развития детей). Наблюдение за физическим развитием взрослого населения проводится в допризывный период, при призыве на военную службу, во время прохождения военной службы, а также при единовременных периодических углубленных медицинских осмотрах различных групп рабочих, служащих, студентов, спортсменов и пр. Кроме того, физическое развитие разных групп сотрудников изучается при комплексном медицинском осмотре.

Основной целью изучения физического развития населения является изучение их показателей и изменений в них:

а) углубленное изучение возрастно-половых закономерностей физического развития в связи с особенностями условий и образа жизни;

б) изучение в динамике здоровья и физического развития в коллективе и определение его закономерностей, определение мер по улучшению их здоровья;

в) разработка нормативов физического развития среди различных климато-географических, этнических, возрасто-половых групп населения, особенно детей;

г) оценка проводимых оздоровительных мероприятий среди детей.

Физическое развитие должно быть изучено среди качественно идентичной групп населения или с помощью специально разработанной программы научными сотрудниками научно-исследовательских институтов, медицинскими учреждениями.

Для изучения, анализа и оценки физического развития применяются обобщённый (генерализирующий) и отдельный (индивидуализирующий) методы наблюдения.

Генерализирующий метод представляет собой наблюдение за определенной, достаточно большой группой детей, в которой индивидуальные антропометрические данные суммируются; при обработке получают средние данные физического развития на определенный момент, характеризующие данную группу. Индивидуализирующий метод представляет собой тип «продольного» длительного наблюдения за развитием каждого отдельного ребенка, на его основе разрабатываются стандарты по возрастно-половым группам.

Проведение антропометрических измерений, расчет полученных данных, составление стандартов физического развития отдельных групп населения проводится на основе метода, разработанного Д.И.Арон и А.Б.Ставицкой («Методы оценки физического развития детей и подростков», 1959).

В качестве примера приводим физическое развитие детей в возрасте до одного года, проживающих в городе Ташкенте (таблицы 6.1, 6.2).

Данные, полученные от наблюдения за физическим развитием, вычисляются путем вариационного ряда или корреляционной сетки (см. тему средних значений) и в результате получают размеры по каждому антропометрическому признаку:

N – число наблюдений по каждой возрастной группе, M – среднее значение, m – средняя ошибка среднего арифметического значения, v – коэффициент вариации, σ – среднее квадратическое отклонение, r – корреляция, m_r – средняя ошибка коэффициента корреляции, R_{xy} – коэффициент регрессии, σ_r – среднее квадратное отклонение регрессии (частная сигма).

Данные, приведенные в таблице, служат стандартом для оценки и анализа физического развития каждого ребенка (индивидуальная оценка) или группы детей. Оценка каждого из полученных антропометрических величин основана на сопоставлении со стандартными показателями с учетом их отклонений от сигм.

Полученные результаты оцениваются следующим образом:

среднее развитие	от $M - 1 \sigma$ до $M + 1 \sigma$
выше середины	от $M + 1 \sigma$ до $M + 2 \sigma$
выше	от $M + 2 \sigma$ до $M + 3 \sigma$
ниже середины	от $M - 1 \sigma$ до $M - 2 \sigma$
низкий	от $M - 2 \sigma$ до $M - 3 \sigma$

**Физическое развитие младенцев и детей первого года жизни в
г. Ташкенте (узбеки, мальчики)**

Признаки	Возраст, месяц	N	M ± m	σ	V
Длина, см	Младенец	106	51,84±0.22	2,31	4,0
	3	106	60,32 ± 0.23	2,32	3,84
	6	106	66,69 ± 0.19	1,94	2,91
	9	106	71,06 ± 0.19	1,94	2,73
	12	106	75,65 ± 0.19	1,96	2,59
Вес, гр	Младенец	106	3490 ±47.47	489	14,0
	3	106	7776 ± 59.42	588	9,98
	6	106	5889 ± 57.08	612	7,88
	9	106	9152 ± 59.71	615	6,76
	12	106	10368 ±48.06	495	4,92
Окружность грудной клетки, см	Младенец	106			
	3	106	41,43 ± 0.15	1,59	3,83
	6	106	44,65 ± 0.14	1,41	3,20
	9	106	46,19 ± 0.10	1,05	2,27
	12	106	48,06 ± 0.13	1,01	2,55
Окружность головой, см	Младенец	106			
	3	106	40,74 ± 0.15	1,52	3,73
	6	106	43,80 ± 0.17	1,76	4,01
	9	106	45,22 ± 0.11	1,16	2,56
	12	106	46,68 ± 0.11	1,11	2,37

Индивидуальный метод оценки физического развития по шкале регрессии является одним из наиболее точных и полных методов. Преимущество этого метода заключается в том, что он оценивает физическое развитие, когда показатели связаны между собой. Для такой оценки составляется специальная таблица (таблица 6.3) по группам каждого возраста-пола, длине тела, весу, окружности груди и головы. Стандарты физического развития должны отвечать следующим требованиям:

- стандарты физического развития должны быть региональными;
- количество наблюдений должно быть достаточным, т.е. для каждой возрастной группы должно быть не менее 100;
- из числа наблюдений: исключаются больные дети, дети с рахитом, гипотрофией и другими эндокринными заболеваниями, уродствами, дети с крайне малой или большой антропометрической отметкой относительно своей группы;
- применяется общепринятый метод проверки измерений, расчетов и анализа полученных данных;
- изменения в региональные стандарты должны вноситься каждые 5-6 лет.

Физическое развитие младенцев и детей первого года жизни
в г. Ташкенте (узбечки, девочки)

Признаки	Возраст, месяц	N	M ± m	σ	V
Длина, см	Младенец	108	51,35 ± 0,18	1,90	3,71
	3	108	59,49 ± 0,21	2,14	3,59
	6	108	65,85 ± 0,21	2,20	3,34
	9	108	70,52 ± 0,21	2,18	3,0
	12	108	75,05 ± 0,26	2,75	3,0
Вес, гр	Младенец	108	3298 ± 40,38	420	12,73
	3	108	5728 ± 64,33	669	11,67
	6	108	7580 ± 68,65	714	9,41
	9	108	8975 ± 57,69	600	6,0
	12	108	10093 ± 5,26	606	6,0
Окружность грудной клетки, см	Младенец	108			
	3	108	41,25 ± 0,13	1,53	3,30
	6	108	44,11 ± 0,15	1,40	3,46
	9	108	46,04 ± 0,11	1,17	2,0
	12	108	47,63 ± 0,10	1,10	2,0
Окружность головы, см	Младенец	108			
	3	108	40,21 ± 0,12	1,30	3,20
	6	108	42,85 ± 0,13	1,41	3,29
	9	108	45,10 ± 0,11	1,17	2,0
	12	108	46,34 ± 0,10	1,05	2,0

Несмотря на то, что в настоящее время физическое развитие является одним из основных показателей здоровья населения, оно не входит в специальные стратегические отчеты, поэтому у нас нет возможности сравнивать их между районами, городами, регионами.

Для этого должна быть проведена специальная научно-исследовательская работа. Одной из актуальных задач на сегодняшний день является создание научно-обоснованных стандартов физического развития в результате проведения специальных наблюдений среди детей областей, городов и кишлаков.

Таблица оценки физического развития годовалых детей,
проживающих в городе Ташкенте

Сигма предел отклоне- ний	Мальчики-12 месяцев				Девочки -12 месяцев			
	Рост см	Вес, гр	Груд- ная клет- ка, см	Окруж- ность головы, см	Рост см	Вес, гр	Груд- ная клет- ка, см	Окруж- ность головы, см
Низкий (M-1σ и ниже)	71	9759	47,18	45,98	69	9573	46,96	45,73
Ниже среднего (M-1, M-2 σ)	72	9890	47,37	46,13	70	9659	47,07	45,83
	73	10021	47,56	46,28	71	9745	47,18	45,93
Среднее развитие (от M-1 σ до M+1 σ)	74	10152	47,75	46,43	72	9831	47,29	46,03
	75	10283	47,94	46,58	73	9917	47,40	46,13
	76	10414	48,13	46,73	74	10003	47,51	46,23
	77	10545	48,32	46,83	75	10089	47,62	46,33
	78	10676	48,51	46,98	76	10175	47,73	46,43
Выше среднего (M + 1σ, до M + 2 σ)	79	10807	48,70	47,13	77	10261	47,84	46,53
	80	10938	48,89	47,28	78	10347	47,95	46,63
Выше (M + 2σ и более M)	81	11068	49,08	47,43	79	10433	48,06	46,73
	80	10938	48,89	47,28	80	10519	48,17	46,83
81	11068	49,08	47,43	81	10605	48,28	46,93	
σ	75,65 1,96	10368	48,06	46,68	75,05 2,75	10093	47,63	46,34
$R_{y/x}$		131	0,19	0,15		86	0,11	0,10
		420,8	1,26	1,06		551,5	1,04	1,00
σ_R								

Контрольные вопросы

1. Каковы основные и дополнительные признаки физического развития?
2. Какова цель изучения физического развития населения?
3. Когда и где осуществляется мониторинг и контроль физического развития человека?
4. Каким требованиям должны соответствовать стандарты, разработанные для оценки физического развития?
5. Какие методы используются для анализа и оценки физического развития?
6. Что подразумевается под генерализирующим и индивидуализирующим изучением физического развития?

Глава 7. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Здоровье населения тесно связано с условиями и образом жизни. Под условиями жизни понимается объективная сторона, а под образом жизни, наоборот, субъективная сторона жизнедеятельности человека.

Комплексные показатели образа жизни человека включают образ жизни, уровень жизни, стиль жизни и качество жизни.

Образ жизни представляет собой особую форму человеческой деятельности, сформировавшуюся в ходе исторического развития. Традиции, основанные на четком историческом процессе развития, повторяются во времени. Они, в свою очередь, создают необходимые привычки действий.

Уровень жизни объективно характеризует уровень развития, потребления, степень удовлетворения материальных, духовных и социальных потребностей людей, обеспеченность населения потребительскими благами. В то же время эти количественные показатели не являются конечной целью, а лишь инструментом создания лучших условий жизни. Стиль жизни – психологическая и индивидуальная особенность поведения.

Среда обитания человека – совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяющих условия жизнедеятельности человека. Основные силы в оздоровлении населения должны быть сосредоточены именно на этих понятиях. Согласно концепции ВОЗ, это процесс создания условий для укрепления здоровья, улучшения здоровья, усиления контроля личности и общества над воздействующими на нее факторами.

Таким образом, укрепление здоровья – это процесс дающий людям возможность улучшения здоровья и осуществления контроля за собственным здоровьем.

Основными принципами укрепления здоровья являются следующие: доверие лица, принимающего решение, межсекторальное сотрудничество, обеспечение участия населения в местных объединениях по принципу «не только для человека, но и вместе с людьми». Поэтому в укреплении здоровья населения играет большое значение позитивное отношение человека к своему здоровью.

Охрана здоровья – это система мероприятий по охране, сохранению и профилактике заболеваний населения.

Профилактика заболеваний – это комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение появления различных патологических состояний и снижение риска развития осложнений возникающих болезней.

Комплекс профилактических мер, реализуемый через систему здравоохранения, называется медицинской профилактикой. Медицинская профилактика по отношению к населению бывает индивидуальной, груп-

повой и популяционная (общая). Индивидуальная профилактика – это проведение профилактических мероприятий с отдельными индивидами. Групповая профилактика проводится с группами лиц со сходными симптомами и факторами риска. Популяционная (общая) профилактика охватывает большие группы населения (популяцию) или население в целом. Кроме того, различают первичную, вторичную и третичную профилактику или реабилитацию (восстановление здоровья).

Первичная профилактика – это комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение появления тех или иных отклонений в состоянии здоровья и заболеваний.

Первичная профилактика включает в себя следующий комплекс мер:

- меры по снижению влияния вредных факторов окружающей среды на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, почвы, рациона питания, условий труда, быта и отдыха, снижение уровня психосоциального стресса и других факторов, отрицательно влияющих на качество жизни);
- меры по формированию здорового образа жизни;
- меры по уменьшению и предотвращению психических заболеваний, травм, несчастных случаев, автомобильных аварий, травм и смертей;
- раннее выявление и снижение рисков для здоровья при проведении профилактических медицинских осмотров;
- иммунопрофилактика среди различных групп населения;
- оздоровление населения, подвергающегося воздействию вредных факторов, оказание им медицинской и немедицинской помощи.

Таким образом, одной из важных составляющих первичной профилактики является формирование здорового образа жизни.

Здоровый образ жизни – образ жизни человека, направленный на сохранение здоровья, профилактику болезней и укрепление человеческого организма в целом. Значит, здоровый образ жизни – это деятельность, направленная на сохранение и улучшение собственного здоровья человека. Под формированием здорового образа жизни подразумевается следующее:

- создание постоянно действующей системы пропаганды и агитации для повышения уровня знаний населения о негативных факторах внешней среды и снижения воздействия этих факторов;
- воспитание населения с целью формирования санитарно-гигиенических навыков;
- снижение употребления табачных изделий и распространения курения, уровня алкоголизма и профилактика употребления наркотиков;
- пропаганда среди населения физической активной жизни, спорта и туризма, включая специальные физические упражнения, с учётом возрастных и физиологических особенностей;

Для формирования здорового образа жизни необходимо повысить знания населения по вопросам санитарно-гигиенических норм и правил. Для достижения этих целей необходимо выполнение следующих мероприятий:

- предоставление медико-гигиенической информации о формировании здорового образа жизни среди всех социальных групп населения;

- поощрение деятельности государственных, общественных организаций, занимающихся формированием здорового образа жизни среди населения;
- вовлечение всех работников здравоохранения в процесс организации санитарно-просветительных работ.

Важными направлениями пропаганды здорового образа жизни являются:

- пропаганда факторов, способствующих поддержанию здоровья;
- гигиена труда;
- здоровая половая жизнь;
- рациональное питание;
- личная гигиена;
- гигиена отдыха;
- оптимальный режим движения;
- физическая культура и спорт;
- борьба со стрессами;
- закаливание организма;
- гигиена супружеских отношений и планирование семьи;
- психогигиена;
- медико-социальная активность;
- гигиена окружающей среды;
- определение факторов риска, влияющих на здоровье.

Гигиеническое воспитание населения должно осуществляться и проводиться в дошкольных и других образовательных учреждениях, в программу подготовки, переподготовки и повышения квалификации работников необходимо включать разделы, освещающие гигиенические знания.

Вторичная профилактика представляет собой комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление заболеваний, а также предупреждение их обострений, осложнений и вероятности приобретения ими хронического характера.

Вторичная профилактика включает в себя:

- целевое санитарно-гигиеническое обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанное с конкретным заболеванием;
- оценка состояния здоровья в динамике, проведение различных лечебно-профилактических работ, диспансерных обследований для предупреждения развития заболеваний;
- проведение работ по лечению, профилактике, в том числе целенаправленному оздоровлению, диетическому питанию, лечебной физкультуре, лечебному массажу и оздоровлению в санаториях и курортах;
- формирование медико-психологической адаптации, правильного отношения к изменениям в состоянии здоровья, потребностям и возможностям организма;
- проведение мероприятий медико-социального, экономического характера со стороны государства, направленные на снижение уровня воздействия опасных факторов, создание условий для оптимальной жизнедеятельности больных и инвалидов, а также адаптации их к социальной среде

(реализация диетических продуктов питания, архитектурно-планировочные работы, создание соответствующих условий для лиц с ограниченной жизнедеятельностью).

Третичная профилактика, или реабилитация, – это комплекс медицинских, психолого-педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление социального и профессионального статуса, профилактику инвалидности и ранней смерти. Групповая и общая медицинская профилактика обычно охватывает не только медицинскую деятельность, но и комплексные программы, направленные на укрепление здоровья. Программы профилактики могут быть в виде комплексных и целенаправленных циклов. Эти программы состоят в основном из 4 компонентов:

- аналитический является начальной составляющей цикла, который включает в себя процесс изучения состояния здоровья населения, факторов и условий, влияющих на формирование и укрепление здоровья, уровня профилактики заболеваний;

- планирование – компонент, включающий в себя приоритетные направления, процесс выбора целей и задач, материалов и методов;

- реализация – включает профилактические, санитарно-эпидемиологические, технические, правовые, политические мероприятия;

- оценка – динамичный процесс, направленный на определение эффективности полученных результатов мероприятий, предусмотренных в вышеуказанных программах.

Оценка цикла является составной частью управления профилактической программой. Компоненты цикла помимо различных областей систем здравоохранения могут быть использованы и в других направлениях человеческой жизнедеятельности. Таким образом, завершением реализации любой профилактической программы является оценка ее качества и эффективности. Качество медико-профилактической помощи описывается следующим образом:

- адекватность ресурсов, технологий и мер, используемых для профилактики заболеваний и для укрепления здоровья;

- безопасность лечебно-профилактических мер;

- точность проведения лечебно-профилактических мероприятий;

- наличие и доступность необходимого вида медико-профилактических услуг;

- постоянное совершенствование и удобность лечебно-профилактической помощи;

- непрерывность и последовательность процесса обучения и оздоровление пациентов в системе здравоохранения;

- своевременность и эффективность применяемых лечебно-профилактических мер;

- способность профилактических мероприятий удовлетворения потребности определенных пациентов, групп или всего населения;

- стабильность полученных результатов и процессов;

- эффективность лечебно-профилактической помощи (отношение затрат на лечебно-профилактическое обслуживание к полученному результату),

которая используется для достижения положительного медикосоциального и экономического баланса.

В настоящее время в Европе и Северной Америке три четверти смертности приходится на сердечно-сосудистые, опухолевые, респираторные заболевания и цирроз печени. Учитывая тенденцию старения населения, можно заранее определить долю этих заболеваний в структуре смертности. В будущем. В развитии этой группы заболеваний в качестве факторов риска важную роль играют условия и образ жизни.

Зависимость здоровья от образа жизни

В прошлом, до того времени, как медицина стала профессиональной деятельностью, люди наблюдали влияние условий и образа жизни на здоровье. Позже те, кто занимался врачебной деятельностью, стали давать своим пациентам советы о том, как себя вести, питаться, отдыхать в период болезни, без применения медикаментов.

В связи с изменяющимися социальными условиями, многообразием и сложностью факторов, влияющих на здоровье населения, необходимо проводить социально-гигиенические исследования с учетом влияния традиций, поведения, жизнедеятельности человека на показатели здоровья. Кроме того, здоровье населения складывается из суммы сложных, комплексных систем, и оценивается не только по определенным показателям и индексам. Для этого необходимо использовать клинические, психологические, социологические, санитарно-гигиенические, математико-статистические, то есть, говоря иначе, требуется осуществление комплексных социально-гигиенических и клинических методов исследования.

Такие методы исследования позволяют не только проводить комплексный анализ социальных факторов, влияющих на здоровье, но и изучать медико-социальные аспекты образа жизни, видов деятельности, активность отдельных социальных групп или всего населения. Такие исследования определяют непосредственное влияние образа жизни на здоровье населения.

В настоящее время комплексные исследования социальной гигиены и, в частности, непосредственного наблюдения за больными (клинико-социальные исследования) выявляют взаимосвязь социальных условий и общественного здоровья. Однако следует отметить, что на сегодняшний день комплексных социально-гигиенических исследований образа жизни проведено очень мало.

Факторами риска являются производственные, экологические, биологические, генетические, экологические, гигиенические, общественно опасные факторы, приводящие к возникновению заболеваний, их развитию, обострению и тяжелым последствиям.

По мнению многих ученых, в зависимости от сферы влияния все факторы объединены в четыре основные группы (таблица 7.1):

- Группа факторов, связанных с образом жизни и условиями жизни (50% в общей доле влияния);

- Генетические факторы (наследственность) (20%);
- Факторы внешней среды (20%);
- Факторы медицинского обслуживания (10%).

Теперь рассмотрим факторы риска неэпидемических заболеваний.

Согласно анализу данных, факторы риска в Европе и Северной Америке среди групп населения в возрасте от 25 до 65 лет распространены следующим образом:

- регулярное курение (29-56% населения);
- высокий уровень АД (15-60% населения);
- гиперхолестеринемия (45-80 %);
- избыточная масса тела (11-38 %).

Таблица 7.1

Группы факторов риска, влияющие на здоровье и степень их влияния

Факторы	Значение в сохранении здоровья (сила воздействия %)	Группа факторов
Образ и условия жизни	50	Условия проживания, работа, дом. Неправильное, нерациональное питание. Неправильная организация труда и отдыха. Стрессовые (нервные) ситуации. Адинамия, гиподинамия. Употребление алкогольных напитков, табакокурение. Употребление наркотических веществ, чрезмерная лекарственная зависимость. Одиночество, непрочная семья. Медицинская культура, низкая медицинская активность, безответственность к собственному здоровью.
Генетические факторы	20	Предрасположенность к наследственным заболеваниям.
Внешняя среда	20	Загрязнение воздуха, воды, почвы различными вредными веществами. Нарушение экологии. Различные неблагоприятные географические и климатические условия.
Медицинское обслуживание	10	Неэффективность профилактических мер. Низкое качество медицинской помощи.

Курение является фактором риска не только опухолевых заболеваний, но и возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. В настоящее время

искоренение (избавление от) курения является одной из эффективных мер по оздоровлению населения в развитых и развивающихся странах.

Во многих странах мира (Финляндия, Исландия, Южная Ирландия, Канада, Узбекистан и др.) организованы компании для борьбы с курением. Это способствует сокращению количества курильщиков и улучшению здоровья населения.

ВОЗ в 1980 году под лозунгом «Курение или здоровье...» развернула кампанию по борьбе с курением. Научные данные подтверждают, что курение наносит вред здоровью. Приведем несколько примеров. Одно из исследований, проведенных в США показало, что у курящих до 20 сигарет в день заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями у лиц в возрасте 45-54 лет увеличивается в 1,4 раза относительно некурящих, а у курящих более 20 сигарет в день, этот показатель увеличивается в 2 раза.

В последние годы растет число курящих женщин и девушек. По данным, в Санкт-Петербурге 68,4% девушек в возрасте 14-18 лет курят (регулярно или иногда).

Помимо того, что курение вызывает больше сердечных приступов, опухолей и прочих заболеваний у женщин, чем у мужчин, оно является еще и фактором риска развития заболевания и вызывает целый ряд проблем. Курение негативно влияет на беременность, а именно:

- у курящих женщин во время беременности замедляется рост плода, в среднем ребенок рождается на 200гр. меньше, относительно некурящих женщин, выявлена обратная корреляционная связь между массой тела ребенка при рождении и количеством выкуриваемых сигарет матерей;

- курение во время беременности повышает риск развития врожденных заболеваний у младенцев;

- курение во время беременности увеличивает число перинатальных смертей;

- курение матери негативно влияет на плод, замедляя его дыхание и ускоряя сердцебиение;

- у курящих женщин высока вероятность преждевременных родов и произвольных абортов.

Таким образом, борьба с курением играет важную роль в профилактике неинфекционных заболеваний. Научный анализ показывает, что с сокращением количества курильщиков среди населения показатель сердечно-сосудистых заболеваний может снизиться на 50%. Если все курящие бросят курить, то риск развития сердечно-сосудистой патологии по сравнению с некурящими через 10 лет будет равнозначным. Согласно данным ВОЗ, программа по борьбе с курением должна основываться на следующих принципах: 1) некурящий должен считаться добропорядочным, хорошим человеком в обществе и всегда поддерживаться; 2) запрещать рекламу табака, ограничить его производство, экспорт и импорт.

Питание. Рациональное питание и сохранение энергетического баланса является основой для профилактики многих неинфекционных заболеваний. Что такое рациональное питание?

Рациональное питание – это физиологически полноценное питание с учетом пола, возраста, характера труда и других факторов человека, способствующее активному долголетию, высокой физической и умственной работоспособности, устойчивости к вредным факторам внешней среды и укрепляющее здоровье. Основные принципы рационального питания состоят в следующем:

- энергетическая ценность рациона питания;
- сбалансированность основных компонентов (белки, жиры, витамины, углеводы, микроэлементы);
- режим и условия приема пищи.

Различают рациональное питание, избыточное питание и недостаточное питание.

Здоровое питание – это питание, основанное на потреблении различных продуктов, обеспечивающих удовлетворение потребностей, способствующее предупреждению заболеваний и укреплению здоровья на основе научной обоснованности с учётом традиций и обычаев различных групп населения.

По отношению к человеку здоровое питание рассматривается как синоним рационального питания.

Избыточное питание (переедание) – излишнее систематическое поступление питательных веществ в организм (например: соль, масло, сахар и др.), когда энергетическая ценность рациона питания не соответствует физической потребности.

Недостаточное питание (недоедание) – малое потребление питательных веществ или некачественных продуктов, или же недостаточное поступление калорий, не соответствующее физиологическим потребностям.

Переедание является основным фактором при распространении социально значимых, хронических неинфекционных заболеваний. Переедание вызывает заболевания сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, легочно-бронхиальной системы, опорно-двигательных органов, нарушения обмена веществ и злокачественные новообразования. Согласно данным, употребление большого количества овощей и клетчатки, уменьшение потребления жира предотвращает некоторые опухолевые заболевания. Избыточное питание приводит к появлению таких факторов риска как повышение уровня холестерина в крови, избыточная масса тела и т.д.

Высокий уровень холестерина в крови – гиперхолестеринемия. Высокое содержание холестерина в крови во многом зависит от состава пищи, но в то же время большое значение играет генетическое свойство организма синтезировать холестерин. Употребление насыщенных жиров и холестерина вместе с едой повышает общее содержание холестерина в крови. Изменение рациона изменяет уровень холестерина в крови. В экономически развитых странах уровень липидов в крови 15% населения высок, а в некоторых государствах этот показатель вдвое выше. Для нормального функционирования организму необходимо определенное количество холестерина, однако повышенное содержание холестерина может привести к развитию атеросклероза. В настоящее время доказана взаимосвязь между

увеличением уровня холестерина и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний:

- эксперименты на животных показали, что если их прикармливать пищей с высоким содержанием холестерина, то это приводит к развитию у них атеросклероза:

- при эпидемиологическом обследовании групп населения с разным уровнем холестерина в крови выявлено, что распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) в этих группах различна:

- в крови пациентов с ИБС часто обнаруживается высокий уровень холестерина;

- раннее развитие ИБС наблюдается у лиц с высоким содержанием генетического холестерина в крови (семейная гиперхолестеринемия).

Избыточный вес. Согласно исследованию специалистов, от 11 до 38% населения в возрасте 25-64 лет экономически развитых стран страдают ожирением. Чрезмерное накопление жира (чаще в области живота) приводит к факторам риска развития таких кардиологических заболеваний, как повышение артериального давления, нарушение липидного обмена, инсулиновый диабет и др. Имеются точные данные о том, что ожирение приводит к нарушению функции почек и органов дыхания, нарушениям менструального цикла, остеоартрозу конечностей, повышает риск развития подагры и камней в желчном пузыре. В настоящее время ожирение приобрело характер эпидемии в развивающихся и развитых странах. Около 50% взрослого населения превышает норму индекса массы тела.

Избыточный вес и ожирение, равно как и связанные с ними неинфекционные заболевания, в значительной мере предотвратимы. Чтобы управлять массой тела, необходимо контролировать количество потребляемой пищи, состав пищи и физическую активность. Поддержание здорового веса зависит от баланса калорий, поступающих в организм и расходуемых им. Физические упражнения уменьшают количество калорий. Массу тела рекомендуется снижать медленно, без диет, так как соблюдение диеты носит временный характер. Рацион должен быть сбалансированным, а пища низкокалорийной. В то же время еда должна быть разнообразной, а прием пищи должен приносить удовольствие.

ВОЗ рекомендует ряд мер по профилактике ожирения: разъяснение населению роли низкой физической активности в увеличении массы тела; правильная оценка собственного веса; выполнение физических упражнений на работе и др.

Избыточное употребление соли. В начале прошлого века было определено, что избыточное потребление соли приводит к артериальной гипертензии. Среди населения, употреблявшего в сутки до 3 г соли, повышение артериального давления с возрастом не наблюдалось. Если эти люди переместятся в те области (регионы), где в день потребляют до 7-8 гр. соли, то у них повышается артериальное давление. В настоящее время в большинстве стран люди потребляют, независимо от своих физиологических потребностей, избыточное количество соли, тогда как при употреблении соли до 5 гр в

день, то АД снижается. Так, для первичной профилактики артериальной гипертензии количество соли в рационе питания не должно превышать 5 гр в сутки, при этом необходимо увеличить потребление продуктов, богатых калием (томаты, курага, бананы, грейпфрут, апельсин, картофель и др.). Потому что, соли калия имеют свойство препятствовать повышению артериального давления. В большинстве стран особое внимание уделяется таким рекомендациям, поскольку они дают высокую эффективность.

С 1994 года в Финляндии, многие пекарни в выпечке хлебобулочных изделий используют соли в 2 раза меньше (на 1кг хлеба 0,7 гр, вместо 1,2 гр). Эти меры позволили снизить смертность от инсульта до 2000 случаев в год, а от инфаркта миокарда до 1600 случаев. Уменьшились затраты на лечение до 100 млн. долларов в год, а на лекарства до 40 миллионов долларов.

Низкая физическая активность. Ко 2-й половине XX века получил массовое распространение малоподвижный образ жизни. В настоящее время в экономически развитых странах работа, требующая физических усилий, является дефицитной. Урбанизация, развитие автоматизации, сделали образ жизни человека малоподвижным, в процессе эволюции на протяжении нескольких тысячелетий, основным занятием человека являлись охота, сбор урожая растений и фруктов. Под влиянием различных видов деятельности в организме проходили физиологическая адаптация и обменные процессы. В современном обществе люди вынуждены вести менее подвижный образ жизни. Сейчас в экономически развитых странах каждый второй человек ведёт связанный с работой малоподвижный, сидячий образ жизни, и такая тенденция растёт среди взрослых людей. Малоподвижный образ жизни, ожирение, нарушение обмен веществ, в свою очередь приводят к распространению социально значимых заболеваний. Научно доказано, что регулярная физическая активность приводит к снижению случаев сердечно-сосудистых заболеваний и атеросклероза.

Согласно ВОЗ, с учетом вышеизложенного, регулярная физическая активность должна быть неотъемлемой частью образа жизни. ВОЗ включил компоненты повышения физической активности детей и подростков во многие профильные программы. Некоторые правительства совместно с национальными организациями и спортивными клубами разработали программы социального маркетинга для пропаганды активного образа жизни. Программы предназначены для изменения образа жизни и рекомендуют совместное использование рационального питания и физических упражнений, так как правильное питание может быть эффективным для первичной профилактики таких расстройств, как ожирение, повышение артериального давления, гиперхолестеринемия.

Алкоголь и наркотики. Одной из самых серьезных проблем со здоровьем в большинстве государств является алкоголизм и наркомания. Широко освещаются сведения об острых и хронических заболеваниях, возникающих при злоупотреблении алкоголя. В большинстве государств за последние 10 лет увеличились показатели смертности от цирроза печени, доказано, что повышение артериального давления, вызванное употреблением

алкоголя, даже при употреблении в небольших количествах, приводит к развитию других социальных заболеваний. Распространение наркотиков также является большой проблемой для здоровья.

Артериальная гипертензия. Примерно у каждого 5-го жителя экономически развитых стран высокое кровяное давление, но большинство гипертоников не контролируют свое состояние. Врачи «Американской ассоциации сердца» говорят, что гипертония – это «тихий и скрытый убийца». Опасность артериальной гипертензии заключается в том, что у многих людей она протекает без признаков заболевания, и пациенты чувствуют себя здоровым. Даже у врачей, например, существует так называемый «закон половинок». Этот неписанный закон гласит, что из гипертоников, лишь половина знает о том, что у них повышенное артериальное давление. Из половины осведомленных лишь одна половина думает, что с давлением нужно что-то делать, остальные на него просто не обращают внимания. Из этой половины обеспокоенных только половина идет к врачу за советом, остальные лишь собираются это сделать. Но даже если человек все же пришел к врачу – это еще ничего не значит. По статистике, лишь половина посетивших врача действительно соблюдает его рекомендации. При длительном повышении АД пагубно влияет на системы и органы человеческого организма, в большей степени поражая сердце, головной мозг, почки и глаза. Артериальная гипертензия является основным фактором ишемической болезни сердца, повышает риск смерти больных атеросклерозом. Лечение гипертонии считается основной составляющей силой в борьбе с факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (в сочетании с борьбой с табакокурением, избыточной массой тела и контролем содержания липидов в крови).

Сахарный диабет является опасным фактором развития сердечно-сосудистых и других серьезных заболеваний, приводящих к инвалидности. В развитии сахарного диабета играет важную роль наследственная предрасположенность, поэтому при наличии человека с сахарным диабетом в семье все его члены всегда должны проверять уровень сахара в крови. Больным сахарным диабетом необходимо избавляться от факторов риска неинфекционных заболеваний, таких как ожирение, гиподинамика, поскольку это способствует облегчению течения диабета. Также важны отказ от курения, нормальная диета и питание. Правильное и своевременное лечение препятствует развитию основного и других заболеваний. Во многих государствах разработаны специальные программы, направленные на борьбу с таким тяжелым заболеванием, как сахарный диабет.

Психологические факторы. В последнее время возрастает роль психологических факторов в развитии сердечно-сосудистых и других заболеваний. Хотя этим факторам придается большое значение в развитии важных социальных заболеваний, трудно доказать их точную роль в эпидемии того или иного заболевания. Тем не менее, была доказана роль стрессов, чувства страха, переутомления в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Нездоровая рабочая обстановка, чрезмерная рабочая нагрузка

приводят к психо-эмоциональному перенапряжению. Нищета и социальная незащищенность также могут вызывать стресс.

На основании исследований установлено, что для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний большое влияние оказывают типы поведения человека и его подвижность. Не давая психологической характеристики их личностям, можно сказать, что это в основном люди, которые много двигаются, много работают, приносят много пользы обществу. Поэтому при профилактике сердечно-сосудистых заболеваний необходимо акцентировать внимание человека не к полному изменению образа жизни, а к воздержанию от привычек, оказывающих нежелательное воздействие на их здоровье, то есть человеку необходимы регулярные физические нагрузки, рациональное питание, отказ от курения, контроль артериального давления и др.

Каждый из перечисленных выше факторов оказывает серьезное влияние на развитие тех или иных заболеваний, и небольшое увеличение числа факторов риска также значительно повышает риск развития патологических процессов в организме. Поэтому программы, которые охватывают большую часть населения, в настоящее время считаются перспективными профилактическими программами.

Медицинская активность и здоровье. Формирование здорового образа жизни

Медицинская активность – наиболее типичные стороны человеческой деятельности, которые проявляются в связи с конкретными социально-экономическими, политическими условиями, общественными отношениями, способами производства в обществе, здоровьем личности и общества. Она включает в себя деятельность отдельных лиц, групп, учреждений здравоохранения по лечению и профилактике среди населения. Ее важным элементом следует считать гигиеническое поведение, слагающееся из отношения к своему здоровью и здоровью других людей, выполнения медицинских предписаний и назначений, норм, правил посещения лечебно-профилактических учреждений и работа самих учреждений, а также другие виды деятельности человека, связанные со здоровьем. Проявления этой и подобной медицинской деятельности во многом зависят от общего уровня культуры, образования, психического состояния, условий жизни и других факторов населения.

Медицинская деятельность – это новое понятие, которое не ограничивается деятельностью организаций здравоохранения и медицинских учреждений. Четко, систематически организованная диспансеризация, обращения в лечебные учреждения, это не только работа лечебных учреждений, но и личная деятельность людей, результат врачебной деятельности.

Проведенные нами научные исследования (1994-1997; 2008-2011) показали, что заболеваемость детей, смертность, во многом зависит от своевременного проведения профилактических осмотров, своевременного обращения родителей в медицинские учреждения, выполнения рекомендаций

врачей, оказания родителями первой медицинской помощи детям, уровня их гигиенических и медицинских знаний.

Было установлено, что чем меньше ребенок и чем ниже медицинская активность родителей, тем хуже здоровье детей. Из-за несвоевременного обращения родителей в медицинские учреждения по поводу болезни детей наблюдается тяжелое течение заболеваний у детей, что в конечном итоге приводит к хроническим формам, тяжелым последствиям. Наблюдалось, что при возникновении у детей легких форм тех или иных заболеваний 28,3% семей в городах и 40,5% родителей в сельской местности не всегда вовремя обращаются к врачу. Отмечалось, что из всех наблюдаемых семей 8,1% в городе и 14,7% в сельской местности обращаются к родственникам и знакомым за консультацией по их лечению. В 12,7% городских семьях и в 18,4% семьях в сельской местности при заболевании детей родители сами пытаются вылечить своих детей, не обращаясь к врачу. Все это приводит к тяжелому течению заболевания, переходу их в хронические формы. Из наших исследований видно, что если родители несвоевременно обращаются к врачу, не выполняют рекомендации врача должным образом и ответственно, дети в такой семье заболевают в 3 раза чаще, чем другие дети.

Одним из основных факторов формирования семейной медицинской активности является регулярная работа по санитарному просвещению населения и пропаганда здорового образа жизни.

До сих пор существовало мнение, что дети в сельской местности закалены и у них меньше болезней, чем у городских детей. Однако, согласно нашим данным, полученным в результате медицинского осмотра, было обнаружено, что нет разницы между показателями заболеваемости детей в возрасте до 7 лет в городской (2277,8‰) и сельской (2043,9‰) местностях, в то время как показатели заболеваемости детей сельской местности в возрасте до 1 года (3181,0‰) были несколько выше, чем у городских детей (2949,5‰). Основной причиной этого является низкая медицинская активность сельского населения, низкая обращаемость в медицинские учреждения, неудовлетворительная гигиеническая культура, недостаточная обеспеченность медицинскими учреждениями и персоналом сельской местности. Медицинская активность, как и другие аспекты образа жизни, должна быть направлена на формирование здорового образа жизни, который является основой профилактики, особенно первичной профилактики заболеваний.

Формирование здорового образа жизни – это главный рычаг профилактического направления, который является основным направлением системы здравоохранения Республики. Здоровый образ жизни играет ведущую роль в предотвращении заболеваний сердца, сосудов, онкологических, некоторых нервных, желудочно-кишечных, неспецифичных легочных болезней, а также в уменьшении случаев смерти, вызванных ими, что также является одной из важных проблем в области здравоохранения. Формирование здорового образа жизни, в частности, осуществление первичной профилактики, во многом зависит от самих государственных медицинских учреждений, общественных организаций и населения.

Контрольные вопросы

1. Что такое образ жизни?
2. Что такое уровень жизни?
3. Что подразумевается под первичной профилактикой?
4. Что такое здоровый образ жизни?
5. Каковы важные направления пропаганды здорового образа жизни?
6. Что такое вторичная профилактика и как она проводится?
7. Что такое третичная профилактика?
8. Расскажите о группе факторов риска, влияющих на здоровье?
9. Что вы знаете о влиянии питания на здоровье?
10. Что вы понимаете под здоровым питанием?
11. Что знаете о влиянии избыточного веса на здоровья?
12. Что подразумевается под медицинской активностью?

Глава 8. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ

В последние годы в странах с развитой экономикой, где большинство населения является обеспеченным, в обиход вошло понятие качества жизни, однако термин до сих пор не имеет общепринятого определения.

По мере развития человеческого общества отношение к этому понятию, вероятно, будет меняться. Каждое поколение предъявляет свои требования к жизни и определяет свои критерии «нормы» и «качества».

ВОЗ (1999) предложила рассматривать качество жизни как оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и др.) в достижении благополучия и самореализации.

В дальнейшем это понятие немного изменилось, точнее не его содержание, а форма, и по сей день оно описывается следующим образом: Качество жизни – индивидуальная оценка своего положения в жизни общества, соотношение этого положения со своими целями, планами, возможностями и состоянием общества. Несмотря на некое определение, вопрос остается спорным. Некоторые авторы рассматривают качество жизни как существование, ограниченное психосоциальными признаками. Другие пытаются найти количественное описание этой категории в таких показателях, как болезнь, смерть, симптомы болезни и т.д. Еще одна их часть рассматривает качество жизни с точки зрения удовлетворения материальных и культурных потребностей человека (качество питания, домашний уют, современность и качество одежды, проведение досуга, качество здравоохранения и др.). Некоторые люди понимают качество жизни как меру физического, психического и социального благополучия и отождествляют его с понятием здоровья. В основе каждого определения качества жизни лежит понятие «жизнь», потому что жизнь – это основное человеческое богатство.

Жизнь характеризуется полнотой и различными сторонами через следующие понятия:

- творческая жизнь;
- жизнь потребителя;
- семейно-родовая жизнь;
- социально-культурная жизнь;
- духовная жизнь.

Творческая жизнь является первоначальной основой деятельности общества и жизни человека. Это, с одной стороны, необходимость, а с другой стороны, внутренняя потребность человека (иметь возможность работать свободно по своей воле и способностям, чувствуя потребность). Поэтому важной особенностью социально-трудовой и производительной деятельности человека является его отношение к труду (отражающее степень научно-технического прогресса) в обществе, чувство удовлетворенности своим трудом.

Потребительская жизнь определяется уровнем удовлетворения материальных и духовных потребностей людей, она подразумевает удовлетворение ежедневных потребностей личности, а именно объективных (на основе учета доходов и затрат на нужды населения) и субъективных (оценка собственного уровня удовлетворенности) потребностей. Потребительская жизнь характеризуется удовлетворением индивидуальных и общественных интересов и потребностей. И это, прежде всего, оценивается уровнем достижений, воспроизводства собственного материального богатства человека и общества (рост производства, экономическое развитие, озеленение окружающей среды и так далее).

Семейно-родовая жизнь (личная, естественная жизнь) это оценка здоровья и жизни человека, сохранение и продолжение потомства (демографического статуса населения), демократического развития человечества.

Социально-культурная жизнь характеризуется соблюдением прав человека, обеспечением гражданской деятельности, удовлетворением собственных социальных потребностей (социальная и правовая защищённость, социальное обеспечение). В социально-культурной жизни важную роль играет повышение уровня знаний человека, приобретение знаний, формирование культуры.

Духовная жизнь – это признание духовно-нравственной стороны жизни человека, свободы совести и убеждений, стремления удовлетворять различные интеллектуальные и духовные потребности (эстетические, этические и др.). Удовлетворенность от духовной жизни зависит от духовно-нравственных аспектов жизни человека, от вопросов дружбы, любви, надежды на будущее и уверенности в осуществлении заветных мечтаний, отношения социальной группы и людей к мыслям, религиозного сознания и свободы вероисповедания. Духовная жизнь формирует отношение человека к окружающему миру и своему духовному богатству, отражая представления о добре и зле, красоте и безобразии.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ под понятием «жизнь», качеством жизни понимается индивидуальная оценка своего места в обществе, в жизни (в контексте системы благосостояния и культуры общества), и соотношения этого места к его целям, планам, возможностям и состоянию общества.

Большая исследовательская работа, проведённая со стороны ВОЗ в конце XX века - начале XXI века по разработке основных критериев качества жизни человека отражены в таблице 8.1.

Безопасность, обеспеченность, качество и доступность социальной и медицинской помощи, доступность информации, возможности получения образования и повышения квалификации, свободное время, экология (поллютанты, шум, плотность населения, климат и др.)

Духовная сфера Религия, личные убеждения.

Подводя итог всему вышесказанному, можно сказать, что структура качества жизни состоит из 3 компонентов:

- условия жизни, т. е. объективная, не зависящая от самого человека сторона его жизни (природная, социальная среда и др.)

Критерии и состав качества жизни человека

Критерии	Состав
Физический фактор	Физическая боль и дискомфорт, жизненная активность, энергия и усталость, сон и отдых
Психологический фактор	Положительные эмоции, мышление, обучаемость, память и концентрация, самооценка, внешний вид, негативное отношение.
Уровень независимости	Ежедневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения
Социальная жизнь	Личные отношения, ценность субъекта в обществе, сексуальная активность
Окружающая среда	Безопасность, обеспеченность, качество и доступность социальной и медицинской помощи, доступность информации, возможности получения образования и повышения квалификации, свободное время, экология (поллютанты, шум, плотность населения, климат и др.)
Духовная сфера	Религия, личные убеждения

- образ жизни, т. е. субъективная, создаваемая самим индивидуумом сторона жизни (досуг, духовность и др.):

- удовлетворенность условиями и образом жизни.

В настоящее время большое внимание уделяется изучению качества жизни в медицине, что помогло изменить взгляды на проблемы больных и заболевание. В последние годы даже появился специальный термин «качество жизни, связанное со здоровьем».

Исследования, изучающие качество жизни, связанное со здоровьем, помогают изучить влияние болезней и методов лечения на показатели качества жизни человека (состав здоровья – физический, психический и социальный).

Международный центр исследования качества жизни даёт ему другое определение. Эксперты рассматривают качество жизни как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больных, основанную на его субъективном восприятии.

Исследования качества жизни в здравоохранении в экономически развитых странах широко используются в:

- популяционных исследованиях и мониторинге здоровья населения;
- оценивании эффективности реформирования программ в сфере здравоохранения;

- клинических исследованиях, направленных на оценивание эффективности новых методов лечения и новых лекарств;
- при индивидуальном мониторинге состояния больного, в клинической практике для оценки эффективности национальных методов лечения;
- фармакологической экономике;
- экономике здравоохранения.

В последние годы оценка качества жизни широко используется в здравоохранении нашей страны и способствует расширению следующих возможностей:

- стандартизация методов лечения;
- экспертиза новых методов лечения с использованием международных критериев, принятых в развитых странах мира;
- обеспечение полного индивидуального мониторинга состояния пациента путем оценки ранних и отдалённых результатов лечения;
- разработка моделей прогнозирования заболевания и его осложнений;
- проведение медико-социальных, популяционных исследований, позволяющих выявить группу риска;
- разработка важных фундаментальных принципов паллиативной медицины;
- динамическое наблюдение групп риска и оценка эффективности профилактических программ;
- повышение качества экспертизы новых лекарственных препаратов;
- экономическое обоснование методов лечения с учетом таких показателей, как "оценка-эффективность, цена-качество".

Рассмотрим некоторые области, в которых применяются исследования качества жизни в здравоохранении. Большая часть клинических исследовательских программ основана на подборе оптимальных алгоритмов в лечении различных заболеваний. При этом качество жизни рассматривается как важный интегральный критерий эффективности лечения.

Большое количество препаратов с одинаковым механизмом действия на фармацевтическом рынке и большое количество фармацевтических фирм требуют внедрения некоторых базовых принципов, реализующих принцип «цена-качество», проведения поэтапной и логичной политики. Важным показателем, обеспечивающим успешную разработку концепции обеспечения населения лекарственными средствами, является внедрение интегральных показателей эффективности лекарственных препаратов и исследование качества жизни. Также, некоторые программы здравоохранения посвящены изучению влияния новых лекарственных средств на качество жизни пациентов.

Большинство операций направлены на улучшение качества жизни пациента, оценка качества жизни до и после операции является одним из важных показателей для определения ранних и отдаленных последствий операции. Например, в Швеции изучалось влияние аортального коронарного шунтирования на различные аспекты качества жизни. Исследование проводилось до операции, через 3 месяца, через 1 и 2 года после операции.

Во многих исследованиях доказана важность оценки качества жизни как прогностического фактора. Полученные данные о качестве жизни до лечения могут дать врачу ценную информацию о динамике развития заболевания и его последствиях, что в свою очередь поможет правильно подобрать программу лечения.

Оценка качества жизни как прогностический фактор имеет важное значение при стратификации пациентов, находящихся на стадии клинического обследования и подбора индивидуальных стратегий лечения.

Разработка терапевтических и реабилитационных программ для оперированных больных основывается на данных о динамике качества жизни в раннем и отдаленном периодах. Таким образом, качество жизни может стать основой программы реабилитации. Например, изучали влияние реабилитационных темпов на качество жизни пациентов с инфарктом миокарда. Установлено, что реабилитация в стационаре не влияет на клиническое течение постинфарктного периода. Также, установлено положительное влияние ускоренной реабилитации на динамику качества жизни пациентов с неосложнённым типом инфаркта миокарда. Санаторно-курортный этап реабилитации улучшает качество жизни пациента, перенесшего инфаркт миокарда.

Изучение качества жизни играет важную роль в контроле качества медицинской помощи. Изучение качества жизни при определении эффективности системы медицинской помощи даст возможность получить полную информацию о пациенте и объективно оценить его состояние.

Оценка качества жизни широко используется в фармакоэкономике. Исследования в фармакологии считаются одними из современных методов здравоохранения, позволяющими определить влияние технологий лечения на улучшение качества жизни различных пациентов.

Фармакоэкономический анализ также может быть использован при оценке эффективности технологий лечения, диагностических, профилактических и реабилитационных мероприятий. Одна из основных задач фармакоэкономики – обеспечение высокого уровня качества жизни с минимальными (низкими) затратами на лечение пациента.

Как оценить качество жизни? Это достаточно сложно. Основная проблема в том, что есть две составляющие качества жизни: объективные и субъективные (психологические). С помощью комплекса различных нормативных и статистических показателей можно получить объективную информацию об уровне удовлетворения желаний и потребностей человека. Для объективной оценки качества жизни населения в статистические отчеты включаются следующие показатели:

- средний доход на душу населения;
- реальные денежные доходы;
- покупательная способность денежных доходов;
- минимальная сумма денег, необходимая для проживания;
- дополнительная номинальная среднемесячная заработная плата работника;

- средний размер установленной пенсии (с компенсационными выплатами);
- реальный размер установленной ежемесячной пенсии;
- сумма расходов на душу населения в среднем;
- количество населения с более низкими доходами, чем минимальная сумма денег, необходимая для проживания (в процентном отношении ко всему населению);
- индекс потребительских цен на все товары и платные услуги.

Однако перечисленные показатели дают общую объективную оценку состояния населения, точнее помогают оценить уровень жизни, а качество жизни отражает степень удовлетворенности духовных, интеллектуальных, эстетических и других потребностей человека. Возникает вопрос: можно ли объективно оценить субъективную сторону качества жизни? Г. Галилей писал что «размер, который можно измерить, дает возможность измерить размер, который нельзя измерить».

В настоящее время наиболее эффективным способом оценки качества жизни является проведение опроса населения, то есть получение стандартных ответов на стандартные вопросы. В основе современных исследований качества жизни лежит хорошо структурированный набор вопросов и ответов для расчета методом рейтинга. Разработкой таких опросов и их адаптацией к разным языкам и экономической фармации занялся в 1995 г. французский институт МАРИ (Международная организация по изучению качества жизни).

В настоящее время в мире проводится множество исследований для оценки качества жизни. Современная концепция изучения качества жизни в медицине включает три основных признака:

1. Многомерность. Качество жизни включает в себя информацию обо всех основных сферах жизнедеятельности человека. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивает как неассоциированные с заболеванием, так и ассоциированные с заболеванием компоненты, позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

2. Изменяемость во времени. Качество жизни меняется во времени в зависимости от состояния больного. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии.

3. Участие больного в оценке его состояния. Эта составляющая качества жизни является особенно важной. Оценка качества жизни, сделанная самим больным, является ценным и надежным показателем его общего состояния. Данные о качестве жизни, наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни.

Главным инструментом в изучении качества жизни являются специальные анкеты. Анкеты могут быть общими (используются при оценке качества жизни населения) и специальными (используются при оценке качества жизни в конкретном заболевании). Кроме того, анкета должна отвечать определенным требованиям, то есть она должна быть:

- универсальной во всех отношениях (необходимо охватить все параметры качества жизни);

- надежной (написание индивидуальных характеристик качества жизни каждого респондента);
- чувствительной (для выявления каких-либо существенных изменений в состоянии здоровья каждого респондента);
- воспроизводимой (test=pretest)
- должна быть короткой и простой в использовании;
- стандартизированной (дать стандартный вопрос и ответы с одним вариантом для всех групп респондентов);
- оценивающий (количественная оценка параметров качества).

При исследовании качества жизни с целью получения достоверных данных нужно применять только проверенные валидные вопросники. Выбор анкеты зависит от цели и задач исследования.

Преимущество опросников общего типа заключается в том, что они помогают провести сравнительную оценку влияния различных медицинских программ, качества жизни, как на конкретную группу, заболевание, так и на все слои населения. Общие опросы многофункциональны и часто учитывают такие показатели, как физическое, социальное, эмоциональное благополучие, подвижность, самочувствие, удовлетворенность жизнью. Недостатком же является неадекватная чувствительность к изменениям состояния здоровья в рамках конкретного заболевания. Поэтому в эпидемиологических исследованиях целесообразно использовать общие обследования для оценки состояния здоровья. Одним из наиболее широко распространенных общих опросников для оценки качества жизни является Short Form Medical Outcomes Study (SF-36). В качестве общего опросника он помогает оценить качество жизни пациентов с различными заболеваниями и сравнить эти показатели со здоровым населением. Кроме того, SF-36 предназначен для взрослых, охватывая респондентов в возрасте 14 лет и старше. Эффективность данного опросника высока, он отличается своей краткостью (состоит из 36 вопросов) и простотой его применения.

Критерии оценки качества жизни по опроснику SF-36:

1. **Физическая активность.** Респондент дает субъективную оценку текущего уровня физической активности в состоянии здоровья. Здесь происходит правильная корреляция; чем выше показатель, по мнению пациента, тем больше он может выполнять физическую нагрузку.

2. **Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности.** Респонденту будет предложено оценить, в какой степени его повседневная деятельность была ограничена за последние 4 недели из-за проблем со здоровьем. В этом случае имеет место обратная корреляция; по мнению больного, чем выше индекс, тем менее ограничена будет его активность.

3. **Боль.** Пациент характеризует роль своих болевых ощущений в ограничении повседневной деятельности за последние 4 недели. Наблюдается обратная зависимость: чем выше показатель, тем меньше смешанные болевые ощущения, влияющие на повседневную деятельность.

4. **Общее здоровье.** Респондент дает субъективную оценку общего состояния своего здоровья в настоящее время. Устанавливается прямая корреляционная связь: чем выше показатель, тем выше оценивает больной свое здоровье в целом.

5. **Жизнеспособность.** Больной дает оценку своего жизненного тонуса (бодрость, энергия и пр.) за последние 4 недели. Здесь выявляется прямая связь: чем выше показатель, тем выше респондент оценивает свой жизненный тонус, т. е. больше времени за последние 4 недели он ощущал себя бодрым, полным сил.

6. **Социальная активность.** Пациент дает субъективную оценку уровня своих взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами по работе и т. д. за последние 4 недели. Наблюдается прямая связь: чем выше показатель, тем выше больной оценивает уровень своих социальных связей.

7. **Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности.** Дается оценка респондентом степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами, за последние 4 недели. Выявляется наличие обратной связи: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, его эмоциональное состояние оказывает влияние на его повседневную деятельность.

8. **Психическое здоровье.** Респондент оценивает свое настроение (счастье, спокойствие, умиротворение и пр.) за последние 4 недели. Отмечается наличие прямой корреляционной связи: чем выше показатель, тем лучше настроение было у больного, т. е. за последние 4 недели он больше времени чувствовал себя спокойным и умиротворенным.

Специальные опросники применяются для оценки качества жизни у больных тем или иным заболеванием, эффективности лечения, оценки того или иного симптома. Они позволяют определить изменения в качестве жизни пациентов, произошедшие за относительно короткий промежуток времени (обычно за 2-4 недели). Специальные опросники применяются для оценки эффективности конкретного метода ведения данного заболевания и используются именно при клинических испытаниях фармакологических препаратов. Существует множество видов специальных анкет. Например, при бронхиальной астме применяются AQLQ и AQ-20, а при остром инфаркте миокарда – QLMI.

В Узбекистане до сих пор не создан национальный метод оценки качества жизни. Поэтому на сегодняшний день для оценки качества жизни пациентов пытаются адаптировать международные анкеты. Этот процесс достаточно сложный, и он требует, с одной стороны, сотрудничества с психологом, медицинским персоналом и переводчиками, с другой стороны, с авторами.

Нет единых критериев и стандартных норм качества жизни. Каждый вопросник имеет свои критерии и шкалу оценки. Определяя условный уровень качества жизни разных групп, регионов, государств можно сравнить эти показатели между собой. Вопросники лишь помогут определить тенденцию изменения качества жизни тех или иных групп населения в определённых регионах.

ВОЗ рассматривает качество и доступность медицинской помощи как важный фактор, влияющий на качество жизни пациента, поэтому их изучение в здравоохранении является важным вопросом. Вторым вопросом, который возникает при изучении качества жизни, заключается в том, нужно ли опрашивать самому себя пациента, или достаточно опрашивать его лечащего

врача и родственников? Нужно ли врачу дополнять своё объективное мнение субъективным мнением пациента?

Проведенные специальные исследования доказали, что существует разница между показателями качества жизни, которые оцениваются пациентом и окружающими (врачом или родственником). В зависимости от того, кто оценил качество жизни у больных артериальной гипертензией после гипотензивной терапии, могут быть получены различные показания. После гипотензивной терапии качество жизни изучали у 75 больных.

По словам лечащих врачей, достигнуто стопроцентное улучшение качества жизни пациентов, так как артериальное давление полностью контролировалось и жалоб на лечение не поступало. Однако, анализируя результаты опроса пациентов, оказалось, что 48% почувствовали себя лучше, 8% – хуже и 44% не заметили никаких изменений в своем состоянии. Когда качество жизни пациентов оценивали друзья и родственники: 25% считали, что имеют незаметный или низкий побочный эффект, 45% отмечали умеренные нежелательные изменения, в то время как 30% сказали, что качество жизни после гипотензивной терапии ухудшилось. Дело в том, что родственники и друзья часто преувеличивают общее состояние пациента. Когда это чувство опасности усиливается, возникает «синдром телохранителя». И, наоборот, медицинские работники всегда высоко оценивают качество жизни своих пациентов. Это состояние называется «синдромом доброжелательности» и объясняется тем, что специалист лучше знает, как защитить здоровье своего пациента, и делает собственные выводы на основании объективных клинических показаний. Однако знать, что для него хорошо, а что плохо, может только больной, и он является объективным судьей в тактике врача. Поэтому мнение медперсонала и членов семьи больного не следует учитывать при оценке качества жизни. Педиатрические обследования не являются исключением. Таким образом, качество жизни является объективным показателем субъективности.

Можно ли использовать функциональное состояние пациента как показатель качества жизни? Отвечая на этот вопрос, следует помнить, что ВОЗ рекомендует определять «функциональный статус» как способность человека выполнять задачи, дающие практические результаты в данное время. В то же время не учитываются психоэмоциональное состояние личности, степень ее свободы, вероисповедание и многие другие аспекты, составляющие полноценную жизнь человека. Таким образом, функциональный статус является одним из аспектов понятия «качество жизни».

Рассматривать качество жизни как критерий, определяющий тяжесть заболевания, является неправильным. Основываясь на динамике клинических показателей, не стоит делать выводы о влиянии метода лечения на качество жизни пациента. Следует помнить, что качество жизни – это не уровень протекания процесса, а оценивание как пациент переносит заболевание. При длительно протекающих заболеваниях пациенты привыкают к своему состоянию и не обращают на него внимания. У таких пациентов можно отметить повышение уровня качества жизни, но это не означает, что наблюдается регрессия болезней.

Таким образом, изучение качества жизни является новым надежным и эффективным методом в оценке состояния пациента перед и во время лечения, во время реабилитации. Многочисленные международные опыты показали, что изучение качества жизни является перспективным методом для всех разделов медицины.

АНКЕТА SF-36

Инструкции. Этот опросник содержит вопросы, касающиеся ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная информация поможет следить за тем, как вы себя чувствуете, и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками. Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный вами ответ, как это указано. Если вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает ваше мнение.

Вид физической нагрузки	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А) Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта	1	2	3
Б) Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	1	2	3
В) Поднять или нести сумку с продуктами	1	2	3
Г) Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	1	2	3
Д) Подняться пешком по лестнице на один пролет	1	2	3
Е) Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	1	2	3
Ё) Пройти расстояние более одного километра	1	2	3
Ж) Пройти расстояние в несколько кварталов	1	2	3
З) Пройти расстояние в один квартал	1	2	3
И) Самостоятельно вымыться, одеться			

1. В целом вы бы оценили состояние вашего здоровья как (обведите одну цифру): отличное – 1; очень хорошее – 2; хорошее – 3; посредственное – 4; плохое – 5.

2. Как бы вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад? (обведите одну цифру)? Значительно лучше, чем год назад – 1; несколько лучше, чем год назад – 2; примерно так же, как год назад – 3; несколько хуже, чем год назад – 4; гораздо хуже, чем год назад – 5.

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми вы, возможно, сталкиваетесь в течении своего обычного дня. Ограничивает ли вас состояние вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке).

4. Бывало ли за последние 4 недели, что ваше физическое состояние вызывало затруднения в вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

5. Бывало ли за последние 4 недели, что ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

Эмоциональное состояние	Да	Нет
А) Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б) Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В) Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

Физическое состояние	Да	Нет
А) Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б) Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В) Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	1	2
Г) Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)		

6. Насколько ваше физическое или эмоциональное состояние в течении последних 4 недель мешало вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру). Совсем не мешало – 1; немного – 2; умеренно – 3; сильно – 4; очень сильно – 5.

7. Насколько сильную физическую боль вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру) Совсем не испытывал(а) – 1; очень слабую – 2; слабую – 3; умеренную – 4; сильную – 5; очень сильную – 6.

8. В какой степени боль в течении последних 4 недель мешала вам заниматься вашей нормальной работой, включая работу вне дома и по дому?

(обведите одну цифру). Совсем не мешала – 1; немного – 2; умеренно – 3; сильно – 4; очень сильно – 5.

9. Следующие вопросы касаются того, как вы себя чувствовали и каким было ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует вашим ощущениям. Как часто в течении последних 4 недель (обведите одну цифру в каждой строке):

	Все время	Большую часть времени	Часто	Редко	Редко	Ни разу
А) вы чувствовали себя бодрым(ой)?	1	2	3	4	5	6
Б) вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В) вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г) вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Д) вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е) вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ё) вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж) вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
З) вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто в последние 4 недели ваше физическое или эмоциональное состояние мешало вам активно общаться с людьми? Например, навещать родственников, друзей и т.п. (обведите одну цифру) Все время – 1; большую часть времени – 2; иногда – 3; редко – 4; ни разу – 5.

11. Определите, насколько верно или неверно каждое из указанных ниже подтверждений по отношению к вам (укажите по одному числу в каждой строке).

	Верно	Совершенно верно	Не знаю	Совершенно неправильно	Неправильно
А) я думаю, что я восприимчив к болезни по сравнению с другими	1	2	3	4	5
Б) у меня неплохое здоровье по сравнению со многими моими знакомыми	1	2	3	4	5
В) я ожидаю ухудшения здоровья	1	2	3	4	5
Г) мое здоровье отличное состояние	1	2	3	4	5

Контрольные вопросы

1. Что вы понимаете под термином «качеством жизни»?
2. Как вы опишите понятие «творческая жизнь»?
3. Дайте определение понятию «потребительская жизнь».
4. Каковы составляющие и критерии качества жизни человека?
5. В каких областях и для каких целей используется оценка качества жизни в здравоохранении?
6. Что вы знаете об использовании оценки качества жизни в фармакоэкономике?
7. Какие показатели используются в статистических отчетах для объективной оценки качества жизни населения?
8. Современная концепция изучения качества жизни в медицине характеризуется тремя основными чертами, перечислите их?
9. Каким требованиям должны соответствовать анкеты, используемые при исследовании качества жизни?
10. Какие критерии используются для оценки качества жизни по анкете SF-36?

Глава 9. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

В прошлом веке в медицине были достигнуты огромные успехи в общественном здравоохранении: уменьшилась общая смертность населения, младенческая смертность, увеличилась средняя продолжительность жизни, разработаны успешные методы лечения многих заболеваний, профилактика становится основным направлением медицины и т. д. Но эти успехи были достигнуты за счет больших расходов. Ни для кого не секрет, что медицина сегодня стала крупным бизнесом. Многомиллиардные расходы должны приносить свои плоды. Например, для улучшения кровообращения миокарда, лечения ишемии сердца проводятся медицинские процедуры оперативного характера по разным направлениям, но эти операции требуют больших финансовых средств, поэтому необходимо определить эффективность затрат на лечение.

По подсчетам некоторых ученых, затраченные на проведение ангиопластики очень большие средства, приводят к увеличению средней продолжительности жизни – всего на 1%. Вот почему в обществе возникает справедливый вопрос: «Как расходуются наши деньги?», «Насколько они эффективны проведенные лечебные мероприятия?», «На что целесообразно потратить больше денег в будущем?».

Для дальнейшего финансирования здравоохранения требуется ответить на вышеупомянутые вопросы. В то время, когда газеты, журналы, интернет, телекомпания придают большое значение здравоохранению, нужно не просто ответить на вышеуказанные вопросы, ответы надо научно обосновать.

Сегодня производство и продажа лекарственных средств в системе здравоохранения стали доходным бизнесом.

Фармацевтические компании тратят огромные средства на производство лекарств и внедрение новых средств в практику. Неэффективность лекарственных средств, производимых для здоровья, удаление их из производства может привести к кризису-банкротству любой крупной компании. Поэтому фармацевтические компании, выпускающие препараты, пытаются получить максимальную пользу от лекарств, максимально «выжать» его соки. В настоящее время не брезгуясь ничем, ведётся агрессивная рекламная политика. Маркетинговые специалисты рассматривают лекарства как наиболее эффективные, наиболее выгодные продукты в мире, используя различные новые технологии и средства психического воздействия.

В таких условиях врач и пациент становятся невольными клиентами рекламных компаний. Поэтому они должны выбрать наиболее эффективный и дешевый из многих лекарств, имеющих одинаковый фармакологический эффект, для этого требуется полагаться на научные знания.

Любой практикующий врач, который ответственно относится к своей работе, всегда задается вопросом: «Правильно ли я поставил диагноз?, Правильно ли я рекомендовал лечение?, Я сделал всё, чтобы вылечить

пациента?». Подобные вопросы беспокоят также пациента, но трудно ответить на них всегда четко. Конечно, в нормальных случаях эффект очевиден сам по себе: кровотечение – сосуд перевязали и кровотечение прекратилось. Но не всегда всё легко решается. Часто, когда эффективность лечения удовлетворяет врача и пациента, сомнение не покидает человека: «Каковы последствия лечения?», «Не было ли никаких осложнений?», «Насколько долгим может быть полученный результат?». Где и как найти ответы на эти вопросы. Каждый врач обладает определенными знаниями, имеет свое личное мнение, опыт по конкретным ситуациям, здравый ум, но в то же время он не может выйти за пределы влияния чьего-то мнения, какой-то «школы». Все это формирует клиническое мышление у врача, и, тем не менее, субъективный диагноз, зависит от личности врача. Он часто полагается только на свой опыт в лечении больного. Таким образом, диагностика, процесс лечения на практике не всегда являются правильными.

Ни один врач не имеет достаточного опыта во многих клинических ситуациях. Известно, что знания, полученные в процессе обучения, постепенно снижаются, а система после дипломного образования часто становится неэффективной. Мнение экспертов не всегда будет правильным. Например, когда 4 врачам кардиологам давали качественные ангиограммы и просили дать ему оценку, из них 3 мнения отличались друг от друга. Это означает, что врач должен правильно диагностировать, иметь объективные данные для эффективного лечения пациента.

На современном этапе научно-технической революции информация, как наводнение заполняет все большим потоком. На сегодняшний день в год издаются 4 млн. научных статей, более 40 тысяч журналов по биологии и медицине. Если врач будет заниматься их чтением, то ему не останется времени на лечение.

Поэтому не имеет смысла требовать от врача, чтобы он сам находил информацию, обобщал и оценивал её. Эту проблему может решить библиографическая база данных. Через систему Интернет можно быстро получить необходимую информацию. Однако, во-первых, в Узбекистане не все врачи имеют компьютер, не все знают, как пользоваться компьютерной техникой, особенно Интернетом. Важно, что многие врачи не знают иностранного языка. А в системе Интернет в основном информация представляется на иностранных языках (английский язык). Во-вторых, данные, предоставляемые в Интернете, не проходят экспертизу, а это означает, что никто не может гарантировать достоверность публикуемой информации. Информация в издаваемых руководствах и информационных изданиях не всегда является надежной, современной, поскольку данные внедряются в практику, результаты которой публикуются специалистами в течение 5-10 лет после их изучения. Поэтому пособия и информация в справочниках, руководствах уже устаревают, не успевая быть опубликованными. Все вышеперечисленное препятствует правильной своевременной диагностике врача и эффективному проведению лечебных процедур. В настоящее время в средствах массовой информации большое значение уделяется вопросам

здоровья, лечению, профилактике заболеваний. В результате пациент, имея некоторую информацию о диагностике и лечении, обращается к врачу на прием, имея свое известное представление о заболеваниях и тактике их лечения. Кроме того, врач, соблюдая права пациентов, должен получить согласие на лечение пациента, иначе говоря, врач должен информировать пациентов об их заболевании, дать пациенту критическую оценку тактики лечения и получить согласие на лечение.

Всегда ли врач готов к этому? Обладает ли врач информацией обо всех новых методах лечения и лекарствах, известных пациенту из литературы? Может быть и такая ситуация, когда по сравнению с врачом больной обладает наибольшей информацией из новейшей литературы, так как он больше сосредоточен на своем заболевании. В прошлом врачи и медицинский персонал были основными источниками информации для пациента и его семьи. Сегодня же, несколько иначе, в настоящее время практикующим врачам и организаторам здравоохранения нужна своевременная, полноценная, современная, критически оцененная информация. Поэтому к концу прошлого века многие продвинутые врачи поняли, что для успешной диагностики и лечения необходимы короткие, точные, объективные данные о результатах лучших клинических исследований, которые проводятся во всем мире, основанных на достоверных данных, показывающих эффективность тех или иных методов лечения, лекарств.

Врачи-практики и организаторы здравоохранения должны ответить на следующие вопросы: «Данным каких исследований следует доверять?, Какие результаты можно использовать на практике?». Все это заложило основу появления доказательной медицинской науки. Впервые в 1990 году Мас-Мастер предложил использовать лучшие результаты научных исследований, опираясь на клинические эксперименты, с учетом индивидуальных особенностей клиента. Такую научно-практическую часть медицины он рекомендовал назвать Evidence Based Medicine (кратко – EBM). Это понятие быстро вошло в английский словарь и стало популярным. Это понятие мы предлагаем обозначать термином «доказательная медицина». В настоящее время ученые по-разному оценивают «доказательную медицину».

Существует множество определений, отражающих значение доказательной медицины. Приведем некоторые из них, доказательная медицина:

- добросовестное, логическое, рациональное использование результатов наиболее лучших результатов клинических исследований для решения проблемы клиента, опираясь на собственный опыт, учитывая желания пациента (определение – М.Б.);

- добросовестное, четкое, вдумчивое использование наиболее надежных результатов доступных клинических исследований для выбора диагноза и лечения определенного (конкретного) пациента;

- обеспечение наиболее эффективных, безопасных и экономичных способов диагностики и лечения на основе наиболее надежных результатов клинических исследований;

- технология поиска, анализа, обобщения медицинской информации, которая помогает принимать оптимальные клинические решения;

- стратегия и тактика диагностики и лечения, совокупность принципов эволюции;

- систематический, регулярный метод исследования для использования лучших из доступных методов лечения и профилактики с учетом индивидуальных особенностей клиента;

- информационные технологии выбора оптимальных вариантов медицинской деятельности;

- проведение научных исследований с использованием современных статистических методов, обеспечивающих надежную информацию для разработки эффективных мер по улучшению общественного здоровья.

Хотя приведенные выше определения отличаются друг от друга, их содержание одно: доказательная медицина дополняет квалификацию врача, авторитетных экспертов и руководящих принципов руководства, наиболее эффективных, безопасных и экономичных, надежных, современных методов диагностики и лечения и позволяет принимать индивидуальные оптимальные решения.

Естественно, возникает еще один вопрос: Является ли доказательная чем-то новым или же это «украшение старой тибетейки с новыми узорами»? Нельзя однозначно ответить на этот вопрос. Как известно, нельзя постоянно внедрять в практику любые результаты научных исследований, доказывая, что новый метод эффективен по сравнению со старым. По мнению некоторых ученых, на это можно ответить и положительно, так и отрицательно, поскольку требуется особый подход к вопросу внедрения результатов исследований в практику, основанных на доказательствах. Сторонники говорят: Сторонники: на основании каких фактов мы говорим, что этот препарат лучше другого, почему следует использовать именно этот препарат, а не другой? В целом, врачам рекомендуется прежде чем применять результаты научных исследований на практике, критически подходить к предлагаемым лекарственным средствам, лечению на основе данных анализов, а затем применять их.

В качестве доказательства этого приведем один пример. В России новорожденным часто выставляются 2 диагноза: перинатальная энцефалопатия и внутриглазная гипертензия, а в США этот диагноз ставится только в редких случаях, когда сильно поврежден головной мозг или обнаружена опухоль в головном мозге. В США и России не проверяются однотипные симптомы и не проводятся инструментальные исследования для постановки этого диагноза. Американские ученые считают, что в России большинство младенцев, страдающих перинатальной энцефалопатией, внутриглазной гипертензией, являются здоровыми, но, тем не менее, на протяжении многих лет проводятся курсы лечения различными лекарствами, что отрицательно сказывается на их здоровье. Ученые, опубликовавшие эту статью, считают, что даже если пациенты не принимают рекомендуемые лекарства, они чувствуют себя достаточно хорошо. Где найти ответ на вопрос, полезны ли лекарства, которые принимают дети, или же нет? Чтобы ответить на этот вопрос также необходима доказательная медицина. Теперь возникает

следующий вопрос: «Может ли врач сделать правильный вывод, используя методы доказательной медицины?» Конечно, нет.

Поэтому необходима определенная организация, которая может решить эту сложную задачу. Такая организация в настоящее время существует. В 1972 году британский эпидемиолог Арчи Кохран обратил внимание на то, что общество не знает реальной эффективности лечения. К сожалению, пока не создана система, которая концентрирует и периодически обновляет результаты всех передовых рандомизированных клинических исследований по всем наукам и специальностям. Рандомизация – это случайный выбор, случайное распределение пациентов по группам лечения в клинических исследованиях с целью снижения неопределенности, ошибок, повышения надежности полученных результатов; таким образом, рандомизированные исследования – это исследования, которые были распределены по группам лечения пациентов на основе рандомизации.

Арчи Кохран предложил создать Центр медицинских обзоров, основанный на статическом сборе материалов и анализе результатов и регулярном их обновлении. С этой целью в 1992 году в Оксфорде был создан вышеупомянутый центр, который получил название Кохран. В том же году Ж. Чалмер основал Ассоциацию Кохрана, в которой в настоящее время насчитывается более 3000 членов. Ассоциация действует через сети, которые соединяют центры в разных странах. Цель ассоциации – подготовить систематические обзоры всех рандомизированных клинических исследований на основе полного реестра.

Систематический обзор (систематический обзор центров Ассоциации Кохран, проще говоря – обзор Кохрана) – это проведение научных исследований на основе заранее спланированных методов, при этом объектом исследования являются результаты ряда оригинальных исследований. Они синтезируют результаты исследований с помощью методов, которые позволяют минимизировать систематические ошибки. Эти методы позволяют выбирать по критериям, повышающим точность статей, для более глубокого анализа и интерпретации статей по одному точно полученному вопросу.

Если исходные результаты научных исследований были рассмотрены, проанализированы, но не были сконцентрированы статистически – такой обзор называется систематическим качественным обзором. Если исходные результаты научных исследований обрабатываются статистическими методами, обобщенными комментариями – называются систематическими количественными комментариями.

Систематические обзоры сходны с обзорами, изложенными в медицинских журналах или диссертациях. Простые обзоры охватывают различные проблемы, систематические обзоры ищут ответы на более узкий клинический вопрос, эффективность клинических вмешательств, а не порядок освещения клинических проблем, описанных в главах учебников. Но оба обзора очень необходимы. Если обзор литературы поможет изучить проблему, связанную с предметом, систематический обзор кратко ответит на конкретно поставленный вопрос.

В дополнение к статистическим комментариям, всемирное сотрудничество Кохран формирует рефератную базу данных на основе результатов проверенных, надежных, научно обоснованных, рандомизированных контролируемых клинических исследований, проведенных в соответствии с современными стандартами качества. Таким образом, будет подготовлен вторичный информационный продукт, состоящий из «очищенных» исследований, которые позволят врачу найти множество статей и освободить их от критической оценки каждого из них.

Как составить систематические обзоры. Как и в любом научном исследовании, составление обзоров осуществляется в несколько этапов:

- определение основной цели обзора.
- определение способов оценки результатов.
- систематический информационный поиск.
- суммирование количественной информации.
- суммирование доказательств с использованием подходящих статистических методов.

анализ результатов, интерпретация их по определенным правилам и методикам, составление специальных протоколов для каждого этапа.

Цель систематического обзора должна быть точной и конкретной. Обзор систематизирует проблему, с которой сталкивается врач. Как правило, цель можно разделить на 4 категории: диагностика, лечение, этиология, последствия.

Определение методов оценки результатов является наиболее сложным этапом обзора. Перед тем, как искать соответствующие статьи, исследователь должен правильно ответить на вопрос, какие методы оцениваются при обнаружении данных, какой метод оценки является лучшим, потому что необходимо установить такие стандартные критерии, с помощью которых он сможет методически оценить качество проведенного исследования и составить объективный обзор. Методы оценки результатов будут зависеть от цели исследования. Например, при определении эффективности лечения хронических и рецидивирующих заболеваний следует исходить из метода оценки качества жизни больных, при острых заболеваниях — объективные и субъективные симптомы (зуд, боль и т. д.), общее состояние пациента и т. д. Обычно полученные результаты можно оценить, сравнивая с «золотым стандартом». В качестве «золотого стандарта» используются результаты репрезентативного, проведенного достаточным числом и хорошо организованном исследовании. Проанализировав результаты нескольких исследований, соответствующих «золотому стандарту», при проведении мета-анализа (анализа) его результаты становятся достоверными и дают точную оценку. Но даже при проведении исследования с использованием «золотого стандарта» требуется достаточно глубокий подход к оценке, поскольку общий полученный «золотой стандарт» не существует, он может быть специфичным для конкретного случая, полученного отдельно.

Систематический поиск информации. Этот этап начинается с поиска «золотых стандартов». Сбор информации требует опыта, не имея навыков системного подхода к поиску информации, многие необходимые исследова-

ния могут быть исключены. Если компьютерная база плохо индексируется, независимо от того, насколько тщательно были проведены исследования на компьютере, не всегда можно найти необходимую информацию. Поэтому требуется добавить к данным, полученным с компьютера, исследования, которые были найдены вручную в результате систематического наблюдения за опубликованными исследованиями (компьютер не всегда имеет электронной базы данных).

«Фильтрация» опубликованных исследований. Методы, используемые в опубликованных статьях, не всегда дают качественную сравнительную оценку результатов проведенных исследований. Например, при изучении эффективности Кавинтона (винпосетина) при внутричерепной гипертензии у детей было найдено 900 статей, 2 статьи из которых соответствовали предъявляемым методическим требованиям, где отмечалось, что Кавинтон не дает ожидаемого эффекта при внутричерепной гипертензии у детей.

Реферирование информации. «Отфильтрованную» информацию необходимо привести в форму реферата (т.е. системную форму): цель исследования, тип эксперимента, классификация клинической базы, описание пациентов, типы лечения, критерии оценки результатов, основные результаты (по возможности в виде таблицы) и заключение. Всем известно, что на этом этапе широко применяется стандартизация, суть которой выражается в сравнительном изучении, сопоставлении в одних и тех же условиях.

На данном этапе из тезисов готовится систематический обзор, основанный на фактических данных по теме, которая является основным продуктом медицинских центров.

Сбор проверенных данных. Этап сбора данных начинается с критической оценки сравниваемой работы. Поскольку сравнить некоторые из опубликованных статей невозможно, достоверность содержащейся в них информации может быть поставлена под сомнение. Поэтому они не могут пройти этот этап. Метод суммирования, направленный на количественное или графическое описание результатов, полученных с помощью специально сконфигурированных статистических методов для указания надежности, называется количественным обобщением или метаанализом.

Мета-анализ(meta analysis) – методология сбора, позволяющая повысить их качественную достоверность при оценке одних и тех же результатов разных исследований, проведенных разными авторами по одной и той же теме. Суть мета-анализа проста: по мере увеличения количества наблюдений в исследованиях сужается предел достоверности, увеличивается надежность результатов и позволяет принимать правильные решения. При этом важно отметить, что сравниваемые числа статистически идентичны, для этого есть соответствующие критерии проверки в мета-анализе. Существует несколько способов мета-анализа: простой, кумулятивный, перспективный и т. д.

Но во многих случаях трудно оценить внешнюю и внутреннюю надежность работы. В таких случаях используются самые надежные из имеющихся материалов. Методы статистической группировки и сбора данных разнообразны, применение которых зависит от характера информации, находящейся в подчинении исследователя.

Анализ и интерпретация результатов. Систематический обзор обобщает полученную, проверенную информацию, делает ее простой для чтения и доступной для врачей. Это не всегда легко. Для применения результатов собранного материала используются несколько сложных статистических методов, например OR (Odds Ratio – соотношение результатов между различными группами пациентов, в которых проводится эксперимент) NNT (Number Needed to Treat – количество пациентов в экспертной группе, получаемых для достижения положительного результата) и т. д., для вычисления применяются специальные методы. Поэтому для наглядного изложения полученных результатов используются графические изображения, разъяснения к которым приводятся ниже. В последние годы в практической деятельности врачей составляются протоколы ведения больных с использованием достижений доказательной медицины. Эти протоколы являются специфическим клиническим алгоритмом для врачей в профилактике, диагностике, лечении, реабилитации пациентов с различными заболеваниями. Таким образом, основная задача протоколов ведения пациентов заключается в использовании научно обоснованных, проверенных, безвредных, эффективных методов диагностики и лечения пациентов.

Еще раз следует отметить, что каждый врач является исследователем на своем рабочем месте. Многие из них завершают магистратуру и занимаются научной деятельностью, практикуют результаты проведенных научных исследований. Для этого врач должен быть уверен в результатах своей научной работы в качестве соискателя. Чтобы вести достоверные, проверенные данные, правильно организовывать научные исследования в целом, каждый исследователь должен проводить исследования с использованием современных статистических методов, которые следуют принципам доказательной медицины. Поэтому основу, фундамент доказательной медицины составляет медицинская (биологическая) статистика. Одним из важных аспектов практического применения доказательной медицины является умение использовать современные статистические методы.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение науке доказательной медицины.
2. Что вы понимаете под доказательной медициной?
3. Что такое систематический обзор?
4. Что вы знаете о Кохрановской библиотеке?
5. Дайте определение понятиям качественного и количественного систематического обзора.
6. В чем отличие систематического обзора от обзора литературы?
7. Перечислите этапы составления систематического обзора.
8. Как осуществляется систематический сбор информации?
9. Что вы понимаете под «Мета-анализом» (meta analysis)?

Глава 10. ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ (БИОСТАТИСТИКА)

Медицинская статистика и её основные функции

«Статистика» – это общественная наука, которая изучает количественную сторону общественных, массовых явлений в неразрывной связи с их качественной стороной.

Основная цель статистики – это изучение масштабов и количественных изменений при массовых общественных явлениях и событиях, происходящих в обществе в определенных регионах и в течение определенного периода времени, закономерностей их развития.

Название статистической науки определяется именем отрасли, в зависимости от сферы деятельности, например: статистика промышленности, сельского хозяйства, строительства, торговли, коммунальная, судебная статистика, медицинская статистика и т. д.

Статистические методы помимо социальных наук применяются в биологии, химии и физике и именуется в соответствии с названиями этих предметов, как биологическая, физическая и химическая статистика.

Статистика, изучающая вопросы, связанные с медициной, гигиеной и здоровьем, называется медицинской или санитарной статистикой.

Медицинская статистика рассматривает здоровье человека как продукт общественной жизни, изучает неразрывно все события человеческой деятельности в связи с его общественной жизнью. Ни один процесс в человеческом теле не происходит без воздействия социальной среды. Это касается не только таких показателей, как болезнь, смерть, увечье, инвалидность, физическое развитие, которые непосредственно связаны с биологической и социальной средой, но также и все реакции организма человека, которые могут происходить под воздействием положительного и отрицательного влияния факторов внешней среды. Итак, статистика – это социальная наука, и основным предметом её изучения являются социальные явления.

Основными задачами медицинской статистики являются:

1. Изучение состояния здоровья населения: количество населения, структура, естественное движение (рождение, смерть, естественное размножение), физическое развитие, распространение различных заболеваний среди населения и их проявления, средняя продолжительность жизни и т. д.

2. Выявление связей между показателями здоровья и различными факторами природной и социальной среды, оценка влияния этих факторов на здоровья населения, разработка на основании результатов исследования научно обоснованных мер по дальнейшему улучшению здоровья населения и внедрение их в практики.

3. Правильное планирование здравоохранения, изучение качества и эффективности медицинских услуг, предоставляемых населению для

правильной организации работы санитарно-эпидемиологических и лечебно-профилактических учреждений и изучение их деятельности, сбор и глубокий анализ данных о типах и количестве медицинских учреждений, количестве занятых в ней сотрудников, количестве коек в больнице.

4. Оценка лечебных и профилактических работ, используемых в эксперименте, изучение их эффективности.

5. Планирование клинических и экспериментальных медико-биологических исследований, их организации и проведения, оценка точности полученных результатов, определение закономерности различных процессов в организме здорового и больного человека, оценка эффективности новых методов лечения и профилактики.

Медицинская статистика является частью науки «Общественного здоровья и здравоохранения», и в свою очередь делится на два раздела: статистика здоровья населения и статистика здравоохранения.

Статистика здоровья населения охватывает первый и второй пункты основных задач медицинской статистики.

Статистика здравоохранения охватывает третий и четвёртый пункты основных задач медицинской статистики. Пятый пункт основных задач относится ко всем исследованиям санитарной статистики, которые объединяясь, образуют раздел под названием медицинская статистика.

Одна из основных целей медицинских учреждений и медицинских работников улучшить здоровье населения, увеличить их работоспособность и среднюю продолжительность жизни путём изучения взаимосвязи здоровья населения с внешней средой, социально-экономическими условиями, условиями труда и жизни.

Таким образом, врач, изучая здоровье населения во взаимосвязи с внешней средой, социально-экономическими условиями, условиями труда и жизни, должен уметь собирать точную информацию о заболеваемости, смертности и других показателях здоровья среди разных групп населения, оценивать достоверность полученных результатов и определять их закономерности. Кроме того, врач анализируя процессы, происходящие в организме пациента под воздействием внешних факторов и с учётом влияния ведущих факторов риска, должен уметь в различных клинических условиях правильно поставить диагноз. А в экспериментальных лабораторных условиях организовать проведение статистических обследований, правильно проанализировать полученные результаты, изучить последствия новых методов лечения и профилактики не только у данного биологического организма, но и в социальных сообществах. Эффективность любых медицинских вмешательств в конечном итоге будет определяться самым ярким показателем общественного здоровья, такими как заболеваемость, инвалидность, смертность, продолжительность жизни.

Для решения вышеуказанных проблем большое значение имеют статистические методы, широко используемые в социально-гигиенических исследованиях, которые дают возможность выявления основных факторов, влияющих на здоровье населения и объяснить их закономерности.

Для проведения санитарных статистических исследований исследователь должен обладать достаточными знаниями о теоретических основах в области исследований, таких как диалектический и исторический материализм, экономика и медицинская наука. Кроме того, теоретической основой санитарной статистики также являются общая теория статистических исследований, организация статистических наблюдений, сбор статистических материалов, методы компиляции, расчета и статистического анализа.

В настоящее время в медицинской статистике предпочтение отдается методам математической обработки цифрового материала и проведению статистической обработки данных на компьютере с помощью программного пакета для статистического анализа.

При использовании основных статистических исследований, закон большого числа математики способствует устранению случайностей статистических показателей, раскрытию закономерностей происхождения событий.

В некоторых случаях число наблюдений в статистических исследованиях может составлять 10 000, 100 000, а иногда для исследований достаточно 1000, 100. Для определения достаточного количества наблюдений и достоверности полученных результатов в статистических исследованиях применяется метод и формулы математического анализа.

Методы математического анализа в медицине и санитарной статистике используются в следующих случаях:

Во всех исследованиях, использующих выборочную совокупность.

В тех случаях, когда результаты наблюдения должны выражаться в относительных и средних значениях, также, когда необходим статистический анализ.

Во всех клинических и лабораторных исследованиях (с относительно небольшим числом наблюдений).

В приведенных выше, а также в некоторых других случаях невозможно правильно организовать планирование, организацию статистических исследований и оценить достоверность полученных результатов без использования методов математического анализа.

Таким образом, врач в своей практической и научной деятельности, используя математико-статистические методы, которые являются научно обоснованным выбором и методом расчета, позволяют успешно проводить социально-гигиенические исследования и раскрывать законы об изменении здоровья населения, выявлять воздействие на них внешней среды и с помощью проведенных исследований разрабатывать конкретные меры по дальнейшему улучшению здоровья населения или отдельных его групп (рабочих, матерей, детей, подростков, ветеранов и т. д.).

Организация статистических исследований

Изучение здоровья населения и многих социально-гигиенических факторов, влияющих на него, проводится с помощью специальных статистических методов исследования. Такие исследования не только изучают масштабы событий, но и помогают определить законы их происхождения.

Изучение деятельности лечебно-профилактических учреждений, эффективности и качества медицинской помощи, оказываемой населению, также является предметом статистических исследований.

Статистические исследования могут проводиться с помощью краткой общей программы с целью выявления рождаемости, смертности, заболеваний среди населения, их размеров и закономерностей, а также с помощью широкой и глубокой программы, в которой были созданы для изучения социально-гигиенические, медико-биологические факторы и медицинская помощь, влияющие на них.

Любое организованное статистическое исследование строится по одному типу схемы и состоит из одних и тех же статистических шагов.

Санитарно-статистическое исследование состоит из 4 непрерывных этапов:

1 этап – составление программы и плана статистического исследования;

2 этап – организация и проведение сбора необходимых данных, предусмотренных программой исследования;

3 этап – обработка и анализ полученной информации (контроль, группировка, шифровка, вычисление показателей, свод данных в таблицы);

4 этап – разработка рекомендаций и управленческих решений, внедрение в практику.

Первый этап является подготовительным, потому что результаты исследования зависят от заранее составленного плана и программы исследования.

На втором этапе исследования проводится сбор материала. Сбор данных может осуществляться путём заполнения разных регистрационных документов.

Третий этап – это обработка полученной информации, группировка, суммирование, расчет относительных значений исходя из абсолютных значений. На данном этапе исследования применяются математические методы (корреляция, стандартизация, оценка точности информации) для изучения воздействия различных факторов и определения закономерности влияний.

На четвертом этапе проводится вычисление статистических показателей, дается их графическое изображение, изучаются динамика и тенденции, устанавливаются связи между явлениями, составляются прогнозы и т. д. Анализ предполагает интерпретацию полученных данных, оценку достоверности результатов исследования. В заключение делаются выводы и результаты внедряются в практику.

Первый этап – разработка плана и программы исследований. Этот этап является подготовительным этапом исследования, который включает в себя разработку программы наблюдения, плана, документа, фиксирующего данные наблюдения, и определяет вид наблюдения, метод исследования, необходимое количество наблюдений.

При разработке программы исследования, определяются цели и задачи, которые необходимы для достижения этой цели.

Например, когда цель выражена как «Изучение заболеваемости среди населения», она становится абстрактной. Чтобы сделать цель полноценной, её содержание должно быть кратким, ясным и четким, с описанием определённых групп заболеваний и групп населения, в которых они изучаются, и в конечном итоге даются практические рекомендации на основе полученных данных.

Цель должна быть понятна не только исследователю, но и другим специалистам и направлениям.

Например, «Основные причины смертности детей первого года жизни по району «Н» и пути его сокращения». Для полного достижения определенной цели в санитарно-статистических и социально-гигиенических исследованиях должны быть выполнены следующие задачи:

1. Распространенность единиц наблюдений в изученном статистической совокупности и его результаты.
2. Изменение случаев или явлений между определенными регионами и периодами.
3. Обобщенное описание случаев или явлений, сравнения его с несколькими статистическими совокупностями (относительные и средние значения).
4. Оценка точности полученных статистических значений.
5. Изучение влияния социально-гигиенических, социально-экономических, экологических факторов на исходы (заболеваемость, смертность).
6. Определение взаимосвязи между факторами.
7. Определение взаимосвязи между исходами.
8. Разработка необходимых рекомендаций и предложений на основе результатов исследования.

В небольших статистических исследованиях задачи обычно не превышают 4-6. Исследователь, прежде чем ставить перед собой определенные цели и задачи, должен быть полностью ознакомлен с соответствующей литературой. Под планом санитарно-статистического исследования понимается:

1—определение объекта исследования; 2—определение единицы наблюдения; 3 — определение места исследования; 4—определение сроков проведения исследования; 5—определение исполнителей для проведения исследования; 6— определение руководителя, под чьим руководством будет проводиться исследование; 7— определение требуемых материальных и финансовых средств.

Объектом исследования является среда, в которой собирается статистическая информация. Это может быть население города или района, контингент пациентов, лечившихся в областных больницах, студенты института, население определённого региона, рабочие заводов, фабрик и т.д.

Единица статистического наблюдения – это составная часть объекта наблюдения, подлежащая изучению и регистрации согласно программы исследования. Например, отдельный случай заболевания или больное лицо, входящее в состав объекта наблюдения. Каждая единица наблюдения характеризуется рядом признаков, величины которых исследователь регистрирует в процессе сбора статистического материала. Количество единиц наблюдения определяет размер статистической совокупности (n).

Статистическая совокупность – это группа, состоящая из большого числа относительно однородных элементов (единиц наблюдения), взятых вместе в известных границах времени и пространства.

Различают два вида статистических совокупностей: 1. Генеральная совокупность; 2. Выборочная совокупность.

Генеральная совокупность – совокупность, состоящая из всех единиц наблюдения, которые могут быть к ней отнесены в соответствии с целью исследования. Понятие генеральная совокупность является относительным, его можно рассматривать в зависимости от цели наблюдения одновременно и как генеральную, так и выборочную совокупность. Например, количество детей, проживающих в районе «А» области «Н», является генеральной совокупностью для этого района и выборочной совокупностью для области.

Генеральная совокупность часто рассматривается как величина стремящаяся к бесконечности. Например, если мы исследовали бы всех пациентов с ревматической болезнью на земном шаре, чтобы изучить распространенность, тогда бы мы получили генеральную совокупность.

Генеральная совокупность изучается в соответствии с некоторыми признаками (временем, территорией) для статистических исследований. Например, в 1963 году изучалось здоровье населения Нивхи, одного из проживающих на севере народов, с общей численностью населения около 3740 человек.

Изучение здоровья космонавтов также основано на генеральной совокупности, потому что космонавты составляют небольшую группу.

Выборочная совокупность – часть генеральной совокупности, отобранная специальным (выборочным) методом. Выборочная совокупность должна быть репрезентативной, т.е. в отобранной части должны быть представлены все элементы, как в генеральной совокупности. Репрезентативность должна быть количественной и качественной.

1. Репрезентативность качественная – соответствие (однотипность) признаков, характеризующих единицы наблюдения выборочной совокупности по отношению к генеральной.

2. Репрезентативность количественная – достаточная численность единиц наблюдения выборочной совокупности.

Статистическая совокупность представляет в себе несколько разновидностей: сходство и различие, качество и число, фактор и результат. Например, исследуются причины смерти детей до 1 года в 1993 году в районе «Н». При этом дети, которые умерли в возрасте до одного года, составляют статистическую совокупность. К их основным признакам относятся: признак сходства – все они родились в районе «Н», умерли в 1993 году, годовалые; отличительные признаки: мальчик, девочка, возраст матери, беременность и число родов; качественные признаки: пол, диагноз, профессия матери, домашние условия, характер питания; количественные признаки: возраст ребенка, возраст матери, беременность и количество родов, вес ребенка; признаки фактора: пол, возраст ребенка, возраст матери, род занятий, масса тела ребенка при рождении, бытовые условия, режим питания; результат-признак: смерть.

На первом этапе исследования ключевая роль заключается в правильной организации статистической совокупности. Статистические наблюдения классифицируются по времени регистрации данных, по полноте охвата единиц совокупности и т.д. Статистические наблюдения по времени регистрации разделяются на 2 группы.

Моментное наблюдение – проводится по мере необходимости, при котором регистрация проводится через определенные, обычно одинаковые промежутки и сравнительно равные интервалы времени (перепись населения).

Текущее (непрерывное) наблюдение – проводится для изучения текущих явлений и процессов. При текущем (непрерывном) наблюдении факты регистрируются по мере их возникновения, то есть учитываются постоянно, непрерывно, например, регистрация рождения, смерти и заключение брака в актах гражданского состояния. По полноте охвата единиц совокупности различают следующие виды статистического наблюдения: сплошное (массовое) и частичное (несплошное) наблюдение. Сплошное наблюдение представляет собой сбор и получение информации обо всех единицах изучаемой совокупности. Другими словами, все события записываются без задержек.

Этот метод используется для определения величины общего числа изучаемых случаев (рождений, смертей, инфекционных заболеваний, числа медицинских учреждений и медперсонала, государственной переписи и т. д.). Сплошное (массовое) наблюдение часто приводит к работе с генеральной совокупностью. Дело в том, что метод массового наблюдения требует много времени, денег и сил и по большей части наблюдения часто проводятся путем выбора части генеральной совокупности.

Есть несколько различных способов формирования выборочной совокупности:

1. Монографическое наблюдение или единичное наблюдение.
2. Метод наблюдения основного массива.
3. Метод отбора единиц из генеральной совокупности (типологический выбор, случайный выбор, механический выбор, «гнездовой» отбор, метод направленного выбора).

После определения методов формирования выборки из генеральной совокупности, необходимо определить число наблюдений, которые являются одними из основных факторов, определяющих точность, достоверность результатов исследования.

Условием обоснованного расчета необходимого числа наблюдений является допущение возможной ошибки, т.е. предположение максимально допустимого отклонения результатов выборочного исследования от генеральных значений. Например: изучаются случаи смерти от пневмонии у годовалых детей, лежащих в больницах. Если смертность годовалых детей в больницах (летальность) составляет 3%, для того чтобы узнать точность данного показателя, необходимо определить его возможную погрешность, то есть размеры граничного диапазона, в котором этот показатель может быть допущен. Мы определяем доверительный интервал к погрешности, когда

этот показатель 1%. Так, при показателе летальности 3,1% порог надежности составляет от 2% до 4%.

В математической статистике допустимая погрешность показателя определяется по следующей формуле:

$$\Delta = t \cdot \sqrt{\frac{P \cdot q}{n}}$$

где Δ – предельная ошибка;

t – критерий вероятности (доверительный коэффициент);

P – величина показателя;

q – величина, обратная показателю, $q = 1 - P$, в зависимости от того, какими значениями (единицами, акциями) задается показатель: $q = 100 - P$ или $q = 1000 P$;

n – число наблюдений.

Для медицинских и биологических исследований t обычно принимается равным 2, что обеспечивает 95% точность получаемого значения.

Итак, в нашем примере:

$$\Delta = 1\%, P = 3\%, q = 100 - 3 = 97, t = 2$$

Исходя из формулы предельной ошибки, можно определить необходимое число наблюдений:

$$\Delta = t \cdot \sqrt{\frac{P \cdot q}{n}}; \text{ здесь } n = \frac{t^2 \cdot P \cdot q}{\Delta^2}$$

$$n = \frac{t^2 \cdot P \cdot q}{\Delta^2} = \frac{2^2 \cdot 3 \cdot 97}{1^2} = 1167$$

Таким образом, достаточно изучить историю болезни 1167 детей, которые лечились от пневмонии, чтобы изучить некоторые закономерности заболеваемости и последствий этого заболевания в стационарных больницах.

В каждом санитарно-статистическом исследовании (когда они проводятся в выбранных совокупностях) исследователям требуется определить число единиц наблюдения, не превышающих допустимые погрешности полученных результатов. Имея это в виду, чтобы облегчить задачу исследователям, мы составили специальную таблицу, где можно определить число единиц наблюдения (n), не превышающее 5% погрешности, когда известно количество генеральной совокупности (таблица 10.1).

На основе этой таблицы исследователь может выбрать число наблюдений в зависимости от чисел генеральной совокупности, с точностью выше 95,0%.

Сбор данных в санитарно-статистических исследованиях может осуществляться разными методами: 1) непосредственное наблюдение; 2) сбор сведений из медицинской документации; 3) анамнестическое анкетирование.

Непосредственное наблюдение включает в себя сбор информации путем записи результатов эксперимента, проведенного в клинике и лаборатории.

Сбор данных основан на изучении различных документов, используемых в медицинских, санитарно-эпидемиологических учреждениях. Статистические данные собираются с помощью анамнестической памяти, анкетно-опросного метода, рассылки специально разработанной анкеты определенному кругу лиц, ведения дневников переписки и саморегистрации, а также методов прямого опроса.

Анамнестическое анкетирование – это сбор статистических данных с помощью специально разработанных анкет, адресованных определенному кругу лиц. Это исследование основано на принципе добровольности, поэтому возврат анкет зачастую бывает неполным. Одним из главных недостатков этого метода является то, что респонденты не всегда приводят полный ответ на вопросы, включенные в анкету. В настоящее время метод прямого анкетирования широко используется в социально-гигиенических исследованиях для изучения влияния образа жизни на здоровья населения, условий проживания, труда и отдыха, удовлетворенности медицинскими услугами. Вопросник или карта должны соответствовать цели и задаче исследования и включать все вопросы, которые должны быть освещены.

В некоторых случаях исследователь в анкетах неосознанно включает много вопросов для получения обширных и полных данных. В результате часть собранных данных не будет использована при обработке материалов, а исследователь для сбора этих данных зря тратит время и силы. Кроме того, в ходе сбора и группировки данных становится заметно, что некоторые необходимые вопросы (иногда важные) не включены в анкету и ответы на них не получены, и это требует повторного проведения исследования.

Поэтому, прежде чем составлять специальную анкету или вопросник, исследователь должен понимать основной смысл и суть проводимого исследования.

Второй этап – наблюдение и сбор информации, является одним из важнейших этапов, поскольку выводы, сделанные в конце исследования, а также точность ожидаемых результатов исследования зависят в первую очередь от полноты и достоверности собранных статистических данных. Поэтому, к исследованию должны привлекаться лица, прошедшие специальную подготовку по сбору информации или имеющие достаточную квалификацию в данной изучаемой сфере.

В социально-гигиенических исследованиях для регистрации данных используются различные документы:

– специальные медицинские и статистические документы Госкомстата (карточка стационарного пациента, карта амбулаторного пациента, история развития детей, справка о рождении и смерти и т. д.);

– специальные карты составленные с целью дублирования (копирования) данных из медицинских и статистических документов;

Число единиц наблюдения (n), не превышающее 5% погрешности, когда известно количество генеральной совокупности.

	0,01-1%	0,02-2%	0,03-3%	0,04-4%	0,05-5%
1000	909	714	526	286	286
2000	1667	1111	714	476	333
3000	2308	1364	811	517	353
4000	2857	1538	869	540	364
5000	3333	1667	909	555	370
6000	3750	1765	937	566	375
7000	4118	1842	959	574	378
8000	4444	1905	976	580	381
9000	4737	1956	989	584	383
10000	5000	2000	1000	588	385
11000	5238	2037	1009	591	386
12000	5454	2069	1017	594	387
13000	5652	2097	1024	596	388
14000	5833	2121	1029	598	389
15000	6000	2143	1034	600	390
16000	6153	2162	1039	601	390
17000	6296	2179	1043	603	391
18000	6429	2195	1046	604	391
19000	6552	2209	1050	605	392
20000	6667	2222	1059	606	392
30000	7500	2308	1071	612	395
40000	8000	2353	1081	615	396
50000	8333	2381	1087	617	397
60000	8571	2400	1091	618	397
70000	8750	2414	1094	619	398
80000	8889	2424	1096	620	398
90000	9000	2432	1098	621	398
100000	9091	2439	1099	621	398

– для каждой конкретной наблюдаемой единицы специально составленная анкета, вопросник, дневник и др.

Необходимо постоянно следить за качеством информации, полученной во время сбора материала, проверять правильность заполнения после качественного и количественного сбора всех материалов. Карты, не получившие полного ответа на некоторые вопросы, по возможности будут заполнены повторно, если нет, то они будут исключены из наблюдений исследования.

Третий этап – группировка, свод и расчет собранного материала, в свою очередь, он делится на два небольших этапа: а) группировка данных; б) свод и расчет.

Группировка – расчленение совокупности изучаемых данных на однородные, типичные группы по наиболее существенным признакам.

Группировка может проводиться по качественным и количественным признакам. Выбор группового признака зависит от характера изучаемой совокупности и задач исследования:

1. Атрибутивная, типологическая группировка производится по качественным признакам. Например, в зависимости от места жительства, городской и сельской местности, мужского и женского пола по половому признаку, социального работника и служащего, а также группировки больных по их диагнозу.

2. Группировка по вариационным признакам проводится на основании числовых размеров признака. Например, население делится на группы по возрасту, массе тела, росту, длительности лечения в стационарных условиях.

Разделение на слишком большое количество групп приводит к раздробленности получаемой информации и невозможности раскрыть определенные закономерности событий, а малое количество групп, в свою очередь, неспособно выявить особенности событий.

Группировка является основой для составления статистики.

Свод – обобщение единичных случаев, полученных в результате статистического исследования, в определенные группы, их подсчет и внесение в макеты таблиц.

Сводку статистического материала проводят при помощи статистических таблиц.

Статистические таблицы делятся на: простые и сложные.

Сложные таблицы в свою очередь разделяются на сгруппированные и комбинационные таблицы. В каждой таблице есть раздел (подлежащее), который представляет ее суть и сказуемое, раскрывающее сущность подлежащего. Статистическое подлежащее обычно размещается по горизонтальным строкам в левой части таблицы и отражает главный, основной признак. Статистическое сказуемое размещается слева направо по вертикальным графам и отражает дополнительные учетные признаки. Каждая таблица должна иметь заголовок, отражающий ее содержание.

В простых таблицах представляется числовое распределение материала по одному признаку (Таблица 10.2).

Таблица 10.2

Количество больных, пролеченных в отделениях больницы

Все пациенты	Из них в отделении	
	Терапия	Хирургия

В групповых таблицах представляется сочетание двух признаков, взаимосвязанных друг с другом (таблица 10.3), а в комбинированной – по трем и более связанным между собой признакам (таблица 10.4)

Таблица 10.3

Распределение по возрасту пациентов в отделениях больницы

Возраст пациента (в годах)	Отделения больницы	
	Терапия	Хирургия
До 20		
20 – 29		
30 – 39		
40 – 49		
50 лет и старше		
Всего		

Макет таблиц готовится заранее, на первом этапе. Свод и расчет осуществляются на современных электронно-вычислительных машинах с использованием статистических математических методов.

Четвертый этап – статистический анализ, выводы и внедрение их в практику. На этом этапе проводится вычисление статистических показателей (частоты, структуры, средних размеров изучаемого явления), дается их графическое изображение, изучается динамика, тенденции, устанавливаются связи между явлениями, даются прогнозы и т.д. Анализ предполагает интерпретацию полученных данных, оценку достоверности результатов исследования. В заключение делаются выводы.

По окончании на основании выводов исследования и научной литературы подводятся итоги исследования, выявляются закономерности развития событий и даются рекомендации по оздоровлению населения, координации работы медицинских учреждений.

Таблица 10.4

Распределение пациентов по возрасту и по пребыванию в среднем в день в отделении больницы

Возраст пациента (в годах)	Отделения больницы							
	Отделения больницы				Хирургия			
	До 10 день	10–15 день	10–20 день	21 день и более	До 10 день	10–15 день	10–20 день	21 день и более
До 20								
20 – 29								
30 – 39								
40 – 49								
50 лет и старше								
Всего								

Относительные величины

Известно, что абсолютные числа указывают на общее количество изученных событий, их изменение в динамике, но в большинстве случаев по абсолютным числам нельзя делать выводы. Относительные величины используются для описания степени распределения признаков внутри совокупности и для сравнения различных совокупностей при анализе.

Абсолютные цифры получают путем суммирования статистических материалов в таблицах. Абсолютные числа представляют собой общее количество изученных событий и их динамику. Например, абсолютные числа могут использоваться для подтверждения увеличения числа жителей области, врачей, среднего медицинского персонала, заболеваний, их увеличения или уменьшения (например, малярии, холеры, столбняка, возвратного тифа и т. д.).

В значительной части случаев абсолютные величины не могут быть использованы для сравнения с данными других исследований. Поэтому относительные величины следует выводить из абсолютных чисел при сравнении и сопоставлении величины, изменчивости, качественных характеристик и отдельных закономерностей изучаемых событий и явлений друг с другом во времени и среде (в отдельных сообществах). Относительные величины делятся на 4 вида:

1. Интенсивный показатель;
2. Экстенсивный показатель;
3. Показатель соотношения;
4. Показатель наглядности.

Интенсивный показатель – указывает на частоту, интенсивность, распространенность явления в среде.

$$\text{Интенсивный показатель} = \frac{\text{явление} \cdot \text{основание}}{\text{среда}}$$

При социально-гигиенических исследованиях в качестве среды, как правило, берется население или отдельные его группы (по возрасту, полу, профессии и т.д.). Под явлением понимается процесс или событие, происходящее в той же среде. Например, случаи рождения и смерти (явления) среди населения (среда) и др. В качестве величины основания обычно выбираются цифры 100, 1000, 10000 и др. Если интенсивный показатель взять равным 100, то величина выражается в % (процент), равным 1000 – в промилле (‰), равным 10000 – в продецимилле (‱), равным 100000 – в просантимилле (‰‰).

Показатель временной нетрудоспособности рассчитывается на 100 работающих, летальность в стационарных больницах на 100 больных, лечившихся в больницах; такие показатели, как общая заболеваемость, общая смертность, рождаемость рассчитывается на 1000 человек населения.

Интенсивные показатели широко используются при оценке санитарного состояния населения. Такие показатели, как рождение, смертность, заболеваемость, травматизм, инвалидность являются примерами интенсивных показателей, определяющими санитарное состояние населения. Например: предположим, что в районе «Н» с численностью населения 50000 человек за год умерло всего 350 человек:

$$\text{Интенсивный показатель} = (350 \cdot 1000) / 50000 = 7 \text{ ‰}$$

Значит, в районе «Н» каждые год умирают семь из 1000 человек (это говорит о том, что показатель смертности населения составляет 7‰). Интенсивные показатели, в свою очередь, подразделяются на общие и частные интенсивные показатели. Общий интенсивный показатель – величинами являются рождаемость, смертность и заболеваемость на душу населения (район, область, город). Специальный интенсивный показатель – при его расчете средой выступает определенная часть (группа) населения (показатели заболеваемости по возрасту, полу, стажу работы).

Интенсивные показатели используются для сравнения величины и распространенности события между несколькими совокупностями (например, для сравнения показателей рождаемости между различными районами, городами, областями, странами или показателей смертности среди людей разного возраста). Эти показатели также используются для наблюдения за уровнем распространения событий в изучаемых совокупностях, динамикой изменения их (во времени).

Экстенсивный показатель – выражает соотношение части к целому или распределение целого на части. Обычно этот показатель рассчитывается в процентах. Для расчета экстенсивного показателя целое принимается за 100, а части берутся за х. (таблица 10.5).

Таблица 10.5

Структура причин смерти годовалых детей в районе «Н»

Причина смерти	В абсолютных цифрах	Экстенсивный показатель, %
Родовой травматизм	58	30,5
Пневмония	56	29,5
Атлетказ легких	20	10,5
Врожденные аномалии	30	15,8
Инфекционные заболевания	16	8,4
Другие	10	5,3
Всего	190	100,0

Примерами экстенсивных показателей могут быть величины по лейкоцитарной формуле, возрасту, полу, социальному распределению, смертности, структуре заболеваемости и т.д. Экстенсивные показатели

используются для определения структуры статистического комплекса и для сравнения отдельных частей, входящих в его состав. Они показывают, насколько данная часть среды или события соотносится друг с другом. Такие показатели не могут использоваться для определения степени распространения события или события в окружающей среде или временном интервале. Для этого всегда нужно знать количество сред, в которых произошло событие, и рассчитать интенсивность.

Показатель соотношения – это показатель степени распространения явления в среде, непосредственно несвязанной с данным явлением. Хотя содержание отличается друг от друга, показатель соотношения по методу расчета аналогичен интенсивному показателю.

$$\text{Показатель соотношения} = \frac{\text{явление} \cdot 100 (1000, 10000)}{\text{среда, непосредственно несвязанная с данным явлением}}$$

Примерами показателя соотношения являются количество больничных коек, врачей и медсестер на 1000 человек. Этот показатель также широко используется для оценки деятельности медицинских учреждений.

Показатель наглядности – показывает соотношение однородных показателей в разных регионах или периодах. При этом один из показателей принимается равным 100, а остальные рассчитываются относительно этого показателя. Сопоставимые значения могут быть приведены в абсолютных числах, относительных, средних значениях (таблица 10.6).

Таблица 10.6

Динамика заболеваемости детей пневмонией в районе «Б».

Годы	Заболеваемость на 1000 детей	Показатель наглядности
2001	157,0	100
2002	145,0	92
2003	140,0	89
2004	130,0	83
2005	136,0	87

Расчет: $157,0 - 100$
 $145,0 - x \quad x = 92,0$ и др.

Показатель наглядности используется, когда трудно сравнить изменения, направления, увеличение или уменьшение изучаемого процесса в динамике в виде абсолютных чисел, относительных или средних значений.

Средняя величина

Средние величины важны в статистике. Они используются для обобщения количества наблюдаемых событий. Средняя величина используется для оценки физического развития населения, различных процессов, происходящих в здоровом и больном организме, длительности лечения некоторых заболеваний в стабильных стационарах, эффективности лекарственных препаратов и многих других вопросов. Для получения средних величин создается вариационный ряд. Это ряды, в которых события и явления располагаются в порядке возрастания или убывания их величины и образуются вместе с числом их повторений.

Вариационный ряд состоит из варианты (V) и указывающего их повторяемость числа (R). Вариант (V) – числовая величина исследуемого признака. Частота или уровень повторяемости (R) – указывает, сколько раз встречалась каждая вариант. В качестве примера вариационного ряда в таблице 10.7 показана продолжительность лечения больных, а частота – число больных. В качестве примера вариационного ряда в таблице 10.7 приведена длительность лечения больных, а как частота приведено число пациентов.

Вариационные ряды бывают простыми, сгруппированными, интервально-сгруппированными. Простой вариационный ряд – это ряд, в котором каждый вариант встречается не более одного раза. При большом количестве наблюдений варианты одинакового размера группируются, и таким образом формируется групповой вариационный ряд.

При большом количестве наблюдений и большой амплитуде между начальным и конечным вариантами через определенные промежутки времени формируют серию вариантов путем добавления друг к другу соседних вариантов. Такой вариационный ряд называется интервально-групповым вариационным рядом.

Групповые вариационные ряды могут быть дискретными или непрерывными. В дискретных вариационных рядах варианты различаются как минимум на одну единицу. Например, частота сердечных сокращений в минуту, количество вдохов, количество учеников в группе и так далее. В непрерывных рядах варианты могут варьироваться от десятков до сотен. Например, вес, длина тела и так далее.

Наиболее часто употребляемыми и используемыми величинами в санитарной статистике являются средние арифметические величины. В вариационных рядах средняя арифметическая величина (M), среднее квадратичное отклонение (σ) и средняя ошибка (m) выводятся различными способами.

1. Простой способ. Среднее арифметическое находится простым методом, когда каждый вариант в вариационном ряду повторяется не более одного раза, или когда все варианты повторяются одинаковое количество раз. В этом случае варианты просто складываются, а найденная сумма делится на количество наблюдений. Например, требуется найти среднее значение дней лечения пациентов с пневмонией в определенной больнице (таблица 10.8).

Распределение пациентов по срокам лечения

Продолжительность лечения (дней) (V)	Число больных (P)
13	1
14	3
15	5
16	7
17	10
18	9
19	8
20	5
21	2
	50

Таблица 10.8

Среднее значение дня лечения больных с пневмонией в больнице

Дни (V)	Число больных (P)	d	d ²
14	1	-5	25
15	1	-4	16
16	1	-3	9
17	1	-2	4
18	1	-1	1
19	1	0	0
19	1	0	0
20	1	1	1
21	1	2	4
22	1	3	9
23	1	4	16
24	1	5	25
228	12	0	110

Средняя арифметическая простая исчисляется по формуле:

$$M = \frac{\sum V}{n}$$

Среднее квадратичное отклонение:

$$\sigma = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2}{n}}$$

Средняя ошибка среднего арифметического значения (когда число наблюдений превышает 30):

$$m = \pm \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Средняя ошибка среднего арифметического значения (когда число наблюдений меньше 30):

$$m = \pm \frac{\sigma}{\sqrt{n-1}}$$

Здесь:

V – варианта;

n – количество наблюдений;

Σ – знак, указывающий сумму (эпсилон);

d – разность варианта от среднего арифметического значения ($d = V - M$).

Вычисляем показатели:

$$M = \frac{\Sigma VP}{n} = 19,0 \text{ дней}$$

$$\sigma = \pm \sqrt{\frac{\Sigma \cdot d^2}{n}} = \pm \sqrt{\frac{110}{12}} = \pm 3,02 \text{ дня}$$

$$m = \pm \frac{\sigma}{\sqrt{n-1}} = \pm \frac{3,02}{\sqrt{12-1}} = \pm 0,91 \text{ день}$$

Средние арифметические значения имеют несколько особенностей:

1. Средние арифметические значения будут находиться в середине вариационного ряда ($M=19,0$).

2. Средние арифметические значения имеют абстрактный характер, это обобщённые показатели, которые раскрывают закономерности исследуемых событий.

3. Алгебраическая сумма разностей среднего значения вариантов равна $\Sigma d=0$. Это применяется для проверки правильности вычислений среднего значения.

При расчете средних значений необходимо соблюдать следующие правила:

1. содержание материалов в вариационном ряду должно быть одинаковым (возраст, пол, профессия, диагноз и т.д.).

2. число наблюдений должно быть достаточным.

3. вариационный ряд не должен быть разбросанным (дисперсным):

а) разбросанность (дисперсия) определяется с помощью среднего квадратичного отклонения (σ) Если число наблюдения находится на $M \pm 1 \sigma$ не менее 68,3 %, на $M \pm 2 \sigma$ не менее 95,5%, и на $M \pm 3 \sigma$ не менее 99,9 % тогда считается, что вариационный ряд плотный, рассматриваемый комплекс симметричен и среднее арифметическое значение типичное.

В нашем примере $M = 19,0$ дней и $y = \pm 3,02$ дня. В этом случае:

$$M \pm 3.0 \sigma = 19 \pm 3 \cdot 3,02$$

В полученном примере 100% числа наблюдений находится на $M \pm 3 \sigma$. Следовательно, можно сделать вывод, что вариационный ряд плотный.

б) для оценки физического развития в санитарной статистике используется среднее квадратичное отклонение:

$M \pm 1 \sigma$ – среднее значение;

от $M \pm 1 \sigma$ до, $\pm 2 \sigma$ – выше среднего;

от $M \pm 2 \sigma$ до, $\pm 3 \sigma$ – высокое значение;

от $M - 2 \sigma$ до, -1σ – ниже среднего;

от $M - 3 \sigma$ до, -2σ – низкое значение.

в) с помощью среднего квадратичного отклонения определяется средняя ошибка среднего арифметического значения (m).

$$m = \pm \frac{\sigma}{\sqrt{n}}; \quad n \leq 30 \text{ bo'lsa, } m = \pm \frac{\sigma}{n-1}$$

Средняя ошибка показывает, насколько среднее арифметическое, полученное из выбранного комплекса, отличается от среднего арифметического значения, которое может быть получено из генерального комплекса.

Средние арифметические значения всегда записываются вместе со стандартными ошибками.

$$M \pm m, 19,0 \pm 0,91 \text{ день}$$

2. Взвешенный метод. Этот метод применяют при многократном повторении каждого варианта, когда число наблюдений в несколько раз больше (более 30). Чтобы вычислить среднее арифметическое по весу, строится серия вариантов, умножая каждый вариант (V) на его количество повторений (R), чтобы найти сумму $\sum VR$. Затем делят сумму на количество наблюдений (n), чтобы найти среднее арифметическое:

$$M = \frac{\sum VR}{n}$$

Например, требуется определение длины тела годовалых детей-узбеков мужского пола, проживающих в Ташкенте (таблица 10.9).

Таблица 10.9

Длина тела годовалых детей-узбеков мужского пола, проживающих в Ташкенте (см)

V	P	VP	D	d ²	d ² P
71	2	142	-5	25	50
72	3	216	-4	16	48
93	4	296	-3	9	36
74	14	1036	-2	4	56
75	30	2250	-1	1	30
76	16	1216	0	0	0
77	12	924	1	1	12
78	11	858	2	4	44
79	6	474	3	9	54
80	4	320	4	16	64
81	3	243	5	25	75
	105	7971			469

$$M = \frac{\sum VP}{n} = \frac{7971}{105} = 75,91 \approx 76 \text{ см.}$$

$$\sigma = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2}{n}} = \pm \sqrt{\frac{469}{105}} = \pm 2,11 \text{ см;}$$

$$m = \pm \frac{\sigma}{\sqrt{n}} = \pm \frac{2,11}{\sqrt{105}} = \pm 0,21 \text{ см.}$$

Таким образом, получается, $M = 76 \text{ см}$, $\sigma = \pm 2,11 \text{ см}$, $m = \pm 0,21 \text{ см}$

В приведенной таблице 10.9 среднее квадратичное отклонение рассчитывается в несколько этапов:

1. рассчитывается среднее арифметическое значение;
2. определяется разность каждого варианта от среднего арифметического значения ($d = V - M$);
3. возводят каждое отклонение в квадрат d^2 .
4. умножают квадраты отклонений на соответствующие частоты d^2P .
5. Находят сумму произведений ($\sum d^2 P$)
6. Вычисляют среднее квадратичное отклонение по формуле.

Способ момента. Такой способ вычисления среднего арифметического применяют при многократном повторении каждого варианта в вариационном ряду, при большом числе наблюдений и для упрощения математических расчетов. Формула расчета среднего арифметического по способу момента:

$$M = M_1 + \frac{\sum dP}{n}$$

M – среднее арифметическое значение;

M_1 – условно принятое среднее значение;

P – частота, повторения вариантов;

n – число наблюдений; \sum – знак суммы; d – разность варианта от условно принятого среднего арифметического значения ($d = V - M_1$).

Как правило, в качестве условного арифметического значения принимается наиболее распространенная варианта в вариационном ряду, поскольку это значение близко к фактическому среднему значению, которое должно быть определено.

Способ момента основан на том, что алгебраическая сумма разницы отдельно взятых вариантов от среднего арифметического равна «0». Сумма различий в вариантах от условно полученного среднего арифметического значения будет равна числу с положительным или отрицательным выражением, а не «0».

Можно выделить следующие этапы вычисления среднего значения способом момента:

формируется вариационный ряд;

определяется условное среднее значение (M_1);

определяется разность вариантов от условного среднего ($d = V - M_1$);

разница, полученная по каждой варианте, умножается на число повторений вариант ($d \cdot P$);

суммируются найденных произведений ($\sum dP$);

полученная сумма делится на число наблюдений ($\sum dR/n$), таким образом находят среднюю разность вариант от условной средней арифметической, первый уровень момента;

искомое действительное среднее арифметическое находят, прибавив к условному среднему арифметическому значению первый уровень момента (если средняя разность является положительным числом, эта разность прибавляется к условному среднему арифметическому значению, если же разность является отрицательным числом, то она вычитается).

Рассмотрим вычисление среднего арифметического значения из группы вариационных рядов по способу момента (таблица 10.10).

$$M = M_1 + \frac{\sum dP}{n} = 11 \frac{7}{35} = 11,20,$$

$$\sigma = \sqrt{\frac{\pm \sum d^2 P}{n}} = \pm \sqrt{\frac{85}{35}} = \pm 1,56$$

$$m = \pm \frac{\sigma}{\sqrt{n}} = \pm \frac{1,56}{\sqrt{35}} = \pm 0,26$$

Таблица 10.10

Вычисление среднего арифметического значения из группы вариационных рядов по способу момента

<i>V</i>	<i>P</i>	<i>d</i>	<i>dP</i>	<i>d²P</i>
8	1	-3	-3	9
9	3	-2	-6	12
10	8	-1	-8	8
11	10	0	0	0
12	6	1	6	6
13	4	2	8	16
14	2	3	6	18
15	1	4	4	16
	35		7	85

Коэффициент вариации

Величина среднего квадратичного отклонения обычно используется для сравнения разбросанности (дисперсии) однотипных рядов. Если сравниваются два ряда с разными признаками (рост и масса тела, средняя длительность лечения в стационаре, количество посещений врача и т.д.), то невозможно сравнить два разных вариационных ряда с помощью «у». В этих случаях применяют коэффициент вариации (Sv), представляющий собой относительную величину. Коэффициент вариации характеризует относительную меру отклонения измеренных значений от среднеарифметического:

$$Cv = \frac{\sigma \cdot 100}{M}$$

Чем больше значение коэффициента вариации, тем относительно больший разброс и меньшая выравненность исследуемых значений. Например, при изучении физического развития 3-летних детей, посещающих детский сад, получены следующие показатели:

$$M_{\text{рост}} = 92 \text{ см}$$

$$M_{\text{вес}} = 14,0 \text{ кг}$$

$$y = 2,7 \text{ см}$$

$$y = 1,1 \text{ кг}$$

Рассчитаем коэффициенты вариации:

$$C_{\text{рост}} = (2,7 \cdot 100) / 92 = 7,8 \%$$

$$C_{\text{вес}} = (1,1 \cdot 100) / 14,0 = 2,9 \%$$

Быстрое вычисление среднего квадратичного отклонения и средней ошибки среднего арифметического значения. Суть данного метода заключается в том, что для расчета d и m определяется разница (амплитуда) между максимальными и минимальными вариантами, затем найденный показатель делится на соответствующее значение (K), которые представлены в таблице 10.11.

Алгоритм расчета:

1. определяется разница между максимальными и минимальными вариантами (амплитуда).
2. по таблице на основании количества наблюдений определяются, соответствующие значения y и m .
3. определяется среднее квадратичное отклонение.

$$\sigma = \frac{M_{\text{max}} - M_{\text{min}}}{K};$$

4. определяется средняя ошибка среднего арифметического значения.

$$m = \frac{M_{\text{max}} - M_{\text{min}}}{K};$$

Из этих расчётов очевидно, что вес детей стремительно меняется по отношению к их росту.

Параметрические методы оценки достоверности результатов статистического исследования

Посредством изучения части выбранных явлений, необходимо оценивать точность показателей, полученных в результате исследования, чтобы сделать правильные выводы об общей совокупности событий и их закономерностях.

В медицине и экспериментальных лабораториях наблюдения и исследования часто проводятся в выборочных совокупностях.

Как бы тщательно ни была выбрана совокупность, как бы ни была она подобна или репрезентативна по отношению к общей совокупности, выборочная совокупность отличается от общей, то есть относительные и средние значения, полученные из выборочной совокупности, отличаются от

величин, полученных из общей совокупности. Поэтому, изучая некоторые из выбранных явлений, необходимо оценить точность показателей, полученных в результате исследования, чтобы сделать правильные выводы о явлениях и их закономерностях в целом. Величина, которая измеряет точность индикатора, является его ошибкой.

Таблица 10.11.

Определение γ и m по амплитуде

N	K_{δ}	K_m	n	K_{δ}	K_m
1			120	5,15	56,3
2	1,13	1,60	140	5,26	62,3
3	1,69	2,93	160	5,35	67,6
4	2,06	4,12	180	5,43	73,0
5	2,33	5,20	200	5,50	77,8
6	2,53	6,21	220	5,57	82,6
7	2,70	7,16	240	5,61	87,0
8	2,85	8,05	260	5,68	91,6
9	2,97	8,90	280	5,72	91,7
10	3,08	9,70	300	5,77	100,0
11	3,17	10,5	320	5,80	103,8
12	3,26	11,2	340	5,84	107,9
13	3,34	12,0	360	5,88	111,5
14	3,41	12,7	380	5,92	113,2
15	3,47	13,4	400	5,94	118,8
16	3,53	14,1	420	5,98	122,6
17	3,59	14,8	440	6,00	125,9
18	3,64	15,4	460	6,02	129,2
19	3,69	16,1	480	6,06	132,8
20	3,74	16,7	500	6,09	136,0
22	3,82	18,1	520	6,12	139,3
24	3,90	19,0	540	6,13	142,5
26	3,96	20,2	560	6,14	145,6
28	4,03	21,2	580	6,17	148,6
30	4,09	22,4	600	6,18	151,5
32	4,14	23,4	620	6,21	154,6
34	4,19	24,6	640	6,23	157,7
36	4,24	25,5	660	6,26	160,8
38	4,28	26,4	680	6,27	163,4
40	4,32	27,3	700	6,28	166,4
50	4,50	31,8	750	6,33	173,3
60	4,64	35,9	800	6,34	177,9
70	4,76	39,8	850	6,37	186,6
80	4,85	43,3	900	6,43	193,0
90	4,94	46,9	950	6,47	199,2
100	5,01	50,1	1000	6,48	204,9

Погрешность показателя показывает, насколько величина (относительная или средняя), полученная по выборочной совокупности, отличается от величины, полученной по общей совокупности. Таким образом, их относительные погрешности выводятся для определения степени точности относительных и средних значений, полученных в результате статистического исследования, и степени точности их средних значений.

Средняя ошибка средней арифметической величины определяется по формуле:

$$m = \pm \sqrt{\frac{P \cdot q}{n}},$$

Где,

m – средняя ошибка величины;

n – число наблюдений;

P – показатель, выраженный в %, ‰ и т.д.: $q = (100 - P)$, если (P) выражен в процентах (%); $q = (1000 - P)$, если (P) выражен в промилле (‰) и т.д.

Если число наблюдений меньше 30, то определяется по формуле:

$$m = \pm \sqrt{\frac{P \cdot q}{n-1}}.$$

Формула для определения средней ошибки среднего арифметического:

$$m = \pm \frac{\sigma}{\sqrt{n}}.$$

Когда число наблюдений меньше 30:

$$m = \pm \frac{\sigma}{\sqrt{n-1}}$$

P генеральная совокупность = P выборочная совокупность $\pm tm$;

M генеральная совокупность = M выборочная совокупность $\pm tm$,

Здесь: t – степень точности (критерий достоверности).

В санитарной статистике установлено, что если $t = 1$, то коэффициент достоверности P равен 68,3%, если $t = 2$, то коэффициент достоверности равен 95,0%, если $t = 3$, то коэффициент достоверности равен 99,0%. В медицинских и биологических исследованиях достаточным считается количество наблюдений, дающих показатель с точностью $t = 2$ или 95 % точности. В этом случае предел значения, которое можно получить из общего набора, равен $P \pm 2m$; $M \pm 2m$, надежность, т.е. точность составляет не менее 95%. Например, при медосмотре 520 детей, у 26 выявлено хроническое заболевание тонзиллита, требуется определить показатель (P), среднюю погрешность показателя (m), а также предел доверительного интервала 95% точности:

$$1) \quad 520 - 26$$

$$100 - x$$

$$P = 5,0 \%$$

$$2) \quad m = \pm \sqrt{\frac{P \cdot q}{n}} = \pm \sqrt{\frac{5 \cdot 95}{520}} = \pm 0,95.$$

Доверительный интервал, с 95% от показателя заболеваемости хроническим тонзиллитом, распространенным среди детей, можно найти следующим образом:

P генеральная совокупность = P выборочная совокупность $\pm 2 \cdot m$

P генеральная совокупность = $5 \pm 2 \cdot 0,95 = 3,1 \% - 6,9 \%$

Это означает, что при повторном проведении 100-кратного медицинского осмотра среди детей генеральной совокупностей в 95 раз показатель хронического тонзиллита, составляет не более 6,9%, не менее 3,1% (предел надежности $P = 95,0\%$).

В результате одного статистического исследования подсчитываются десятки, а иногда и сотни относительных показателей, и требуются определения их ошибок.

В медицине часто требуется оценить достоверность разницы между двумя показателями, которые сравниваются. Например: мужчина и женщина из двух групп, работник и служащий, опыт и контроль, физическое развитие, заболеваемость, разница в показателях смертности, или новая диагностика, лечение, оценка эффективности профилактических методов. В таких случаях в первую очередь нужно будет определить разницу между двумя сравниваемыми показателями. Он определяется по формуле:

$$m_{\text{разница}} = \sqrt{m_1^2 + m_2^2},$$

здесь:

m – средняя погрешность разницы;

m_1 – средняя погрешность первого показателя;

m_2 – средняя погрешность второго показателя.

Если разница между показателями в 2 раза превышает разницу между их погрешностями, то расхождение между показателями называется достоверным.

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} \geq 2; \quad t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} \geq 2.$$

Пример: при вакцинации (эксперименте) из 380 детей с новыми разработанными вакцинами против кори 39 заболели корью, а из 250 детей, привитых (контролируемых) классическими вакцинами, болели корью 90. Требуется определить эффективность новой разработанной вакцины против кори. Для этого необходимо определить: P_1 , P_2 , m_1 , m_2 и t .

Решения:

$$1) \frac{380 - 39}{100 - x} \quad P_1 = 10,3 \%$$

$$2) \frac{250 - 90}{100 - x} \quad P_2 = 36,0 \%$$

$$3) \quad m = \pm \sqrt{\frac{P \cdot q}{n}} = \pm \sqrt{\frac{10,3 \cdot (100 - 10,3)}{380}} = \pm 3,03.$$

$$4) \quad m = \pm \sqrt{\frac{P \cdot q}{n}} = \pm \sqrt{\frac{36 \cdot (100 - 36)}{250}} = \pm 3,03.$$

$$P_1 - P_2 \quad 36,0 - 10,3$$

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} = \frac{36,0 - 10,3}{\sqrt{3,03^2 + 1,56^2}} = 7,5.$$

Вывод: разница между показателями в 7,5 раза больше, чем разница ошибки. Это означает, что мы можем воспринимать разницу между показателями как достоверную. Таким образом, новая разработанная вакцина, при которой вакцинация детей приводит к резкому снижению заболеваемости корью, эффективна.

В условиях клиники и эксперимента исследования часто будут основываться на количестве наблюдений менее 30. Когда количество наблюдений меньше 30, используется специальная таблица (t-Student), составленная для определения достоверности полученных показателей (доверительный интервал) (таблица 10.12).

Для оценки достоверности полученного значения принимается число свободного уровня, указанное в первом столбце таблицы, как $n-1$, то есть число свободного уровня меньше числа наблюдений на 1. Например, если число наблюдений равно 12, то число свободного уровня равно $n' = n - 1 = 12 - 1 = 11$.

Когда количество наблюдений меньше 30 ($n < 30$) среднее арифметическое, средне квадратическое отклонение и средняя погрешность арифметического значения могут быть вычислены обычным способом, но для упрощения и облегчения вычислений можно использовать следующую формулу для оценки достоверности разницы между средними арифметическими значениями, полученными из двух независимых групп.

Таблица определения величины t (таблица Стьюдента)

Свободная переменная (n^1)	Вероятность ошибок (P)	0,05 = 5 %	0,01 = 1 %	0,001 = 0,1 %
		2	3	4
1		12,70	63,66	637,59
2		4,30	9,92	31,60
3		3,18	5,84	12,94
4		2,78	4,60	8,61
5		2,57	4,03	6,86
6		2,42	3,71	5,96
7		2,36	3,50	5,31
8		2,31	3,36	5,04
9		2,26	3,25	4,78
10		2,23	3,17	4,59
11		2,20	3,17	4,44
12		2,18	3,06	4,32
13		2,16	3,01	4,22
14		2,14	2,98	4,14
15		2,13	2,95	4,07
16		2,12	2,92	4,02
17		2,11	2,90	3,96
18		2,10	2,88	3,92
19		2,09	2,86	3,88
20		2,09	2,84	3,85
21		2,08	2,83	3,82
22		2,07	2,82	3,79
23		2,07	2,81	3,77
24		2,06	2,80	3,75
25		2,06	2,79	3,73
26		2,06	2,78	3,71
27		2,05	2,77	3,69
28		2,05	2,76	3,67
29		2,04	2,76	3,66
30		2,04	2,75	3,64
~		1,96	2,58	3,29

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{\frac{\sum d_1^2 + \sum d_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \times \frac{n_1 + n_2}{n_1 \cdot n_2}}}$$

Для оценки достоверности разницы между средними арифметическими значениями по вышеприведенной формуле с помощью таблицы t-Стьюдента число свободного уровня в столбце 1 таблицы 10.12 принимается равным $n_1 = n_1 + n_2 - 2$. В качестве примера рассмотрим снижение артериального давления в зависимости от способа обезболивания (таблица 10.13).

Таблица 10.13

Снижение артериального давления в зависимости от способа обезболивания (в миллиметрах)

Спинальная анестезия, U_1	Эфирный наркоз, V_2	d_1	d_2	d_1^2	d_2^2
6	2	+0,25	-1,75	0,06	3,06
5	3	-0,75	-0,75	0,56	0,56
7	4	+1,25	+0,25	1,56	0,06
4	2	-1,75	-1,75	3,06	3,06
8	7	+2,25	+3,25	5,06	10,56
3	5	-2,75	+1,25	7,56	1,56
8	3	+2,25	+0,25	5,06	0,06
5	4	-0,75	-0,75	0,56	0,56
46	30			23,48	-19,48

$$M_1 = \frac{\sum V_1}{n} = \frac{46}{8} = 5,75 \text{ мм} \quad d_1 = V_1 - M_1;$$

$$M_2 = \frac{\sum V_2}{n} = \frac{30}{8} = 3,75 \text{ мм} \quad d_2 = V_2 - M_2;$$

$$t = \frac{5,75 - 3,75}{\sqrt{\frac{23,48 + 19,48}{8 + 8 - 2} \times \frac{8 + 8}{8 \cdot 8}}} = \frac{2,0}{\sqrt{\frac{687,36}{896}}} = 2,30.$$

Полученное значение t оценивается по величинам, приведенным в таблице 10.12, находим $n' = 8 + 8 - 2 = 14$, что число во втором столбце таблицы равно 2,14. Это означает, что разность значений M_1 и M_2 должна быть определена как фактическая при вероятности ошибок, не превышающая 5%, значение t должно быть не менее 2,14. В приведенном примере $t = 2,30$. Таким образом, мы статистически выяснили, что 2 различных метода обезболивания действительно отличаются от воздействия на артериальное давление. Во всех других случаях фактическое различие между сравниваемыми независимыми группами, когда количество наблюдений меньше 30, можно оценить с

помощью вышеуказанного метода. Вышеуказанный метод применяется при оценке достоверности разницы между средними арифметическими значениями, полученными из двух независимых друг от друга групп.

Чаще всего изменения некоторых явлений в клинической и экспериментальной исследовательской работе наблюдаются в динамике у группы пациентов или животных в течение определенного промежутка времени (5 дней, 10 дней, 1 месяц, 3 месяца, 1 год и т. д.). Чтобы оценить разницу между величинами, полученными в результате таких наблюдений, результаты, полученные у каждого пациента или животного, сравнивают попарно. Этот метод называется «методом вариации».

Например, у 7 рабочих в литейном цехе частота пульса изучалась до начала работы (до воздействия высокой температуры на рабочем месте) и после окончания работы (после воздействия высокой температуры). Требуется изучить влияние температуры на частоту пульса работника на рабочем месте и оценить полученную разницу (таблица 10.14).

Таблица 10.14

Влияние температуры на пульс рабочих

Рабочие	Частота пульса		Разница $V_2 - V_1$	d	d^2
	До воздействия высокой температуры V_1	После воздействия высокой температуры V_2			
А	72	74	+2	-3	9
Б	71	77	+6	+1	1
В	70	75	+5	0	0
Г	72	74	+2	-3	9
Д	70	78	+8	+3	9
Е	73	77	+4	-1	1
Ж	68	76	+8	+3	9
	$n = 7$		35	0	38

Решение: Определяем изменение пульса в результате воздействия температуры на каждого работника

$$(V_2 - V_1) 74 - 72 = +2.$$

Исходя из каждой полученной разницы, определим их среднее значение:

$$M_{\text{раз}} = \frac{\sum(V_2 - V_1)}{n} = \frac{35}{7} = 5.$$

Определим отклонение от среднего значения каждой разницы:
 $d = 2 - 5 = -3$.

Находим квадраты каждой из величин отклонения среднего значения (d^2) и их сумму ($\sum d^2$).

Определим среднее квадратичное отклонение (σ) и среднюю погрешность (m):

$$\sigma_{\text{разница}} = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2}{n}} = \pm \sqrt{\frac{38}{7-1}} = \pm 2,52; \quad m_{\text{разница}} = \pm \frac{\sigma}{\sqrt{n-1}} = \pm \frac{2,52}{\sqrt{7-1}}$$

С помощью показателей точности оцениваем достоверность разницы:

$$t = \frac{M_{\text{разница}}}{m_{\text{разница}}} = \frac{5}{1,03} = 4,85$$

Вывод: среднее арифметическое различие в 4 раза больше, чем его ошибка. Это означает, что с наибольшей вероятностью (99,9%) можно утверждать, что температура на рабочем месте оказывает существенное влияние на пульс рабочих. Статистически подтверждено, что в результате температурного воздействия частота пульса у рабочих увеличилась в 5 раз.

Оценка достоверности (точности) интенсивных показателей заболеваемости при повторении заболеваний

Из вышеприведенной формулы расчета средней погрешности относительных значений

$$m = \pm \sqrt{\frac{P \cdot q}{n}}$$

применяется при наблюдениях с двумя одинаковыми проявлениями (мертвыми или живыми, вакцинированными или невакцинированными, больными и небольными одинаковыми заболеваниями и т. д.), то есть при альтернативных распределениях, а также при смертности, летальности, показателях заболеваемости, при которых человек может заболеть один раз в год или в течение жизни (хронические заболевания: ревматизм, злокачественные опухоли, сердечно-сосудистые, почечные, случаи некоторых инфекционных заболеваний и др.) для определения средних ошибок. Средние погрешности показателей общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности не могут быть вычислены по вышеприведенной формуле. Поскольку один больной может болеть несколько раз в год (даже при тех же заболеваниях может болеть несколько раз). Например, при заболеваниях верхних дыхательных путей, гриппе, ангине, пневмонии и т. д.

В результате число заболевших будет несколько выше, чем общее количество наблюдений или величины интенсивных показателей (100, 1000). Например, в результате проведенного научного исследования показатель общей заболеваемости детей на первом году жизни, проживающих в городе Фергане, составил 3024,7, во втором – 3319,2, в третьем – 2751,3 на 1000 детей. Аналогичные показатели можно получить при изучении показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

В таких случаях заболеваемость вычисляется по формуле определения средней погрешности среднего арифметического значения показателей:

$$m = \pm \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Для этого в зависимости от заболеваемости каждого человека или работника в течение года формируется вариационный ряд (0, 1, 2, 3, 4, 5 и др.). Здесь в качестве частоты принимается число пациентов. Однако, составление вариационного ряда и их расчет с помощью этого метода представляет собой большую сложность и требует большого труда и времени.

В таких случаях для определения средней погрешности показателей заболеваемости можно использовать формулу, предложенную В.А. Мозгляковой. Этот метод основан на том, что распределение заболеваний близко к распределению Пуассона.

В распределении Пуассона наибольшее количество частот (повторов) приходится на начальные варианты вариационного ряда, а не вокруг условного среднего арифметического значения. Поэтому среднее квадратичное отклонение и средняя погрешность показателей заболеваемости можно определить по формуле, используемой для распределения Пуассона. В распределении Пуассона:

$$\sigma^2 = M, m = \pm \sqrt{\frac{M}{n}}$$

Например: требуется оценить достоверность разницы между заболеванием мальчиков и девочек в возрасте одного года, проживающих в городах Андижанской области. Изучено 882 мальчика и 745 девочек, заболевших на первом году жизни. При этом показатель заболеваемости составил 2722,2 на 1000 мальчиков или 2,7 на одного мальчика, 2418,7 на 1000 девочек или 2,4 на одну девочку. По приведенной выше формуле определяются средние погрешности показателей общей заболеваемости мальчиков и девочек.

$$m_{\text{мальчик}} = \pm \sqrt{\frac{M}{n}} = \pm \sqrt{\frac{2,7}{882}} = \pm 0,055;$$

$$m_{\text{девочки}} = \pm \sqrt{\frac{M}{n}} = \pm \sqrt{\frac{2,4}{745}} = \pm 0,057.$$

Посредством формулы оценки достоверности различий между средними арифметическими значениями мы оцениваем разницу между показателями заболеваемости мальчиков и девочек.

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} = \frac{2,7 - 2,4}{\sqrt{0,055^2 + 0,057^2}} = 3,9$$

Таким образом, разница между показателями достоверна ($t=3,9$). Статистически подтверждено, что годовалые мальчики болеют чаще, чем девочки.

Метод стандартизации показателей

Метод стандартизации применяют в санитарной статистике для сравнения величин одного явления из нескольких совокупностей и исключения влияния состава этих совокупностей на сравниваемые показатели.

При изучении определенного явления и сравнении его величин в нескольких совокупностях обычно используются интенсивные показатели, но часто состав изучаемых совокупностей может оказывать влияние на интенсивные показатели. Например, чтобы сравнить общий показатель летальности (смертности) в двух больницах и сделать вывод о причинах разницы в этих показателях, необходимо сначала определить, какой тип болезней у пациентов, которые лечатся в больницах, является одинаковым. Причина в том, что чем больше число больных, госпитализированных с тяжелыми, хроническими заболеваниями, тем выше показатель летальности в той же больнице. Поэтому, несмотря на то, что показатель летальности является большим или меньшим, невозможно сказать, что диагностическая и лечебная работа в той или иной больнице хорошая или плохая, врачи оказывают хорошую и квалифицированную или плохую медицинскую помощь. Еще одним примером является то, что чем больше молодежи среди населения, тем выше показатель рождаемости, чем больше детей в возрасте до одного года и чем больше людей в старческом возрасте, тем выше показатель смертности.

Таким образом, на такие показатели, как рождаемость, смертность, заболеваемость, травмы и многие другие оказывает влияние различный состав населения (пол, возраст, стаж работы, профессия). Метод стандартизации применяется в санитарной статистике для взаимного сравнения размеров какого-либо явления, взятого из нескольких совокупностей, и устранения влияния состава совокупностей на сопоставимые показатели. Для сравнения величин одного и того же явления в разных совокупностях с использованием метода стандартизации используются условные стандартные показатели.

Стандартные показатели показывают, где сравниваемый интенсивный показатель больше при одинаковом составе совокупностей, но не указывают, насколько они больше. Поскольку стандартные показатели условны, их размер зависит от принятого стандарта.

Существует несколько различных способов расчета стандартных показателей: 1) прямой; 2) косвенный; 3) обратный; 4) многофакторный.

Прямой метод стандартизации используется, когда известен состав среды и изучаемого события.

Косвенный метод применяется, когда состав среды известен, а состав явления неизвестен.

Обратный метод применяется, когда состав явления известен, а состав среды неизвестен.

Многофакторный метод стандартизации используется для устранения влияния одного фактора (возраст, пол, стаж работы) при их одновременном влиянии.

Часто используется прямой метод расчета стандартных показателей. Познакомимся с методом расчета стандартных показателей по данному методу.

Пример: необходимо сравнить показатели летальности (смертности) в больницах «А» и «Б» (таблица 10.15).

Таблица 10.15

Стандартизация показателей летальности в больницах «А» и «Б» прямым методом стандартизации

Отделение	Больница «А»			Больница «Б»			Распределение больных по стандарту	Ожидаемая летальность	
	Кол-во бол-н	Кол-во умерш.	Летальность	Кол-во бол-н.	Кол-во умерш.	Летальность		«А»	«Б»
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Терапия	1500	180	12	500	80	16	1000	120	160
Хирургия	500	30	6	500	40	8	500	30	40
Инфекционные заб.	500	20	4	1500	90	6	1000	40	60
Всего	2500	230	9,2	2500	210	8,4	2500	190	260

По данным таблицы, общий показатель летальности в больнице «А» (9,2%) больше, чем в больнице «Б» (8,4%). Можно сказать, что на относительное увеличение общей летальности в больнице влияет количество пациентов, лежащих в терапевтическом отделении (1500), так как в терапевтическом отделении, как правило, смертность больше, чем в другом отделении.

Поскольку известно количество пациентов, получающих лечение по отделениям (среда) и число умерших (явление), применяется прямой метод стандартизации. Прямой способ состоит из 4 этапов.

На первом этапе рассчитываются интенсивные показатели в двух сравниваемых совокупностях;

Рассчитывается показатель летальности по больницам «А» и «Б» и их отделениям. Под показателем летальности понимается число умерших на каждые 100 пациентов, получающих лечение в больнице (столбцы 4 и 7).

Решение:

Больница «А»	«Больница «Б»
Отделение 1500 – 180	500 - 80
Терапии 100 – x	100 - x
x=12 %	x=16 % и т.д...

Второй этап – выбор стандарта. В качестве стандарта принимается состав среды. Выбор стандарта зависит от желания исследователя, за стандарт он может принимать количество пациентов, лежащих в отделениях больниц «А» или «Б», или сумму пациентов, лежащих в отделениях обеих больниц, или половину этой суммы. В качестве стандарта мы принимаем половину суммы пациентов, лежащих в отделениях обеих больниц.

Для терапевтического отделения: $(1500+500)/2=1000$;

Для хирургического отделения: $(500+500)/2=500$;

Для отделения инфекционных заболеваний: $(500+1500)/2=1000$.

Третий этап вычисление «ожидаемых» величин по стандарту. В нашем примере это количество смертей в отделениях больниц «А» и «Б», которые соответствуют стандарту. Решение:

Если показатель летальности в терапевтическом отделении больницы «А» составил 12%, то сколько смертельных случаев (по стандарту) можно ожидать в этом отделении из 1000 пациентов.

$$x = \frac{12 \cdot 1000}{100} = 120.$$

Таким образом, мы определили, сколько смертей может произойти, на 1000 пациентов, лежащих в терапевтическом отделении больницы «А». Таким же образом, по стандартам, принятым в отделениях обеих больниц, рассчитывается относительная ожидаемая смертность.

Четвертый этап определение стандартных показателей. Расчет стандартных показателей соответственно состоит из 2 этапов:

1) сложение ожидаемого количества смертей по сравнению со стандартом в каждой больнице;

2) определение стандартных показателей по сравнению с общим количеством пациентов, лежащих в больнице, на основе полученной суммы (в процентах – %).

Стандартный показатель по больнице «А»:

$$x = \frac{190 \cdot 100}{2500} = 7,6\%.$$

Стандартный показатель по больнице «Б»

$$x = \frac{260 \cdot 1000}{2500} = 10,4\%.$$

Вывод: если количество пациентов, лежащих в отделениях больниц «А» и «Б», будет равным, то показатель летальности в больнице «А» будет меньше, чем в больнице «Б». Значит, высокая смертность в больнице «А» по сравнению с больницей «Б» была обусловлена большим количеством критически больных пациентов в больнице «А» (в терапевтическом отделении).

Таким образом, одной из основных особенностей стандартных показателей является то, что они позволяют сравнивать события и явления в совокупностях с разным составом, а при одинаковом составе совокупностей (при утрате влияния состава совокупностей) они показывают, где изучаемые явления больше или меньше.

Методы измерения связи между явлениями и признаками – корреляция

Корреляция (лат. *correlatio* – взаимосвязь) – в статистике: понятие, отражающее наличие связи между явлениями, процессами. Все явления, которые происходят между природой и обществом, взаимосвязаны друг с другом. Изменение одного явления приводит к изменению другого явления.

Различают 2 вида взаимосвязей: функциональную и корреляционную.

Функциональная взаимосвязь показывает, что события непосредственно связаны друг с другом. При наличии функциональной связи изменение величины одного признака неизбежно вызывает совершенно определенные изменения величины другого признака: поверхность круга зависит от его радиуса, степень расширения тела зависит от изменения температуры и т.д.

Функциональная связь между явлениями присуща физическим и химическим процессам.

В корреляционной связи изменение одного события приводит к определенному изменению другого события. Однако это изменение не всегда имеет одинаковую величину, так как известная величина изменения одного события зависит не только от изменения другого события, но и от величины ряда других событий.

Корреляционная связь больше наблюдается в биологических и медицинских процессах. Например, вес ребенка зависит от длины его тела. Однако, помимо длины тела, на вес влияют и другие факторы, в том числе питание, физическая подготовка, психическое состояние и многое другое. Поэтому люди с одинаковой длиной тела могут иметь разный вес. Обычно величина веса находится в пределах определенного диапазона, около своего среднего значения. Помимо этого, примерами взаимосвязив медицине и биологии могут служить: возраст матери и масса ребенка, количество гемоглобина и эритроцитов, количество амбулаторных посещений и удаленность от населения, время и продолжительность госпитализации, младенческая смертность и возраст, заболеваемость и их возраст, распространенность кариеса и количество фтора в воде и т. д.

Характер корреляционной связи различается по направлению и силе. Взаимосвязь может принимать две формы: прямолинейная и криволинейная. В прямолинейной зависимости одно прямолинейное изменение одного явления зависит от одного прямолинейного изменения другого явления (с небольшими различиями). В криволинейной зависимости одно прямолинейное изменение одного явления связано с неравномерным (криволинейным) изменением другого события. Отношения могут быть прямыми (положительными) или обратными (отрицательными).

В прямолинейной зависимости направление величины одного события в определенном направлении приводит к изменению величины второго события в этом направлении (по мере увеличения величины одного события увеличивается величина второго события и наоборот). Например, увеличение роста ребенка приводит к увеличению веса, или снижение заболеваемости приводит к снижению смертности.

В обратной зависимости величина одного события имеет одну направленность, а величина другого – противоположную направленность. Например, чем больше привито население, тем ниже заболеваемость инфекционными заболеваниями, а чем выше уровень жизни населения, тем ниже младенческая смертность.

Степень корреляции измеряется ее силой. Взаимосвязи в зависимости от их силы могут быть сильными, умеренными или слабыми. (таблица 10.16)

Таблица 10.16

	Коэффициент корреляции	
	Прямая корреляция (+)	Обратная корреляция(-)
Малый(слабый)	от 0 до 0,29	от 0 до 0,29
редний	от 0,3 до 0,69	от 0,3 до 0,7
Большой (сильный)	от 0,7 до 1,0	от 0,7 до 1,0

Величина коэффициента корреляции в прямой зависимости может быть от 0 до +1, а в обратной зависимости от 0 до -1. Коэффициент корреляции, равный 0, указывает на отсутствие корреляции между изучаемыми событиями.

Взаимосвязь измеряется коэффициентом корреляции. Коэффициент корреляции рассчитывается несколькими способами:

Четный коэффициент корреляции (метод Пирсона) – используется для расчета коэффициента корреляции между двумя сравнимыми рядами (событиями), состоящими из чисел. Расчет коэффициента корреляции Пирсона производится по следующей формуле:

$$r = \frac{\sum dx \cdot dy}{\sqrt{\sum dx^2 \cdot \sum dy^2}}$$

Здесь: r – коэффициент корреляции;

dx – разница между вариантами в первой строке и средним значением, рассчитанным для этой строки;

dy – разница между вариантами во второй строке и средним значением, рассчитанным для этой строки.

Например, необходимо изучить влияние уровня иммунизации детей дошкольного возраста на заболеваемость инфекционными болезнями и дать оценку их связи по коэффициенту корреляции (табл. 10.17).

Таблица 10.17

Район	Количество вакцинаций, % x	Заболеваемость инфекционными заболеваниями (на 1000 детей) y	d_x	d_y	d_x^2	d_y^2	$d_x \cdot d_y$
А	40	33,0	- 10	4	100	16	- 40
Б	45	39,0	- 5	10	25	100	- 50
В	50	29,0	0	0	0	0	0
Г	55	20,0	5	- 9	25	81	- 45
Д	60	24,0	10	- 5	100	25	- 50
	$M_x = 50$	$M_y = 29$			250	222	-195

Решение: Найдем среднее арифметическое значение для каждой строки:

$$M_x = \frac{\sum x}{n} = \frac{250}{5} = 50,0 ;$$

$$M_y = \frac{\sum y}{n} = \frac{145}{5} = 29,0 ;$$

Рассчитаем для каждого значения сопоставляемых показателей величину отклонения от среднего арифметического значения:

$$d_x = x - M_x = 40 - 50 = -10 \text{ и т.д.} \\ d_y = y - M_y = 33 - 29 = 4 \text{ и т.д.}$$

Возведем в квадрат каждое значение и найдем значение суммы:

$$\sum d_x^2 = 250 \quad \sum d_y^2 = 222.$$

Умножаем разности в первой строке на соответствующие разности во второй строке и находим их сумму:

$$\sum d_x \cdot d_y = -195$$

Рассчитаем значение коэффициента корреляции Пирсона по формуле:

$$r = \frac{\sum dx \cdot dy}{\sqrt{\sum dx^2 \cdot \sum d^2 y}} = \frac{195}{\sqrt{250 \cdot 222}} = \frac{-195}{235,6} = -0,83$$

Для оценки достоверности коэффициента корреляции определим его среднюю ошибку по следующей формуле:

$$m = \pm \frac{1 - r^2}{\sqrt{n}} = \pm \frac{1 - 0,83^2}{\sqrt{5}} = \pm \frac{0,24}{2,2} = \pm 0,14.$$

Коэффициент корреляции считается достоверным, если он превышает свои ошибки в 3 раза и больше:

$$t = \frac{r}{m} \geq 3 \quad t = \frac{0,83}{0,14} = 5,93.$$

Ошибка коэффициента корреляции в 5,93 раза меньше величины коэффициента, таким образом, мы можем оценить силу корреляции как истинную.

Вывод: коэффициент корреляции равен $0,83 \cdot 0,14$. Связь отрицательная и сильная. Таким образом, чем выше уровень вакцинации детей, тем реже среди них встречаются инфекционные заболевания.

Коэффициент ранговой корреляции (метод Спирмена) – это один из непараметрических методов, который также называют методом Спирмена, потому что впервые он был предложен Спирменом. В методе Спирмена коэффициент корреляции рассчитывается по следующей формуле:

$$\rho = 1 - \frac{6 \cdot \sum d^2}{n(n^2 - 1)},$$

Здесь: ρ – коэффициент корреляции, d – разница между рангами (порядковые номера), n – количество пар.

Хотя этот метод дает менее точные результаты, чем другие методы, сравниваемые величины используются не только для того, чтобы иметь количественные показатели, но и для формирования полукачественных, полуколичественных показателей, а также для некоторого упрощения расчетов.

Используя приведенный выше пример, вычисляем коэффициент корреляции по методу Спирмена (таблица 10.18).

Таблица 10.18

Расчет коэффициента корреляции по методу Спирмена

Районы	Значения		Цвет		d	d^2
	x	y	x	y		
А	40	33,0	1	4	-3	9
Б	45	39,0	2	5	-3	9
В	50	29,0	3	3	0	0
Г	55	20,0	4	1	3	9
Д	60	24,0	5	2	3	9
						36

Решение: в зависимости от размера варианты в каждой строке их позиции определяются порядковыми номерами. Если вариантам в первой строке присвоены порядковые номера от наименьшего к наибольшему, то позиции вариант во второй строке должны располагаться в том же порядке.

Размер рангов в первом ряду отличается от рангов во втором ряду: (d):

$$(d = x - y).$$

Возведение в квадрат каждой разности и суммирование полученных результатов.

$$\sum d^2 = 36.$$

Вычисление коэффициента корреляции рангов по формуле:

$$\rho = 1 - \frac{6 \cdot \sum d^2}{n(n^2 - 1)} = 1 - \frac{6 \cdot 36}{5(25 - 1)} = 1 - \frac{216}{120} = -0,80$$

Вывод: направление корреляции обратное, корреляция сильная. Существует обратная и сильная корреляция между уровнем вакцинации

детей и их восприимчивостью к инфекционным заболеваниям. С увеличением уровня вакцинации резко сокращается количество заболеваний.

Коэффициент регрессии. Когда размер одного символа изменяется до определенной единицы измерения, соответствующее изменение размера второго символа называется регрессией. Если коэффициент регрессии известен, то величину второго признака (без измерения) можно определить по первому признаку (высокое и пониженное артериальное давление, длина и масса тела и т. д.).

Формула определения коэффициента регрессии:

$$R_{xy} = r \cdot \frac{\sigma_y}{\sigma_x}$$

Рассмотрим применение коэффициента регрессии по отношению к коэффициенту корреляции между длиной тела (M_x) и массой тела (M_y) годовалых мальчиков-узбеков.

$$\begin{aligned} \text{Вu yerda: } M_x &= 76,23 \text{ см} & \sigma_x &= \pm 2,51 \text{ см} \\ M_y &= 10,4 \text{ кг} & \sigma_y &= \pm 0,59 \text{ кг} = 590 \text{ гр} \\ & & r &= 0,66 \end{aligned}$$

Коэффициент регрессии, или x , равен изменению y , соответствующему изменению известной величины:

$$R_{xy} = r \cdot \frac{\sigma_y}{\sigma_x} = 0,66 \cdot \frac{590 \text{ гр}}{2,51} = 155 \text{ гр}$$

Так, при изменении роста годовалых детей мальчиков на один сантиметр они меняют вес своего тела на 155 гр.

Если длина тела годовалого мальчика известна, а вес неизвестен, то мы можем определить его на основе регрессионного уравнения:

$$y = M_y + R_{x/y} (x - M_x)$$

Здесь: M_y –средний вес годовалого ребенка –10410 гр

$R_{x/y}$ –коэффициент регрессии–155 гр

M_x – средний длина тела годовалого ребенка– 76,23 см

y – масса тела, или вес, соответствующий росту x .

Например: Ахмедов Карим годовалый ребенок, длина тела – 78,5см, масса тела?

$$y = 10410 + 155 \cdot (78,50 - 76,23) = 10762 \text{ гр}$$

Так, мы определили, что вес тела годовалого Ахмедова Карима с ростом 78,5 см, в норме должен составлять 10,76 кг.

Коэффициент регрессии и уравнение регрессии широко используются для построения регрессионной шкалы, необходимой для оценки физического развития населения индивидуально и в группах.

Расчет тетракорных величин. Коэффициент ассоциации.

Взаимосвязь между группами с альтернативной изменчивостью оценивают путем определения коэффициента ассоциации или «четырёхячейечного» коэффициента корреляции. Группы с альтернативными вариациями определяются как совокупность событий, состоящая только из двух различных проявлений (больной и здоровый, живой и мертвый, вакцинированный и непривитый). В таких случаях связь между событиями рассчитывается путем нахождения коэффициента ассоциации на основе таблицы с четырьмя ячейками.

Коэффициент ассоциации вычисляется по формуле:

$$Q = (ad - bc) / (ad + bc)$$

где: Q – коэффициент ассоциации; a, b, c, d – каждая из четырех ячеек таблицы.

Таблица 10.19

Влияние характера питания на заболеваемость детей

Характер питания	В течение года		Всего
	Не болели	Болели 4 раза и более	
Искусственный	a	b	$a+b$
Естественный	c	d	$c+d$
Всего	$a+c$	$b+d$	

На основе таблицы 10.19 рассмотрим влияние характера питания на заболеваемость детей в возрасте до одного года (таблица 10.20).

Таблица 10.20

Характер питания	В течение года		Всего
	Не болели	Болели 4 раза и более	
Искусственный	17	83	100
Естественный	63	30	93
Всего	80	113	193

$$Q = \frac{17 \cdot 30 - 63 \cdot 83}{17 \cdot 30 + 63 \cdot 83} = \frac{-4719}{5739} = -0,82$$

Знак (-) перед значением ассоциации указывает, что связь между явлениями обратная. Корреляция сильная. Таким образом, чем больше

количество детей находится на естественном вскармливании, тем ниже среди них заболеваемость.

«Четырехполная» корреляция. Этот метод также определяет взаимосвязь между набором событий, состоящим только из двух разных представлений, когда сравниваемые группы имеют альтернативный вариант. Это называется корреляцией «четырёх ячеек», потому что она рассчитывается на основе таблицы с четырьмя ячейками.

Коэффициент «четырёхполная» корреляции определяется по формуле:

$$R_{abcd} = \frac{ad - bc}{\sqrt{(a + b)(c + d)(a + c)(b + d)}}$$

Наблюдается обратная корреляционная связь с характером питания и заболеваемостью детей. Чем правильнее и естественнее характер питания детей, тем меньше среди них вероятность возникновения заболеваний. Следует отметить, что «четырёхполная» корреляция является более чувствительным методом к значению ассоциации.

Динамические ряды

Динамические ряды используются для анализа деятельности системы здравоохранения, медицинских учреждений, естественного движения населения, а также изменения некоторых явлений с течением времени. Поэтому важно правильно составлять и анализировать динамические ряды.

Динамический ряд – совокупность однородных статистических величин, показывающих изменение какого-либо явления на протяжении определенного промежутка времени.

Величины, составляющие динамический ряд, называются уровнями ряда. Могут быть представлены абсолютными, относительными или средними величинами. Динамические ряды бывают двух видов: простые и сложные. Простые динамические ряды состоят из абсолютных чисел, а сложные динамические ряды – из относительных и средних значений.

Простые динамические ряды в зависимости от изменений в промежутке времени бывают двух видов: моментальный, состоящий из величин, характеризующих явление на какой-то определенный момент (дату) и интервальный, который состоит из величин, характеризующих явление за определенный промежуток времени (интервал) (например: начало года 1.01, или конец года 31. 12).

Примерами моментальных рядов являются количество на 1 января или 31 декабря коек в стационарных больницах, количество поликлиник, амбулаторий, родильных отделений, количество врачей, медсестер и т.д.

Примерами интервальных динамических рядов являются число рождений, болезней, смертей и травм, полученных в течение года. Интервал – это период (год, месяц, неделя, день), зависящий от изменчивости события, чем медленнее событие, тем больше период.

Для анализа динамического ряда используются следующие показатели:

1) абсолютный прирост; 2) темп роста (снижение); 3) темп прироста (снижение); 4) абсолютное значение 1% прироста; 5) показатель наглядности.

Таблица 10.21

Средняя продолжительность лечения пациентов

Годы	Средняя продолжительность лечения (дней)	Абсолютный прирост	Величина прироста (%)	Темп прироста	Абсолютное значение 1%-а	Показатель наглядности
2000	23,0					100
2001	22,0	-1	95,7	-4,3	0,23	95,7
2002	20,0	-2	90,9	-9,1	0,22	87,0
2003	19,0	-1	95,0	-5,0	0,20	82,0
2004	18,0	-1	94,7	-5,3	0,19	78,3
2005	20,0	+2	11,1	+11,1	0,18	87,0

Пример: В таблице 10.21 показана средняя продолжительность (дни) лечения больных пневмонией в стационарных больницах г. «Н». Необходимо рассчитать показатели динамического ряда на основе предоставленных данных:

1. Абсолютный рост – это разница между показателями текущего и прошлого года. Абсолютный рост = показатель текущего года – показатель прошлого года.

2. Темп роста – это процентное (%) соотношение показателя следующего года к показателю прошлого года.

$$\text{Темп роста} = \frac{\text{показатель следующего года} \cdot 100}{\text{показатель прошлого года}}$$

3. Темп прироста – это отношение абсолютного роста к показателю прошлого года в процентах (%).

$$\text{Темп прироста} = \frac{\text{абсолютный рост} \cdot 100}{\text{показатель прошлого года}}$$

4. Абсолютное значение 1% прироста – отношение абсолютного прироста к темпу прироста (выраженному в процентах).

$$\text{Абсолютное значение 1% прироста} = \frac{\text{абсолютный рост}}{\text{темп прироста}}$$

Метод расчета показателя наглядности рассматривается в теме относительных значений.

Многочисленные наблюдения в течение многих лет не всегда точно показывают, что изучаемое явление меняется в динамике. В таких случаях рекомендуется «выравнивать» ряды, чтобы определить закономерности динамических рядов.

Существует несколько способов выравнивания динамического ряда.

Укрупнение интервалов – состоит в том, чтобы найти сумму величин нескольких смежных (находящихся рядом) периодов. В результате получают показатель в течение некоторого длительного периода времени. Например: укрупнение числа месячных показателей заболеваемости по кварталам (таблица 10.22).

Таблица 10.22

Изменение числа больных ангиной в городе по месяцам

Число больных	Месяцы											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
По месяцам	129	193	133	387	300	288	530	370	380	231	137	260
По кварталам	455			975			1280			628		

После укрупнения диапазона динамических рядов обнаруживаем, что число заболеваний увеличилось во II и III кварталах.

Метод «выравнивания» динамических рядов путем нахождения среднего арифметического групп. Для этого суммируются показатели смежных (находящихся рядом) периодов, укрупняются интервалы и определяется среднее арифметическое значение для каждого укрупненного периода (таблица 10.23).

Таблица 10.23

Динамика расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов

Год	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Расхождения диагнозов, %	11,0	9,8	8,0	9,2	8,2	8,6	8,5	7,9
Среднее арифметическое межгрупповое значение	10,4		8,6		8,4		8,2	

Определение средних межгрупповых арифметических значений показывает, что расхождение диагнозов (%) уменьшается в динамике.

Одним из основных способов «выравнивания» динамических рядов является вычисление среднего арифметического переменных. Для этого каждую величину заменяют средним арифметическим, полученным из суммы данной и двух соседних величин.(таблица 10.24).

Этот метод помогает в определенной степени выровнять динамический ряда и раскрыть основные закономерности изучаемого события.

Таблица 10.24

Год	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Расхождения диагнозов, %	11,0	9,8	8,0	9,2	8,2	8,6	8,5	7,9
Среднее арифметическое межгрупповое значение	-	9,6	9,0	8,7	8,6	8,4	8,3	-

Графические изображения

Данные, полученные в результате статистических исследований, могут быть представлены в табличной форме. Однако во многих случаях невозможно проиллюстрировать анализируемое явление значениями, приведенными в таблице.

Графические изображения в виде различных диаграмм используются для визуализации результатов, лучшего понимания и облегчения научного анализа. Существует три типа графики: диаграммы, картограммы и картодиаграммы.

Одним из наиболее часто используемых графических изображений в санитарной статистике являются диаграммы. Диаграммы подразделяются на линейные, столбчатые, секторные, радиальные и фигурные.

Линейные диаграммы могут быть прямыми, изогнутыми или криволинейными. Координаты используются для создания линейных диаграмм. Для этого проводят ось абсцисс (горизонтальную) и ось ординат (вертикальную), точку пересечения которых принимают за «0» и в зависимости от этих значений делят на равные части. Затем из точек, отмеченных на оси абсцисс, проводят линии, параллельные оси ординат, на высоте, равной величине описываемого события. После соединения концов каждой из проведенных ординат друг с другом формируется линейная диаграмма, показывающая динамику изучаемого явления.

Примером такой диаграммы может быть график температуры пациента. Линейный график используется для описания динамики изменения параметров конкретного события во времени. Линейные диаграммы также используются для иллюстрации взаимосвязи между двумя событиями (весом и ростом).

Столбиковые диаграммы построены как линейные диаграммы, такие диаграммы используются не для того, чтобы показать динамику события, а для сравнения их величин в течение заданного интервала времени или региона.

Секторные диаграммы могут быть в виде круга или ленты. На круговых, секторных диаграммах некоторые части изучаемого события строятся в виде секторов круга. Такие диаграммы часто используются для описания событий, выраженных в развернутых показателях.

Лентовидные диаграммы строятся при помощи прямоугольник, который делится на секции в зависимости от размера изучаемого события.

Круговая и лентовидная диаграммы также используются для сравнения величин двух или более совокупностей или величин подобных событий во времени.

Радиальные диаграммы используются для описания изменений рождаемости, заболеваемости и смертности в зависимости от сезона года (дня, недели, декады, месяца). При построении радиальной диаграммы величины явлений разбивают на столько частей, сколько их изучают в течение года (дни, недели) (например, если события изучаются каждый месяц, то круг делят на 12 частей).

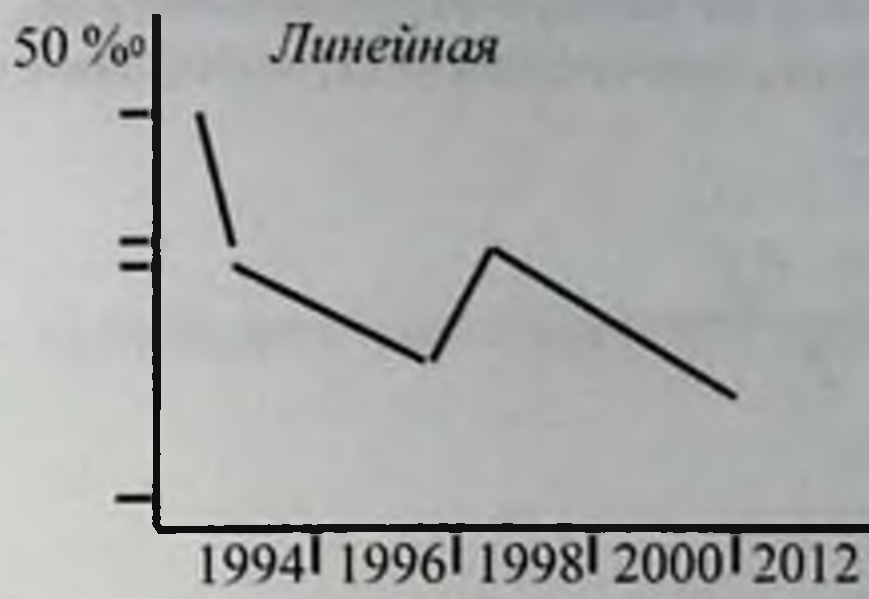
Критерий соответствия χ^2

Основная цель применения математико-статистических методов в медицине состоит в оценке достоверности (точности) полученных результатов в ходе исследования и изучении взаимосвязи между некоторыми исследованными явлениями. Такая цель может быть достигнута путем применения метода критерия соответствия так называемого «ХИ-квадрата» (χ^2).

Обычно точность полученных различий оценивается путем подсчета t – критерия. Но при помощи него можно оценить только разницу между 2 совокупностями. По t -критерию нельзя сравнивать и оценивать три и более совокупностей.

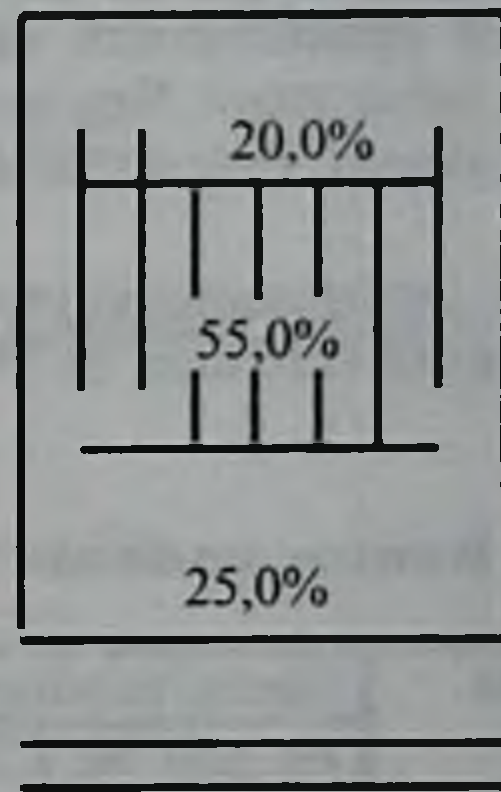
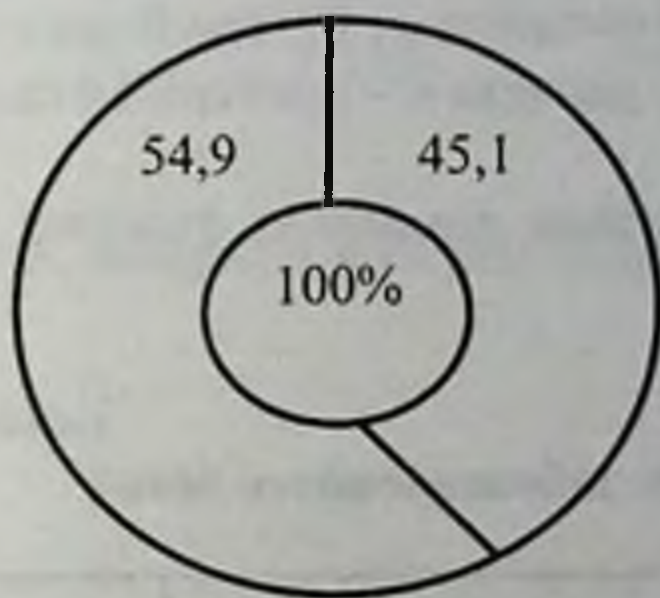
Критерий соответствия на вопрос о том, реальна или нет разница между числами, полученными в результате статистического исследования, рассматривает соотношение между теоретически рассчитанными («ожидаемыми») и фактически полученными («эмпирическими») величинами событий, как отсутствие разницы – «0» (гипотеза «0»). На основе этого предположения выделяют новые «ожидаемые» (теоретические) показатели и сравнивают их с (эмпирическими) показателями, полученными в результате исследования.

Если нет взаимных различий между эмпирическими и теоретическими показателями, гипотеза «0» получает подтверждение, и между сравниваемыми группами, действительно, не существует различий.



Секторная

Лентовидная



Радиальная

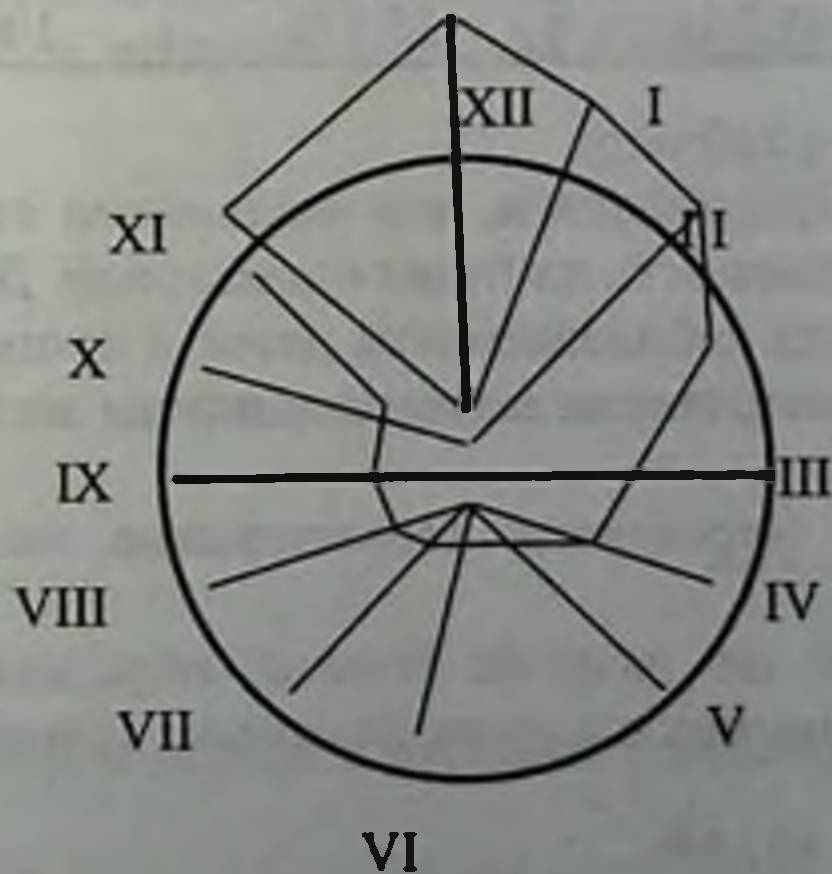


Рисунок 10.1. Типы диаграмм

Если же эмпирические показатели отличаются от теоретических, то гипотеза «0» будет опровергнута. Критерий соответствия (χ^2) рассчитывается по следующей формуле:

$$\chi^2 = \sum \frac{(P - P_1)^2}{P_1},$$

где: χ^2 – критерий соответствия;

\sum – знак суммы;

P – эмпирическое число;

P_1 – теоретические число.

Если $P - P_1$ соответствует друг другу, то тогда $\chi^2 = 0$. Это, в свою очередь, подтверждает правильность предположения, что нет взаимосвязи между изучаемыми событиями. Чем меньше P отличается от P_1 , тем ближе значение χ^2 к «0» и наоборот. Рассмотрим методику расчета χ^2 - критерий в следующем примере.

Пример: необходимо определить влияние домашних условий на заболеваемость детей (таблица 10.25).

Таблица 10.25

Влияние домашних условий на заболеваемость детей

Домашние условия	Число заболевших детей (в течении года)			Всего
	Ни разу не болели	Заболели 1-3 раза	Заболели 4 и более раз	
Плохо	5	34	25	64
Удовлет.	16	40	80	136
Хорошо	44	86	20	150
Всего	65	160	125	350
гипотеза «0»	18,6 %	45,7 %	35,7 %	100 %

1. Вносим эмпирические числа в таблицу.

2. Определяем гипотезу «0». Предполагаем, что независимо от того, в каких условиях живут дети, заболеваемость их будет одинаковой. Для этого берется распределение общего числа заболеваемости детей в процентах по отдельным группам. Выполняем все расчеты поэтапно, исходя из таблицы 10.25.

3. Исходя из гипотезы «0» определяем теоретические числа (P_1), относящиеся к каждой группе:

а) количество детей, которые ни разу не болели, определяется по сравнению с количеством детей, живущих в плохих домашних условиях:

$$\frac{65 \cdot 64}{350} = 12;$$

б) дети, живущие в удовлетворительных домашних условиях:

$$\frac{65 \cdot 136}{350} = 25;$$

в) дети, живущие в хороших домашних условиях:

$$\frac{65 \cdot 150}{350} = 28.$$

Количество детей, которые болеют один-три раза:

а) дети, живущие в плохих домашних условиях:

$$\frac{160 \cdot 64}{350} = 29;$$

б) дети, живущие в удовлетворительных домашних условиях:

$$\frac{160 \cdot 136}{350} = 62;$$

в) дети, живущие в хороших домашних условиях:

$$\frac{160 \cdot 150}{350} = 69.$$

Количество детей, болеющих четыре и более раз:

а) дети, живущие в плохих домашних условиях:

$$\frac{125 \cdot 64}{350} = 23$$

б) дети, живущие в удовлетворительных домашних условиях:

$$\frac{125 \cdot 136}{350} = 49$$

в) дети, живущие в хороших домашних условиях:

$$\frac{125 \cdot 150}{350} = 53$$

Таблица 10.26

Определение влияния домашних условий на заболеваемость детей
по критерию χ^2

Домашние условия	Эмперическое число (P)			Теоретическое число (P ₁)			P - P ₁			(P - P ₁) ²			(P - P ₁)/P ₁		
	Ни разу не болели	Заболели 1-3 раза	Заболели 4 и более раз	Ни разу не болели	Заболели 1-3 раза	Заболели 4 и более раз	Ни разу не болели	Заболели 1-3 раза	Заболели 4 и более раз	Ни разу не болели	Заболели 1-3 раза	Заболели 4 и более раз	Ни разу не болели	Заболели 1-3 раза	Заболели 4 и более раз
Плохо	5	34	25	12	29	23	-7	5	2	49	25	4	4,08	0,86	0,17
Удовлет.	16	40	80	25	62	49	-9		31	81	484	961	3,24	7,81	19,61
Хорошо	44	86	20	28	69	53	1	-22	-33	256	289	1089	9,14	4,19	15,78
Всего	65	160	125	65	160	125	6	17					16,46	12,86	35,56
Всего	64	350	350	350	350	350									

4. Из эмпирических чисел вычитаем теоретические числа ($P - P_1$) и находим разницу между ними:

$$P - P_1 = 5 - 12 = -7 \text{ и т.д.}$$

5. Каждая найденная разница возводится в квадрат, а квадрат разницы делится на соответствующее теоретическое число (P_1).

$$\frac{(P - P_1)^2}{P_1} = \frac{(7)^2}{12} = 4,03$$

6. Сумма значений, полученных выше, показывает разность между эмпирическими и теоретическими числами:

$$\chi^2 = \sum \frac{(P - P_1)^2}{P_1} = 16,46 + 12,86 + 35,56; \chi^2 = 64,88.$$

7. Полученный величина χ^2 оценивается по специальной таблице (Таблица 10.27).

Таблица 10.27

Свободная переменная n'	0,05-5 %	0,01-1 %	0,001-0,1 %
1	3,8	6,6	10,8
2	6,0	9,2	13,8
3	7,8	11,3	16,3
4	9,5	13,3	18,5
5	11,1	15,1	20,5
6	12,6	16,8	22,5
6	14,1	18,5	24,3
7	15,5	20,1	26,1
8	16,9	21,7	27,9
9	18,3	23,2	29,6
10	19,7	24,7	31,3
12	21,0	26,2	32,9
13	22,4	27,7	34,5
14	23,7	29,1	36,1
15	25,0	30,6	37,7

Первый вертикальный столбец таблицы содержит числа свободного уровня, а сама таблица содержит уровень вероятности для величины χ^2 , что может быть подтверждено гипотезой «0». Из приведенного примера мы оцениваем величину квадрата χ^2 ($\chi^2 = 64,88$).

Число свободного уровня можно найти по формуле:

$$n' = (s - 1)(r - 1),$$

Здесь: s – количество групп (ряд), сравниваемых по первичной таблице (таблица 10.26); r – количество столбцов.

В нашем примере s – группа детей, живущих в разных домашних условиях (3-я группа), r – число заболевших в группах (3-я группа):

$$n' = (3 - 1) \cdot (3 - 1) = 4.$$

Мы ищем величину χ^2 , который равен 64,88 из четвертой строки таблицы 10.28.

Определим, соответствует ли он уровню гипотезы «0» ниже 0,1%. Вывод: гипотеза «0» или, другими словами предположения, что детская болезнь не зависит от домашних условий меньше, чем 0,1%.

Таким образом, с высокой точностью (99,9 %) можно утверждать, что болезни детей зависят от условий их жизни.

При отсутствии оценочной таблицы для оценки квадрата χ^2 можно использовать следующую формулу:

$$\frac{\chi^2 - n'}{\sqrt{2n'}} \geq 3$$

Если полученная величина равна или больше 3, то можно сказать, что гипотеза «0» не подтвердилась. Если величина меньше 3, то можно сделать вывод, что разницы между событиями нет.

В нашем примере мы проверим величину $\chi^2 = 64,88$:

$$\frac{\chi^2 - n'}{\sqrt{2n'}} = \frac{64,88 - 4}{\sqrt{2 \cdot 4}} = \frac{60,88}{2,83} = 21,51.$$

Правильность вывода была доказана еще раз.

Из двух сопоставимых групп с альтернативной вариацией можно вычислить χ^2 простым способом исходя из таблицы с четырьмя ячейками (таблица 10.28) по соответствующей формуле:

Таблица 10.28

	Ни разу не болели	Заболели 4 и более раз	Всего
Дети с искусственным вскармливанием	a	b	$a+b$
Дети с естественным вскармливанием	c	d	$c+d$
Всего	$a+c$	$b+d$	$a+b+c+d=N$

Условно обозначив ячейки таблицы буквами, определяем квадрат χ^2 по формуле:

$$\chi^2 = \frac{(ad - bc)^2 \cdot N}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

Вставив вместо букв цифры, полученные из наших исследований, заполним таблицу.

Таблица 10.29

Влияние питания на частоту заболеваемости детей в возрасте до одного года

Дети	Ни разу не болели	Заболели 4 и более раз	Всего
С искусственным вскармливанием	17	83	100
С естественным вскармливанием	63	30	93
Всего	80	113	193

2. Используя таблицу 10.29, вычисляем χ^2 по вышеприведенной формуле.

$$\chi^2 = \frac{(ad - bc)^2 \cdot N}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)} = \frac{[(17 \cdot 30) - (63 \cdot 83)]^2 \cdot 193}{80 \cdot 113 \cdot 100 \cdot 93} = 29,6$$

3. Определим число свободного уровня.

$$n = (s - 1) \cdot (r - 1) = (2 - 1) \cdot (2 - 1) = 1.$$

Оцениваем значение χ^2 .

Исходя из таблицы определим, что если $n=1$, то число, указанное в столбце 4, равно 10,8, а $\chi^2=29,6$; находим, что менее, чем 0,1% соответствует уровню гипотезы «0». Таким образом, было обнаружено с высокой точностью (99,9%), что характер питания (эффект) имеет большое значение при частом заболевании детей в возрасте одного года.

Выводы:

1. При расчете χ^2 -квадрата требуется использовать только абсолютные значения.

2. Когда один из теоретических чисел в таблице меньше 5, то вычисление χ^2 нецелесообразно.

3. Величины χ^2 показывают на взаимосвязь исследуемых явлений, а не силу влияния друг на друга.

Аналитические методы исследования. Измерение показателей риска

Понятие риска в общественном здоровье относится к вероятности изменения состояния здоровья (показателей здоровья) под влиянием того или иного фактора риска.

Факторы риска условно можно разделить на экзогенные (образ жизни, условия жизни, питание, отдых, труд) и эндогенные (наследственность). Примеры эндогенных типов факторов риска включают заболевания, связанные с конкретными генами. К экзогенным типам факторов риска относятся возбудители инфекций, фармакологические препараты, токсины или факторы, связанные с образом жизни: курение, чрезмерное употребление алкоголя, неправильное питание, работа и неправильная организация отдыха, беспорядочная половая жизнь и т.д.

Как известно, на здоровье человека влияют, в основном, 4 группы факторов: образ жизни – 50%, наследственность – 20%, внешние факторы – 20%, здравоохранение – 10%. Значит, здоровье во многом зависит от характера человека, его поведения и образа жизни.

Развитие заболевания, продолжительность воздействия фактора риска на развитие инвалидности – экспозиция может быть в зависимости от воздействия, количества воздействий: однократной (например, облучение населения при взрыве АЭС) и длительной (длительное курение, употребление алкоголя). Многие заболевания имеют длительную латентность. Например, у взрослого, прошедшего лучевую терапию по поводу тонзиллита в молодом возрасте, может развиться рак щитовидной железы.

Следует иметь в виду, что факторы риска не всегда являются причиной или следствием развития заболеваний, они могут быть маркерами болезни: трудно изучить влияние того или иного фактора риска на хроническое заболевание, так как хронические заболевания носят латентный характер, и от латентного периода до его развития может пройти несколько лет. Кроме того, хронические заболевания вызываются рядом факторов риска. В то же время показатели риска играют важную роль в определении прогноза заболевания и установлении причинно-следственной связи. Например, ключевую роль в развитии рака шейки матки играет инфицирование вирусом папилломы человека, но важное значение в развитии заболевания имеет заражение другими инфекциями, передающимися половым путем (хламидиоз, генитальный герпес). Лечение этих инфекций не предотвращает развитие заболевания, поэтому эти инфекции являются маркером заболевания, а не его причиной.

Последствия воздействия фактора риска. В основном различают два типа исходов: дискретные последствия (заболеваемость, рецидив, ремиссия, инвалидность, смерть) и изменение в маркерах заболевания (функциональные, физиологические, биохимические изменения).

Исход (последствие)– это не только болезнь или смерть, но и боль, страдание, неспособность обслуживать себя или совершать обычные действия, снижение качества жизни больного. Улучшение только биологических показателей, которые не могут прямо осознаваться пациентами (например, уменьшение размера опухоли, нормализация биохимических и серологических показателей крови), не является окончательной целью лечения. Такие биологические явления могут рассматриваться как важные клинические признаки только тогда, когда между ними существует причинно-следственная связь.



Схема 10.2. Когортный метод и метод «случай-контроль»

Лучший способ изучить влияние фактора риска на развитие болезни или инвалидности – проведение эксперимента. Для этого выбирают две группы: контрольная группа – группа здоровых (с отсутствием фактора риска) и группа события (с определенным фактором риска). Обе группы должны быть в одинаковых условиях. Естественно, что многие факторы не могут быть изучены экспериментально на людях, а исследование с риском для жизни и здоровья человека недопустимо с правовой и этической точки зрения. Поэтому есть несколько более простых способов изучения факторов риска. Это метод наблюдательного клинического исследования, который включает когортное исследование и исследование «случай-контроль».

Когортный метод исследования является одним из методов аналитического исследования. Когорта – это группа людей, которые изначально имеют один и тот же общий признак (этот признак может быть один или несколько).

Результаты когортного метода исследования отличаются высокой надежностью и широко используются для сбора высококачественных данных. Этот метод изучает факторы риска и их последствия для здоровья населения, в отличие от метода «случай-контроль» когортный метод оценивает частоту новых событий и является широко применяемым методом при изучении прогноза. Метод когортного исследования для изучения влияния ведущих факторов риска требует длительного изучения большой популяции и не подходит для изучения редких заболеваний и влияющих на нее факторов риска. В основном это проспективный метод, который иногда может быть ретроспективным или псевдоретроспективным для экономии времени и денег.

Таблица 10.30.

Таблица с четырьмя ячейками для анализа данных
в когортном исследовании

Группы	Специфические последствия	Другие последствия	
Основная группа (экспонированные)	a^1	b^2	$a^1 + b^2$ ⁵
Контрольная группа (неэкспонированные)	c^3	d^4	$c^3 + d^4$ ⁶
	$a+c$ ⁷	$b+d$ ⁸	$a+b+c+d$ ⁹

¹ – группа с развитыми специфическими последствиями под воздействием фактора риска во время наблюдения;

² – группа с неразвитыми специфическими последствиями под воздействием фактора риска во время наблюдения;

³ – группа с развитыми специфическими последствиями при отсутствии влияния фактора риска;

⁴ – группа с неразвитыми специфическими последствиями при отсутствии влияния фактора риска;

- ⁵– число когорт, подверженных фактору риска;
- ⁶– число когорт, неподверженных фактору риска;
- ⁷– число новых явлений в популяции
- ⁸– группа с неразвитыми специфическими последствиями;
- ⁹– общая наблюдаемая группа населения.

$$\text{Риск}_{(\text{фактор}+)} = a/(a+b); \text{Риск}_{(\text{фактор}-)} = c/(c+d);$$

$$\text{Абсолютный риск} = a/(a+b) - c/(c+d);$$

$$\text{Относительный риск} = a/(a+b) / c/(c+d)$$

$$\text{Частота новых явлений} = (a+b)/(a+b+c+d)$$

Исследование «случай-контроль» – является одним из методов аналитического исследования, изучающего взаимосвязь между причиной и следствием по отношению к результату, и поэтому является ретроспективным методом по отношению ко времени (рис. 10.2). Выделяют 2 группы: группа события (болезнь, инвалидность, смерть) и группа контроля (здоровую), которые анализируются ретроспективно. В результате изучается частота факторов риска для здоровья.

Таблица 10.31

Четырехпольная таблица для анализа данных по методу СК

	Случай	Контроль
Фактор риска есть	a^1	b^2
Фактор риска нет	c^3	d^4
	$a+c^5$	$b+d^6$

- ¹ – в анамнезе исследуемой группы события имеется фактор риска;
- ² – в анамнезе исследуемой группы контроля имеется фактор риска;
- ³ – отсутствие влияния фактора риска на анамнез исследуемой группы события;
- ⁴ – отсутствие влияния фактора риска на анамнез исследуемой группы контроля;
- ⁵ – общее число в группе случая;
- ⁶ – общее число в группе контроля.

Определение показателей риска в когортном исследовании

Для врача, исследователя очень важно определить, существует ли связь между развитием заболевания и фактором риска. Исследователь должен ответить на вопрос «существует ли корреляция между предполагаемой причиной и результатом?» Для этого с помощью когортного метода выделяют группу населения, имеющую влияние определенного изучаемого фактора

риска среди населения, не подверженного влиянию этого фактора риска, в которой необходимо рассчитать долю абсолютного риска, относительного риска и дополнительного риска, связанных с конкретным заболеванием.

Одним из основных понятий в эпидемиологии является понятие относительного риска. **Относительный риск (ОР)** – указывает на степень привязанности фактора риска к заболеванию или исходу заболевания или представляет собой значимость фактора, влияющего на исследуемый исход.

Абсолютный риск (АР) – представляет собой вероятность развития исследуемого заболевания при проведении профилактических мероприятий и при их отсутствии и рассчитывается отдельно для каждой градации (таблица 10.32).

Первый этап: рассчитывается абсолютный риск для каждой градации фактора, абсолютный риск = для группы (случай), на которую воздействовал фактор риска = $a/(a+b)$, абсолютный риск = для группы (контроля), на которую фактор риска не оказывает влияния (фактор риска не существует) = $c/(c+d)$.

Второй этап: определяется относительный риск. Для этого показатели абсолютного риска, полученные по градации каждого фактора, делятся друг на друга (E/F).

Таблица 10.32

Расчет абсолютного и относительного риска
(таблица с четырьмя ячейками)

Влияние фактора риска	Случай есть	Случая нет	Всего	Расчет абсолютного риска (АР)	Расчет относительного риска (ОР)
Есть (группа случая)	a	B	$a+b$	$a/(a+b) = E$	E/F
Нет (группа контроля)	c	D	$c+d$	$c/(c+d) = F$	
Всего	$a+c$	$b+d$	$a+b+c+d$		

Интерпретация значения относительного риска (ОР). Если относительный риск (ОР) равен 1,0, это означает, что фактор риска не является статистически значимым (заболеваемость, инвалидность, смертность одинаковы в обеих группах (контрольной и событийной)).

Если $ОР = 2,0$, это означает, что подверженная риску группа в два раза чаще подвержена риску заболевания, инвалидности или смерти, чем группа, не подверженная риску.

Если относительный риск меньше 1, $ОР < 1$ это свидетельствует о том, что изучаемый фактор риска оказывает профилактическое действие на заболевание, то есть фактор риска оказывает положительное действие (защищает). Например, изучалось влияние низких доз аспирина на развитие

инфаркта миокарда. Заболеваемость составила 2,2% в контрольной группе (при использовании плацебо) и 1,3% в группе, получавшей аспирин. ОР $(1,3/2,2) = 0,57$. Это означает, что регулярный прием низких доз аспирина снижает риск развития инфаркта миокарда на 43%.

Пример: В нашем исследовании мы изучали причинно-следственную связь между характером питания детей и их заболеванием. Всего с помощью анкеты было опрошено 400 семей с детьми в возрасте до 1 года. Из них 200 детей в возрасте до 1 года были помещены в контрольную группу и 200 детей в возрасте до 1 года были помещены в группу событий.

Таблица 10.33

Расчет показателя относительного и абсолютного риска

Характер питания	Часто болеющие дети	Здоровые дети	Всего	Абсолютный риск	Относительный риск
Искусственный	36	164	200	$36/200=0,18 \times 100=18\%$	18/9=2
Естественный	18	182	200	$18/200=0,09 \times 100=9\%$	
Всего	54	346	400		

Таким образом, мы можем исследовать и сравнивать заболеваемость детей, находящихся в 2-х группах: естественное и искусственное питание, и рассчитать показатель абсолютного и относительного риска.

Вывод: результаты исследования показали, что риск заболевания среди детей с искусственным вскармливанием в 2 раза выше, чем у детей с естественным вскармливанием.

Также можно сравнить 2 и более группы, для которых получаемые величины будут помещены в таблицу "2x2" с небольшим расширением. Например, в нашем исследовании мы изучали причинно-следственной связи заболеваемости детей в возрасте до 3 лет и материнским уходом. Для изучения влияния материнского ухода на здоровье детей, за основу (Б.Маматкулов, 1979) было взято деление на 3 группы по качеству материнского ухода.

1-ая группа – материнский уход оценен как "хороший", если вскармливание грудным молоком длится не менее 9-12 месяцев, соблюдается режим грудного вскармливания, ребенок не отделяется от груди летом, продолжительность ночного сна составляет 10-11 часов, дневной сон в среднем не менее 2-х раз; пребывание ребенка на свежем воздухе не менее 3-х часов в день, а также купание 2-3 раза в неделю зимой, а летом ежедневно, закаливающие процедуры (массаж, массажные процедуры)

проводятся регулярно, профилактическое обследование врача проводится систематически, отпуск матери по уходу за ребенком, длится не менее 1 года.

2-ая группа – материнский уход оценен как «удовлетворительный», если соблюдаются процедуры кормления ребенка грудью, сна и прогулок, купание, закаливание ребенка (массаж, массажные процедуры), профилактическое наблюдение врача не проводилось систематически и отпуск матери по уходу за ребенком длится меньше 1 года.

Систематическое нарушение вышеуказанных требований привело к тому, что уход за матерью был оценен как «неудовлетворительный».

В нашем исследовании также дети делятся на 3 группы: группу хорошего, удовлетворительного и неудовлетворительного ухода. Группа, которая меньше подвергается воздействию фактора риска, принимается как «контрольная группа».

Таким образом, величины полученного относительного риска можно интерпретировать следующим образом: у детей в группе с удовлетворительным и неудовлетворительным уходом риск заболеть на 1,83 и 2,61 раза выше, чем у детей с хорошим уходом матери.

Таблица 10.34

Расчет относительного риска при сопоставлении более двух групп

Материнский уход	Часто болеющие дети	Здоровые дети	Всего	Абсолютный риск	Относительный риск
Хорошо	23	75	98	$23/98=0,23$	$0,23/0,23=1,00$
Удовлет.	42	58	100	$42/100=0,42$	$0,42/0,23=1,83$
Неудовлет.	61	41	102	$61/102=0,59$	$0,60/0,23=2,61$

Добавочный риск (ДР) (атрибутивный риск, снижение относительного риска) – величина вероятности снижения ожидаемого исхода после устранения изучаемого фактора риска, разница между рисками в событийной и контрольной группах. Уровень заболеваемости населения, подверженного влиянию фактора риска, – это показатель заболеваемости населения, не подверженного влиянию фактора риска.

Из приведенного выше примера (таблица 10.33) добавочный риск заболевания у детей, находящихся на искусственном вскармливании, составляет: $ДР = 18/100 - 9/100 = 9/100$.

Разницу рисков или добавочный риск легче интерпретировать с точки зрения количества людей, а не в процентах, потому что добавочный риск представляет собой абсолютную разницу в воздействии риска заболевания. Интерпретируя результаты, мы признаем, что каждый ребенок подвержен риску заболевания, независимо от характера его питания. В нашем примере эта величина присутствует у 9 детей из 100. Добавочный риск заключается

в том, что если дети находятся на искусственном вскармливании, добавочный риск составляет 9/100. Это означает, что 9 из 100 детей рискуют заболеть только потому, что находятся на искусственном вскармливании.

Относительный риск и добавочный риск позволяют рассмотреть вопрос под разными углами зрения. Интерпретация добавочного риска зависит от предположения, что существует причинно-следственная связь между действием фактора и заболеванием. Относительный риск – это способ определения степени связи между фактором и заболеванием или его исходом.

Добавочный риск позволяет оценить последствия факторов риска, влияющих на здоровье населения, и выявить количество заболеваний (их последствий), которые можно предотвратить путем устранения этих факторов риска.

Пример: таблица 10.35 показывает, что дети, рожденные в семьях, где отец употреблял алкоголь, в 1,5 раза чаще имели инвалидность, чем дети, рожденные в семьях, где отцы не употребляли алкоголь (ОР 1,5).

Таблица 10.35

**Развитие инвалидности у детей при употреблении
алкоголя отцом в семье (на 10 000 детей)**

Отец употребляет алкоголь	Распространенность инвалидности на 10 000 детей
Да	90
Нет	60
Относительный риск	1,5
Добавочный риск	30/100 00

Таким образом, если фактор риска употребления алкоголя в семье будет устранен, риск детей-инвалидов снизится до 30 на 10 000 (ДР -30/10 000). Это означает, что употребление алкоголя членами семьи является одним из наиболее важных факторов риска детской инвалидности.

Доля добавочного риска. Аналогичная информация позволяет рассчитать долю случаев заболевания, которую можно отнести на счет действия фактора в группе, подверженной действию этого фактора. Это доля случаев заболевания в группе, подверженной действию фактора, которую можно предотвратить путем устранения фактора риска. Ее можно рассчитать, поделив добавочный риск на заболеваемость в группе, подверженной действию фактора, и затем умножить результат на 100, чтобы получить долю в процентах.

$$\text{ДР \%} = \text{ДР} \cdot 100 / \text{Показатель заболеваемости в группе риска}$$

На основании примера, представленного в таблице выше, было установлено, что в семье существует связь между потреблением отцом алкоголя и инвалидностью детей. Дополнительный риск детской инвалидности от употребления алкоголя составлял 30 на 10000 детей. Установлено, что

показатель детской инвалидности в семьях, употребляющих алкоголь, составляет 90 на 10000 детей. Определяем долю добавочного риска (ДДР%): $ДДР\% = 30 \cdot 100/90 = 33,3\%$.

Таким образом, в инвалидности детей доля семейного потребления алкоголя составила 33,3%. Другими словами, если бы отцам запретили употребление алкоголя в семье, то инвалидность была бы предотвращена у 33,3% детей.

Расчет показателей риска в методе исследования «случай-контроль». Все вышеперечисленные примеры были характерны для когортного метода исследования, если же рассматривать относительные и добавочные риски в отношении заболеваний методом «случай-контроль», то возникают определенные трудности. Метод «случай-контроль» позволяет определить разницу между частотой встречаемости факторов риска (величину встречаемости).

С помощью метода «случай-контроль» требуется определить связь между психическим состоянием в семье и инвалидностью детей. Для этого путем проведения опросных интервью у матерей изучалось психологическое состояние 300 детей-инвалидов (случай) и 300 здоровых детей (контрольная группа).

Мы можем оценить психологическое состояние в семье, но мы не можем рассчитать показатель инвалидности. Это означает, что мы не можем определить добавочный риск или долю добавочного риска, поскольку во время опроса было отмечено, что инвалидность уже присутствует.

Это можно сделать, оценив возможности (шансы) детей-инвалидов и возможности здоровых детей, но которые воспитываются в семьях с плохим психическим состоянием.

Таблица 10.36

Расчет соотношения возможностей (в абсолютных числах)

Психическое состояние в семье	Дети-инвалиды	Здоровые дети	Расчет шансов	Отношение шансов
Плохое	65	37	$65/235=0,28$	$0,28/0,14=2$
Хорошее	235	263	$37/263=0,14$	
Всего	300	300		

Таблица 10.37

Расчет соотношения шансов (в абсолютных числах)

Психическое состояние в семье	Дети-инвалиды	Здоровые дети	Отношение шансов
Плохое	65	37	$65 \cdot 263 / 37 \cdot 235 =$ $17095 / 8695 = 2,0$ $(a \cdot d / c \cdot b)$
Хорошее	235	263	
Всего	300	300	

Таблица 10.38

Расчет соотношения шансов (число детей в %)

Психическое состояние в семье	Дети-инвалиды	Здоровые дети	Расчет шансов	Отношение шансов
Плохое	21,7	12,3	$21,7 / 78,3 = 0,28$	$0,28 / 0,14 = 2$
Хорошее	78,3	87,7	$12,3 / 87,7 = 0,14$	
Всего	100	100		

Таблица 10.39

Расчет соотношения шансов на основе коэффициента соотношения вероятностей (методы Е.Н.Шиган, Байес)

Психическое состояние в семье	Дети-инвалиды, P_1	Здоровые дети, P_2	Коэффициент соотношения вероятностей, P_1/P_2	Отношение шансов
Плохое	21,7	12,3	1,76	$1,76 / 0,89 = 2$
Хорошее	78,3	87,7	0,89	
Всего	100	100		

Несмотря на то, что соотношение шансов по таблицам 10.36, 10.37, 10.38, 10.39 рассчитывалось несколькими способами, у нас был один и тот же показатель по их величине. Кроме того, следует отметить, что для составления таблиц 10.38 и 10.39, безусловно, были взяты за основу абсолютные цифры в таблицах 10.36 и 10.37.

Из приведенных выше показателей шанс ребенка с инвалидностью, воспитывающегося в семье с плохим психическим состоянием, составил $65/235=0,28$, а шанс детей, воспитывающихся в неблагополучных семьях в контрольной группе— $37/263=0,14$. Было отмечено, что их соотношение, то есть отношение шансов (ОШ), равно 2,0. Это действительно показало, что

вероятность того, что дети, воспитывающиеся в неблагополучных семьях с точки зрения психического состояния, страдают инвалидностью в 2,0 раза чаще, чем дети из семей с хорошим психическим состоянием.

Вывод, соотношение шансов очень похоже на показатель относительного риска и интерпретируется одинаково. Связь между заболеванием (его последствиями) и исследуемым фактором риска указывает на отсутствие связи, если ОШ равен 1,0, если $ОШ > 1,0$, то это указывает на то, что существует взаимосвязь между явлением и фактором риска.

Таким образом, в методах исследования «случай-контроль» чаще всего рассчитывается отношение шансов – ОШ, а в когортных методах исследования – показатель относительного риска (ОР).

Прогнозирование риска развития заболеваемости и смертности населения

Одной из основных целей изучения здоровья населения является дальнейшее улучшение здоровья населения за счет снижения заболеваемости и смертности. Для этого, исходя из условий местности, необходимо изучить причины заболеваний и смертей, возникших среди населения, в тесной взаимосвязи с внешней средой, социально-экономическими, социально-биологическими факторами, а также образом жизни населения и с использованием вышеуказанных данных необходимо определить значение показателей заболеваемости и смертности населения и основные факторы риска, приводящих к увеличению этих показателей. Это, в свою очередь, поможет медицинским работникам определить тенденцию здоровья населения или отдельных лиц и разработать меры по его дальнейшему улучшению.

В настоящее время актуальной является количественная оценка воздействия внешней среды на здоровье человека с помощью социально-гигиенических и математических методов, определение силы их воздействия, определение прогноза заболеваний и смертности среди населения.

Исследования, проводимые в областях, городах и кишлаках нашей республики, показали, что прогностическая таблица может быть составлена математическим методом, и с помощью этой таблицы можно установить перспективу здоровья населения (детей) не только какой-то области, города, района, но также и отдельных группы или лиц разработать целенаправленный план мероприятий по улучшению здоровья всего населения.

Этим мерам принадлежит важная роль в поддержании здоровья детей, крайне чувствительных к воздействиям окружающей среды, прогнозировании заболеваемости и смертности, укреплении их здоровья и разработке научно обоснованных мероприятий. Поэтому ниже мы рассмотрим методы составления прогностической таблицы на основе показателей детской заболеваемости и смертности, связывая их с основными социально-гигиеническими, медико-биологическими факторами, влияющими на уровень этих показателей. Данный метод является одним из простейших

методов составления прогностической таблицы и не требуют применения сложной вычислительной техники.

Порядок составления прогностической таблицы

1. Одним из важнейших условий создания прогностической таблицы является наличие точных показателей по детским заболеваниям. Для этого необходимо извлечь выписки из истории развития ребёнка (из детского и подросткового медицинского паспорта) о данных по заболеваниям путём проведения медицинских осмотров. Одновременно следует изучить бытовые условия, социально-гигиенические, медицинские, биологические, генетические факторы, влияющие на детские болезни.

Для изучения детских болезней необходимо составить заранее программу и специальную анкету-вопросник для регистрации конкретного заболевания и ведущих факторов, влияющих на них, собрать статистические материалы, имея достаточное количество наблюдений.

2. Определить ведущие факторы риска, влияющие на заболеваемость (здоровье во время рождения, вес, количество родов, характер питания ребёнка, возраст матери во время рождения ребёнка, её образование, социальные и жилищно-бытовые условия семьи и др.), также необходимо рассчитать показатели их заболеваемости по всем исследуемым группам и по градации каждого изучаемого фактора отдельно. Показатель общей заболеваемости (М) и социально-гигиенические факторы должны рассчитываться на 1000 детей (таблица 10.40).

Ознакомимся с прогностическими таблицами и этапами его составления для комплексной оценки заболеваемости детей в возрасте до одного года, проживающих в городах Ферганской долины.

3. После определения факторов риска необходимо определить место каждого из них («вес» фактора) в отдельности. Для этого различные социально-гигиенические факторы определяются путём расчета силы воздействия на показатели заболеваемости, или другими словами, показателя «относительного риска» (R). Этот индекс (R) определяется в каждой группе факторов в соотношении наивысшей интенсивности к наименьшей ($R = S/d$).

Например: из наблюдений, проведенных в городах Ферганской долины, выявлено что, если ребенок родился с асфиксией или получил травму во время родов в возрасте до одного года, то он болеет в 2 раза чаще, чем здоровый ребенок (4550,7:2213,4). Если бы фактор не оказывал влияния, то это соотношение было бы равным 1.

Это означает, что чем больше показатель относительного риска, тем больше влияние фактора на возникновение заболеваний.

4. При составлении прогностической таблицы за основу берется метод нормирования интенсивных показателей Байеса.

**Показатели заболеваемости годовалых детей по некоторым
социально-гигиеническим факторам**

Факторы	Градации факторов	Показатели заболеваемости (на 100 детей)
Здоровье детей при рождении	Здоровый	2213,4
	Родовая травма	4550,7
Вес ребенка при рождении	До 2,5 кг	4193,7
	2,5-3,0 кг	2684,3
	3,0-4,0 кг	2398,0
	4,0 и более	3548,4
Количество родов	1	3896,6
	2	33.94,1
	3	24.65,1
	4	1887,5
	5	3284,5
	6	3440,5
Характер питания	Искусственный	3595,8
	Смешанный	2724,5
	Естественный (грудным молоком)	2294,6
Возраст матери	До 19 лет	4895,4
	20-24	2504,9
	25-29	2210,5
	30-34	2319,4
	35-39	2809,4
	40 и старше	3412,5
Образование матери	Начальное	3231,3
	Неполное среднее	2909,2
	Среднее и специальное	2212,0
	Высшее	2611,5
Социальный статус матери	Учащаяся	3369,1
	Работница	2515,1
	Служащая	2780,5
	Домохозяйка	2150,5
Уход за ребенком со стороны матери	Плохой	4480,4
	Удовлетворительный	2482,7
	Хороший	1060,2
Жилищные условия семьи	Плохие	3840,0
	Частично	2940,4
	удовлетворительные	2810,7
	Удовлетворительные	2118,3
	Хорошие	

Жилищные условия семьи	Плохие	3840,0
	Частично удовлетворительные	2940,4
	Удовлетворительные	2810,7
	Хорошие	2118,3
Состав семьи	Неполный	2491,2
	Полный	3257,9
Атмосфера в семье	благополучно	2274,1
	не благополучно	3819,2

Содержание этого метода заключается в том, что вместо обычного интенсивного показателя, рассчитанного на каждые 100 или 1000 детей, используется нормативный интенсивный показатель.

Для того чтобы рассчитать нормированный интенсивный показатель, относящийся к каждой градации фактора, необходимо иметь соответствующий им интенсивный показатель (M), который является общим нормируемым.

Таким образом, нормативная интенсивность рассчитывается по формуле:

$$N=r/M$$

здесь: r —показатель заболеваемости, относящийся к каждому фактору градации (интенсивный показатель) на 1000 детей;

M — «нормативный показатель» (показатель общей заболеваемости детей в возрасте одного года, взятый из наблюдений - показатель средней интенсивности);

N — нормативный интенсивный показатель.

Из специальных наблюдений, проведенных в городах Ферганской долины, показатель заболеваемости детей в возрасте одного года составил 2610,4 на 1000 детей ($M=2610,4$).

По каждому полученному для исследования социально-гигиеническому фактору оцениваются «нормативные» интенсивные показатели.

Например: по группам веса при рождении младенцев получены следующие интенсивные показатели: показатель заболеваемости младенцев при весе до 2,5 кг составил — 4193,7, при 2,5-3,0 кг — 2684,3; 3,0-4,0 кг—2398,0; 4 кг и более— 3548,4. Для расчета нормативно-интенсивного показателя (N) по группам этого фактора показатель заболеваемости (r), относящийся к каждой группе, делится на средний «нормативный» интенсивный показатель (M):

до 2,5 кг	— 4193,7:2610,4=1,61
2,5-3,0 кг	— 2684,3:2610,4=1,03
3,0-4,0 кг	— 2398,0:2610,4 = 0,92
4,0 кг и более	— 3548,4:2610,4=1,36

Таким же образом, для комплексной оценки показателей заболеваемости детей в возрасте одного года рассчитываются «нормативные» интенсивные показатели по всем полученным социально-гигиеническим факторам.

Полученные нормативные интенсивные показатели являются исходными стандартами, и они могут интегрировано оценить показатели заболеваемости (показатель смертности, размеры некоторых заболеваний или причин смерти) по вспомогательным, отдельным или комплексным факторам.

5. Этот этап представляет собой расчет прогностических показателей для оценки интеграции риска заболеваний (риска) по каждой градации факторов, поскольку рассчитанные нормативно-интенсивные показатели основаны на предположении, что «вес» полученных факторов одинаков. Как известно, каждый фактор воздействует на возникновение заболеваний с разной силой. Следовательно, чтобы интегрировать величину заболевания или причины смерти, необходимо учитывать величину показателя относительного риска для каждого фактора.

Показатель интегрированного (прогностического) риска рассчитывается по формуле:

$$X = N \cdot R,$$

где: X —это интегрированный показатель риска силы воздействия отдельно взятого фактора (прогностический показатель);

R – относительный показатель риска;

N – «нормативный» интенсивный показатель причин определенного заболевания или смерти.

Чтобы оценить интеграцию каждого фактора в возникновении заболеваний, составляется таблица, основанная на полученных выше данных (таблица 10.41).

6. Составление прогностической таблицы. Чтобы эффективно использовать таблицу прогнозов, она должна быть как можно меньше, лаконичнее и информативнее. С учетом того, что оценочная таблица применяется в нескольких направлениях, в нее включаются: ведущие факторы, полученные для прогнозирования, и их градации, прогностический показатель, оценивающий интеграцию каждого фактора в силу его влияния (X), показатель риска, относящийся к каждому фактору (R), сумму показателя риска, рассчитанную по всем комплексным факторам ($2R$), а также «нормативный» показатель (M).

Помимо составления прогностической таблицы, по полученным комплексным факторам следует определить определенный диапазон значений риска. Он определяется по максимальной и наивысшей величины общей силы и эффекта комплексными социально-гигиеническими факторами. То есть получается прогностические показатели каждого фактора, относящиеся к самым положительным и самым отрицательным градациям.

Порядок расчета следующий: из прогностической таблицы по градации каждого фактора определяется наименьшее значение прогностических показателей (X) и сумму их ($\sum X_n$) делится на сумму показателей относительного риска ($\sum R_n$), приведенную в таблице. Найденное значение является исходным размером риска выявляемого показателя заболеваемости.

Данные по интегрированной оценке показателей заболеваемости детей в возрасте до одного года по социально-гигиеническим факторам

Социально-гигиенический фактор	Градации факторов	Нормативный интенсивный показатель N	Показатель относительного риска R	Прогностический показатель $X = N \cdot R$
Здоровье ребенка при рождении	Здоровый	0,85	2,05	1,74
	Родовая травма	1,75		3,57
Вес ребенка при рождении	До 2,5 кг,	1,61	1,75	2,82
	2,5 – 3,0 кг	1,03		2,27
	3,0 – 4,0 кг	0,92		1,61
	4,0 кг и более	1,36		2,38
Число родов	1	1,49	2,07	3,08
	2	1,30		2,69
	3	0,94		1,95
	4	0,72		1,49
	5	1,26		2,61
	6	1,32		2,73
Возраст матери	До 19 лет	1,87	2,20	4,11
	20 – 24	0,96		2,11
	25 – 29	0,85		1,87
	30 – 34	0,89		1,96
	35 – 39	1,08		2,38
	40 лет и более	1,31		2,88

В соответствии с прогностической таблицей (таблица 10.42), чтобы определить перспективу показателя заболеваемости детей в возрасте до одного года, наименьшее прогнозное значение ($\sum X_n$), рассчитанное на ведущих социально-гигиенических факторах равно 16,52. Полученная величина представляет собой сумму показателей относительного риска ($\sum R_n$), которая находит наименьшее значение начального риска:

$$\sum X_n / \sum R_n = 16,52 / 21,67 = 0,76$$

Комплексная оценочная прогностическая таблица для прогноза
заболеваемости детей в возрасте до одного года

Социально-гигиенический фактор	Градация факторов	Прогностический показатель X	Показатель относительного риска R
1	2	3	4
Здоровье младенцев при рождении	Здоровый родовая травма	1,74 3,57	2,06
Вес младенцев при рождении	До 2,5 кг 2,5 – 3,0 кг 3,0 – 4,0 кг 4,0 кг и более	2,82 2,27 1,61 2,38	1,75
Количество родов	1 2 3 4 5 6	3,08 2,69 1,95 1,49 2,61 2,73	2,07
Характер питания	искусственный смешанный естественный	2,17 1,63 1,38	1,57
Возраст матери	до 19 лет 20 – 24 25 – 29 30 – 34 35 – 39 40 лет и более	4,11 2,11 1,87 1,96 2,38 2,88	2,20
Образование матери	начальное неполное среднее, среднее, среднее специальное, высшее	1,81 1,62 1,24 1,28	1,46
Социальное положение матери	учащаяся рабочая служащая домохозяйка	2,03 1,57 1,67 1,29	1,57
Уход за ребенком матерей	плохой удовлет. хороший	7,22 3,98 1,72	4,19

Жилищные условия семьи	плохие	2,67	1,81
	частично удовлет.	2,05	
	Удовлет.	1,96	
	хорошие	1,47	
Состав семьи	полный	1,25	1,32
	не полный	1,65	
Атмосфера в семье	благополучно	1,46	1,68
	не благополучно	2,45	
А. Нормативный показатель – (M) = 2610,4			
Б. Сумма показателей относительного риска – $\sum R = 21,67$			

После этого определяются самые большие прогностические индексы по каждой градации факторов и посредством их находят самое высокое значение риска. На основе таблицы 10.42 самая высокая прогностическая сумма составила $\sum X_i = 33,59$. Разделив его на сумму относительных показателей риска, определяется последнее наивысшее значение риска, которое равно 1,55. Таким образом, диапазон влияния полученных 11 социально-гигиенических факторов на показатели заболеваемости детей составляет 0,76–1,55. Значит, чем больше нормативный интеграционный (прогностический) показатель, тем выше сила воздействия полученных комплексных факторов и, наоборот, чем меньше прогностический показатель, тем ниже сила воздействия факторов.

Целесообразно разделить общий диапазон показателей риска (0,76–1,55) на меньшие диапазоны для каждого исследуемого ребенка на соответствующие группы риска и определить перспективу его здоровья, исходя из полученных показателей и взять его на специальный диспансерный контроль.

Обычно величины диапазона рекомендуется делить на три группы: минимальный, средний и максимальный (таблица 10.43).

Таблица 10.43

Группы риска заболеваемости детей первого года жизни и их поддиапазоны

Диапазон рисков	Размеры диапазонов	Группы риска
Минимальный риск	0,76—1,0	Благополучный прогноз
Средний риск	1,01-1,25	Группа внимания
Максимальный риск	1,26-1,55	Неблагополучный прогноз
Всего	0,76-1,55	

При разделении на такие группы общий риск заболевания принимается за 100%. Первый минимальный диапазон риска – составляет до 30% от размера всего диапазона, второй – 30–60%, а третий – от 60 до 100%.

Вышеуказанные малые диапазоны определяют риск заболевания и позволяют разделить его на прогностические группы: хорошие (благополучные), предупреждающие и угрожающие перспективные группы риска.

Порядок использования прогностической таблицы для комплексной оценки риска заболеваемости детей.

Все необходимые показатели рассчитываются с использованием следующих трех формул, составленных в соответствии с прогностической таблицей:

$$1. P = X_1 + X_2 + X_3 + \dots + X_n = \sum X_n,$$

$$2. P_r = \frac{P}{\sum R_n},$$

$$3. P_n = P_r \times M$$

здесь: P – сумма показателя интегрированного риска, указывающего на возникновение заболеваний под влиянием всех комплексных факторов;

X_1, X_2 и т. д. – интегрированный показатель риска каждого фактора;

P_r – показатель нормированного интегрированного риска, указывающий на возникновение заболеваний под воздействием полученных комплексных факторов;

$\sum R_n$ – сумма показателей относительного риска;

P_n – показатель прогнозируемых заболеваний (интенсивный показатель);

M – нормируемая величина – показатель общей заболеваемости (на 1000 детей), полученный в результате наблюдения.

Способ применения:

1. Дифференциация уровня заболеваемости каждого наблюдаемого ребенка для разработки конкретных мер по оздоровлению:

— из таблицы 10.41 выявляются прогностические значения (X) по каждому фактору, относящемуся к наблюдаемому ребенку (человеку), и добавляются друг к другу, по формуле 1 определяется показатель интегрированного риска комплексных факторов, относящихся к данному ребенку;

— определяется нормативный показатель риска (P_r) интеграции вероятности заболеваний под влиянием комплексных факторов, полученных для исследования;

— основываясь на размере найденного нормативного интеграционного показателя риска, в соответствии с таблицей 10.42 определяется, в какую группу риска входит наблюдаемый ребенок.

Например: Алимов Икром, месячный ребенок, 1-ые роды, родился с асфиксией, вес 4,2 кг, мать 19-летняя, рабочая, образование среднее, ребенок на искусственном вскармливании, уход удовлетворительный, жилищные условия удовлетворительные, семья полная (есть родители), атмосфера в семье благополучная.

Требуется определить к какой прогностической группе относится Алимов Икром и сколько раз он может заболеть в возрасте до одного года.

Этот показатель определяется по таблице и вышеприведенным формулам:

$$P = X_1 + X_2 + X_3 + \dots + 3,57 + 2,38 + 2,17 + 4,11 + 1,24 + 1,57 + 3,98 + 1,96 + 1,25 + 1,46 = 26,27.$$

$$P_r = \frac{P}{\sum R_n} = \frac{26,77}{21,67} = 1,24$$

Анализ смертности играет важную роль в разработке и проведении социально-гигиенических, лечебно-профилактических и эпидемиологических мероприятий. Известно, что численность населения, особенно младенческая смертность, варьируется от региона к региону и зависит от многих факторов, что требует углубленного наблюдения.

С целью предупреждения детской смертности и разработки научно обоснованных мероприятий по её профилактике, нами были изучена смертность городских и сельских детей в возрасте до семи лет в Ферганской долине, связывая её с комплексными социально-экономическими, медико-биологическими и социально-гигиеническими факторами и на основе методов статистического и математического анализа были выявлены её характерные особенности.

Исследования показали, что для снижения детской смертности, её предотвращения, в первую очередь, необходимо осуществление большой работы по формированию здорового образа жизни в семье, повышению санитарно-медицинской культуры населения, по подготовке девушек к семейной жизни с подросткового возраста и их постоянному оздоровлению в каждой семье, правильному планированию количества рождений. Для этого необходима правильная организация профилактической лечебной работы среди детей, подростков, женщин по принципу замкнутой цепи и дальнейшее улучшение этой неразрывной связи в каждой женской консультации, родильном доме, детской поликлинике (амбулатории). Кроме того, в целях снижения заболеваемости и смертности детей, улучшения их здоровья следует определить перспективы показателей здоровья, исходя из их семейных, жилищных условий и образа жизни, и проводить целенаправленные лечебно-профилактические мероприятия для каждого ребенка.

Прогностическая таблица позволяет в условиях детской амбулатории и поликлиники определить перспективы смертности детей в возрасте до одного года и предотвращения ее на раннем этапе с учетом факторов, влияющих во время беременности, в женских консультациях и периода после рождения.

Контрольные вопросы

1. Что изучает наука «Статистика»?
2. Что вы понимаете под санитарной статистикой?

3. Основные задачи медицинской статистики?
4. В каких случаях методы математического анализа используются в медицинской и санитарной статистике?
5. Что вы знаете об этапах проведения статистических исследований?
6. Что вы понимаете под планом и программой исследований?
7. Объясните что такое статистическая совокупность и её виды.
8. Что понимают под относительными значениями и какие показатели они включают?
9. Что такое вариационный ряд и какие его типы существуют?
10. В каких ситуациях используется метод стандартизации и каковы методы его расчета?
11. Как вы понимаете корреляцию, как интерпретируются числа, полученные в результате расчета?
12. Как проводится метод когортного исследования и по каким показателям оцениваются результаты?
13. Что вы знаете о методе исследования «случай-контроль», как оцениваются полученные результаты?

Глава 11. ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА И МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ

Медицина имеет богатый медицинский опыт, который на протяжении всей своей долгой истории отличается от других профессий по важным аспектам.

Как и все другие профессии, медицинская профессия имеет свой набор морально-этических норм. Одной из важных черт медицинской этики, сформировавшейся в ходе исторического развития, является гуманизм, человечность. Она, в свою очередь, определяет нормативные установки, мораль, этику, этические нормы медицинского персонала при лечении и профилактике больных, здоровых людей и общества. В настоящее время существует множество литературы, отражающей общие и частные аспекты врачебной этики и медицинской деонтологии.

Понятие этики определяет не только отношение людей друг к другу, но и их знания, их нравственное богатство. Слово «этика» было впервые предложено Аристотелем, в котором философ понимал науку о человеческой морали через этот термин.

Этика врача (греч. «*etos*» – привычка, характер) – это изучение его поступков, нравов, взглядов, привычек, отношения к профессиональным обязанностям, интересов, совести и пригодности к профессии в его работе по улучшению здоровья больного.

Деонтология – это свод правил и принципов лечения больных и профилактики заболеваний среди людей. Врачебная этика и медицинская деонтология основываются на этических нормах, установках, правилах и принципах врачебной практики при исполнении гражданских обязанностей медицинского работника.

Этические нормы, как нормы человеческой деятельности, поведения контролируются обществом через собственную совесть и моральную ответственность личности. Нарушение этой деятельности, хотя и не карается законом, но является более строгим, чем любое административное наказание, если оно осуждается или оскорбляется обществом и собственной совестью.

Врачебная этика и деонтология, которые отражаются в деятельности врачей и медицинских работников в нашей стране, основаны на принципах гуманности.

Известно, что с появлением медицины также были сформированы принципы, фиксирующие моральные нормы, поведение и привычки сотрудников. В древности особое внимание уделялось вопросам этики и деонтологии. Например, это можно наглядно увидеть в трудах таких основоположников медицины, как Аристотель, Гиппократ, Ибн Сина и Абу Бакр ар-Рази.

На современном этапе медицины необходимо обратить внимание на 2 важных направления. Первое: расширение медицинских специальностей и использование нового технического оборудования для диагностики и лечения. Второе: с развитием медицины на сегодняшний день в мире появилось 2 типа болезней.

а) Инфекционно-паразитарные болезни. Эти заболевания более распространены в развивающихся странах по всему миру.

б) Неинфекционные заболевания. Эти заболевания широко распространены в самых развитых странах, в том числе и в нашей стране.

В настоящее время в основе структуры болезней лежат не инфекционные заболевания, а хронические заболевания. Происхождение этих заболеваний более тесно связано с техническими процессами социального развития общества, условиями жизни, образом жизни, внешней экологической средой, что в настоящее время привлекает внимание всех ученых, работающих в области медицины. Считается, что вышперечисленные болезни возникли в результате цивилизации. По мнению многих ученых, основными причинами этих заболеваний являются адаптация, реактивность, являющаяся регулятором человеческого организма, расстройство нейроэндокринной корковой деятельности, которое в свою очередь вызывается внешней средой, в том числе социальной средой.

В настоящее время к наиболее распространенным заболеваниям, лежащим в основе структуры заболеваемости и причин смерти населения, относятся: сердечно-сосудистые, онкологические, нейроэндокринные, нервно-психические и другие заболевания. Поэтому сегодня крайне необходимы индивидуальный подход к каждому пациенту, глубокое изучение причин его заболеваний и уделение особого внимания их профилактике.

В результате научно-технической революции, развития науки в медицине широко используются современные методы клинической диагностики и техническое лабораторное оборудование, что, подобно посредникам между врачом и пациентом, вроде бы, создает невидимый барьер между ними. Это негативно сказывается на отношениях между врачом и пациентом. В частности, некоторые современные врачи (сторонники неогиппократизма) видят появление технологий в такой узкоспециализированной медицине как кризис медицины. Врач рассматривается как техник, который ремонтирует отдельные части человеческого тела. Для таких взглядов есть некоторые основания. Именно поэтому сейчас необходимо обратить особое внимание на отношения между врачом и пациентом и социальную профилактику, а также на лечение пациента как личности. В решении этих задач чрезвычайно важна роль медицинской этики и медицинской деонтологии. Поскольку эта наука ведет к сближению врача и пациента, что, в свою очередь, ведет к дальнейшему расширению профилактических мероприятий.

Чтобы обучить будущего врача отношениям с больным и достичь этой цели, медицина ставит перед собой задачу медицинской этики и медицинской деонтологии. Основная задача врачебной этики и медицинской деонтологии – привить целителю элементы порядочности, нравственности, сострадания.

общечеловеческой культуры, здорового образа жизни. Медицинская этика и медицинская деонтология исследуют следующие ключевые вопросы содержания.

1. Взаимоотношения между врачом и пациентом
2. Взаимоотношения между врачом и родственниками пациента (друзьями, родственниками, родителями)
3. Взаимоотношения врача и медицинского персонала
4. Врачебная тайна
5. Врачебная ошибка

Взаимоотношения между врачом и пациентом

Современный врач должен быть не только квалифицированным специалистом, но и пропагандистом, организатором медицинских, культурных и духовных знаний. Он должен быть эталоном умственно и физически здорового образа жизни для окружающих. Человек, преданный медицинской профессии, должен быть добрым к окружающим, уметь сочувствовать их горестям, несчастьям и разделять их радости и всегда быть готовым помочь пациенту.

Гуманность, доброта – одно из важных качеств врача. После беседы с врачом пациент должен чувствовать облегчение и уверенность в своем выздоровлении, что положительно скажется на психическом и физиологическом состоянии пациента, помогая ему быстрее выздороветь.

Работа врача часто сопровождается умственными и физическими нагрузками, поэтому выдержка, настойчивость, терпение, чуткость, хорошая тактичность должны быть постоянным спутником врача. Чрезмерное движение рук, туловища и позы не должны ощущаться во время беседы с больным, врач должен в полной мере привлекать внимание больного и вызывать у него доверие. Независимо от того, в какой области специализируется врач, он должен быть внимательным наблюдателем. Врач должен не только слышать пациента, но также следует наблюдать и за тем, как говорит пациент, ибо безразличие врача непростительно. Такие случаи снижают уважение пациента и доверие к врачу. Врач в любом случае должен быть заботливым, доброжелательным и расположительным к пациенту. Если врач не обладает такими качествами, то ему следует воздерживаться от профессии врача.

Каждый врач должен быть мастером своего дела. Это главное звено деонтологии. Естественно, что мастерство врача, кроме объема его профессиональных знаний, включает в себя еще и его уровень общечеловеческой культуры, этические и эстетические аспекты. Врач, являющийся мастером своего дела, становится близким человеком – доверенным лицом пациента и еще больше увеличивает доверие пациента к врачу.

Врач, который внушает пациенту уверенность в преодолении болезни, становится союзником пациента. Между врачом и пациентом должны быть установлены теплые душевные отношения, и для того, чтобы достичь таких

отношений, в любой ситуации врач должен быть в хорошем расположении духа. Пациент не должен чувствовать плохое настроение врача. Врач должен полностью понимать самого себя, свою психологию в целом, то есть только внимательный, наблюдательный, спокойный, уравновешенный, располагающий к себе врач способен вылечить заболевание пациента.

В настоящее время в результате увеличения узких специальностей в медицине, широкого применения технических средств диагностики, врачу приходится вместо тесного общения с больным, внимательного выслушивания больного, комплексного изучения его личности, жизни, интеллектуального и эмоционального состояния, приходится заполнять историю болезни методом поверхностного опроса-анкетирования. Таких врачей Б. Е. Вотчал называет «врачами-протоколитами».

Независимо от того, насколько продвинута техника, знания, опыт и способность врача понять психику пациента являются решающим фактором. Безусловно, развитие медицинской техники позволяет проводить точную диагностику, выявлять неизвестные ранее заболевания и играет важную роль в развитии современной клинической медицины. Но никакое современное оборудование, технические аппараты, совершенный метод обследования не заменят острого глаза врача, теплоты сердца и его любви. Никакая техника не может стать невидимым занавесом и железным барьером между врачом и пациентом, их тесным общением, заботливым отношением врача к пациенту и доверием пациента к врачу.

Врач должен уметь правильно организовать отношения с пациентом, правильно начинать разговор при общении. Это зависит от его общей культуры, эрудиции и умения расположить к себе пациента.

Игнорирование рассказа пациента, невнимательность, отвлеченность врача во время разговора посторонним делом создают у пациента чувство неуверенности, раздражительности, неуважения к врачу, что, в конечном итоге, приводит к различным жалобам. При рассказе больного о своей болезни, врачу категорически запрещается прерывать его рассказ разными вопросами и проявлять грубое отношение.

Опытный врач сможет правильно провести беседу. Для этого необходимо уделить пациенту достаточного внимания. Пациент доверяет врачу, который, заинтересован рассказом больного, искренне воспринимает его, относится к нему с добротой и внимательно выслушивает его. Он относится к врачу как к самому близкому человеку, доброму другу, как к великой силе, избавляющей его от болезни. В этом он помогает и себе, и врачу.

Еще одним из главных требований к поведению врача является умение управлять собственными эмоциями, своим настроением и ни в коем случае не показывать своей раздраженности и злости.

Во время наблюдения врача за пациентом, пациент также наблюдает за каждым действием врача, его психическим состоянием. Даже если пациент из-за болезни проявляет свои прихоти, капризы, нетерпение, излишнюю чувствительность и плохое настроение, врач должен быть сдержанным, спокойным, своей доброжелательной беседой стараться вывести пациента из

такого состояния. Врач всегда должен уметь правильно воздействовать на психическое состояние пациента.

Ученый-психиатр В. М. Бехтерев отмечал: «Если больному не стало легче после разговора с врачом, значит, это плохой врач». Врач, способный избавить пациента от страхов, негативных эмоций, плохого настроения и вселяющий в него надежду на излечение, сможет успешно вылечить пациента. Чтобы убедить пациента, врач, прежде всего, должен обладать соответствующей профессиональной уверенностью и оптимизмом. Если пациенту поставлен правильный диагноз и он полностью доверяет врачу, то больной воздержится от поиска «истинного диагноза» своей болезни.

Чтобы вызвать доверие у пациента, врач должен сначала поверить в свои выводы. Однако, врач должен быть далек от излишней самоуверенности и переоценивания себя, признания своего мнения единственно правильным. Уверенность в себе считается положительной, если она основана на знаниях и опыте врача. Высокомерие, «высокая» оценка, возникающие в результате переоценки себя, может нанести большой вред не только врачу, но и пациенту. Еще одним из требований, предъявляемых к врачу, является то, что он не должен показывать свою неуверенность, сомнения и колебания перед пациентом, поскольку это приводит к потере уважения и доверия к врачу. Кроме того, врач должен уважать личность пациента. Запрещается обращаться к больному со словами «ты» или «больной», следует обращаться к нему по имени и отчеству. Каждое слово, сказанное врачом пациенту, должно контролироваться.

Не следует упускать из виду, что психика пациента отличается от психики здорового человека, неосторожное высказывание слова или тон речи, плохое поведение, произнесение непонятных пациенту слов при чтении рентгеновского снимка или лабораторных анализов могут вызвать у пациента страх и тревожность, что может привести к «ятрогенному» заболеванию! Чтобы предотвратить «ятрогенное» заболевание, нет необходимости перенапрягать его на технико-инструментальные испытания для различных лабораторных исследований, кроме случаев крайней необходимости. В современной медицине широко распространены параклинические обследования, многие из которых могут вызвать затруднения у пациента, иногда подвергая его опасности. Но врач, у которого мало опыта и слабые клиничко-логические способности мышления, проявляя излишнюю осторожность и страхуя себя от ошибок, заставляет пациента проходить как можно больше различных обследований. Это серьезная деонтологическая ошибка, поскольку она причиняет пациенту не только физическую, но и психическую травму. Поэтому необходимо тщательно выбирать методы диагностики.

Еще один важный аспект взаимоотношений пациента и врача – уровень информированности пациента о своем состоянии и здоровья. К этому вопросу нужно подходить с учетом индивидуальности каждого пациента и последствий болезни. Естественно, нельзя не говорить о болезни пациента, иногда пациент ищет информацию разными другими способами, и эта информация во многом неточная, а иногда и совершенно неуместна. Это,

в свою очередь, может крайне негативно сказаться на психике пациента и усугубить течение болезни. Поэтому правильное направление пациента зависит в первую очередь от врача.

Подчеркивая положительные изменения, происходящие в состоянии пациента, врач никогда не сможет привлечь его внимание к пагубным последствиям болезни. При необходимости врач должен объяснить пациенту, исходя из индивидуального характера пациента, причины его заболевания и проводимое лечение.

Не следует забывать, что отношение пациента к болезни зависит от его личности, характера. В таких случаях врач должен глубоко изучить психологию пациента. Особенно, в онкологии к пациенту нужно подходить осторожно с деонтологической точки зрения, потому что отправка пациента к онкологу без регистрации онкологического заболевания наносит серьезный ущерб психике пациента и вызывает у него душевные страдания. Поэтому в некоторых случаях к пациенту следует относиться очень осторожно, не всегда нужно давать ему четкую, точную информацию. Если пациент отказывается от лечения, то необходимо подробно объяснить последствия отказа от лечения заболевания. Однако нет необходимости предоставлять полную и точную информацию тяжелобольному пациенту, поскольку это будет равносильно приговору пациента к смерти. Напротив, неуместное успокаивание пациента негативно влияет на его психику, приводит к возникновению у пациента ложной надежды на быстрое выздоровление. Желательно убедить пациента, что он выздоравливает постепенно, шаг за шагом. Смена профессии в случаях, связанных с инвалидностью, могут заставить пациента чувствовать себя «ложно здоровым». Этот вопрос очень важен для пациентов с нервно-психическими расстройствами.

Не рекомендуется передавать пациенту медицинских карту, амбулаторную карту, выписку из истории болезни, результаты анализов и другие медицинские документы. Это связано с тем, что чрезмерное информирование пациента о его болезни, в конечном итоге, может ухудшить его состояние и привести к дальнейшему развитию болезни. Для успешного лечения необходимо защитить психику пациента от любых травм, завоевать его доверие, стать самым близким ему человеком. Согласно слов Гиппократов, «Проявите любовь к пациенту, поднимите ему настроение и, самое главное, спасите его от того, что ему угрожает». Если врач не заботится о пациенте, не разделяет его страдания, проявляет равнодушие, грубое отношение, душевную усталость, то каким бы опытным, знающим и квалифицированным специалистом он ни был, он не сможет стать хорошим врачом и примером для подражания.

Отношения врача и родственников пациента

В силу своей работы врач находится в тесном контакте с родственниками больного. В некоторых областях медицины, особенно в педиатрии, психиатрии и некоторых хронических заболеваниях, связь с родственниками больных очень важна для постановки правильного диагноза. Это связано с тем, что сведения об анамнезе, появлении заболевания, его развитии,

начале заболевания, причинах заболевания врач получает в основном от родственников больного. В области педиатрии, если больной ребенок не может говорить сам за себя, в психиатрической клинике анамнестические данные могут быть субъективно изменены в связи с психическим заболеванием больного. В других областях медицины, хотя отношения между родственниками пациента и врачом не так сильны, родственники могут интересоваться о состоянии пациента и искать информацию о его здоровье. Безусловно, такие взаимоотношения врача и его близких очень полезны для больного, для его успешного лечения.

Как должен вести себя врач в отношениях с родственниками больного?

В первую очередь врач должен определить отношения между родственниками и больным, кто из них пользуется наибольшим уважением в глазах больного, и должен действовать исходя из отношений таких родственников. Это необходимо для психотерапевтического воздействия на больного.

Родственники должны быть союзниками врача в лечении пациента. Но не иметь дело с родственниками, которые меньше уважают пациента, было бы большой ошибкой врача. Не следует забывать, что родственники больного тоже духовно угнетены, и они тоже часто требуют внимания. Во многих случаях они чрезмерно тревожны, взволнованы, а иногда даже плачут. Иногда он может спорить с врачом, ставить ему разные условия, критиковать поведение врача, жаловаться на него, вмешиваться вместо того, чтобы помогать лечить пациента. Поэтому требуется большое внимание со стороны врача, тонкая интуиция, терпение, выдержка. При любых обстоятельствах врач должен действовать в интересах пациента. Нет необходимости сообщать всю информацию о состоянии пациента его родственникам, так как они могут сообщить пациенту об этом.

Во многих случаях родственники пациента требуют, чтобы они присутствовали во время лечения или обследования пациента. Если в этом нет необходимости, их участие нецелесообразно. Врач должен объяснить родственникам при отсутствии пациента, что такое поведение излишне.

Врач, допускающий в общении с родственниками пациента грубость, излишнюю формальность и высокомерие, теряет уважение родственников и вызывает у них чувство недоверия. Жестокое обращение врача с обеспокоенными, требовательными родственниками может привести к разногласиям между двумя сторонами, а также к плохим последствиям для обеих сторон.

Иногда родственники в силу своего родства, родительских чувств, чтобы помочь больному, независимо от занятости врача или его усталости, просят его уделить им особое внимание, выслушать их, требуют изменения лечения. В таких случаях врачу необходимо уметь контролировать свои эмоции, быть спокойным и невозмутимым.

Иногда родственники требуют от врача дополнительных (лабораторных) обследований и лечебных мероприятий. Эти требования обычно основаны на поверхностных знаниях из различных научно-популярных публикаций и журналов. В таких случаях требуется, чтобы врач имел достаточную

профессиональную подготовку, чтобы объяснить родственникам, что в таких мерах нет необходимости.

Некоторые родственники могут дарить врачу разные подарки, чтобы создать пациенту особые условия в больнице. Если врач принимает такие подарки, то, естественно, это наносит ущерб его репутации.

Не соответствует никаким деонтологическим принципам и то, что некоторые врачи различными способами требуют от родственников больного ценных подарков и используют знакомства для достижения определенных своих целей. Подобные инциденты резко осуждаются нашим обществом и не остаются безнаказанными, поскольку такие проявления являются грубым нарушением основных принципов врачебной присяги, этических норм медицинской профессии.

Требования к медицинскому учреждению, взаимоотношения врача и медицинского персонала

Прежде чем получить консультацию врача и получить лечение, пациент сначала обращается в регистратуру. Здесь начинается его первая встреча с медперсоналом. Именно на этом этапе прием пациентов должен быть доброжелательным и располагающим. Больной должен чувствовать, что внимание всего персонала поликлиники, амбулатории или стационара, сосредоточено на оказании ему помощи. При приеме больного в регистратуре малый и средний медицинский персонал должен иметь доброжелательное отношение к пациенту, пробудить уверенность в лечении пациента и доверие к медицинскому учреждению. Особое внимание следует уделить оборудованию и оформлению комнат и зон ожидания. Вся обстановка в лечебном учреждении должна служить успокоению больного и повышению его уверенности в своем лечении.

Стенды, информативные стенгазеты, должны быть подготовлены таким образом, чтобы вызывать уверенность в лечении больного. Для того чтобы пациент чувствовал себя свободно, обстановка в приемной врача также должна быть простой, непринужденной и без излишней роскоши.

Особое внимание следует уделять внутреннему порядку, дисциплине обстановке в стационарных условиях. Обычно в стационары госпитализируют больных с тяжелыми заболеваниями. Обострение их заболевания, неэффективность амбулаторного лечения ввиду тяжести болезни привело их в стационар, поэтому состояние таких пациентов подавленное и эмоционально легко возбудимое. Попадая в незнакомое стационарное учреждение, пациенты обеспокоены последствиями болезни и находятся в постоянном ожидании осмотра врача, обследований, лабораторных исследований, операции, лечения, совета специалистов. Конечно, все это может не влиять на психику пациента. Любое диагностическое обследование вызывает большой интерес у пациента. Пациенты обмениваются информацией, своими рассуждениями о болезни с находящимися по соседству больными. Такое взаимодействие между пациентами иногда может привести к ухудшению их состояния —

эгротогении. Поэтому рекомендуется размещать пациентов в одной палате в соответствии с их возрастом, диагнозом, течением заболевания, личными интеллектуальными характеристиками. Необходимо постоянно изучать психологическую среду в отделении, проводить психотерапевтическую работу в коллективе. Также имеют большое значение любые «мелочи» в комплексе оказания пациенту медицинской помощи в лечебном учреждении. Внутренний порядок в больнице, условия должны разрабатываться с учетом интересов пациентов и быть комфортными для них. Большое психотерапевтическое значение имеют комфортность отделения, спокойная и безопасная обстановка, порядок лечения и охраны, организация работы в отделении, своевременное выполнение ежедневных процедур. Неправильная организация работы медицинских сестер, их неуверенность сказываются на состоянии больных. Технические процедуры должны выполняться медсестрами доброжелательно.

Тактика среднего медперсонала должна соответствовать тактике врача. Считается неприемлемым для принципов деонтологии, если медсестра, лаборант или рентгенолог сообщают пациенту о диагнозе его заболевания, в то время как врач держит диагноз в секрете от него. Поэтому необходимо проводить регулярную просветительскую работу среди персонала и медсестер медицинских учреждений.

Ежедневное осмотр пациента – важная психотерапевтическая и психопрофилактическая мера. Это не должно быть поверхностным и шаблонным мероприятием. Врач должен заранее хорошо подготовиться к обследованию, вообразив беседу с каждым пациентом. Некоторых пациентов врачу следует осматривать в отсутствие соседей по палате, если возможно, то в своей комнате.

Во время осмотра врач не должен отвлекаться на посторонние дела, разговоры, не связанные с работой, и не должен вызывать конфликты между отдельными сотрудниками, особенно между сотрудниками и пациентами.

В большинстве случаев во время обследования, которое проходит в присутствии профессора или доцента, врачи стараются предоставить исчерпывающую информацию об истории болезни пациента. Такая ситуация приводит к затягиванию осмотра одного пациента и утомительное ожидание для других пациентов в соседних комнатах. Также во время осмотра некоторые врачи, консультируясь между собой относительно лечения пациента, высказываются о неэффективности проводимого лечения или необходимости перевода больного на инвалидность. Это абсолютно недопустимый случай, который негативно сказывается на психике пациента и приводит к обострению болезни. Такие консультации следует проводить в кабинете врача. Пациент не должен быть свидетелем того, что врач нуждается в консультативной или иной помощи.

Даже если у врача нет времени ежедневно контролировать и осматривать каждого пациента, он должен хотя бы раз осмотреть всех своих пациентов. Для поднятия настроения больного, врачу следует подчеркнуть, что его самочувствие, хотя и незначительно, но улучшается. Также необходимо

заранее подготовить больного к выписке из стационара. Даже если пациент здоров, его не следует сразу выписывать из больницы. Это может привести к неудовлетворенности пациента, а иногда и к чрезмерным жалобам.

Этические аспекты взаимоотношений между медицинскими командами и врачами

Медицинская команда – это команда, которая борется за здоровье людей и их жизнь. Поэтому для успешного выполнения поставленной задачи перед медицинским персоналом между ними должны быть созданы здоровая атмосфера и доброжелательное отношение.

Взаимодействие врача и всего медицинского персонала оказывает большое влияние на психотерапевтическую обстановку в больнице. Пациенты должны становиться свидетелями уважительных взаимоотношений персонала друг к другу.

Взаимное уважение, доброжелательное отношение, взаимное внимание сотрудников являются важными факторами эффективного функционирования любого медицинского учреждения.

Нередки случаи, когда врачи, желая получить ложную репутацию, пытаются дискредитировать своих коллег, грубо нарушая этические нормы. Это приводит к развитию нездоровой морально-психической атмосферы в коллективе, распространению всевозможной лжи, что приводит к ухудшению дисциплины и, в конечном счете, к снижению качества медицинской помощи, оказываемой пациентам.

Коллектив в медицинском учреждении постепенно пополняется и формируется. В первую очередь, существенная роль в формировании хороших отношений между сотрудниками принадлежит руководителю коллектива.

Выступая на II-ом съезде врачей, Б.В. Петровский сказал: «В первую очередь следует обратить особое внимание на взаимодействие врачей в медицинском учреждении, его руководителя, профессоров, ведь их поведение является примером для молодежи, коллег, особенно пациентов».

Руководитель, преданный своему делу, ответственный, волевой, принципиальный, требовательный к себе и членам своей команды и отличающийся примерным поведением и уважением к окружающим, завоевывает истинное уважение и авторитет в коллективе. Такой руководитель может служить примером для своих подчиненных. Своим отношением к работе и сотрудникам, энтузиазмом и уважением он способствует созданию взаимоуважения, дружеской рабочей атмосферы среди членов коллектива. Однако, в ряде случаев в силу личных качеств и своего отношения к работе, можно встретить недостойных занимаемой должности руководителей.

Академик С.Н. Носов в результате своих наблюдений выделяет четыре типа негативных руководителей, не способных должным образом организовать работу в своем коллективе и создать необходимые условия для эффективной работы:

1) человек, который ставит себя выше других и чрезвычайно амбициозен: он часто злоупотребляет своими служебными обязанностями, руководящими

должностями, не прислушивается к мнению работников и не признает их опыта. Он слишком самолюбив, любит лести и, наоборот, не терпит критики и преследует того, кто его критикует. Он часто поступает несправедливо по отношению к своим подчиненным. Среди сотрудников выделяет приближенных, «любимцев», и наоборот, из-за карьеризма недолюбливает «мудрых» сотрудников и, в первую очередь, пытается избавиться от них любимым способом. Обычно сотрудники боятся такого руководителя и совершенно не уважают его;

2) бюрократ, руководитель-чиновник. Такой руководитель самодисциплинированный и требовательный к себе и другим, часто работает по указаниям, рекомендациям и руководствам вышестоящих организаций. Во многих случаях он не обращает внимания на серьезные ошибки в работе, но очень требователен к нарушению какой-либо «буквы» письменной рекомендации или инструкции, что в результате может привести к определенной грубости. В отношениях с сотрудниками и подчиненными он не оценивает его как личность, для него люди — это всего лишь рабочая сила, сосредоточенная на выполнении определенной задачи. Под управлением такого руководителя очень сложно наладить работу должным образом;

3) руководитель больницы или заведующий отделением хладнокровный и безразличный к своей работе (руководящую должность он чаще всего занимает не по собственному желанию, хотя в некоторых случаях он может быть хорошим врачом, преданным своей научной работе), он дружелюбен с персоналом, однако руководящая должность давит на него и поэтому он не прилагает особых усилий к организации своей работы и часто делегирует эту задачу другим. В результате в отделении ухудшается дисциплина, и как следствие, снижается качество оказываемой помощи пациентам. Хотя отношение такого сотрудника к членам коллектива хорошее и дружелюбное, он не вправе быть руководителем;

4) «Добрый», «сострадательный» руководитель — это хороший, дружелюбный человек по отношению к своим подчиненным. Такой руководитель прощает недочеты и ошибки в служебных обязанностях своих сотрудников. Он любит свое дело, искренне заботится, переживает и прилагает много сил и труда для организации и улучшения работы. Однако из-за отсутствия силы воли, уровня знаний и организованности больнице под его руководством не удастся наладить дисциплину и работу в отделении. Вместо требования от своих подчиненных выполнить работу, он обращается с просьбой выполнить ту или иную задачу. Персонал его любит, но не считается с ним и, злоупотребляя его мягкостью и добротой, подчиненные часто допускают грубые нарушения дисциплины.

На руководителей первого типа чаще всего подаются жалобы, а иногда дело может доходить и до суда. Руководителей третьего и четвертого типа часто (но не всегда) увольняют. Под руководством таких сотрудников невозможно создать здоровую рабочую атмосферу. Такой руководитель не может управлять персоналом, командой для выполнения своих обязанностей перед пациентами, а также правильно организовывать их работу в медицинском учреждении.

Таким образом, огромное значение имеют дружеские взаимоотношения между врачами и медицинским персоналом различного уровня для создания здоровой нравственной и духовной атмосферы в коллективе. Руководитель учреждения, заведующий отделением, ординаторы, врачи, медсестры, каждый член бригады должен полностью следовать вышеуказанным инструкциям.

Здоровая атмосфера, прежде всего, основывается на позитивном отношении членов коллектива к общей цели, взаимном доверии и уважении, дружбе друг с другом и на работе. Но не следует путать близкие приятельские отношения с дружескими отношениями. Поскольку во многих случаях не правильно построенные приятельские отношения в конечном итоге приводят к различным нежелательным родственным, группированным, отрицательным патрнерским отношениям. Положительный подход к поставленной цели означает не только улучшение работы учреждения, в котором работают все члены команды, но и ее совершенствование. Строгое соблюдение дисциплины, организация работы на научной основе, дружелюбная обстановка в коллективе является залогом для добросовестного, честного, искреннего выполнения своих обязанностей и успешного завершения работы в любом медицинском учреждении.

Вопросы медицинской этики и медицинской деонтологии также включают такие вопросы, как правовые нормы, права и обязанности медицинского работника и врача. Например, в интересах лечения пациента методы диагностики, лечения и препараты, использование которых не разрешено, но которые рассматриваются в установленном порядке, могут быть использованы врачом только после получения добровольного письменного согласия пациента. Для лечения лиц моложе пятнадцати лет могут использоваться только в том случае, если их жизнь находится под опасностью и после письменного согласия их законных представителей. Привлечение человека в качестве объекта, проведение биологических медицинских исследований, проведение лабораторных экспериментов допускается государственными учреждениями здравоохранения только после получения письменного согласия гражданина. Направлять гражданина на медико-биологические исследования принудительно запрещается. При получении согласия гражданина на проведение медико-биологического исследования он должен быть проинформирован о цели исследования, методах, риске дополнительных последствий, продолжительности исследования и ожидаемых результатах. Гражданин вправе отказаться от участия исследования на любой стадии. Запрещено пропагандировать профилактику, диагностику, лечение и лекарства, не прошедшие испытания в установленном порядке, и в том числе, в средствах массовой информации. Эти правила изложены в статье 34 Закона Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан». Нарушение этих норм влечет ответственность в соответствии с законом.

Обязанность медицинских и фармацевтических работников по оказанию неотложной медицинской помощи гражданам

Законом «Об охране здоровья граждан» Республики Узбекистан установлено, что «при угрозе жизни гражданина медицинские работники имеют право использовать любой вид транспорта для перевозки гражданина в лечебно-профилактическое учреждение» (Статья 30); «в случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленном законодательством; средства, затраченные на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий, взыскиваются с физических и юридических лиц, ответственных за причиненный вред их здоровью; в случае некачественного выполнения медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей, повлекшего вред жизни и здоровью граждан, ущерб возмещается в порядке, установленном законодательством; возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законом» (Статья 46); «действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан, определенные настоящим Законом, могут быть обжалованы в вышестоящие государственные органы или в суд» (Статья 47).

Врачебная тайна

Поскольку это напрямую связано с врачебной этикой и медицинской деонтологией и является одним из важнейших вопросов, мы считаем целесообразным подробнее остановиться на «врачебной тайне», упомянутой в статье 45 Закона «Об охране здоровья граждан» Республики Узбекистан.

Врач должен сохранять конфиденциальность сведений о больном, иначе это может повлиять на моральное состояние больного, отрицательно сказаться на его здоровье и привести к ухудшению его здоровья. В частности, статья 45 Закона гласит, 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. Не допускается без согласия гражданина или его законного представителя разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частью третьей настоящей статьи.

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, прокуратуры и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до четырнадцати лет для информирования его родителей или законных представителей;

- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий либо несчастного случая.

Лица, которым в установленном порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками несут за разглашение врачебной тайны ответственность в соответствии с законом».

Врачебная ошибка

Этические вопросы также включают такие понятия, как врачебная ошибка. Необходимо различать ошибку врача и умышленное преступление со стороны медицинского персонала. Лицо, совершившее такое преступление, подлежит ответственности по соответствующей статье Уголовного кодекса. Врачебная ошибка – ошибка врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, являющиеся следствием добросовестного заблуждения и не содержащие состава преступления или признаков проступков. Многие врачи ошибаются из-за отсутствия или недостаточности у него профессиональных навыков, знаний и опыта. А некоторые ошибки могут возникать по причине отсутствия методов обследования и оборудования, а также в силу необычного проявления заболевания у некоторых пациентов.

Для предотвращения некоторых ятрогенных заболеваний важно проводить четкий анализ характера ошибки и ее причин на медицинских конференциях с участием специалистов.

Безвольные, возгордившиеся, высокомерные и уставшие от жизни врачи боятся признать свою ошибку.

По мнению А. Г. Шонтуровой и Н. П. Евсеева (1977): «Есть врачи, которые никогда не ошибаются». Всякий раз, когда их диагноз не подтверждается, они беззастенчиво заявляют «я так и думал» и придумывают тысячу отговорок, почему они поставили другой диагноз. При этом в глазах коллег врачи ставят себя в интересное положение, вместо того, чтобы осознать и учиться для понимания и преодоления собственных ошибок, они наносят себе огромный вред».

Чтобы признать ошибки, нужна большая сила воли, чистая совесть, и даже мужество, которые проявили многие наши ученые. Например, великий русский ученый хирург Н. И. Пирогов написал книгу о своих ошибках в своей медицинской практике и открыто рассказал об этом своим коллегам и ученикам.

Необоснованная самоуверенность в себе иногда может привести к непоправимым ошибкам. Ни одна из ошибок, допущенных в другой

профессии, не приводит к таким серьезным последствиям, как в медицине. Часто отсутствие практических знаний и навыков у начинающих врачей является обычным явлением. Но если начинающий врач не будет, прежде всего, давать отчет себе или советоваться со старшими коллегами, он останется врагом, в первую очередь, самому себе и опасностью для пациента. Волевой, добросовестный, правдивый человек не избегает ответственности. Всегда служит интересам больного, его здоровью.

Присяга врача

Медицинская профессия – это еще и профессия, отражающая самые яркие проявления человечества, поэтому к врачу предъявляются большие требования. Учитывая, что в своей работе врач постоянно имеет дело с людьми, все знания в его работе, физические и душевные силы, обеспокоенность, надежды и чаяния, должны быть направлены на спасение больного от болезни. Врач всегда должен уметь пробуждать в себе чувство человечности, когда он видит горе человека, его страдания. Такое гуманное отношение к пациенту – одно из самых основных, базовых требований к врачу. В индийских рукописях о лекаре написано, что «врач должен быть чистым сердцем, спокойным, честным, добродушным, очень уверенным в себе, умным и проникательным. Пациент может бояться своих родителей, друзей, учителей, но он не должен испытывать страха перед врачом. Врач должен быть добрым, близким, дорогим пациенту, ближе его родителей, друзей, наставников».

«Профессия врача – это подвиг, она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов, если необходимо, самопожертвования. Не все на это способны», – пишет русский писатель, врач А. П. Чехов. Это не означает, что только некоторые люди могут быть хорошими врачами: врач должен любить людей, любить свою профессию, знать правила этики и, самое главное, стремиться к этому. Даже в самой древней медицине существовал моральный кодекс, которому должен был следовать врач. Такой кодекс воплощен в клятве Гиппократ (Букрота). Этические правила и этические нормы врача, изложенные в «Присяге», играют важную роль в деятельности медицинского персонала. До недавнего времени выпускники медицинских вузов многих стран торжественно принимали клятву Гиппократ. Клятва Гиппократ гласит, что учителей следует уважать как «своих родителей» и «направлять все свои силы на благо больных»:

«Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и своё искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного,

будучи далёк от всякого намеренного, несправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами. Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

Великий мыслитель-ученый, наш предок Ибн Сина сказал: «Врач должен обладать глазами сокола, руками девушки, мудростью змеи и сердцем льва».

Наивысшие человеческие, морально-этические нормы и «Присяга врача Республики Узбекистан» (статья 44), принимаемые выпускниками всех медицинских ВУЗов республики, отражены в Законе «Об охране здоровья граждан», утвержденном в нашей стране (29 августа 1996 г.).

«Получив высокое звание врача и приступая к медицинской деятельности, я торжественно клянусь: посвятить лечению больного и охране здоровья человека все свои знания и умения; оказывать медицинскую помощь каждому больному независимо от пола, возраста, расы, национальности, языка, вероисповедания, убеждений, социального происхождения и общественного положения, не жалея на это сил и времени; ставить выше личных интересов здоровье больного, быть скромным и честным, постоянно совершенствовать свои медицинские познания и мастерство; хранить врачебную тайну; всегда нести людям добро и веру в исцеление; продолжать славные традиции врачевания великих целителей Гиппократ и Ибн Сины. Верность этой присяге клянусь пронести через всю свою жизнь».

Конечно, в одной главе очень трудно охватить вопросы, связанные с этикой врача и медицинской деонтологией и ее теоретическими основами. Как упоминалось выше, этика и деонтология являются обязанностью всех врачей, всего медицинского персонала, поэтому их основы должны преподаваться в каждой кафедре, и в каждой клинике. Таким образом, медицинская этика и медицинская деонтология применимы не только к определенной науке, но и ко всем дисциплинам, особенно ко всему медицинскому персоналу.

В настоящее время совершенствуются методики обучения студентов: в обучении широко используются новые педагогические, информационные технологии, технические средства, рейтинговая система, письменная работа, учебная контрольная программа, методы компьютерного тестирования. Такие методы, наряду со своими преимуществами, имеют и определенные недостатки, один из которых заключается в том, в связи с индивидуальными особенностями учащихся сокращается постоянная непосредственная связь с преподавателем. Поэтому медицинская этика и медицинская деонтология имеют большое значение не только в решении проблем взаимоотношений между пациентом и врачом, но и во взаимоотношениях учителя и ученика. Другими словами, медицинская этика и медицинская деонтология должны найти свое место на каждом факультете, в каждой группе, на всех этапах обучения.

Внешний вид, опрятность, порядочность, культурная одежда, поведение, манеры, этика будущего доктора – являются одними из основных элементов не только его личной работы, но и выполнения своих профессиональных обязанностей. Поэтому мы поставили перед собой цель остановиться на этом вопросе, хотя и кратко. Важный вопрос врачебной этики в отношении внешнего вида студента (а также медицинского персонала в целом) нельзя исключить, сосредоточив внимание только на таких характеристиках, как отношение к пациенту. До сих пор многие писатели и ученые говорили о внешности, манерах и этике врача. В частности, А. П. Чехов пишет, что «в человеке все должно быть прекрасно: и лицо, и одежда, и душа, и мысли...». Известный российский хирург С. Р. Миротворцев сказал: «Даже не стоящий внимания костюм не должен ускользать от вашего внимания перед лекцией. Костюм должен быть простым, чистым, удобным, ворот рубашки всегда должен быть белым, галстук – черным. Ваш внешний вид не должен привлекать внимание студентов, он не должен вызывать удивления.

Внешний вид, одежда лектора не должны утомлять студентов, вся их сущность должна превратиться в уши, всё их внимание должно быть сосредоточено на прослушивании лекции. В нашей профессии профессору лучше читать лекцию в белом, хорошо выглаженном халате». Эти слова относятся как к профессорам и преподавателям, так и к студентам и медицинскому персоналу.

Воспитание студентов, будущих врачей в духе врачебной этики и врачебной деонтологии, формирование у них практических навыков, как уже говорилось выше, начинается с «мелких деталей» во внешности людей.

Применение вышеперечисленных базовых принципов медицинской этики и медицинской деонтологии к деятельности коллектива, каждого из его членов, в конечном итоге приводит к повышению качества, эффективности оказываемой помощи пациентам, что является основной целью медицинских работников.

Контрольные вопросы

1. Что понимается под медицинской этикой?
2. Что вы понимаете под термином деонтология?
3. Как влияют на отношения врача и пациента научно-техническая революция и развитие науки?
4. Какие вопросы изучает медицинская этика и медицинская деонтология?
5. Какими должны быть взаимоотношения врача и пациента?
6. Что такое «ятрогенное» заболевание?
7. Что вы можете сказать о важности отношений между врачом и родственниками пациента?
8. Какие меры необходимо осуществлять для установления хороших взаимоотношений между медицинской командой и врачами, а также медицинским персоналом?
9. Что такое врачебное тайна?
10. Что такое врачебная ошибка?
11. Каково содержание клятвы врача?

"ЧАСТ II. ВАЖНЕЙШИЕ НЕЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА"

В настоящее время хронические неинфекционные болезни, именуемые «болезнями цивилизации», определяют степень заболеваемости и смертности в развитых странах. Подобная эпидемиологическая ситуация также наблюдается во многих развивающихся странах. Этиология хронических заболеваний весьма сложна, поэтому для их профилактики необходимо учитывать множество факторов риска. Несмотря на сложность проблемы, за последние 20 лет во многих странах достигнуты значительные успехи в сокращении показателей смертности от инсульта головного мозга и ишемической болезни сердца.

Эпидемиологический переход, который начался после Второй мировой войны, является переходным периодом от инфекционных к неинфекционным заболеваниям, которые были наиболее распространенными причинами преждевременной смерти, то есть произошли кардинальные изменения эпидемиологической ситуации, когда неинфекционные заболевания стали преобладать над инфекционными заболеваниями.

Факторы риска и этиология хронических заболеваний

Этиологические критерии развития инфекционных заболеваний, известны как постулаты Коха-Хенле. Эти принципы были использованы для разработки этиологических критериев хронических заболеваний и получили известность под названием критериев Эванса. Они выражают относительную роль предрасположенности и факторов риска в развитии хронических заболеваний и играют важную роль при оценке значения различных факторов в распространении того или иного заболевания.

Этиология неинфекционного заболевания при наличии множества факторов, способствующих его развитию, как правило, очень сложна; случаи, когда единственный фактор оказывается необходимым и достаточным условием для развития хронического заболевания, довольно редки. Факторы риска развития хронических заболеваний, обобщенные в обзоре по эпидемиологии хронических заболеваний, опубликованном Американской Ассоциацией общественного здравоохранения (American Public Health Association), приводятся в таблице 5.3.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭВАНСА

Распределение предполагаемого фактора в группе населения должно быть соразмерно с распределением заболевания.

Уровень заболеваемости среди лиц, подвергшихся воздействию предполагаемого фактора, должен с большей степенью достоверности превышать уровень заболеваемости среди лиц, не подвергавшихся такому воздействию.

В анамнезе лиц, страдающих данным заболеванием, предполагаемый фактор должен встречаться существенно чаще, чем у здоровых людей, при одинаковом воздействии прочих факторов.

Воздействие предполагаемого фактора по времени должно предшествовать наступлению болезни.

Чем интенсивнее или продолжительнее воздействие предполагаемого фактора, тем более вероятно наступление заболевания.

Для некоторых заболеваний выраженность биологической реакции человека (от слабой до ярко выраженной) соответствует степени воздействия предполагаемого фактора.

Зависимость между заболеванием и предполагаемыми факторами прослеживается в различных группах населения и при разных методах исследования.

Взаимосвязь между болезнью и фактором нельзя объяснить иначе.

Уничтожение или преобразование предполагаемого фактора должно привести к снижению количества новых случаев заболевания.

В некоторых случаях изменение реакции организма на воздействие предполагаемого фактора может приводить к снижению заболеваемости.

В условиях эксперимента в группе населения, подвергнутой воздействию предполагаемого фактора, заболевание должно встречаться чаще, чем в контрольной группе.

Все установленные зависимости должны иметь разумное биологическое и эпидемиологическое объяснение.

Этиология неинфекционного заболевания обычно очень сложна из-за большого количества факторов, способствующих его развитию; очень редко единственным фактором развития хронических заболеваний является необходимое и достаточное условие. В следующей таблице перечислены факторы риска развития хронических заболеваний в отчете, опубликованном Американской ассоциацией общественного здравоохранения по эпидемиологии хронических заболеваний. Следует отметить, что низкие социально-экономические условия являются фактором риска практически во всех исследованиях групп заболеваний.

Факторы риска развития хронических заболеваний

Фактор риска	Сердечно-сосудистые заболевания	Рак	Хронические заболевания легких	Диабет	Цирроз	Болезни опорно-двигательного аппарата	Неврологические нарушения
Курение	+	+	+	0	0	+	
Злоупотребление алкоголем	+	+	0	0	+	+	+
Высокий уровень холестерина в крови	+	0	0	0	0	0	0
Гипертензия	+	0	0	0	0	0	0
Неправильное питание	+	+	0	+	0	+	?
Гиподинамия	+	+	0	+	0	+	0
Ожирение	+	+	0	+	0	+	0
Стресс	?	?	0	0	0	0	0
Пассивное курение	?	+	+	0	?	+	9
Профессиональные вредные факторы	?	+	+	0	?	+	9
Загрязнение окружающей среды(воздуха)	+	+	+	0	0	0	+
Низкий социально-экономический статус	+	+	+	+	+	+	-

Глава 12. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

В XXI веке основную опасность для здоровья населения и проблему для здравоохранения представляет неинфекционные заболевания, в первую очередь болезни сердечно-сосудистой системы, которые в настоящее время являются ведущей причиной заболеваемости, инвалидизации и смертности взрослого населения. Сердечно-сосудистые заболевания – болезни органов кровообращения в начале XX века занимали не более нескольких процентов в структуре патологии населения. Еще в 50-х годах они занимали 10–11-е место в рейтинге заболеваний в мире. В дальнейшем, изменившийся образ жизни населения, индустриализация, урбанизация с психоэмоциональным стрессом и другими факторами риска цивилизованного общества, а также улучшившаяся диагностика ИБС, гипертонической болезни и других поражений резко увеличили долю болезней органов кровообращения.

Сердечно-сосудистые заболевания являются одной из основных причин потери трудоспособности и увеличения расходов на здравоохранение. Сердечно-сосудистые заболевания представляют собой группу болезней сердца и кровеносных сосудов в которую входят:

- ишемическая болезнь сердца – болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью сердечную мышцу;
- гипертензия (гипертония);
- болезнь сосудов головного мозга – болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью мозг;
- болезнь периферических артерий – болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью руки и ноги;
- ревмокардит – поражение сердечной мышцы и сердечных клапанов в результате ревматической атаки, вызываемой стрептококковыми бактериями;
- врожденная сердечная недостаточность (врожденный порок сердца);
- тромбоз глубоких вен и эмболия легких.

Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний

Болезни системы кровообращения занимают второе место в структуре общей заболеваемости и первое место – среди причин смертности. Число больных с этой патологией особенно интенсивно увеличивается среди населения в возрасте 40-50 лет.

На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания являются одной из ведущих причин инвалидности. Среди ведущих причин инвалидности выделяют ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, цереброваскулярные заболевания, ревматизм.

- Примерно треть всех смертей в мире связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями, об этом свидетельствуют данные исследования, проведенного Международным коллективом медиков (2,3 тысячи экспертов из 133 стран мира).

- Согласно исследованиям по статистике за 1990-2015 годы, в 2015 году по всему миру было зарегистрировано более 400 млн человек, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, и почти 18 млн смертей, вызванных ими.

- Наибольшая смертность от этих причин зафиксирована в странах Восточной Европы, Центральной Азии, Ближнего Востока, Южной Америки, Африки и Океании. Самые низкие показатели отмечены в Японии, Андорре, Перу, Франции, Израиле и Испании.

- По словам исследователей, с 1990 по 2010 год средний показатель смертности от этих причин постепенно снижался, однако в последние пять лет этот процесс замедлился. Например, в 1990 году по всему миру было зафиксировано 393 смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на 100 тысяч человек, в 2010 году этот показатель упал до 307, а в течение следующих пяти лет – до 286.

- К странам, где процесс снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний замедлился, исследователи относят США, Канаду, Австралию, Новую Зеландию, Японию, Южную Корею, а также страны Западной Европы.

- В 2016 году смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России составила 48,7%, в Великобритании – 29%, Франции – 22% и Германии – 35%. Этот результат указывает на низкий уровень.

Основные сведения

- Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ.

- По оценкам ВОЗ, в 2016 году от ССЗ умерло 17,9 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. 85% этих смертей произошло в результате сердечного приступа и инсульта.

- Более 75% случаев смерти от ССЗ происходят в странах с низким и средним уровнем дохода.

- Большинство сердечно-сосудистых заболеваний можно предотвратить путем принятия мер по устранению таких факторов риска, как курение, нездоровое питание, ожирение, употребление алкоголя и низкая физическая активность..

Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний

Многочисленные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний можно разделить на две группы. Факторы первой группы: факторы, изменить которые невозможно, но на которые можно повлиять: к ним относятся пол, возраст и наследственность.

Вторая группа: факторы, которые можно изменить. К ним относятся: табакокурение, избыточная масса тела, неумеренное потребление алкоголя, низкая физическая активность.

Как снизить риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний

При выявлении ССЗ в обязательном порядке необходимо обратиться к своему участковому терапевту или семейному врачу. Эти заболевания можно предотвратить, выполняя рекомендации своего врача по лечению, изменив образ жизни и соблюдая простые правила:

Обязательно нужно прекратить курение.

Следует ограничить потребление поваренной соли до 6 г. в сутки.

Уменьшить потребление жирных и сладких продуктов (печенье, конфеты, шоколад, мороженое).

Ежедневно выполнять физические нагрузки, по меньшей мере не менее 30 мин. Уровень физической нагрузки определяет ваш врач.

Необходимо контролировать уровень артериального давления. Необходимо добиться, чтобы показатели АД были нормальными – менее 140/90 мм рт.ст.

Обязательно нужно ограничить употребление алкоголя или отказаться от его приёма.

Периодически проверять уровень холестерина (липидов) крови. Желательная концентрация общего холестерина – менее 5 ммоль/л.

Периодически проверять уровень глюкозы крови. Уровень глюкозы натощак утром должен быть менее 5,5 ммоль/л.

Деятельность ВОЗ по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Под руководством ВОЗ в 2013 году все государства-члены (194 страны) достигли согласия в отношении глобальных механизмов для снижения риска предотвращаемых неинфекционных заболеваний (НИЗ), включая «Глобальный план действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 годы». Этот план направлен на сокращение числа случаев преждевременной смерти от НИЗ на 25% к 2025 году с помощью 9 добровольных глобальных целей. 2 из этих глобальных целей непосредственно направлены на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и борьбу с ними.

Шестая цель Глобального плана действий в отношении НИЗ предусматривает снижение распространенности случаев повышенного кровяного давления в мире на 25% (АД \geq 140/90 мм. рт.ст.). Уровень распространенности повышенного кровяного давления в мире среди лиц в

возрасте 18 лет и старше в 2014 году составлял около 22%. Для достижения этой цели необходимо снизить частоту случаев гипертензии путем осуществления общенациональной государственной политики, направленной на борьбу с поведенческими факторами риска, включая вредное употребление алкоголя, отсутствие физической активности, избыточную массу тела, ожирение и высокий уровень потребления соли.

Восьмая цель Глобального плана действий в отношении НИЗ предусматривает обеспечение, по крайней мере, для 50% людей, имеющих соответствующие показания, лекарственной терапии и консультирования (включая контроль гликемии) для профилактики инфаркта миокарда и инсульта.

Контрольные вопросы

1. Какие заболевания относятся к сердечно-сосудистым заболеваниям?
2. Что вы знаете о распространенности сердечно-сосудистых заболеваний?
3. Какие факторы могут привести к развитию сердечно-сосудистых заболеваний?
4. Как можно снизить риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний?
5. Какие меры осуществляет ВОЗ по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями?

Глава 13. ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

В течение минувшего столетия количество государств в мире увеличилось почти в четыре раза, достигнув 200, что привело к изменению не только демографической тенденции, но и онкологической ситуации. Предполагается, что к 2050 году в мире в целом и на каждом континенте по отдельности пожилых людей не моложе 60 лет будет больше, чем детей до 15 лет. Это естественное следствие снижения уровня смертности и несколько более медленного снижения рождаемости, которые произошли в большинстве развивающихся стран, феномен, хорошо известный как «демографический сдвиг». По прогнозам, численность населения по всему миру к 2030 составит 8,3 млрд. человек. Можно допустить, что к середине XXI столетия подавляющее большинство людей старше 75 лет будут страдать тем или иным хроническим неинфекционным заболеванием, в частности раком, и умирать от него.

Распространенность злокачественных новообразований

Распространенность и смертность от злокачественных новообразований имеет огромное социально-экономическое значение. Среди причин смертности онкологическая патология занимает одно из ведущих мест, что отражается на средней продолжительности жизни и количестве невозполнимых потерь населения, а также размере экономического ущерба. Важным компонентом борьбы с этим заболеванием является экологический анализ распространенности злокачественных новообразований. Кроме того, изучение распространенности злокачественных новообразований позволяет медицинскому персоналу выявить проблемные зоны, экологические факторы, способствующие распространению злокачественных новообразований, группы риска населения, разработать меры по их оздоровлению.

Узбекистан, расположенный в центре Евразийского континента, играет ключевую роль в обеспечении региональной социальной, экологической и экономической стабильности Центральной Азии. В Республике Узбекистан функционируют около двух тысяч крупных и средних предприятий, имеющих более семидесяти тысяч стационарных источников загрязнения, которые выбрасывают в атмосферу более 150 наименований вредных веществ, из них более 50 являются особо важными.

Географическое положение и особенно хозяйственная деятельность определяют в целом по Республике Узбекистан два основных экзогенных фактора, которые могут способствовать росту онкологической патологии среди населения: повышенную солнечную радиацию и химические канцерогены.

В большинстве стран СНГ ведущие позиции среди мужчин занимает рак легкого, за исключением Кыргызстана и Узбекистана в которых на первом находится рак молочной железы и желудка (Рис. 13.1).

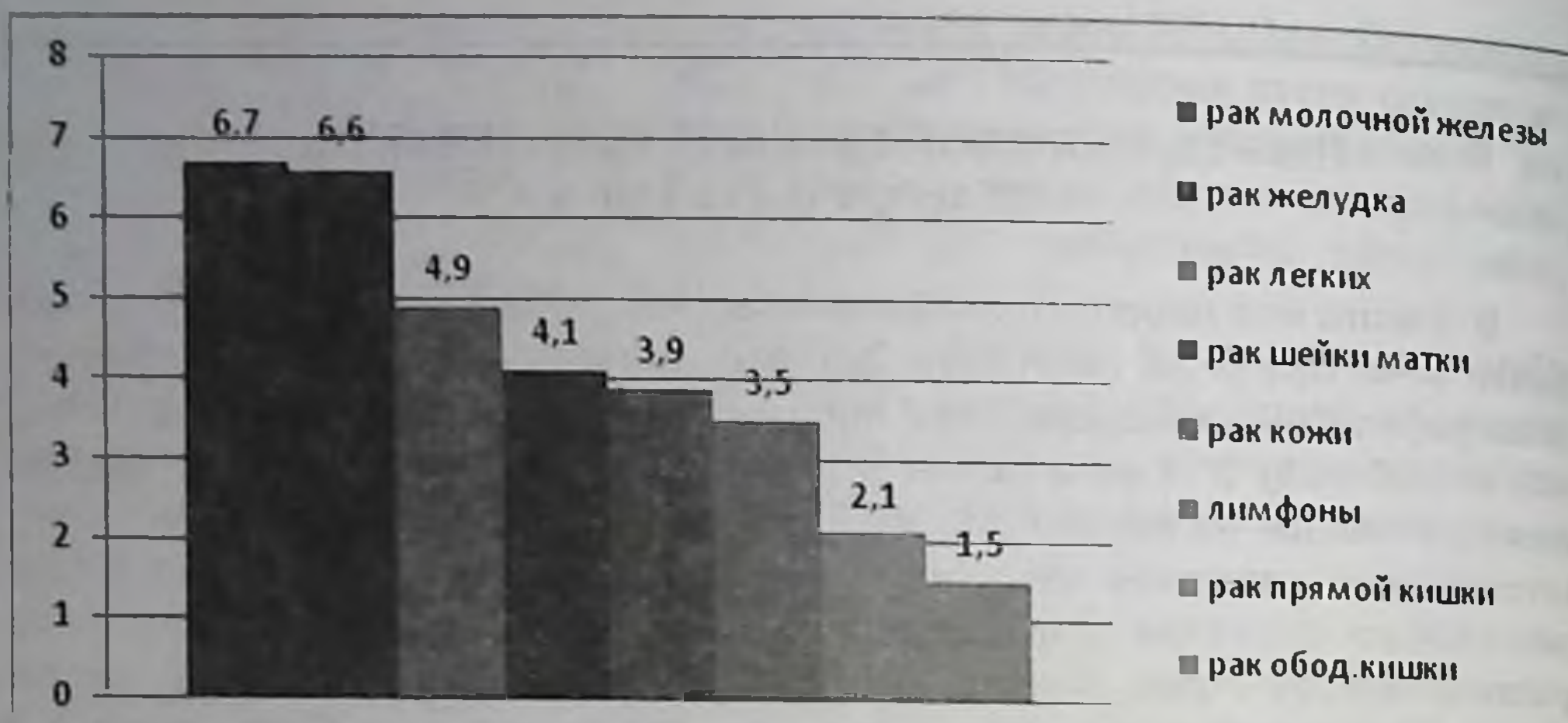


Рис. 13.1. Показатели заболеваемости наиболее частыми формами злокачественными новообразованиями в Республике Узбекистан в 2015 г. (на 100 тыс. населения)

Инвалидность онкологических больных

Инвалидность, связанная со злокачественными новообразованиями, занимает второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. Одной из основных причин роста заболеваемости злокачественными новообразованиями является позднее их выявление в амбулаториях-поликлиниках. Это связано, прежде всего, с невниманием населения к собственному здоровью, недостаточным вниманием специалистов-онкологов к онкологическим заболеваниям, предраковым хроническим заболеваниям, неэффективностью профилактических осмотров, диспансерного наблюдения и контроля среди населения.

В настоящее время, несмотря на высокую эффективность лечения больных раком I и II стадии, доля больных раком ранних стадий остается низкой. У каждого четвертого пациента диагностируют рак после метастазирования.

Смертность от злокачественных заболеваний

Как причина смерти опухолевые заболевания занимают второе место после сердечно-сосудистой патологии. По данным Всемирной организации здравоохранения, онкологические заболевания занимают 13% в структуре общей смертности в мире, а в Российской Федерации на их долю приходится 16%.

Основные цифры и факты

В 2012 году 8,2 млн. миллиона человек в мире умерли от рака.

Более 60% новых случаев заболевания раком зарегистрированы в странах Африки, Азии, Центральной и Южной Америки.

Более 30% случаев смерти от рака можно предотвратить.

Причины и факторы риска заболевания

Не существует одной единственной причины заболевания раком. На самом деле их огромное множество. Ежедневно тысячи людей по всему миру узнают о своем новом и опасном враге – онкологическом заболевании. Однозначно назвать причину развития опухоли той или иной локализации достаточно трудно. Однако можно выделить факторы риска развития злокачественных новообразований, а именно: отягощенная наследственность, эндокринные нарушения, курение, ультрафиолетовое и другие виды излучений, химические канцерогены, экологические факторы, особенности питания и другие.

Распространенность и «омоложение» онкологических заболеваний можно назвать социальной проблемой общегосударственного уровня. Существует множество различных гипотез о возникновении рака на сегодняшний день, и в некоторых случаях причиной его становятся сами люди.

Основные причины рака:

- Неправильное питание;
- Ожирение, малоподвижный образ жизни;
- Курение, употребление наркотиков, алкоголя;
- Внешние факторы – воздействие радиации, промышленных выбросов;
- Наследственность;
- Вирусы;
- Депрессия;
- Ослабление иммунитета;

Пищевые канцерогены. Организм человека, в конечном итоге, образуется из того, что он ест. Как показывает статистика, более чем в трети случаев причины появления рака связаны с неправильным питанием. Поэтому возможной причиной возникновения онкозаболеваний ученые называют воздействие канцерогенов, которые попадают в организм человека в пищу.

Во многих привычных для нас пищевых продуктах содержатся вещества, которые при несбалансированном или неумеренном потреблении могут привести к заболеванию. К ним, прежде всего, относятся простые углеводы и трансжиры. Поэтому следует придерживаться сбалансированной диеты с достаточным количеством растительной пищи – овощей и фруктов. Однако растительные продукты тоже далеко не всегда безопасны в плане канцерогенности, поскольку зачастую в них содержатся нитраты и нитриты. Еще один доказанный пищевой канцероген – бензапирен, который содержится в продуктах, подвергшихся копчению. Поэтому подобные продукты рекомендуется исключить из рациона или свести их потребление к минимуму.

Генетическая предрасположенность. Далеко не всегда причины развития рака связаны с неправильным образом жизни. Ко второй причине, по которой возможно развитие онкозаболеваний, ученые относят наследственную или врожденную предрасположенность, а также различные мутации. Как бы этого ни хотелось, но у каждого человека, не входящего в группу риска развития рака, вероятность того, что у него возникнет та или иная опухоль существует

и равна она 20%. А у тех, кто входит в группу риска, эта вероятность может быть существенно выше.

Вирусы. За всю имеющуюся историю онкозаболеваний было выявлено немало случаев, когда причиной заболевания раком были обычные вирусы. Так, было установлено, что инфицирование вирусом папилломы может стать причиной рака шейки матки; люди, зараженные Т-лимфотропным вирусом, могут быть подвержены заболеванию редкой и агрессивной формой лейкоза; развитие первичного (развивающегося в клетках печени) рака печени может быть связано с инфицированием хроническим гепатитом различных форм (В,С). Некоторые вирусы могут стать причиной онкологической болезни желудка. В целом вирусы отвечают примерно за каждый десятый случай возникновения рака.

Вредные привычки – это в основном алкоголь и табакокурение. Многочисленные исследования показывают, что онкология и табакокурение имеют четко установленную связь. Это, прежде всего, касается рака легких, но не только его. Курильщик имеет большой риск возникновения опухолей пищевода, глотки и полости рта и некоторых других органов. Примерно каждая пятая смерть от рака имеет прямую связь с употреблением табака. Причем опасности подвергаются не только курящие, но и те, кто находится рядом с ними, и вынужден вдыхать табачный дым. Неумеренный прием алкоголя тоже является частой причиной появления онкологии.

Негативное влияние окружающей среды. У рака есть и такая причина возникновения, как воздействие канцерогенов из окружающей среды. К онкогенным факторам относятся многие химические вещества, которые можно встретить в современной цивилизации и воздействие радиации. К ним можно отнести многие продукты бытовой химии, асбест, некоторые пластмассы. В выхлопных газах автомобилей также немало канцерогенов. Промышленные загрязнения, содержащие бензол, формальдегид, диоксины добавляют свою лепту в список канцерогенных угроз.

Депрессия. Сегодня многие ученые считают, что длительные депрессии и стрессы могут привести к развитию рака. Хотя стресс и не является непосредственной причиной рака, сильный и продолжительный стресс может ослабить иммунную систему организма и резко снизить защиту от опухоли.

Питание, отсутствие физической активности из-за ожирения и лишнего веса. Изменение питания является еще одним важным подходом к борьбе с раком. Существует связь между лишним весом и ожирением и многими типами рака, такими как рак пищевода, ободочной и прямой кишки, молочной железы, слизистой оболочки матки и почек. Регулярная физическая активность и поддержание здорового веса тела наряду со здоровым питанием значительно снижают риск развития рака.

Канцерогены, связанные с профессиональной деятельностью и облучение. Выявлено более 40 профессиональных канцерогенов. Также было определено, что ионизирующее излучение оказывает на людей канцерогенное воздействие и вызывает определенные виды рака.

Профилактика онкологических заболеваний

По меньшей мере, одна треть всех случаев заболевания раком предотвратимы. Профилактика – наиболее эффективное стратегическое «оружие» в борьбе с раком.

Современная медицина различает три вида активной профилактики рака: первичная, вторичная и третичная.

Первичная профилактика – включает в себя здоровый образ жизни, рациональное, здоровое питание, повышение иммунитета организма, отказ от курения, не злоупотребление алкоголем, физическую активность, снижение массы тела, выполнение таких мероприятий, как хранение, профилактика воздействия канцерогенов.

Вторичная профилактика – борьба с предраковыми заболеваниями, осуществление мер профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний, их своевременное и эффективное лечение.

Третичная профилактика – предупреждение рецидивов (возврата) опухоли, новых опухолевых заболеваний у излеченных онкологических больных.

Контрольные вопросы

1. Что вы знаете о распространенности злокачественных опухолей?
2. Роль злокачественных новообразований в развитии инвалидности?
3. Какое место занимают опухолевые заболевания среди причин смертности населения?
4. Какие факторы способствуют развитию онкологических заболеваний?
5. Что вы знаете о продуктах питания, которые положительно и отрицательно влияют на развитие злокачественных опухолевых заболеваний?
6. Какова роль наследственных факторов в развитии злокачественных опухолей?
7. Какие канцерогены связаны с профессиональной деятельностью?
8. Как проводится профилактика злокачественных новообразований?

Глава 14. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Сахарный диабет представляет собой нарушение углеводного обмена, обусловленное дисфункцией поджелудочной железы, вырабатывающей инсулин, что приводит к повышенному содержанию сахара в крови (гипергликемия). Диабет не только сам по себе является серьезным заболеванием, но и служит дополнительным фактором риска для развития сердечно-сосудистых заболеваний, включая ишемическую болезнь сердца, инсульты головного мозга и нарушения периферического кровообращения, а также заболевания почек, нарушения зрения и др.

Существует две разновидности сахарного диабета, которые при определенной схожести имеют существенные отличия.

Диабет типа 1

При диабете типа 1 (ранее известном как инсулинозависимый, юношеский или детский), для которого характерна недостаточная выработка инсулина, необходимо ежедневное введение инсулина. Причина этого типа диабета неизвестна, поэтому в настоящее время его нельзя предотвратить.

Симптомы включают чрезмерное мочеотделение (полиурию), жажду (полидипсию), постоянное чувство голода, потерю веса, изменение зрения и усталость. Эти симптомы могут появиться внезапно.

Диабет типа 2

Диабет типа 2 (ранее именуемый инсулин-независимым или взрослым) развивается в результате неэффективного использования инсулина организмом. Большинство больных диабетом страдают от диабета типа 2, что в значительной мере является результатом лишнего веса и физической инертности. Симптомы могут быть сходными с симптомами диабета типа 1, но часто являются менее выраженными. В результате болезнь может быть диагностирована по прошествии нескольких лет после ее начала, уже после возникновения осложнений. До недавнего времени диабет этого типа наблюдался лишь среди взрослых людей, но в настоящее время он поражает и детей.

Гестационный диабет

Гестационный диабет является гипергликемией, которая развивается или впервые выявляется во время беременности. Женщины, имеющие такую форму диабета, имеют также повышенный риск осложнений во время беременности и родов.

Распространенность сахарного диабета

Представляя собой значимую проблему общественного здравоохранения, диабет является одним из четырех приоритетных неинфекционных

заболеваний, принятие мер в отношении которых запланировано на уровне мировых лидеров. В течение последних нескольких десятилетий неуклонно растет число случаев и распространенность диабета. Борьба с этим заболеванием включена в Глобальный план Всемирной организации здравоохранения.

Число людей с диабетом возросло со 108 миллионов в 1980 году до 422 миллионов в 2014 году. Глобальная распространенность диабета среди людей старше 18 лет возросла с 4,7% в 1980 г. до 8,5% в 2014 году.

На вопрос, какая группа инвалидности может быть присвоена больному сахарным диабетом, нельзя однозначно ответить. Заболевание это неизлечимо, даже при самом тщательном лечении оно все равно прогрессирует, поэтому любой диабетик рано или поздно по состоянию здоровья будет вынужден уйти с работы вообще или перейти на облегченный режим трудовой деятельности.

Если у больного есть сахарный диабет, инвалидность и ее группа будут установлены на основании степени тяжести осложнений диабета, среди которых – поражение почек, сетчатки глаз, сердца, сосудов, нервов, головного мозга и наличие острых осложнений.

Смертность от сахарного диабета

По оценкам ВОЗ, в 2016 году 1,6 миллиона случаев смерти были напрямую вызваны диабетом, а еще 2,2 миллиона случаев смерти в 2012 г. были обусловлены высоким содержанием глюкозы в крови.

Почти половина всех случаев смерти, обусловленных высоким содержанием глюкозы в крови, происходит в возрасте до 70 лет. По оценкам ВОЗ диабет занимал седьмое место среди причин смертности в 2016 г.

Факторы риска сахарного диабета

Привести к развитию диабета могут:

Наследственная предрасположенность. В семье, где отец страдает диабетом 1-го типа, вероятность развития заболевания у ребенка составляет 5-10%. Если таким типом диабета больна мать, риск наполовину меньше – 2-2,5%. Если оба родителя страдают диабетом, риск развития заболевания у их детей после 40 лет увеличивается до 65-70%.

Переедание и несбалансированное питание с обилием калорийной, рафинированной пищи.

- Избыточный вес.
- Малоподвижный образ жизни.
- Хронический стресс.
- Длительное использование некоторых лекарственных препаратов (мочегонных, гормональных, салицилатов, цитостатиков и т. д.).

*Распространенность сахарного диабета и
сопутствующих факторов риска
(ВОЗ, Профили сахарного диабета в странах, 2016г.)*

Сахарный диабет и факторы риска	мужчины	женщины	всего
Диабет	8,3 %	9,1%	8,7%
Избыточный вес	43,9%	48,7%	46,3%
Ожирение	11,2%	17,4%	14,3%
Недостаточная физическая активность	11,8%	24,1%	18,1%

Профилактика сахарного диабета

Профилактика сахарного диабета возможна на первичном, вторичном и третичном уровнях. Сюда входят: на уровне сообщества повысить осведомленность общественности о диабете и его осложнениях. Особое внимание следует уделять лицам, пациентам и их семьям, подверженным высокому риску распространения заболевания.

Первичная профилактика: борьба с избыточным весом и пропаганда норм рационального питания.

Вторичная профилактика, играющая большую роль в предотвращении серьезных осложнений данного заболевания состоит из регулярного контроля уровня сахара в крови, диеты, физических упражнений и противогипергликемической терапии.

Третичная профилактика направлена на помощь пациентам, страдающим от осложнений диабета, обеспечивая им постоянное медицинское наблюдение, препятствующих дальнейшему ухудшению состояния здоровья.

Простые меры по поддержанию здорового образа жизни оказываются эффективными для профилактики или отсрочивания диабета типа 2:

- удерживание веса тела на постоянном уровне;
- регулярная физическая активность, ежедневные, регулярные, не вызывающие стресса упражнения не менее 30 минут;
- соблюдение здорового питания и уменьшение потребление сахара и насыщенных жиров;
- отказ от употребления табака.

Меры Всемирной организации здравоохранения по борьбе с сахарным диабетом

ВОЗ планирует реализовать следующие задачи по борьбе и профилактике диабета и его осложнений:

- разрабатывает нормы и стандарты по оказанию помощи в случае диабета;
- обеспечивает осведомленность в отношении глобальной эпидемии диабета, в том числе с помощью партнерства с Международной федерацией диабета проведение Всемирного дня борьбы против диабета (14 ноября);

- осуществляет эпидемиологический надзор за диабетом и факторами риска его развития.

«Глобальный доклад ВОЗ о диабете» содержит комментарии о вреде, осложнениях и профилактике диабета для отдельных лиц, сообществ и правительств. Глобальная стратегия ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью направлена на борьбу с диабетом, в частности, поощрение здорового питания и регулярной физической активности направлено на снижение глобального ожирения и набора веса.

А также важны такие меры, как: лечебно-реабилитационный диспансер при сахарном диабете, регулярное лечение с контролем углеводного обмена; раннее выявление ангиопатии, лечение в санаториях, формирование у больных навыков здорового образа жизни.

Контрольные вопросы

1. В чем разница между диабетом 1 и 2 типа?
2. Что вы знаете о гестационном диабете?
3. Распространенность диабета среди населения?
4. Какова роль сахарного диабета среди причин смерти?
5. Какие факторы способствуют развитию сахарного диабета?
6. Как проводится первичная и вторичная профилактика сахарного диабета?
7. Что вы подразумеваете под третичной профилактикой сахарного диабета и как она проводится?
8. Какие меры принимает ВОЗ по борьбе с сахарным диабетом?

Глава 15. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ХРОНИЧЕСКИЕ ОБСТРУКТИВНЫЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Термин «аллергия» был введен венским педиатром Клеменсом Фон Пирке в 1906 г. Он заметил, что у некоторых из его пациентов наблюдаемые симптомы могли быть вызваны определенными веществами (аллергенами) из окружающей среды, такими, как пыль, пыльца растений или некоторые виды пищи. На протяжении долгого времени считалось, что гиперчувствительность развивается в связи с нарушением функции иммуноглобулинов Е, однако впоследствии стало ясно, что многочисленные механизмы с участием различных химических веществ вызывают появление множества симптомов, ранее классифицированных как «аллергия».

В XXI веке наблюдается рост числа аллергических заболеваний, в первую очередь вызванных продуктами питания. По данным Всемирной организации здравоохранения, за последнее десятилетие число аллергиков увеличилось на 20%. На Западе аллергические заболевания выявлены у 35% взрослого населения, в Москве 15% населения страдает аллергией. По данным проведенных исследований, 20-25% банковских служащих страдают аллергическими заболеваниями, среди которых преобладает аллергический ринит. При неадекватном лечении или его отсутствии в 65% случаев он переходит в бронхиальную астму. В мегаполисах аллергии подвержено от 30 до 60% населения. Сегодня каждый третий ребенок в странах Европы страдает аллергией, а каждый десятый – от симптомов бронхиальной астмы. Всего три десятилетия назад аллергия встречалась у людей не так часто, не было даже единой статистики, однако в конце XX века на земном шаре зарегистрировано 300 миллионов больных бронхиальной астмой (а сколько не зарегистрировано!). По данным многочисленных исследований, периодически проводимых в разных странах мира, всего 60% людей, страдающих аллергическим ринитом, обращаются за помощью к врачу. Всемирная организация здравоохранения относит аллергию к шести наиболее часто встречающимся патологиям. Кроме того, она является хроническим заболеванием, которое наиболее часто встречается в детском возрасте.

В современной науке под аллергией понимают измененную, повышенную чувствительность к чужеродным для организма веществам. Непосредственной причиной аллергии являются аллергены – вещества, преимущественно белковой природы, которые при попадании в чувствительный к ним организм вызывают аллергическую реакцию, приводящую к повреждению тканей и органов. Условно выделяют 2 группы аллергенов: аллергены внешней среды (экзоаллергены) и аллергены, образующиеся в самом организме (эндоаллергены). Наиболее значимы в развитии аллергических заболеваний у детей неинфекционные экзоаллергены, которые в свою очередь подразделяются на несколько групп: бытовые (главный из них – домашняя пыль), пищевые (растительного и животного происхождения), пыльцевые, эпидермальные, химические. К инфекционным экзоаллергенам относятся бактериальные, вирусные и грибковые.

Кроме воздействия аллергена для развития аллергического заболевания очень важно наследственно обусловленной предрасположенности к аллергии.

В любом отделе дыхательных путей при помощи респираторных аллергенов могут возникнуть аллергические заболевания. Чаще всего они связаны с воздействием экзогенных аллергенов неинфекционной природы. Среди них ведущая роль принадлежит бытовым аллергенам (домашняя пыль). Кроме этого, причиной респираторной аллергии могут быть пыльца растений, пищевые, лекарственные, грибковые аллергены. Значительно реже респираторные алергозы возникают под воздействием инфекционных аллергенов.

В целях профилактики аллергических заболеваний, прежде всего, необходимо избегать контакта с аллергенами во внешней среде. Относительно факторов окружающей среды важнейшую роль в развитии аллергических заболеваний играют образ жизни и привычки людей. Поэтому наиболее эффективными профилактическими мерами в предупреждении аллергии являются формирование здорового образа жизни, изменение внешней среды и вредных привычек людей.

Факты об аллергии:

- 1 из 5 человек испытывает симптомы аллергии или бронхиальной астмы.
- 55% населения имеют аллергию на один или несколько аллергенов.
- Аллергия занимает пятое место среди других хронических заболеваний.
- В США ежегодно на борьбу с аллергией выделяется 7,9 миллиардов долларов.
- Количество рабочих дней, пропущенных из-за сенной лихорадки: 4 миллиона.
- В результате глобального потепления на 4 градуса увеличился сезон опыления за последние 10-15 лет.
- Вероятность развития аллергии у ребенка, один из родителей которого страдает этим заболеванием, составляет 33%.
- 15% населения имеют пищевую аллергию.
- Количество времени, проведенного в помещении: 90%.
- Количество домов, в которых содержат одну собаку и более, составляет 39%.
- Количество домов, в которых содержат одну кошку и более, составляет 36%.
- Количество семей, в которых зафиксировано наличие шерсти животных, составляет 100%.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

Это обширная группа заболеваний, имеющих важное значение. Хронические заболевания легких также сопряжены с высоким риском острых респираторных инфекций, в сочетании с которыми они представляют серьезную угрозу для жизни хронических больных и пожилых людей.

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) – самостоятельное заболевание, для которого характерно частично необратимое ограничение воздушного потока в дыхательных путях, имеющее, как правило, неуклонно прогрессирующий характер и спровоцированное аномальной воспалительной реакцией ткани лёгких на раздражение различными патогенными частицами и газами.

Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) – собирательное понятие, которое объединяет группу хронических болезней дыхательной системы, например, таких как хронический обструктивный бронхит, тяжелые формы бронхиальной астмы. На долю бронхиальной астмы приходится около 10% ХОБЛ, ведущее же место занимает хронический обструктивный бронхит. ХОБЛ характеризуются медленно прогрессирующей необратимой бронхиальной обструкцией с нарастающими явлениями хронической дыхательной недостаточности.

Основные факты о ХОБЛ:

- По данным исследований, в 2016 г. распространенность ХОБЛ в мире была на уровне 251 миллиона случаев.
- По оценкам ВОЗ, в 2015 г. 3,17 миллиона человек в мире умерли от этого заболевания, что составило почти 5% всех случаев смерти в мире в этом году.
- Более 90% случаев смерти от ХОБЛ происходит в странах с низким и средним уровнем дохода.
- Основной причиной развития ХОБЛ является табачный дым (в результате потребления табака или вдыхания вторичного табачного дыма).
- Загрязнение воздуха внутри помещений может оказывать негативное воздействие на еще не родившихся детей и подвергать их риску развития ХОБЛ позднее в жизни.
- В некоторых случаях ХОБЛ связана с продолжительно протекающим заболеванием бронхиальной астмой.
- Высока вероятность повышения распространенности ХОБЛ в роста распространенности курения среди взрослого населения во многих странах.
- Многие случаи ХОБЛ поддаются профилактике путем отказа от курения или раннего прекращения курения.
- ХОБЛ неизлечима, однако лечение может смягчить симптомы, улучшить качество жизни и сократить риск смерти.
- В Узбекистане диагностика ХОБЛ находится ещё на низком уровне. По данным Министерства здравоохранения Узбекистана показатель распространенность ХОБЛ по разным регионам Узбекистана колеблется от 67 в до 168 случаев на 10000 населения.

Основные факторы риска развития хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ)

Важность значения факторов	Внешние факторы	Внутренние факторы
Установленная	Курение Профессиональные вредности (кадмий, кремний)	Дефицит α_1 -антитрипсина
Высокая	Загрязнение окружающего воздуха (SO_2 , NO_2 , O_3) Профессиональные вредности Низкое социально-экономическое положение Пассивное курение с детского возраста	Недоношенность Высокий уровень IgE Бронхиальная гиперреактивность Семейный характер заболевания
Возможная	Аденовирусная инфекция Дефицит витамина С	Генетическая предрасположенность (группа крови А(II), отсутствие IgA)

Профилактика ХОБЛ

Большое значение имеет отказ от курения. Придание школам, местам массового пребывания людей, местам работы статуса пространства свободного от курения должно поддерживаться правительством, организаторами здравоохранения и в целом всем обществом. Отказ от курения называют наиболее экономически выгодным способом уменьшить действия факторов развития ХОБЛ.

По мнению ВОЗ, «прекращение курения – самый важный шаг в направлении уменьшения риска для здоровья. Исследования показали, что 75 – 80 % курильщиков хотят бросить курить, причём у каждого третьего из них было по меньшей мере три серьёзных попытки прекратить курение. ВОЗ призывает правительства, сообщества, организации, школы, семьи и отдельных граждан помочь нынешним курильщикам бросить курить».

Борьба с профессиональными факторами вредности, приводящими к развитию поражения дыхательных путей, состоит из следующих мероприятий:

- Снижения концентрации вредных веществ в воздухе рабочей зоны за счёт различных технологических мероприятий;
- Установление эффективной вентиляционной системы;
- Обеспечения индивидуальной защиты органов дыхания.

Каждый из этих методов препятствует попаданию в организм человека вредных веществ, таким образом снижая риск развития ХОБЛ.

Контрольные вопросы

1. Что означает понятие «аллергия»?
2. Какова распространенность аллергических заболеваний среди населения?
3. Что вы знаете о факторах риска, приводящих к развитию аллергических заболеваний?
4. Какие меры нужно предпринимать для профилактики аллергических заболеваний?
5. Что вы понимаете под хронической обструктивной болезнью легких?
6. Что вы знаете о распространенности хронической обструктивной болезни легких и ее роли среди причин смерти?
7. Объясните влияние курения на развитие хронической обструктивной болезни легких?
8. Какие профессиональные факторы приводят к развитию хронической обструктивной болезни легких?
9. Влияет ли наследственный фактор на развитие хронической обструктивной болезни легких, обоснуйте свое мнение.
10. Какие профилактические меры необходимо предпринять для предотвращения хронической обструктивной болезни легких?

Глава 16. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ЕЁ ПРОФИЛАКТИКА

В глобальном масштабе бронхиальная астма представляет собой жизнеугрожающее, длительное, тяжелое заболевание, характеризующееся приступами удушья, выраженной дыхательной недостаточностью, в связи с чем остается одной из наиболее актуальных проблем медицины. Несмотря на успехи в диагностике и лечении бронхиальной астмы, заболеваемость, инвалидность и смертность от этого заболевания с каждым годом увеличиваются. В последние годы бронхиальной астмой страдает от 5% до 10% населения земного шара. В настоящее время в мире насчитывается 300 миллионов человек с заболеванием бронхиальной астмой. Прогноз показывает, что к 2025 году эта цифра может достичь 400 миллионов человек.

На пороге XXI века при проведении высокопотенциальных исследований явно выделяются три глобальных проблемы, связанные с бронхиальной астмой. Во-первых, эта болезнь очень широко распространена, и эта тенденция будет продолжать расти в течении следующего ближнего десятилетия, во-вторых, проблема бронхиальной астмы, выходя за рамки медицины, стала очень важной социально-экономической проблемой государственного значения, в-третьих, роль эпидемиологических исследований в решении проблем бронхиальной астмы очень важна, и несмотря на это, число таких исследований по всему миру, особенно в странах СНГ, резко сократилось.

Инвалидность от бронхиальной астмы составляет 8,3% всех аллергических заболеваний и 70% хронических заболеваний легких. Смертность от бронхиальной астмы почти удвоилась за последние 30 лет. Поэтому раннее выявление бронхиальной астмы, совершенствование лечебно-профилактических мероприятий является одним из наиболее актуальных вопросов на сегодняшний день.

Катастрофически удручающая статистика заставила ведущих ученых мира объединить свои усилия в борьбе с бронхиальной астмой. Поэтому в конце XX века была создана международная организация под названием «Глобальная инициатива по борьбе с астмой» и 4 мая каждого года отмечается Международный астма-день, который провозглашен Всемирной организацией здравоохранения.

Распространенность заболевания в разных странах колеблется в широких пределах. Наибольшее количество заболевших в Шотландии – 18,4% от всего населения страдает бронхиальной астмой. Заболеваемость в России на первый взгляд не очень большая – 2,2% (около 7 млн человек), однако имеет место значительное количество смертных случаев от приступа астмы – 28,6 случаев на 100 тыс. населения. Это означает, что около 43 тыс. человек в России ежегодно погибают от бронхиальной астмы. Россия занимает печальное второе место в мире после Китая, где смертность еще больше – 36,7 случаев. К странам с наименьшей смертностью относятся Финляндия и

Канада – 1,6 случаев, при заболеваемости в Канаде 14,1% и Финляндии – 8,0% соответственно. В Узбекистане за последние 5 лет уровень заболеваемости бронхиальной астмой увеличился на 17,5%. Из всех зарегистрированных случаев бронхиальной астмы только около 20% имеют легкие формы заболеваний.

Факты о бронхиальной астме

- Это самая распространенная хроническая болезнь среди детей.
- Большинство случаев смерти, связанных с астмой, происходит в странах с низким и средне-низким уровнем дохода.
- По последним оценкам ВОЗ, в 2015 г. произошло 383 000 случаев смерти, вызванных астмой.
- Затраты на болезни, связанные с астмой, составляют около 6,2 млрд долларов США.
- Дети и подростки в возрасте от 5 до 17 лет теряют 10 млн школьных дней, что обходится их родителям в 726 млн долларов США из-за их отсутствия на работе.
- Самыми значительными факторами риска развития астмы являются вдыхаемые вещества и частички, которые могут провоцировать аллергические реакции или раздражать воздушные пути.
- С помощью лекарств астму можно контролировать. Благодаря надлежащему ведению пациентов с астмой можно обеспечить хорошее качество их жизни.
- В мире ежегодно около 2 млн пациентов с бронхиальной астмой нуждаются в лечении в реанимационных отделениях.
- У 3 из 5 больных бронхиальную астму диагностируют на поздних стадиях болезни, в результате, только у 5 – 20% пациентов бронхиальная астма лечится эффективно.

Факторы риска развития бронхиальной астмы

Различают две группы факторов, способствующих возникновению бронхиальной астмы. Одну группу называют внутренними факторами. К ним относятся характеристики, присущие самому организму. Ко второй группе относят внешние факторы, среди которых наиболее значимыми являются аллергены, инфекции, профессиональные «вредности», курение, загрязнение воздуха внутри и снаружи помещений. Внутренние факторы предрасполагают к заболеванию, а внешние провоцируют возникновение заболевания.

Внутренние факторы. К внутренним факторам относятся наследственные генетические факторы, пол, ожирение.

Генетические факторы. К развитию бронхиальной астмы предрасполагают генные нарушения, передающиеся по наследству. Чаще всего наследуется аллергическая форма бронхиальной астмы. Если один из родителей болен этой формой астмы, то вероятность, что заболит ребенок, составляет 25–30%. Если болеют оба родителя, то вероятность равна 75%.

Пол. У детей младше 14 лет распространенность бронхиальной астмы у мальчиков почти в 2 раза выше, чем у девочек. По мере взросления половые различия сглаживаются, и среди взрослых больных бронхиальной астмой женщин больше, чем мужчин.

Ожирение. При ожирении имеет место нарушение обмена некоторых биологически активных веществ, в частности лептина, который способствует развитию хронического воспалительного процесса в бронхах. Чем выше степень ожирения, тем тяжелее течение заболевания и выше частота обострений бронхиальной астмы.

Внешние факторы. К наиболее распространенным внешним факторам, которые провоцируют развитие заболевания и способствуют обострению бронхиальной астмы, относятся: бытовые аллергены, являющиеся наиболее частой причиной неинфекционной аллергической бронхиальной астмы. Домашняя пыль является ведущим бытовым аллергеном (62%). Домашние животные, в том числе, эпидермис собак, лошадей, шерсть кошек, перья домашней птицы (куриные, утиные, гусиные), некоторые насекомые (тараканы, черные жуки), грызуны (мыши, крысы) также являются аллергенами.

Больные бронхиальной астмой имеют высокую чувствительность к яйцам, меду, рыбе, птице, молоку, орехам, грибам, некоторым косметическим и химическим веществам.

К факторам неаллергической природы относят загрязнение воздуха внутри и снаружи помещений, курение, простуда, уксусная кислота. Большая часть домашней пыли (примерно 80%) – это отшелушившиеся частички кожи. Расчеты ученых показывают, что каждый день мы вдыхаем 12 тыс. л воздуха, а с ними 6 млрд пылинок, что составляет около двух столовых ложек пыли. По оценкам экологов, домашний воздух в 4-6 раз грязнее и в 8-10 раз токсичнее наружного.

Профилактика бронхиальной астмы

На основе системного подхода профилактические комплексные оздоровительные мероприятия бронхиальной астмы проводятся в два этапа.

I-й этап проводится в учреждениях ПМСП. На данном этапе врачи, работающие в учреждениях ПМСП, регулярно повышают свои знания по раннему выявлению, диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы, создают базу данных заболеваемости, инвалидности и смертности от данной болезни. ВОП формирует группы риска лиц и больных, входящих в группу риска; собирает данные о лицах и больных с факторами риска, то есть социально-экономический статус семьи, состав семьи, характер труда, наличие профессиональных вредностей, хозяйственные и бытовые жилищные условия, вредные привычки, владение медицинскими знаниями и навыками медицинской культуры, состояние физического и эмоционального фона; определяет степень риска болезни у лиц, имеющих факторы риска, формирует навыки здорового образа жизни. В этих группах анализируется риск инвалидности и заболеваемости от бронхиальной астмы. По полученным данным планируется алгоритм оказания медицинских услуг, состоящий из: ограничения контакта с аллергенами, своевременного выявления и лечения ОРВИ верхних дыхательных путей, формирования у членов семьи

и у лиц, окружающих больного, навыков по оказанию первой помощи при астматическом приступе у больного, составления плана проведения своевременной активной диспансеризации и мониторинга, разработки мероприятий по первичной профилактике.

На основе полученной на 1-ом этапе базы данных во время 2-ого этапа среди групп риска разрабатываются и проводятся комплексные оздоровительные мероприятия, формируются семейные оздоровительные школы, проводятся меры, направленные на формирование навыков по оказанию помощи больному и себе при астматических приступах, своевременному и правильному приёму препаратов, регулярному контролю за состоянием, своевременному обращению за медицинскими услугами при тяжелых астматических приступах, социально-эмоциональной поддержке, изучению и разработке мероприятий по вторичной профилактике заболевания и обеспечению активного участия в них больных. Индивидуальный поэтапный подход к лечению и реабилитации больных бронхиальной астмой состоит из двух этапов: сначала программа мероприятий разрабатывается в СП, СВП, а затем в РМО, ГМО, ОМПМЦ, Республиканском научно-практическом центре пульмонологии и фтизиатрии. Реабилитационные мероприятия планируются совместно с санаториями.

Контрольные вопросы

1. Что знаете о распространенности бронхиальной астмы?
2. Какие внутренние факторы риска влияют на развитие бронхиальной астмы?
3. Что вы знаете о влиянии пола в развитии бронхиальной астмы?
4. Какие внешние факторы риска способствуют развитию бронхиальной астмы?
5. Как проводится профилактика бронхиальной астмы?

Глава 17. ТУБЕРКУЛЕЗ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Возбудителем туберкулеза является бактерия (*Mycobacterium tuberculosis*), которая чаще всего поражает легкие. Туберкулез излечим и предотвратим. Туберкулез распространяется от человека человеку воздушно-капельным путём. При кашле, чихании или отхаркивании люди с легочным туберкулезом выделяют в воздух бактерии туберкулеза. Для инфицирования человеку достаточно вдохнуть лишь незначительное количество таких бактерий. Сначала инфекция может никак не проявляться, хотя туберкулиновая проба становится положительной спустя несколько недель. Около 95% инфицированных проходят длительную, иногда пожизненную, инкубационную стадию туберкулеза с постоянным риском перехода в острую форму. В среднем 5% зараженных сразу заболевают туберкулезом легких или, редко, другими формами туберкулеза (менингеальным, костным, плевральным и др.).

Около одной четверти населения мира имеют латентный туберкулез. Это означает, что люди инфицированы бактериями туберкулеза, но (пока еще) не заболели этой болезнью и не могут ее передавать.

Риск того, что люди, инфицированные туберкулезными бактериями, на протяжении своей жизни заболеют туберкулезом, составляет 5-15%. Однако лица с ослабленной иммунной системой, а именно люди с ВИЧ, недостаточностью питания или диабетом, также люди, употребляющие табак, подвергаются гораздо более высокому риску заболевания.

Когда у человека развивается активная форма туберкулеза, симптомы (кашель, лихорадка, ночной пот, потеря веса и др.) могут быть умеренными в течение многих месяцев. Это может приводить к запоздалому обращению за медицинской помощью и передаче бактерий другим людям. За год человек, больной туберкулезом, может инфицировать до 10-15 других людей, с которыми он имеет тесные контакты. Без надлежащего лечения в среднем 45% ВИЧ-негативных людей с туберкулезом и почти все ВИЧ-позитивные люди с туберкулезом умирают.

Распространенность туберкулеза

Туберкулез поражает преимущественно взрослых людей в их самые продуктивные годы. Однако риску подвергаются все возрастные группы. Более 95% случаев заболевания и смерти происходит в развивающихся странах.

У людей, инфицированных ВИЧ, вероятность развития активной формы туберкулеза возрастает в 20-30 раз. Более высокому риску развития активного туберкулеза подвергаются также люди, страдающие от других нарушений здоровья, ослабляющих иммунную систему.

В 2016 году в мире туберкулезом заболели 10,4 миллиона человек и 1,7 миллиона человек (в том числе 0,4 миллиона человек с ВИЧ) умерли от этой болезни. В 2016 году 1 миллион детей (0-14 лет) заболели туберкулезом и 250 тыс детей (включая детей с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом) умерли от этой болезни и других нарушений здоровья, ослабляющих иммунную систему.

Бактерии туберкулеза встречаются во всем мире. В 2016 году наибольшее число новых случаев заболевания туберкулезом произошло в Азии, что составило 45% новых случаев. Далее следует Африка, где имело место 25% новых случаев. 87% новых случаев заболевания туберкулезом выявлено в 30 странах с тяжелой ситуацией туберкулеза. На долю семи стран – Индии, Индонезии Китая, Нигерии, Пакистана, Филиппин и Южной Африки пришлось 64% новых случаев заболевания туберкулезом. Улучшение глобальной ситуации зависит от прогрессивного развития в этих странах профилактики, своевременной диагностики и качественного лечения заболевания.

В глобальных масштабах заболеваемость туберкулезом снижается примерно на 2% в год. Для достижения целей к 2022 г. в рамках Стратегии по ликвидации туберкулеза темпы снижения заболеваемости необходимо ускорить до 4-5% в год. По оценкам, за период с 2000 по 2016 год, благодаря диагностике и лечению туберкулеза, было спасено 53 миллиона человеческих жизней.

Одной из важнейших задач в области здравоохранения в рамках недавно принятых целей в области устойчивого развития, является преодоление эпидемии туберкулеза к 2030 году.

Инвалидность или стойкое снижение трудоспособности обычно ассоциируется с пожилым возрастом. Инвалидами же по туберкулезу являются в основном лица среднего и даже молодого возраста. Это объясняется объективными причинами. Этому способствуют неполноценное или неправильное питание, алкоголизм и наркомания, миграционные процессы, большое число лиц без определенного места жительства и лиц, находящихся в местах лишения свободы. Немаловажную роль играет ВИЧ-инфекция, столь распространенная во всем мире. Среди заболевших туберкулезом лишь единицы имеют постоянный источник дохода. Значительная часть же не имеет достаточных средств к существованию, и основная причина кроется в их асоциальном поведении.

Болеют туберкулезом значительно чаще мужчины (в 4-5 раз), чем женщины, а они в основном и должны материально содержать семью. Большая же часть их не имеют семью, и это еще больше усугубляет их материальное положение. Полные семьи имеются лишь у лиц с инвалидностью, более половины которых не имеют достаточных средств для существования, у 40% доход ниже прожиточного минимума. У 40-50% больных туберкулез начинается в местах лишения свободы и после освобождения они признаются инвалидами по социальным показаниям вследствие отсутствия материальной обеспеченности.

Значительно реже инвалидами становятся лица по медицинским показаниям. Люди с этим заболеванием, социально и материально благополучные, работающие имеют право лечиться в течение 10 месяцев по больничному листку. И если лечение не дает эффекта в эти 10 месяцев, установленных законодательством, то это является основанием для направления больного на социально медицинскую экспертизу. Таковых среди инвалидов оказывается лишь 5%.

Смертность туберкулеза

Туберкулез (ТБ) является одной из 10 ведущих причин смерти в мире. Более 95% случаев смерти от туберкулеза происходит в странах с низким средним уровнем дохода. Туберкулез является одной из ведущих причин смерти людей с ВИЧ: в 2016 году туберкулезом было вызвано 40% случаев смерти среди ВИЧ-инфицированных людей (ВОЗ, 2016).

Факторы риска развития туберкулеза

Любой человек может заразиться туберкулезом, но некоторые факторы увеличивают риск заражения. Здоровая иммунная система обычно успешно борется с бактерией туберкулеза, однако защита организма становится неэффективной, если иммунитет ослаблен. Некоторые заболевания и лекарства ослабляют иммунную систему, включая:

- ВИЧ/СПИД;
- диабет;
- тяжёлые формы заболеваний почек;
- некоторые формы рака;
- химиотерапия, применяемая при лечении рака;
- лекарства, предотвращающие отторжение пересаженных органов;
- некоторые лекарства для лечения ревматоидного артрита, болезни Крона и псориаза;
- плохое питание;
- юный или пожилой возраст.

Профилактика туберкулёза

Профилактика туберкулеза – это меры по недопущению заражения туберкулезом. Следует помнить, что основным источником туберкулеза являются больные активным туберкулезом люди, выделяющие микобактерии.

Профилактическая работа в области туберкулеза ведется по следующим направлениям:

- Специфическая профилактика, включающая вакцинацию и ревакцинацию. Главная цель специфической профилактики туберкулеза – выработка специфического иммунитета. Это достигается с помощью вакцины

БЦЖ. Биологическая активность вакцины БЦЖ связана со способностью приживаться в организме привитых, размножаться в месте прививки и давать ответную специфическую реакцию, сопровождающуюся аллергической перестройкой организма, что и позволяет использовать ее для профилактики туберкулеза.

Вакцинацию проводят новорожденным на 2-5 день жизни. Через несколько лет, в целях профилактики туберкулеза, осуществляется ревакцинация.

- Во взрослом периоде жизни профилактика туберкулеза основана, прежде всего, на раннем выявлении туберкулеза и правильном его лечении. Диагностирование происходит путем рентгенологического исследования органов грудной клетки. Каждому здоровому человеку его следует проходить один раз в 2 года. Ежегодное обследование помогает своевременно выявлять больных туберкулезом людей. Флюорография в системе профилактики туберкулеза позволяет начать лечение на ранних этапах заболевания, что является важным условием его успешности.

- Особую роль для профилактики туберкулеза играет химиопрофилактика. Химиопрофилактика – эффективный метод предупреждения заболевания туберкулезом у лиц с повышенным риском развития инфекции. Профилактика туберкулеза путем химиопрофилактики может быть первичной, когда проводится у здоровых лиц, не инфицированных МБТ, но находящихся в контакте с больными туберкулезом, и вторичной – у людей, инфицированных МБТ или переболевших в прошлом.

- Санитарная профилактика, включающая дезинфекцию объектов окружающей среды с использованием различных дезинфицирующих средств, среди которых ведущую роль занимает химическая дезинфекция, направленная на уничтожение возбудителей на объектах внешней среды, имеющих значение в передаче инфекции. Как известно, успех проведения химической дезинфекции напрямую зависит от соблюдения рекомендаций инструкций по применению дезинфицирующих средств, правильного выбора эффективного режима (концентрация, длительность действия, способ обработки).

- Социальная профилактика – комплекс мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения. К таким мероприятиям относятся: улучшение жилищно-бытовых условий жизни населения; улучшение качества питания; борьба с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, курением; привитие населению навыков личной гигиены в быту; развитие физической культуры и спорта.

Цель этих мероприятий – создание условий, неблагоприятных для распространения туберкулезной инфекции, повышение естественной неспецифической резистентности к микобактериям туберкулеза.

Реабилитация больных туберкулезом – важная медико-социальная проблема, в которой более тесно, чем при других заболеваниях, переплетаются вопросы медицинской и социально-трудовой экспертизы. Медицинская реабилитация определяется излечением больного и восстановлением функций дыхательной и сердечно-сосудистой системы. Социально-трудовая

реабилитация предусматривает восстановление трудоспособности и прежнего отношения к нему сотрудников и членов семьи.

Туберкулез является социально значимым инфекционным заболеванием, поэтому больные в Узбекистане лечатся бесплатно. Бесплатная диагностика и медицинское наблюдение обеспечиваются и гарантируются государством. Стратегия ДOTS реализуется в Узбекистане с 2005 года.

Деятельность ВОЗ по борьбе с туберкулезом

Данные стран по туберкулезу формируются автоматически на основе сообщаемых странами данных, которые хранятся в глобальной базе данных ВОЗ по ТБ. Страны могут обновлять информацию в любое время с помощью системы ВОЗ по сбору данных о ТБ (или для стран Европейского региона – с помощью Совместной системы эпиднадзора ЕЦББ – ВОЗ/ЕРБ). Поэтому данные, представленные в профилях стран, могут незначительно отличаться от данных, доступных на момент написания Доклада о глобальной борьбе с туберкулезом текущего года.

- В борьбе с туберкулезом ВОЗ выполняет шесть основных функций:
- Обеспечение глобального лидерства по вопросам критической важности в области ТБ.
- Разработка на основе достоверных данных политики, стратегий и стандартов по профилактике этой болезни и контролю за их осуществлением.
- Обеспечение технической поддержки государствам-членам, ускорение изменений и наращивание устойчивого потенциала.
- Мониторинг глобальной ситуации в области ТБ, оценка роста его лечения, борьбы с ним и финансирования.
- Содействие формированию партнерств в области ТБ и участие в них.

Стратегия ВОЗ по ликвидации туберкулеза, принятая Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2014 года, представляет собой концепцию, позволяющую странам положить конец эпидемии туберкулеза, снижая заболеваемость туберкулеза и смертность от него, а также значительно сокращая катастрофические расходы. Она включает в себя целевые показатели глобального масштаба по сокращению смертности от туберкулеза на 90% и уменьшению числа новых случаев заболевания на 80% за период с 2015 по 2030 год, а также по снижению пустых расходов, связанных с неэффективным лечением туберкулеза в каждой семье.

Одна из задач в области здравоохранения в рамках недавно принятых Целей в области устойчивого развития заключается в окончательном преодолении эпидемии туберкулеза к 2030 году. Не ограничиваясь этим, ВОЗ поставила задачу к 2035 году добиться снижения смертности от туберкулеза на 95% и снижения заболеваемости туберкулезом на 90%, что соответствует положению в странах с низкой заболеваемостью туберкулезом на сегодняшний день.

В Стратегии сформулированы три основных компонента, необходимых для эффективной борьбы с эпидемией:

1. Компонент 1 – комплексные лечение и профилактика, ориентированные на пациента.

2. Компонент 2 – сильная политика по обеспечению системы.

3. Компонент 3 – интенсификация исследований и инноваций.

Успех стратегии зависит от реализации странами следующих 4 принципов, которые являются частью каждого компонента при реализации мер:

стратегическое руководство и ответственность, оценка и проведение мониторинга со стороны государства;

тесное сотрудничество с организациями гражданского общества и местным населением;

защита и соблюдение прав человека, этических норм и принципов справедливости;

адаптация стратегии и задач глобального сотрудничества на уровне страны

Контрольные вопросы

1. Какова распространенность туберкулеза среди населения?
2. Какова распространенность латентного туберкулеза среди населения?
3. Какие изменения наблюдаются в динамике туберкулеза в мире?
4. В какой степени туберкулез влияет на инвалидность?
5. Какова роль туберкулеза среди причин смерти?
6. Какие меры необходимо проводить для профилактики туберкулеза?
7. У каких людей проводится химиопрофилактика туберкулеза?
8. Какие меры входят в социальную профилактику туберкулеза?
9. Стратегия ВОЗ в отношении туберкулеза?
10. Какие задачи выполняет ВОЗ в борьбе с туберкулезом?

Глава 18. ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОДДЕРЖКА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

В Республике Узбекистан принимаются последовательные меры по предупреждению, лечению и контролю неинфекционных заболеваний и факторов их риска, снижению преждевременной смертности и заболеваемости населения.

Тем не менее, отсутствует эффективная система координации профилактических мероприятий по охране здоровья населения, что не позволяет применять согласованные меры по ведению здорового образа жизни, поддержанию здорового питания и физической активности граждан.

Остается низким уровень медицинской, санитарно-гигиенической культуры населения, в результате чего основное внимание уделяется лечению заболеваний, а не их профилактике.

В целях совершенствования механизмов организации и управления профилактики неинфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни и повышения уровня физической активности населения, а также в соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» и Постановлением Президента Республики Узбекистан от 18 декабря 2018 года № ПП-4063 «О мерах по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения» утверждены:

– Концепция по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения на 2019-2022 годы.

– Программа мер по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения на 2019-2022 годы.

Концепция определяет пропаганду здорового образа жизни, создание всех необходимых условий для повышения уровня физической активности работников, а также регулярную организацию мероприятий по достижению этих целей, как один из основных критериев оценки эффективности деятельности государственных служащих.

В целях поддержки здорового образа жизни и повышения физической активности создан Республиканский научный центр, основными направлениями деятельности которого являются:

- разработка и реализация целевых программ формирования здорового образа жизни, профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями и факторами их риска;

- проведение массовых мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, борьбе с вредными привычками, развитию медицинской культуры населения, интеграции физкультурно-оздоровительного и спортивного массового движения с профилактической медициной;
- сотрудничество с международными организациями по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями;
- создание единой системы мониторинга состояния здоровья населения, разработку конкретных мер и содействие внедрению рекомендаций по вопросам укрепления здоровья и продления жизни с использованием современных информационных и инновационных технологий;
- проведение регулярных популяционных обследований и опросов по факторам риска неинфекционных заболеваний на основе международно-признанных методологий;
- профилактика и снижение уровня распространенности заболеваний, связанных с неправильным питанием, организация широкой разъяснительной работы и усиление пропаганды здорового питания как основы здорового образа жизни населения;
- проведение научно-практических исследований, направленных на расширение отечественного производства основных видов продовольственных продуктов в соответствии с современными международными стандартами качества;
- организация и участие совместно с образовательными учреждениями в мероприятиях по подготовке, переподготовке, повышению квалификации и непрерывному профессиональному развитию кадров по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний.

КОНЦЕПЦИЯ

**по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке
здорового образа жизни и повышению уровня физической
активности населения на 2019 – 2022 годы**

Глава 1. Современное состояние здоровья населения, обусловленное нездоровым образом жизни и недостаточной физической активностью

Неинфекционные заболевания, такие как сердечно-сосудистые заболевания, инсульт, злокачественные новообразования, хронические заболевания органов дыхания и сахарный диабет являются основными причинами инвалидности и смертности во всем мире. Они, в основном, обусловлены факторами риска повышенного артериального давления, употребления табака и алкоголя, повышенного содержания холестерина в крови, избыточной массы тела, недостаточного потребления фруктов и овощей, а также низкой физической активностью.

По данным Всемирной организации здравоохранения, за последние несколько десятилетий проблема избыточной массы тела и ожирения растет

во всем мире. Только в 2015 году неинфекционные заболевания унесли жизни 40 миллионов человек, что составляет 70 процентов всех смертей в мире.

В Узбекистане неинфекционные заболевания ежегодно становятся причиной 78 процентов всех смертей. В 2017 году в общей структуре стандартизованных по полу и возрасту показателей причин смертности первое место занимали болезни системы кровообращения (69 процентов), в числе которых ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия и их осложнения (инфаркт миокарда, инсульт головного мозга). За ними следуют злокачественные новообразования (8 процентов), сахарный диабет (3 процента) и хронические заболевания органов дыхания (3 процента).

Результаты исследования, проведенного в 2014-2015 годах Министерством здравоохранения Республики Узбекистан совместно со Всемирной организацией здравоохранения среди населения республики в возрасте 18 – 64 лет, показали, что:

ежедневно две трети населения (67 процентов) потребляет недостаточное количество (менее 400 грамм) овощей и фруктов;

половина населения имеет избыточный вес (индекс масса тела ≥ 25 kg/m²);

ожирение (индекс масса тела ≥ 30 kg/m²) выявлено у каждого пятого взрослого жителя;

у 46 процентов населения отмечается повышенный уровень холестерина в крови;

42 процента мужчин и 1,5 процента женщин потребляют табак;

почти у трети населения отмечается повышенное артериальное давление ($\geq 140/90$ mmHg);

9 процентов населения имеет повышенный уровень глюкозы в крови натощак ($\geq 6,1$ mol/l);

пятая часть населения в возрасте 40 – 64 лет имеет десятилетний риск развития сердечно-сосудистых заболеваний;

среднее потребление соли населением составляет 14,9 грамма в день, что в 3 раза превышает рекомендуемый Всемирной организацией здравоохранения уровень (не более 5 граммов в день).

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в 2016 году экономический ущерб, нанесенный неинфекционными заболеваниями, составил около 9,3 триллиона сумов, что эквивалентно 4,7 процента от валового внутреннего продукта страны.

Специалисты отмечают, что 31 процент преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний в Узбекистане можно предотвратить или отсрочить путем профилактики факторов риска и улучшения системы организации и предоставления медицинской помощи больным, страдающим неинфекционными заболеваниями.

Глава 2. Проблемы и недостатки организации системы профилактики неинфекционных заболеваний, поддержки здорового образа жизни и по- вышения уровня физической активности населения

В настоящее время имеются следующие недостатки в сфере обеспечения здорового питания населения республики:

недостаточный объем производства натуральных заменителей сахара;
несоответствие продуктов питания, употребляемых в образовательных учреждениях, требованиям качества и сбалансированности содержащихся в них полезных веществ;

низкий уровень необходимых витаминов и минералов в продуктах питания;

рост чрезмерного питания, особенно в вечернее время.

Уровень обогащения микронутриентами пшеничной муки составляет 30 процентов от общего объема производимой и импортируемой муки всех сортов. Обогащенную микронутриентами пшеничную муку употребляет около 56 процентов населения. Для обеспечения профилактики железодефицитной анемии необходимо охватить 90 процентов населения.

Отсутствуют справочные данные по химическому составу местных продуктов питания, что затрудняет разработку рекомендаций для населения по здоровому питанию. Не разработаны нормы питания с дифференцированием по профессиональным и половозрастным группам с учетом природных и экономических условий, национальных традиций, демографических и других особенностей.

Соблюдение положений Закона Республики Узбекистан «Об ограничении распространения и употребления алкогольной и табачной продукции» и других актов законодательства, предусматривающих ограничение распространения и употребления табачной продукции, остается на низком уровне. Результаты общественного мониторинга, проведенного в 2017 году в Кашкадарьинской области показали, что:

в зданиях и на территориях 74 процентов предприятий, учреждений и организаций не созданы специально отведенные места и (или) помещения для употребления табачной продукции;

на объектах торговли и предприятиях общественного питания, реализующих сигареты, выявлены нарушения законодательства (продажа сигарет лицам, не достигшим двадцатилетнего возраста или поштучно, отсутствие предупреждающих надписей о недопущении их реализации лицам, не достигшим двадцатилетнего возраста, а также о негативном воздействии табачной продукции на здоровье человека).

В учреждениях первичной медико-санитарной помощи недостаточно развита система раннего выявления пациентов с факторами риска инфекционных заболеваний, не проводится надлежащим образом консультирование пациентов по здоровому питанию, физической активности, отказу от потребления табака и алкоголя.

В 2015 – 2017 годах в восьми семейных поликлиниках и сельских врачебных пунктах Кашкадарьинской и Ферганской областей был апробиро-

ван клинический протокол Всемирной организации здравоохранения по артериальной гипертонии и сахарному диабету.

В результате, почти вдвое повысилось первичное выявление артериальной гипертонии и сахарного диабета второго типа, выявлены пациенты с риском сердечно-сосудистых заболеваний более 30 процентов и здоровые пациенты с факторами риска неинфекционных заболеваний, для которых составлены планы индивидуального ведения.

Учитывая полученные положительные результаты, экспертами Всемирной организации здравоохранения обоснована целесообразность распространения данного опыта в практику всех учреждений первичной медико-санитарной помощи республики.

Существующая система мониторинга неинфекционных заболеваний не позволяет изучить социально-экономические аспекты (этническое происхождение, уровень образования, доходов и другие) для определения социально-уязвимых групп населения. Не выделяются необходимые финансовые ресурсы для проведения социологических исследований по изучению распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний.

Не внедрена единая электронная система сбора и регистрации медицинских данных на всех уровнях, что значительно затрудняет и снижает качество мониторинга. В учреждениях первичной медико-санитарной помощи записи в медицинских документах осуществляются в произвольной и не унифицированной форме, показатели здоровья пациентов дублируются в различных медицинских документах, статистическая обработка и анализ данных осуществляются на бумажных носителях.

В результате, существующая система мониторинга неинфекционных заболеваний не обеспечивает принятие эффективных управленческих решений.

Не на должном уровне ведется пропаганда по побуждению граждан к ведению здорового образа жизни. Проводимые мероприятия в этом направлении имеют исключительно количественную и статистическую значимость (в 2017 году проведено более 200 тыс. подобных мероприятий, при этом они не дают действенных и эффективных результатов).

Продолжительность проводимых информационно-образовательных кампаний носит кратковременный и нерегулярный характер. Международный опыт показывает, что такие мероприятия являются эффективными в том случае, если они осуществляются в комплексе с другими мероприятиями, такими как совершенствование законодательной базы по созданию здоровой среды, применение механизмов стимулирования производства и продажи здоровых продуктов питания, мотивация населения для изменения поведения или работодателей для создания здоровой среды сотрудникам организаций.

Не налажена деятельность по подготовке и повышению квалификации специалистов в области профилактики неинфекционных заболеваний, поддержки здорового образа жизни и повышения уровня физической активности населения.

Содержание учебной программы Школы общественного здравоохранения Ташкентской медицинской академии сфокусировано, в большей

степени, на подготовку специалистов по управлению здравоохранением. Учебная программа кафедры «Гигиена детей и подростков и гигиена питания» Ташкентской медицинской академии нацелена на подготовку санитарных врачей по гигиене питания, работающих в службе санитарно-эпидемиологического надзора. В результате, имеется острая нехватка специалистов, владеющих современными знаниями, навыками и умениями в области здорового и лечебного питания, а также формирования здорового образа жизни.

Многие преподаватели медицинских высших образовательных учреждений не имеют достаточного практического опыта работы. Между тем, анализ показывает, что за рубежом преподаватели часто совмещают процесс преподавания с работой в государственных и частных организациях в качестве специалистов и экспертов.

Отсутствуют учреждения, ответственные за профилактику неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни как на республиканском, так и на региональном уровнях.

Глава 3. Цели, приоритеты и задачи профилактики неинфекционных заболеваний, поддержки здорового образа жизни и повышения уровня физической активности населения

Концепция по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения на 2019 – 2022 годы (далее – Концепция) разработана в соответствии с законодательством Республики Узбекистан, а также документами Всемирной организации здравоохранения такими, как Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013 – 2020 годы, План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015 – 2020 годы, Стратегия в области физической активности для Европейского региона Всемирной организации здравоохранения на 2016 – 2025 годы, Рамочная конвенция по борьбе против табака, Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012 – 2020 годы.

Концепция содержит в себе современные подходы по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения с учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения.

Целью Концепции является формирование здорового образа жизни у населения страны путем реализации комплексных мер по предупреждению, лечению и контролю неинфекционных заболеваний и факторов их риска, снижению преждевременной смертности и тяжести болезней для общества.

Стратегические приоритеты Концепции:

а) борьба с такими факторами риска неинфекционных заболеваний, как: нездоровое питание;

недостаточная физическая активность;

избыточная масса тела;

потребление табачной и алкогольной продукции, включая курение кальяна и электронных сигарет;

повышенное артериальное давление, повышенный уровень глюкозы и холестерина в крови;

б) борьба со следующими группами заболеваний:

сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт);

сахарный диабет;

хронические заболевания органов дыхания (хронические обструктивные заболевания легких, бронхиальная астма);

злокачественные новообразования (рак молочной железы, рак шейки матки, рак легкого).

Основные задачи Концепции:

1. Формирование и широкое распространение инициатив по созданию здоровой среды и привлекательного выбора в пользу здорового образа жизни.

2. Усиление роли негосударственного сектора в формировании здоровой среды в образовательных, медицинских, спортивных учреждениях, предприятиях, организациях и общественных местах.

3. Внедрение механизмов и расширение возможностей государственно-частного партнерства в сфере профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни среди населения.

4. Устойчивое финансирование мероприятий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний за счет средств Государственного бюджета Республики Узбекистан, международных финансовых институтов и организаций, льготных кредитов коммерческих банков, грантов, а также иных источников, не запрещенных законодательством.

5. Совершенствование информационно-просветительской деятельности по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни среди населения.

6. Создание национальной интегрированной информационной системы эпидемиологического надзора неинфекционных заболеваний, включая систему мониторинга и оценки достижения целевых ориентиров по факторам риска и основным неинфекционным заболеваниям.

7. Совершенствование системы профилактической, лечебной и консультативной помощи группам риска и больным неинфекционными заболеваниями с особым упором на раннее выявление и контроль факторов риска.

8. Развитие кадрового и научно-исследовательского потенциала всех вовлеченных в сферу профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни среди населения секторов.

Глава 4. Основные направления деятельности по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения на 2019 – 2022 годы

1. Совершенствование законодательства в сфере профилактики неинфекционных заболеваний, поддержки здорового образа жизни и повышения уровня физической активности населения

1. Дальнейшее совершенствование законодательства в сфере ограничения пропаганды и рекламы употребления продуктов питания с повышенным содержанием жиров, соли и сахара.

2. Совершенствование правовых механизмов, направленных на установление дополнительных мер по ограничению распространения и употребления алкогольной и табачной продукции.

3. Разработка предложений по ограничению ввоза (импорта) в республику необогащенной микронутриентами пшеничной муки первого сорта.

4. Пересмотр рецептуры и стандартов продуктов питания массового потребления с целью снижения их калорийности и установления целевых уровней содержания в них жиров, соли и сахара, а также определение рекомендуемых размеров порций.

5. Пересмотр стандартов профилактического питания для промышленных предприятий с вредными условиями труда.

6. Установление порядка применения в производстве табачной продукции ингредиентов, призванных повысить их вкусовую привлекательность (ароматизирующих веществ).

2. Реализация мер по обеспечению здорового питания населения

1. Внедрение рыночных механизмов по стимулированию производства и продажи здоровых продуктов питания и ограничению ввоза, производства (изготовления) и продажи продуктов с повышенным содержанием жиров, соли и сахара.

2. Проведение научно-практических исследований по изучению состава и качества сельскохозяйственной пищевой продукции, выращиваемой в различных условиях земледелия, а также фармакодинамических свойств национальных блюд.

3. Пересмотр рациональных норм питания для различных половозрастных и профессиональных групп населения на основе современных достижений в области нутрициологии.

4. Усиление контроля применения пищевых добавок (красители, ароматизаторы, консерванты и другие).

5. Стимулирование включения в меню предприятий общественного питания овощей, фруктов и других полезных для здоровья продуктов питания.

3. Принятие мер по поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения

1. Внедрение в учебные программы образовательных учреждений мероприятий по ведению здорового образа жизни и обеспечению здорового питания и физической активности учащихся (студентов).

2. Создание для населения условий по безопасному и активному передвижению (пешеходные и велосипедные дорожки).

3. Строительство и реконструкция зон и спортивных сооружений, в том числе на основе государственно-частного партнерства, для занятия физической культурой и спортом, расширение спектра и разнообразия спортивных секций, доступных для различных возрастных групп.

4. Установление работодателями в течение рабочего дня специальных перерывов для выполнения работниками комплексов производственной гимнастики.

5. Выделение работодателями помещений, оснащенных соответствующим спортивным инвентарем, для выполнения работниками комплексов производственной гимнастики.

6. Стимулирование развития корпоративного спорта путем повышения роли профессиональных союзов в организации досуга работников.

7. Внедрение механизмов обязательного поддержания физической активности лиц, пользующихся объектами общественного назначения (школы, медицинские, спортивные и досуговые учреждения, жилые и многоквартирные дома).

8. Создание и размещение в сети Интернет единой информационной базы спортивных объектов с зонированием по районам (городам), а также описанием их деятельности, стоимости занятий, часов работы и других сведений.

9. Организация проведения среди широких слоев населения специальных тестов «Алпомиш» и «Барчиной».

4. Улучшение качества предоставляемых услуг учреждениями здравоохранения по основным неинфекционным заболеваниям

1. Внедрение в практику всех учреждений первичной медико-санитарной помощи республики требований клинических протоколов, стандартов и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения по артериальной гипертонии, сахарному диабету, бронхиальной астме, хронической обструктивной болезни легких и другим неинфекционным заболеваниям.

2. Организация пунктов доврачебного осмотра населения средним медицинским персоналом.

3. Обучение пациентов с неинфекционными заболеваниями уходу за собой и самоконтролю состояния здоровья.

4. Внедрение механизмов непрерывной оценки и повышения качества услуг в учреждениях первичной медико-санитарной помощи через систему поддерживающего кураторства.

5. Разработка и внедрение в практику учреждений первичной медико-санитарной помощи программного обеспечения по неинфекционным заболеваниям, предусматривающего создание профилей здоровья по факторам риска и неинфекционным заболеваниям для каждого пациента (характер питания, наличие табачной зависимости, индекс массы тела, уровень артериального давления, сахара и холестерина в крови и другие).

5. Совершенствование системы мониторинга и оценки мер по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения

1. Осуществление полномасштабного мониторинга, включающего анализ фактического потребления населением пищевой продукции, а также оценку отношения потребителей к данным продуктам.

2. Разработка и внедрение в практику протокола эпидемиологического мониторинга неинфекционных заболеваний на основе рекомендаций Всемирной организации здравоохранения.

3. Совершенствование системы медико-статистического учета и отчетности по неинфекционным заболеваниям путем включения показателей по факторам риска неинфекционных заболеваний в учетно-отчетную документацию медицинских учреждений.

4. Внедрение регистров по ключевым заболеваниям, позволяющим отслеживать прогрессирование болезней и развитие осложнений.

5. Проведение популяционных исследований на основе стандартной международно-принятой методологии (исследования HBSC, STEPS и другие).

6. Внедрение системы общественного мониторинга по созданию здоровой окружающей среды.

6. Совершенствование системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации кадров

1. Повышение квалификации преподавателей кафедр медико-профилактического направления высших медицинских образовательных учреждений по вопросам общественного здоровья и формирования здорового образа жизни, здорового питания, диетологии совместно с ведущими зарубежными учреждениями общественного здравоохранения.

2. Пересмотр учебных программ профильных кафедр медико-профилактического направления высших медицинских образовательных учреждений, а также Школы общественного здравоохранения Ташкентской медицинской академии и системы повышения квалификации и переподготовки медицинских работников, приведение их в соответствие с международными требованиями.

3. Обеспечение проведения Ассоциацией школ общественного здравоохранения европейского региона (ASPHER – The Association of Schools of Public Health in the European Region) аккредитации образовательных программ кафедр медико-профилактического направления медицинских институтов, а также Школы общественного здравоохранения Ташкентской медицинской академии.

4. Разработка программ специализации и сертификации среднего медицинского персонала по направлениям «Медицинская сестра по диабетической стопе – подиатр», «Консультант по здоровому питанию», «Консультант по отказу от табака», «Консультант по бронхиальной астме» и другим.

Глава 5. Ожидаемые результаты от реализации Концепции

В результате реализации Концепции ожидается:

- увеличение потребления населением овощей и фруктов на 15 процентов;
- сокращение потребления поваренной соли на 15 процентов;
- увеличение доли производства продуктов, обогащенных витаминами и необходимыми минералами;
- увеличение физической активности населения на 10 процентов;
- сокращение потребления алкогольной и табачной продукции на 10 процентов;
- сдерживание роста числа пациентов с повышенным артериальным давлением;
- сдерживание роста числа пациентов с ожирением и сахарным диабетом;
- достижение 50 процентного уровня обеспечения медицинских учреждений базовыми диагностическими тестами, оборудованием и основными лекарственными средствами, необходимыми для лечения приоритетных неинфекционных заболеваний;
- обеспечение не менее 50 процентов пациентов с высоким риском и больных неинфекционными заболеваниями надлежащей лекарственной терапией и консультированием для предотвращения инсультов и инфарктов;
- сокращение на 10 процентов преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, сахарного диабета и хронических заболеваний органов дыхания.

Контрольные вопросы

1. Каково текущее состояние здоровья населения в результате нездорового образа жизни и недостаточной физической активности?
2. Какова цель Концепции по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения на 2019 – 2022 годы?
3. Каковы стратегические приоритеты Концепции?
4. Каковы основные задачи Концепции?
5. В каких сферах согласно Концепции необходимо совершенствовать законодательство?
6. Какие меры необходимо предпринять для обеспечения здорового питания населения?
7. Какие действия следует предпринять для повышения физической активности населения?
8. Какие результаты ожидаются от реализации Концепции?

Глава 19. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ,
НОМЕНКЛАТУРА МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В Узбекистане одной из важных медико-социальных задач государства является защита и укрепление общественного здоровья. Этот главный вопрос отражен в Конституции Республики Узбекистан и других законодательных актах государства. Все аспекты общественного здравоохранения полностью отражены в Законе Республики Узбекистан «Об охране здоровье граждан» от 29 августа 1996 года.

В связи с тем, что к 50-м годам прошлого века понятию общественного здоровья в разных странах дано разное определение, прежде чем рассмотреть различные его аспекты, важно дать точное определение понятию «охрана здоровья». В 1952 году эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) дали следующее определение термину общественного здравоохранения:

«Здравоохранение» – сфера деятельности, к задачам которой относится обеспечение доступного медицинского обслуживания населения, сохранение и повышение уровня здоровья населения, охватывающее не только медицину, но и такие области государственной ответственности как, политика, экономика, культура, санитарно-гигиенические мероприятия и т.п., обеспечивающие физическое и психическое здоровье людей и активное долголетие путем охраны окружающей среды, обучения людей методам личной гигиены и повышения медицинской культуры населения, раннего выявления и профилактики инфекционных заболеваний, продления жизни, оказания своевременной квалифицированной медицинской помощи, улучшения качества жизни и здоровья каждого человека, обеспечения психического и физического здоровья.

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

Известно, что общественное здравоохранение сегодня – это не только работа медицинских работников. Это работа государства и общества в целом, но важную объединяющую и координирующую роль в управлении этим процессом играет система здравоохранения. Одной из основных целей общественного здравоохранения является создание комплексной службы здравоохранения, основанной на потребностях конкретной группы населения. Поэтому необходимо располагать достоверной информацией о состоянии здоровья населения и соответствующих ресурсах. Значит, сущность общественного здравоохранения заключается в укреплении здоровья

населения, профилактике, диагностике и лечении заболеваний, а также в выявлении кадров в целях физической, социальной и профессиональной активизации, различных медицинских приборов и оборудования, необходимых для оказания медицинских услуг.

В Узбекистане общественное здравоохранение обеспечивается мощной системой здравоохранения, которая была сформирована в течении многих лет.

Система здравоохранения – это совокупность социально-экономических мер государства и общества, главной целью которых является улучшение здоровья путём организации оказания квалифицированной медико-санитарной помощи, профилактики заболеваний и улучшении здоровья населения.

Медицинская помощь – это комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, укрепление и восстановление здоровья пациента, включающих профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию и протезирование, осуществляемые медицинскими работниками.

Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» обеспечивает государственные гарантии прав граждан на охрану здоровья, формирование здорового образа жизни, правовое регулирование деятельности государственных органов, предприятий, учреждений, организаций, общественных объединений в сфере охраны здоровья граждан.

Система здравоохранения, по определению ВОЗ, это организации, созданные для удовлетворения медицинских потребностей целевых групп населения.

Общественное здравоохранение (public health as a system), являясь общим понятием в общественной и других системах здравоохранения, представляет собой комплекс научно-практических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения, профилактику заболеваний и травматизма, повышение производительности труда продление жизни за счет государства, общества, медицинских и немедицинских организаций.

В Республике Узбекистан имеется единая система здравоохранения, которая является совокупностью государственных, частных и других систем здравоохранения.

Государственная система здравоохранения

К государственной системе здравоохранения относятся Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, Министерство здравоохранения Республики Каракалпакстан, органы управления здравоохранением областей, города Ташкента, их подразделения в регионах. К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, учебные заведения по подготовке и переподготовке медицинских и фармацевтических работников, фармацевтические предприятия и организации, санитарно-профилактические учреждения, учреж-

дения судебно-медицинской экспертизы, предприятия по производству лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, а также иные предприятия, учреждения и организации, основная деятельность которых связана с охраной здоровья граждан.

В систему здравоохранения входят также лечебно-профилактические и аптечные учреждения, созданные клиниками научно-исследовательских институтов, министерств, ведомств, государственных предприятий, учреждений и организаций.

Государственные учреждения здравоохранения, финансируемые за счет средств государственного бюджета, оказывают населению бесплатные медицинские услуги.

Частная и другие системы здравоохранения

К частной и другим системам здравоохранения относятся лечебно-профилактические учреждения, аптеки, предприятия по выпуску лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, финансируемые за счет собственных, привлеченных средств и иных источников в соответствии с законодательством, а также физические лица, занимающиеся фармацевтической деятельностью. Лечебно-профилактические учреждения, относящиеся к частной и другим системам здравоохранения, оказывают медицинские услуги отдельным группам граждан бесплатно. Объем, перечень, порядок оказания и компенсация таких услуг устанавливаются Кабинетом Министров Республики Узбекистан.

В частной и других системах здравоохранения используются только разрешенные к применению в установленном законодательством порядке средства профилактики, диагностики и лечения. Частная и другие системы здравоохранения обязаны вести медицинскую документацию и представлять статистические данные в установленном порядке.

Рис. 12.2. Структура центрального аппарата Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Предельная численность управленческого персонала – 31 ед.

Рис. 12.3. Структура Министерства здравоохранения Республики Каракалпакстан

Предельная численность управленческого персонала – 26-32 единицы.

Рис. 12.4. Типовая структура управлений здравоохранения областей

Структура центрального аппарата Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

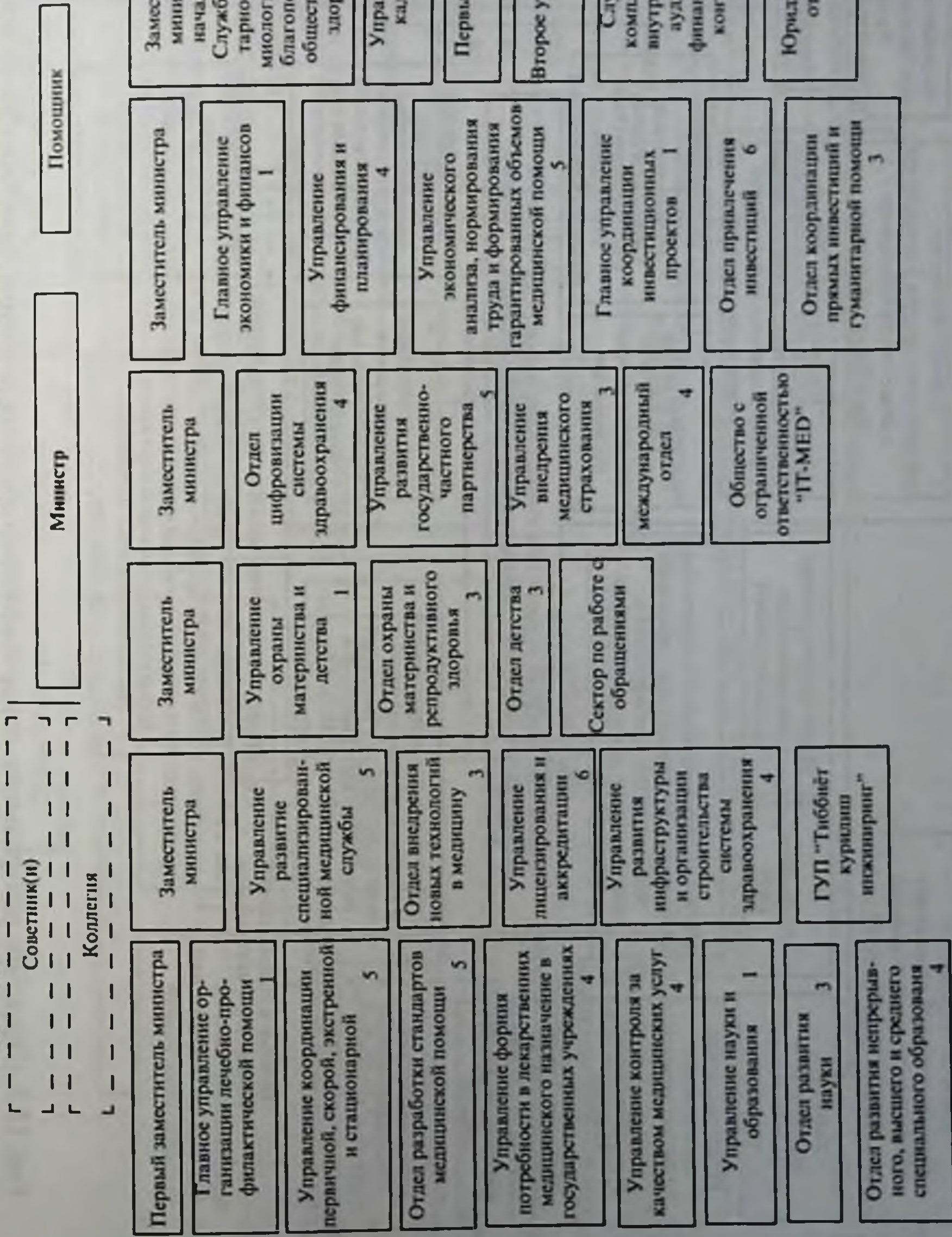


Рис. 12.1. Структура центрального аппарата Министерства здравоохранения Республики Узбекистан
Предельная численность управленческого персонала, финансируемого за счет средств Государственного бюджета

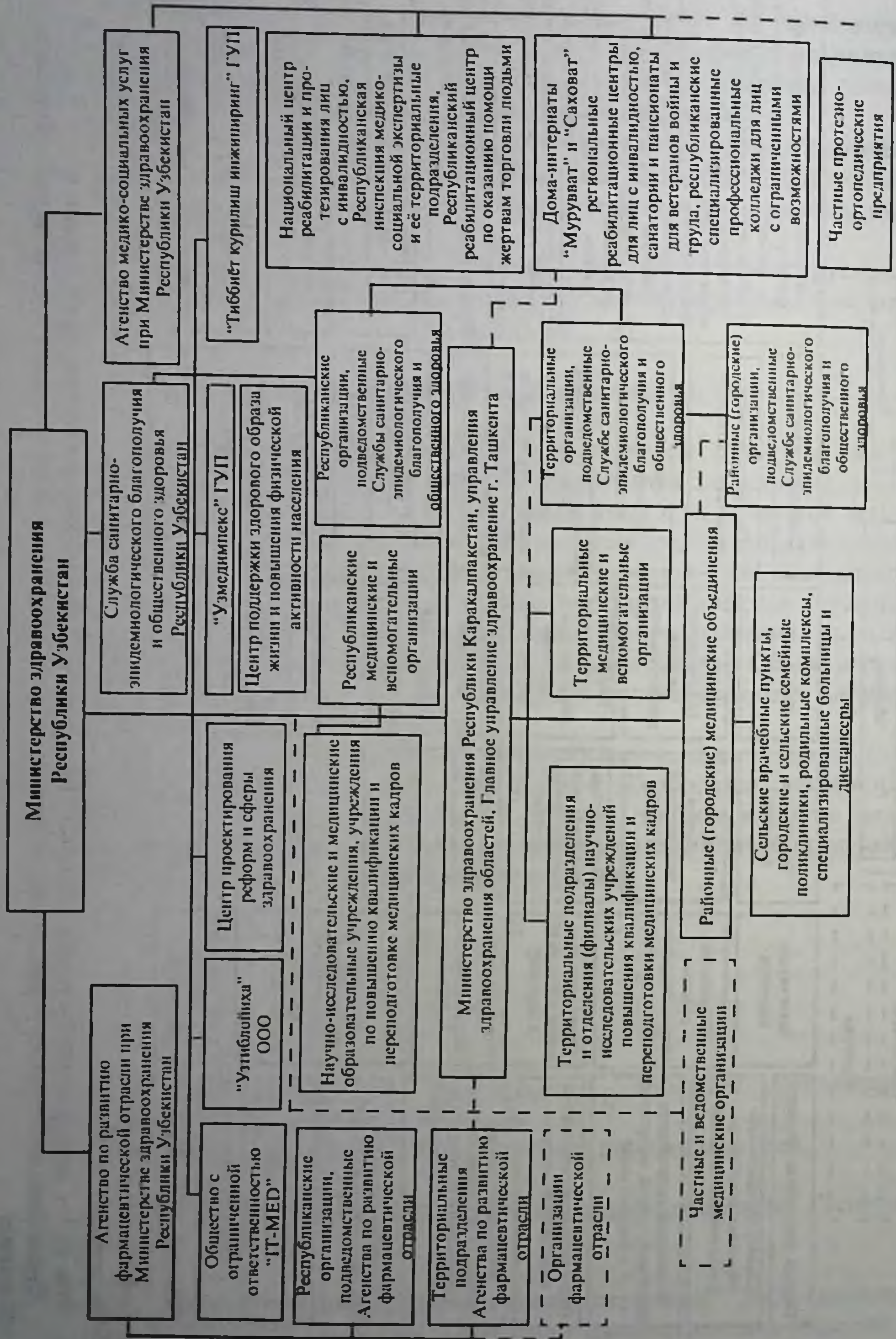


Рис. 12.2. Структура центрального аппарата Министерства здравоохранения Республики Узбекистан
 Предельная численность управленческого персонала – 31 ед.

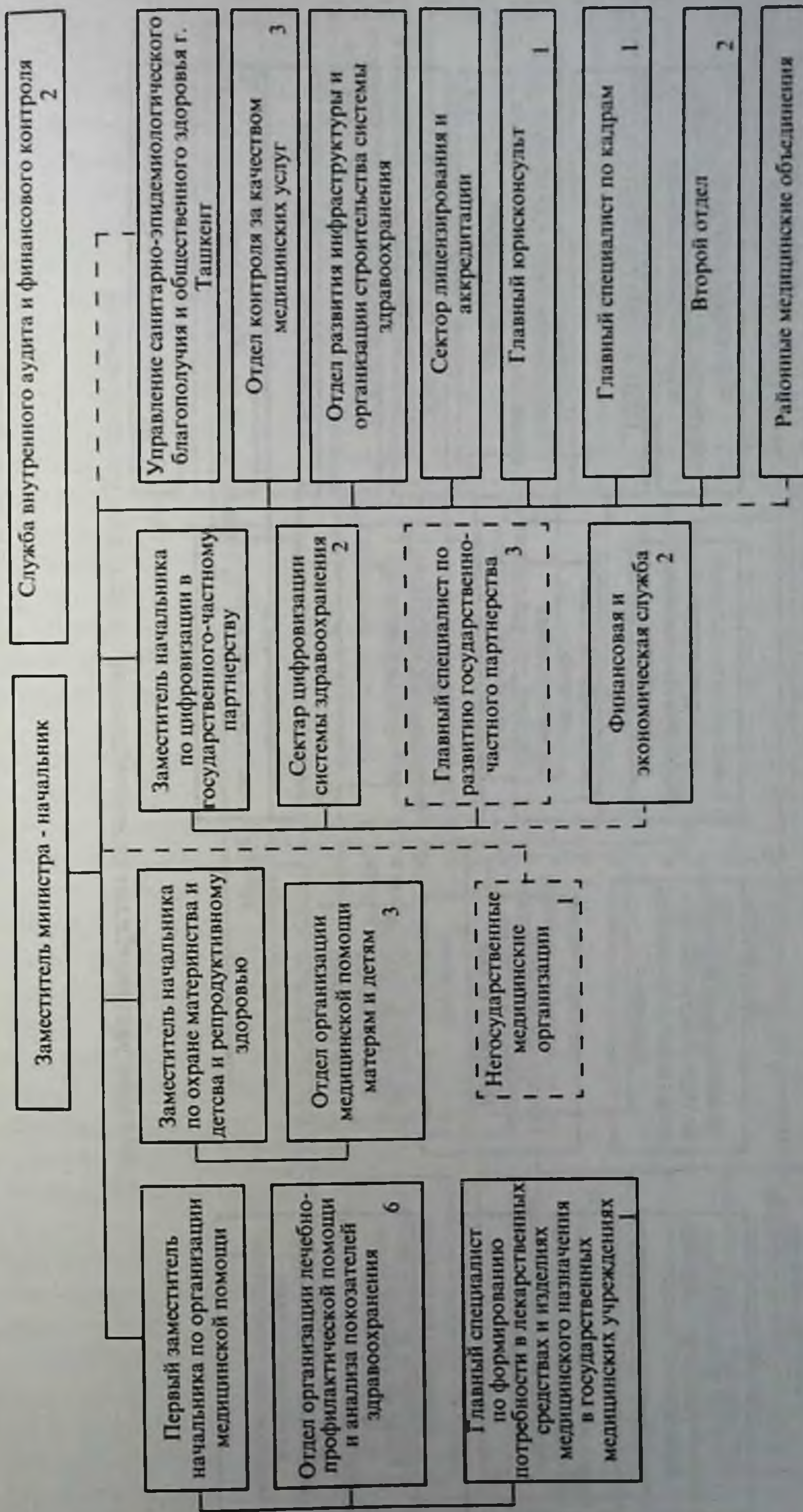
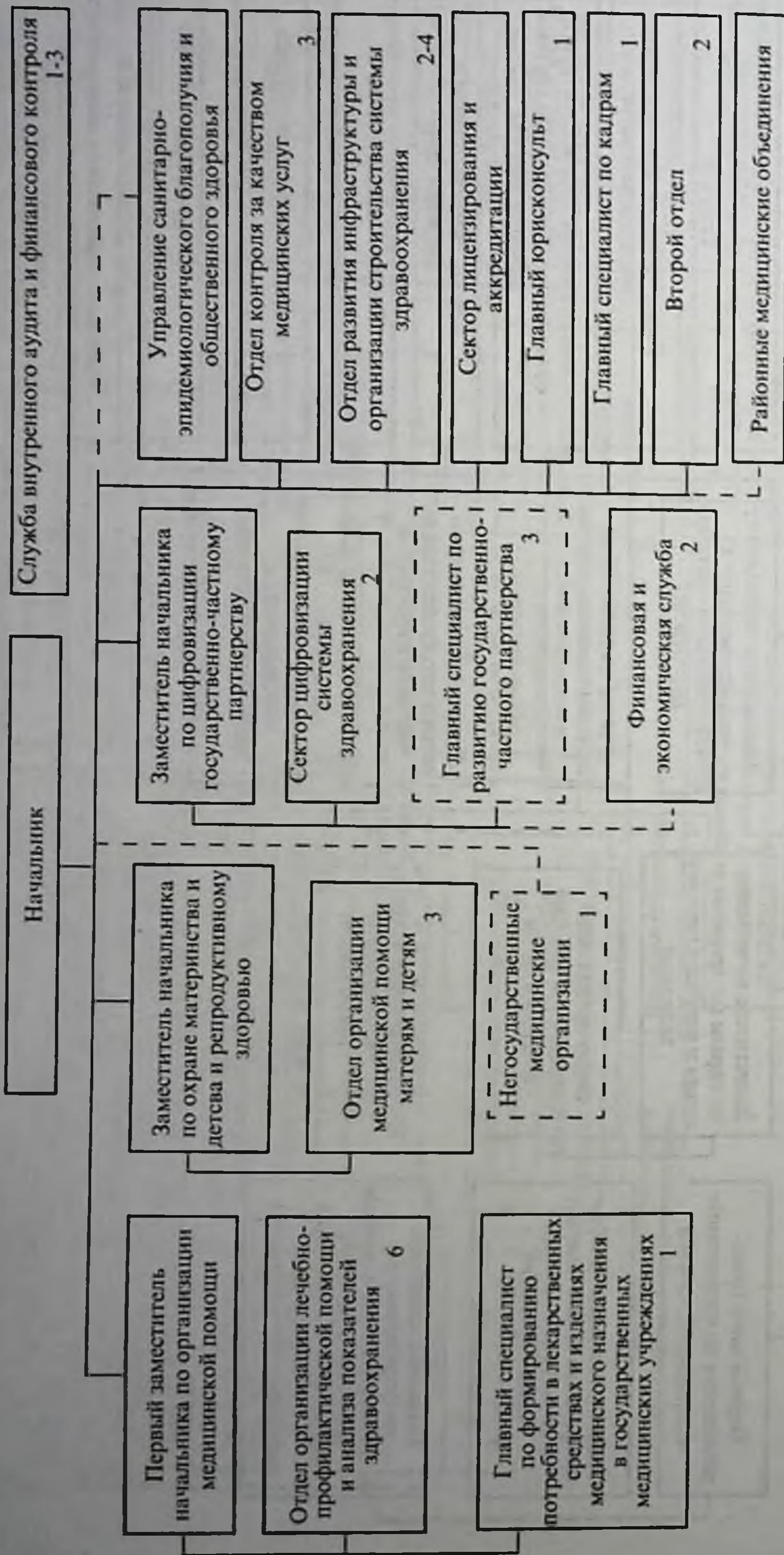
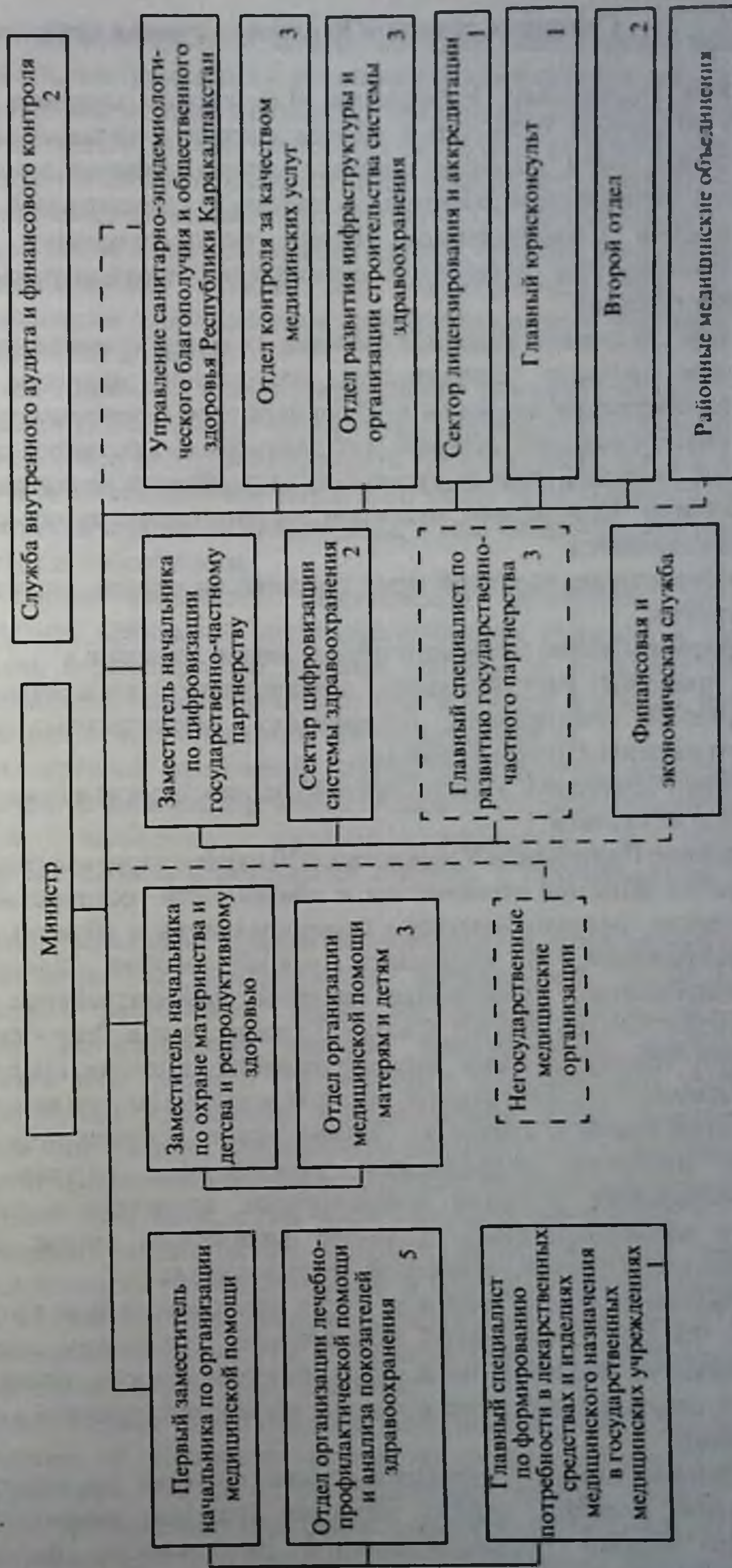


Рис. 12.45. Структура Главного управления здравоохранения города Ташкента



Структура Министерства здравоохранения Республики Каракалпакстан



Сущность закона «Об охране здоровья граждан»

Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» был принят 29 августа 1996 года с учетом законов о здравоохранении в развитых странах мира, развития системы здравоохранения в них, направления оказания медицинской помощи населению, с «Декларацией прав человека» Организации Объединенных Наций, международными договорами и законодательством Всемирной организации здравоохранения об охране здоровья граждан.

Закон Об охране здоровья граждан является юридическим документом, имеющим большое политическое, социальное, правовое значение. Он, отражая состояние здоровья в Узбекистане на современном этапе, служит нормативно-правовой основой для дальнейшего развития системы охраны здоровья граждан, реформирования, дальнейшего развития системы здравоохранения. Основными задачами законодательства об охране здоровья граждан являются:

- обеспечение гарантий прав граждан на охрану здоровья со стороны государства;
- формирование здорового образа жизни граждан;
- правовое регулирование деятельности государственных органов, предприятий, учреждений, организаций, общественных объединений в области охраны здоровья граждан.

Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» состоит из VI глав и 47 статьей.

В законе Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» в статьях 4-5-6 четко описаны полномочия и обязанности государственных органов, министерств, органов местного самоуправления в области общественного здравоохранения. В настоящем законе особое значение придается реформированию, перестройке системы здравоохранения в Республике Узбекистан (статьи 7-8-10). Статья 7 гласит, что в Республике Узбекистан действует единая система здравоохранения, которая представляет собой совокупность государственной, частной и других систем здравоохранения.

В этой связи в статье 11 Закона особо отмечен порядок и условия выдачи лицензий медицинским учреждениям, частным учреждениям здравоохранения, а также предприятиям, входящим в государственную систему здравоохранения, а также физическим лицам, занимающимся медицинской и фармацевтической деятельностью.

В Законе отведено широкое место правовой охране здоровья граждан (статьи 13–28). Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от возраста, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, социального происхождения, убеждений, личного и общественного положения.

В Законе широко освещены права граждан на получение медико-социальной помощи, охрану здоровья граждан, занимающихся определенными видами профессиональной деятельности, охрану семейного

здоровья и здоровья несовершеннолетних, граждан пенсионного возраста, инвалидов, граждан, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций.

Медико-социальная помощь гражданам составляет отдельную главу, в которой особо отмечается, что она состоит из первичной медико-санитарной помощи (статья 29), неотложной и скорой медицинской помощи (статья 30) и специализированной медицинской помощи (статья 31). Закон содержит такие статьи, как медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями (статья 32), медико-социальная помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (статья 33) и другие.

Граждане имеют право на профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную, санаторно-курортную, протезно-ортопедическую и другие виды помощи при заболевании, утрате трудоспособности и в других случаях, также на меры социальной защиты по уходу за больными в период их нетрудоспособности и уходу за инвалидами, в том числе выплату пособий по временной нетрудоспособности.

Глава IV закона посвящена медицинской экспертизе, согласно статье 36, экспертиза временной нетрудоспособности граждан в связи с болезнью, увечьем, беременностью, родами, уходом за больным членом семьи, протезированием, санаторно-курортным лечением и в иных случаях производится в порядке, установленном законодательством.

Наряду с экспертизой временной нетрудоспособности, медицинская экспертиза включает в себя экспертизу причины и группы инвалидности, военно-врачебную экспертизу, судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую экспертизы и определяет правила и рекомендации по их проведению.

Глава V закона посвящена правам медицинских и фармацевтических работников, созданию и деятельности объединений медицинских и фармацевтических работников, праву на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью лицами, получившими диплом об окончании высшего или среднего специального медицинского учебного заведения, в Республике Узбекистан. Следовательно, лица, получившие диплом о высшем или среднем специальном медицинском образовании и лицензию на занятие выбранным видом деятельности, имеют право заниматься частной медицинской практикой, в том числе народной медициной.

Качество оказания медицинской помощи контролируется профессиональными медицинскими объединениями и органами государственной власти на местах, а также органом, выдавшим разрешение (лицензию). Лица, незаконно занимающиеся медицинской и фармацевтической деятельностью, несут ответственность в соответствии с законом.

В заключительной главе VI включены статьи, относящиеся к врачебной этике и деонтологии. В частности, статья 44 закона «Присяга врача Республики Узбекистан», статья 45 – «Врачебная тайна», статья 46 – «Возмещение вреда, причиненного здоровью граждан». В статье 47 – «Право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных

лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья», установлен порядок прав граждан на обжалование действий должностных лиц.

Таким образом, Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» создал правовую базу для постоянного совершенствования мер, направленных на сохранение здоровья населения, и их успешного выполнения.

Основные задачи органов управления здравоохранением

Компетенция Кабинета Министров Республики Узбекистан в области охраны здоровья граждан:

- защита прав человека в области охраны здоровья;
- государственная политика в области охраны здоровья граждан;
- утверждение и финансирование программ по развитию здравоохранения и медицинской науки;
- управление государственной системой здравоохранения;
- контроль за обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия;
- реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, информирование граждан об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и принимаемых мерах;
- установление единой системы статистического учета и отчетности в области охраны здоровья граждан;
- утверждение базовых программ медицинского страхования граждан Республики Узбекистан;
- определение льгот отдельным группам граждан в оказании медицинской помощи и обеспечении лекарственными средствами;
- координация и контроль деятельности органов государственного управления, хозяйствующих субъектов в области охраны здоровья граждан, охраны семьи, материнства и детства;
- другие полномочия в соответствии с законодательством.

Компетенция Министерства здравоохранения Республики Узбекистан:

- участвует в разработке нормативной базы здравоохранения и медицинского страхования, государственных стандартов качества и объема медицинской помощи;
- осуществляет контроль за соблюдением всеми медицинскими учреждениями законодательства об охране здоровья граждан;
- реализует целевые государственные программы в сфере охраны здоровья граждан;
- организует первичную медико-санитарную помощь населению в пределах гарантированного государством объема;
- осуществляет в установленном порядке лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности (за исключением лицензирования направления фармацевтической деятельности – розничная реализация лекарственных средств и изделий медицинского назначения);

регулирует уровень тарифов на медицинские услуги в учреждениях государственной системы здравоохранения;

осуществляет стандартизацию и сертификацию лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, разрешенных к применению на территории Республики Узбекистан;

осуществляет иные полномочия в соответствии с законодательством.

Нормативно-правовые акты Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, издаваемые в пределах его компетенции, по лечебно-профилактическим, санитарно-противоэпидемическим, радиационным, экологическим вопросам, обязательны для исполнения государственными органами, предприятиями, учреждениями, организациями, общественными объединениями и физическими лицами на территории Республики Узбекистан.

Компетенция органов государственной власти на местах в области охраны здоровья граждан:

защита прав человека в области охраны здоровья;

обеспечение исполнения законодательства в области охраны здоровья граждан;

формирование органов управления, развитие сети учреждений системы здравоохранения;

организация первичной медико-санитарной и медико-социальной помощи, обеспечение их доступности, контроль за соблюдением клинико-статистических стандартов качества медицинской помощи, обеспечение граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на подведомственной территории;

осуществление в установленном порядке лицензирования направления фармацевтической деятельности – розничная реализация лекарственных средств и изделий медицинского назначения;

формирование собственных источников для финансирования расходов на здравоохранение;

обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия граждан, осуществление профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и природоохранных мер;

охрана окружающей среды и обеспечение экологической безопасности;

реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, информирование граждан об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и принимаемых мерах;

координация и контроль деятельности органов, учреждений и предприятий системы здравоохранения, контроль за качеством оказываемой медико-помощи учреждениями здравоохранения;

создание и обеспечение деятельности учреждений для проведения реабилитации инвалидов и лиц, нуждающихся в медико-социальной защите;

реализация мер по охране семьи, материнства и детства;

организация санитарно-гигиенического и экологического образования граждан;

создание условий, стимулирующих развитие частной и других систем здравоохранения;

осуществление других полномочий в соответствии с законодательством.

НОМЕНКЛАТУРА УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Согласно Приказу Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 20 декабря 2007 года №566 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения» выделяется следующая номенклатура органов управления и подведомственных учреждений системы Министерства здравоохранения:

А. Учреждения здравоохранения

I. Лечебно-профилактические учреждения

1. Больничные учреждения

– республиканский специализированный медицинский центр и его филиалы;

– республиканский специализированный научно-практический медицинский центр и его филиалы;

– республиканский научный медицинский центр;

– республиканская многопрофильная больница;

– клиники (высших учебных заведений и научно-исследовательских институтов);

– областной многопрофильный медицинский центр;

– областной детский многопрофильный медицинский центр;

– городская больница (в том числе детская);

– центральная районная (городская) больница;

– районная больница;

– сельская участковая больница;

– медико-санитарная часть;

– больница на железнодорожном транспорте;

– больница гражданской авиации;

– госпиталь;

– специализированные больницы и центры.

2. Учреждения скорой и неотложной медицинской помощи и учреждения службы крови:

– республиканский центр экстренной медицинской помощи и его областные филиалы;

– станция скорой медицинской помощи;

– станция переливания крови;

3. Учреждения охраны материнства и детства:

– областной перинатальный центр;

– городской родильный комплекс;

– центр скрининга матери и ребенка;

– дом ребёнка;

– специализированный ясли-сад.

4. Диспансеры:

- кардиологический;
- противотуберкулезный;
- онкологический;
- психоневрологический;
- наркологический;
- кожно-венерологический;
- эндокринологический;
- врачебно-физкультурный;
- подростковый.

5. Амбулаторно-поликлинические учреждения

- областной (городской) центр медицинской диагностики;
- центральная районная (городская) многопрофильная поликлиника;
- городская поликлиника, в том числе детская;
- городской детский центр диагностики;
- семейная поликлиника;
- детская стоматологическая поликлиника;
- поликлиника на железнодорожном транспорте;
- стоматологическая поликлиника;
- пункты семейного врача (городской врачебный пункт, районный врачебный пункт).

6. Санаторно-оздоровительные учреждения:

- детский санаторий;
- санаторий (санаторий-профилакторий).

7. Лечебно-профилактические учреждения особого типа:

- лепрозорий.

II. Санитарно-профилактические учреждения

1. Санитарно-эпидемиологические учреждения:

- службы санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья (Республиканский, областной, городской, районный);
- центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора НАК «Узбекистон хаво йуллари»;
- центр по борьбе со СПИДом (Республиканский, областной);
- республиканский Центр профилактики карантинных и особо опасных инфекций, его филиалы и отделения;
- дезинфекционная станция (Республиканская, областная, городская, районная);
- санитарно-эпидемиологическая служба других министерств и ведомств.

2. Санитарно-просветительские учреждения:

- институт здравоохранения и медицинской статистики и его филиалы

III. Учреждения судебно-медицинской экспертизы и патологоанатомии

- бюро судебно-медицинской экспертизы
- республиканский патологоанатомический центр
- областное патологоанатомическое бюро

Б. Номенклатура органов управления и других подведомственных учреждений системы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

1. Органы управления здравоохранения

- Министерство здравоохранения Республики Узбекистан;
- Министерство здравоохранения Республики Каракалпакстан;
- Главное управление здравоохранения хокимията города Ташкента;
- Управление здравоохранения области;
- Городское (районное) медицинское объединение;
- Медико-санитарное объединение.

2. Научно-исследовательские институты и его филиалы.

3. Высшие и средне-специальные медицинские учебные заведения. Учреждения переподготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических кадров.

4. Другие подведомственные организации:

- Республиканский Центр лицензирования и аттестации врачей и фармацевтов;
- Главное управление по контролю качества лекарственных средств и изделий медицинского назначения;
- Центр политики лекарственных средств и изделий медицинского назначения;
- Управление приватизации и организации платных услуг;
- Центр организации медицинской помощи подросткам и призывной молодежи;
- Центр ДОТС;
- Второе управление;
- Департамент внешнеэкономической деятельности;
- Управление комплексной эксплуатации;
- Центр развития медицинского образования Министерства здравоохранения Республики Узбекистан;
- Республиканская научная медицинская библиотека;
- Музей здравоохранения;
- Автохозяйство;
- Объединение «Резерв»;
- Медицинский архив;
- Республиканское внешне-экономическое предприятие «Узмедэкспорт»;
- УП Кислородный завод;
- Объединенная дирекция строительства;
- Государственное унитарное предприятие «Республиканский центр по обслуживанию медицинской техники» и его филиалы;
- Государственное унитарное предприятие «Нихол»;
- Медицинские периодические печатные издания;
- Республиканский центр репродуктивного здоровья;
- Республиканский центр репродуктивного здоровья детей и подростков.

Основные принципы организации здравоохранения

Сохранение здоровья граждан, развитие системы здравоохранения в Узбекистане осуществляется с учетом социально-экономических, социально-географических, демографических, санитарно-эпидемиологических аспектов, специфики заболеваемости в нашей республике. Основными принципами охраны здоровья граждан являются:

1. Соблюдение прав человека в области охраны здоровья.
2. Доступность медицинской помощи для всех слоев населения.
3. Приоритет профилактических мер.
4. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.
5. Единство медицинской науки и практики.

Теоретические основы реформирования и развития системы здравоохранения в Узбекистане включают в себя Конституцию Республики Узбекистан (8 декабря 1992 года), Закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (15 июля 2015 года), Закон «Об охране здоровья граждан» (29 августа 1996 года), Указы Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения республики Узбекистан» (№ УП-5590 от 7 декабря 2018 года) и Постановления Кабинета Министров в области здравоохранения, а также приказы и инструкции, изданные Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

Принцип соблюдения прав человека в сфере здравоохранения

Данный принцип закреплен в статье 13 Закона Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан». Согласно данной статье, «Граждане Республики Узбекистан обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от возраста, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, социального происхождения, убеждений, личного и общественного положения.

Государство гарантирует гражданам защиту от дискриминации, независимо от наличия у них любых форм заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут ответственность в порядке, установленном законом».

Принцип доступности медицинской помощи для всех слоев населения

Сохранение и дальнейшее улучшение здоровья населения является одной из важнейших задач нашего правительства в социальной сфере. Для этого в республике функционирует множество лечебных учреждений, в частности, республиканские, областные, городские, районные центральные больницы, медико-санитарные части, родильные комплексы, поликлиники, диспансеры, сельские врачебные пункты, Республиканский научный центр скорой помощи и его областные, городские, районные филиалы, Республиканские специализированные медицинские научные центры и его филиалы, поликлиники медицинских вузов республики и другие медицинские учреждения.

В целях улучшения медицинского обслуживания всех слоев населения, формирования современной системы оказания первичной медико-санитар-

ной помощи, профилактики и раннего выявления заболеваний, Указом Президента Республики Узбекистан №УП-6110 от 12.11.2020 года с 1 января 2021 года сельские врачебные пункты переименованы в пункты семейного врача, сельские и городские семейные поликлиники – в семейные поликлиники. Это, в свою очередь, позволяет сельскому населению получать доступную квалифицированную врачебную помощь.

Органы государственной власти осуществляют меры по охране семьи, материнства и детства. Органы государственной власти на местах несут ответственность за обеспечение доступности медико-санитарной и медико-социальной помощи.

Принцип приоритетности профилактических мер

В последнее время ученые многих стран считают целесообразным не лечить болезнь, а укреплять и предотвращать здоровье населения. Этой концепции уделяется большое внимание, поскольку профилактика болезни обходится дешевле, чем лечение. Поэтому организация и планирование медицинского обслуживания проводится с учетом восстановления и сохранения здоровья. Развитие системы здравоохранения считается связанным с охраной здоровья, а не с лечением болезней, что в свою очередь приводит к повышению роли профилактической деятельности системы и учреждений здравоохранения. Следует отметить, что концепция «сохранения здоровья здоровых» должна стать реальностью жизни, что, в свою очередь, приведет к эффективному использованию ресурсов системы здравоохранения.

Существует пословица «лучше предупредить болезнь, чем лечить». Во-первых, средства, которые тратятся на лечение болезни, стоят намного дороже, чем профилактика болезни. Во-вторых, психическое состояние больного или переход болезни в хроническую форму, что в ряде случаев приводит к инвалидности, смерти, наносит серьезный ущерб здоровью населения, сокращает продолжительность жизни, снижает трудовую активность населения. Это приводит к нарушению производственного процесса. Вышеизложенное влияет на развитие народного хозяйства и наносит материальный ущерб. В-третьих, это наносит материальный и моральный ущерб семье больного. Поэтому приоритетным направлением в нашей республике является реализация профилактических мер в области охраны здоровья населения и развития здравоохранения.

Министерство здравоохранения, государственные органы, хокимияты, отделы здравоохранения областей, городские, районные объединения, а также их органы на местах, центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора, махаллинские комитеты и многие другие государственные и негосударственные организации для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения занимается реализацией противоэпидемических и природоохранных мероприятий, направленных на улучшение состояния окружающей среды, питания, труда, быта, отдыха, образования.

Министерство здравоохранения определяет на местах направления и объемы профилактической помощи, сроки и методы проведения прививок в

профилактических целях, контролирует пропаганду здорового образа жизни среди населения.

В этом отношении эффективность профилактических мероприятий по предупреждению заболевания, прежде всего, зависит от соблюдения медико-санитарной культуры, медицинской активности каждого человека, семьи и населения в целом, а также соблюдения навыков здорового образа жизни и ответственности каждого за сохранение своего здоровья.

Если население не будет заботиться о своем здоровье, не будет работать над его укреплением, меры, принимаемые медицинскими учреждениями в этом направлении, будут неэффективными и неудовлетворительными.

Принцип социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья

Этот принцип полностью соответствует принципу сильной социальной защиты населения, который является одним из основных принципов развития Узбекистана.

Право граждан на социальную защиту, получение медико-социальной помощи в случае утраты здоровья закреплено в статье 16 Закона «Об охране здоровья граждан». В частности, «при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, санаторно-курортную, протезно-ортопедическую и другие виды помощи, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

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

Отдельные категории граждан имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедическими, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения определяются Кабинетом Министров Республики Узбекистан.

Граждане имеют право на медицинскую экспертизу в специализированных учреждениях здравоохранения».

Принцип единства медицинской науки и практики

Широкомасштабная научно-исследовательская работа проводится во многих медицинских вузах и медицинских исследовательских институтах Узбекистана. Результаты научных исследований и инноваций применяются в здравоохранении с разрешения Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Принцип единства науки и практики находит отражение в съездах, симпозиумах и конференциях, проводимых учеными совместно с практикующими врачами и организаторами здравоохранения.

Кроме того, научные статьи наших ученых публикуются во многих научных журналах Узбекистана («Узбекистон тиббиёт журнали», «Педиатрия»,

«Хирургия» и др.), которые, в свою очередь, доходят до практикующих врачей. Порядок проведения профилактических, диагностических мероприятий, применение новых методов лечения, лекарственных средств, микробиологических препаратов и дезинфицирующих средств, а также биомедицинских исследований установлен статьей 34 Закона Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан».

В частности, «в практике здравоохранения используются только разрешенные к применению в установленном законодательством порядке меры профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства и дезинфекционные средства.

Порядок применения указанных в части второй настоящей статьи методов диагностики, лечения и лекарственных средств дезинфекционных средств, в том числе используемых за рубежом, устанавливается Министерством здравоохранения Республики Узбекистан».

Таким образом, медицинская наука тесно связана с врачебной практикой. Безусловно, при проведении медицинских исследований в медицине и применении их на практике необходимо соблюдать вышензложенные законодательные нормы.

Контрольные вопросы

1. Что понимается под понятием «охрана здоровья» по определению ВОЗ?
2. Что такое система здравоохранения?
3. Что подразумевается под медицинской помощью?
4. Что входит в государственную систему здравоохранения?
5. Какие учреждения включают частные и другие системы здравоохранения?
6. Каковы основные функции законодательства об охране здоровья граждан?
7. Какими полномочиями обладает Кабинет Министров Республики Узбекистан в области охраны здоровья граждан?
8. Какие полномочия имеет Министерство здравоохранения Республики Узбекистан?
9. Какими полномочиями обладают органы местного самоуправления в области охраны здоровья граждан?
10. Какие учреждения входят в структуру лечебно-профилактических учреждений?
11. Какие учреждения входят в структуру санитарных и профилактических учреждений?
12. Основные принципы организации здравоохранения?
13. Как на практике осуществляется принцип доступности медицинской помощи для всех слоев населения?
14. Как реализуется принцип социальной защиты граждан в случае потери здоровья?

Глава 20. ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Лечебно-профилактическая работа является важнейшей частью системы здравоохранения. Лечебно-профилактическая помощь населению организуется с соблюдением следующих основных принципов:

1. Обеспечение населения квалифицированной и специализированной медицинской помощью;
2. Оказание равной лечебно-профилактической помощи для всех;
3. Единство лечебно-профилактической работы;
4. Диспансеризация как важная часть лечебно-профилактической помощи;
5. Обслуживание по принципу СВ – семейного врача;
6. Профилактика является основным приоритетом деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Организация первичной медико-санитарной помощи населению

Важнейшим приоритетом в создании современной системы здравоохранения в республике является обеспечение широкой доступности, своевременности и высокого качества первичной медико-санитарной помощи населению. Созданные в этих целях сети сельских врачебных пунктов, семейных поликлиник, станции скорой медицинской помощи и учреждения экстренной медицинской помощи в определенной мере способствуют решению этих задач.

Укрепление учреждений первичной медико-санитарной помощи способствовало уменьшению уровня госпитализации в стационары за период с 1991 г. по 2017 г. в 1,6 раза, а количество обращаемости населения в поликлинические учреждения увеличилось в 2,2 раза с ростом показателя посещаемости на 1 жителя – с 6,5 до 9,7.

Вместе с тем, в системе первичной медико-санитарной помощи остаются не решенными вопросы, связанные с повышением качества оказываемых медицинских услуг. Значительного качественного улучшения требует система патронажа за состоянием здоровья населения, особенно в сельской местности. Анализ обращений на местах свидетельствует о неудовлетворенности населения качеством медицинской помощи, своевременностью ее оказания, особенно в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Существует нерациональное размещение медицинских учреждений, когда одни населенные пункты лишены оперативной доступности к первичной медицинской помощи, в то время как в других она дублируется. Неудовлетворительным остается интеграция деятельности между учреждениями, оказывающими амбулаторно-поликлиническую и

стационарную медицинскую помощь. В качественном совершенствовании нуждается система подготовки врачей общей практики в высших медицинских образовательных учреждениях.

В рамках реформирования системы здравоохранения проводится определенная работа по формированию современной системы оказания первичной медико-санитарной помощи, профилактике и раннему выявлению заболеваний, подготовке квалифицированных медицинских кадров, а также внедрению нового управления в данной сфере.

Кроме того, всё более усиливающиеся в мире эпидемиологические риски требуют совершенствования подходов в деятельности по борьбе с заболеваниями и, исходя из нынешних сложных условий и приобретенного опыта, особенно следует пересмотреть методы работы учреждений первичной медико-санитарной помощи по профилактике, раннему выявлению, точной диагностике и лечению болезней, внедрить совершенно новую систему организации здравоохранения.

В целях повышения качества, эффективности и общедоступности оказываемой населению первичной медико-санитарной помощи, укрепления роли и авторитета медицинских работников в обществе, а также поднятия эффективности реформ, осуществляемых в системе здравоохранения, на качественно новый уровень, был принят Указ Президента Республики Узбекистан №УП-6110 от 12.11.2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ». По данному Указу определены важнейшими направлениями реформирования системы здравоохранения на современном этапе:

всестороннее укрепление, прежде всего, первичной медико-санитарной помощи, внедрение совершенно новой системы медицинской профилактики и патронажа, создание целостной системы формирования здорового образа жизни и обеспечения общественного здоровья населения, охватывающей до уровня каждой махалли и домохозяйства населения, а также системную организацию и широкую пропаганду, в первую очередь, здорового образа жизни и физической активности с привлечением всех имеющихся сил и средств;

создание конкурентной среды в подготовке, переподготовке и повышении квалификации кадров, обладающих глубокими знаниями в сфере, формирование эффективной системы профессионального роста работников на основе передового зарубежного опыта, повышение эффективности, качества и общедоступности медицинской помощи на местах путем развития медицинской науки;

реализацию конкретных практических мер по укреплению роли и авторитета медицинских работников в обществе, формированию в обществе более уважительного отношения к ним, созданию достойных условий труда и увеличению доходов представителей данной профессии, а также усилению социальной защиты медицинских работников;

внедрение современного менеджмента в данную сферу, сокращение излишних бюрократических процедур в процессе управления, повышение эффективности системы финансирования здравоохранения и совершенствование цифровой медицины.

Внедрить усовершенствованную службу медицинской профилактики и патронажа, предусматривающую следующее:

население разделяется на соответствующие группы (базовая группа, группа с низким уровнем риска, группа со средним уровнем риска, группа с высоким уровнем риска и другие) исходя из здоровья и физиологического состояния граждан;

население в зависимости от принадлежности к определенной группе проходит медицинский осмотр в указанные сроки и устанавливается периодическое наблюдение за состоянием их здоровья;

устанавливается постоянное наблюдение за больными, не имеющими возможности самостоятельного посещения медицинских учреждений, оказывается им медицинская помощь с выездом на дом и осуществляется индивидуальный патронаж за ними;

проводятся периодические медицинские скрининговые обследования по определенным заболеваниям исходя из своеобразных особенностей и принадлежности больных к определенной группе;

оптимизируются патронажные осмотры, внедряется обновленная система целевого патронажа;

специальность врача общей практики переименовывается в семейного врача, а также программы дисциплин медицинских высших образовательных учреждений адаптируются к подготовке семейных врачей;

направления в многопрофильные центральные поликлиники районов (городов) и областные больницы для оказания бесплатной медицинской помощи непосредственно выдаются семейными врачами;

льготные рецепты на лекарственные средства и изделия медицинского назначения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи выдаются непосредственно семейными врачами;

создаются «медицинские бригады», состоящие из средних медицинских работников по терапии, педиатрии, акушерству и патронажу, для оказания помощи семейным врачам;

инспекторы по профилактике оказывают содействие семейным врачам в пропаганде здорового образа жизни среди жителей махалли, обеспечивают безопасность вечерних прогулок граждан и проведения спортивных игр. При этом, в зависимости от показателей здоровья населения махалли инспекторы по профилактике каждые 6 месяцев поощряются за счет средств местных бюджетов и других источников;

«медицинские бригады» формируют «медицинские карты» закрепленных за ними территорий в разрезе семей и граждан;

«медицинские бригады» обеспечиваются специальными компьютерами-планшетами и мобильными медицинско-диагностическими средствами в целях упрощения и цифровизации процесса оказания медицинской помощи на местах, сокращения излишней бумажной волокиты.

Установить порядок, в соответствии с которым:

сельские врачебные пункты переименовываются в пункты семейного врача, сельские и городские семейные поликлиники – в семейные поликлиники. При этом, указанные меры осуществляются в рамках действующих штатных единиц;

в пунктах семейного врача, семейных поликлиниках и многопрофильных центральных поликлиниках вводится круглосуточное дежурство медицинских работников исходя из численности населения и необходимости на местах согласно перечню Министерства здравоохранения;

уровень здоровья населения махалли, рост заболеваемости на закрепленной территории, обращения граждан за экстренной медицинской помощью, госпитализация населения и другие критерии устанавливаются в качестве показателей оценки эффективности работы семейного врача;

внедряется новая рейтинговая система оценки эффективности работы семейных врачей и других медицинских работников, по результатам которой они ежеквартально поощряются единовременным денежным вознаграждением от 10-кратного до 30кратного размера базовой расчетной величины за счет дополнительных средств местных бюджетов;

начальник районного (городского) медицинского объединения одновременно является заведующим многопрофильной центральной поликлиникой района (города);

начиная с 1 января 2021 года начальникам районных (городских) медицинских объединений предоставляется право, при необходимости, самостоятельно определять штаты врачей узких специальностей в рамках выделяемых средств;

районные (городские) медицинские объединения по дислокации места осуществления своей деятельности размещаются в зданиях соответствующих многопрофильных центральных поликлиник.

Установить порядок, в соответствии с которым:

начиная с 1 января 2021 года сельские врачебные пункты переименовываются в пункты семейного врача, сельские и городские семейные поликлиники – в семейные поликлиники. При этом, указанные меры осуществляются в рамках действующих штатных единиц;

в пунктах семейного врача, семейных поликлиниках и многопрофильных центральных поликлиниках вводится круглосуточное дежурство медицинских работников исходя из численности населения и необходимости на местах согласно перечню Министерства здравоохранения;

уровень здоровья населения махалли, рост заболеваемости на закрепленной территории, обращения граждан за экстренной медицинской помощью, госпитализация населения и другие критерии устанавливаются в качестве показателей оценки эффективности работы семейного врача;

начиная с 1 января 2021 года внедряется новая рейтинговая система оценки эффективности работы семейных врачей и других медицинских работников, по результатам которой они ежеквартально поощряются единовременным денежным вознаграждением от 10-кратного до 30 кратного размера базовой расчетной величины за счет дополнительных средств местных бюджетов;

начальник районного (городского) медицинского объединения одновременно является заведующим многопрофильной центральной поликлиникой района (города);

начиная с 1 января 2021 года начальникам районных (городских) медицинских объединений предоставляется право, при необходимости, самостоятельно определять штаты врачей узких специальностей в рамках выделяемых средств;

районные (городские) медицинские объединения по дислокации места осуществления своей деятельности размещаются в зданиях соответствующих многопрофильных центральных поликлиник.

Утвержден комплекс мер по дальнейшему совершенствованию организации деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан на 2017 – 2021 годы предусматривающий:

совершенствование нормативно-правовой базы деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи;

повышение качества первичной медицинской помощи, разработку и широкое внедрение современных методов профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения заболеваний;

укрепление материально-технической базы медицинских учреждений первичного звена здравоохранения;

совершенствование системы подготовки и повышения квалификации медицинских кадров.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является важной формой медико-санитарной помощи. Первичная медико-санитарная помощь – это необходимая и важная помощь, которая оказывается в соответствии с потребностями населения, исходя из возможностей населения и страны, при этом активно участвует население, и в том числе каждого человека.

Обеспечение населения первичной медико-санитарной помощью – это государственная политика и тактика, меры здравоохранения, оказываемые на каждом этапе развития страны, в духе социальной справедливости, как можно ближе к месту жительства и работы населения, с использованием всех сил общественности.

ПМСП является основным и бесплатным видом медицинской помощи, предоставляемой государственными учреждениями системы здравоохранения, социальным обеспечением и общественными объединениями и включает в себя:

– Лечение наиболее распространенных заболеваний, травм и других несчастных состояний;

– Проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических медико-профилактических мероприятий;

– Проведение других мероприятий, связанных с охраной семьи, материнства и детства, предоставлением медико-санитарной помощи по месту жительства.

В учреждениях ПМСП работает семейный врач (врач общей практики). Основную часть деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи составляют оказание первичная медико-санитарная помощь

каждому члену семьи, независимо от возраста и пола, разработка и осуществление профилактических мероприятий. По определению й группы экспертов, созданной по решению Второй Европейской конференции по изучению общей практики, «семейный врач (врач общей практики) – это лицензированный выпускник медицинского высшего учебного заведения, который обеспечивает индивидуальную первичную и непрерывную медицинскую помощь для отдельных лиц, семей и населения, независимо от возраста, пола или вида заболевания».

Организация амбулаторно-поликлинической службы

Амбулаторно-поликлинические учреждения впервые созданные в городских, районных и областных центрах, предназначены для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи в поликлинике и на дому. Амбулаторно-поликлиническая служба занимает важное место в системе здравоохранения.

Во-первых, амбулатории и поликлиники являются одними из самых популярных и ближайших к населению медицинских учреждений, в которых более 80% населения в год получают медицинскую помощь.

Во-вторых, деятельность врачей, работающих в таких учреждениях, имеет большое профилактическое значение (своевременная диагностика, своевременное выявление инфекционных заболеваний, пропаганда здорового образа жизни среди населения и др.).

В-третьих, деятельность амбулаторий и поликлиник оказывает существенное влияние на работу других медицинских учреждений. Качество работы поликлиники оказывает сильное влияние, особенно на работу больниц. В частности, чем своевременнее пациенты диагностируются в поликлинике и направляются в больницу, тем короче срок их лечения в стационаре, тем быстрее наступает выздоровление. Чем раньше пациенты получают квалифицированное и качественное лечение в поликлиниках, тем меньше их потребность в лечении в больницах.

Для улучшения работы амбулаторно-поликлинических учреждений следует большое внимание уделить следующим аспектам:

1. Своевременное выявление и лечение заболевания.
2. Оказание необходимой лечебно-оздоровительной помощи населению, проведение их диспансеризации.
3. Укрепление материально-технической базы амбулаторных и поликлинических учреждений.
4. Уделение большого значения пропаганде здорового образа жизни в деятельности поликлиник и выявлению групп факторов риска, вызывающих заболевания.
5. В целях дальнейшего улучшения и совершенствования амбулаторно-поликлинической службы улучшение взаимосвязи между поликлиникой, скорой медицинской помощью и больницей.

Организация деятельности семейной поликлиники

В настоящее время большое значение придается созданию семейных клиник в городах страны. Семейная поликлиника—это медицинское учреждение, предназначенное для оказания первичной медицинской помощи населению до стационара.

Работу поликлиники возглавляет главный врач. Главный врач несет ответственность за качество и культуру лечебно-профилактической помощи, организационной, административно-хозяйственной и финансовой деятельности учреждений. Он разрабатывает и реализует план оказания лечебно-профилактической помощи населению территориально прикрепленного к поликлинике района.

Главный врач проводит подбор и укомплектование учреждения медицинским персоналом и административно-хозяйственными кадрами, несет ответственность за их работу, поощряет сотрудников и привлекает к дисциплинарной ответственности нарушителей трудовой дисциплины, осуществляет расстановку кадров, организует повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала, готовит резерв руководителей подразделений, устанавливает распорядок работы, утверждает графики работы персонала и т.д.

Главный врач назначает своего первого заместителя из наиболее квалифицированных, обладающих организаторскими способностями врачей. В период отсутствия главного врача заместитель исполняет его обязанности. Он отвечает за всю лечебно-профилактическую деятельность учреждения. С этой целью заместитель главного врача организует и контролирует правильность и своевременность обследования и лечения больных на приеме и на дому; следит за постоянным внедрением в практику современных, наиболее эффективных методов профилактики, диагностики и лечения больных, новых организационных форм и методов работы. Он обеспечивает преемственность в обследовании и лечении больных между поликлиникой и стационарами, организацию госпитализации больных, нуждающихся в стационарном лечении, руководит всей профилактической работой, обеспечивает выполнение плана повышения квалификации медицинского персонала. Также организует и контролирует лечебно-контрольные комиссии с обсуждением состояния лечебно-диагностической работы, причин расхождения диагнозов и врачебных ошибок, работу кабинета медицинской статистики.

Штаты семейной поликлиники определяется в соответствии с нормами штатов.

Структура поликлиники включает следующие:

- регистратура;
- кабинеты семейного врача;
- лаборатория клинической диагностики;
- кабинет функциональной диагностики, пункт оральной регидратации;
- кабинет здоровья детей, физиотерапевтическое отделение, отделение центральной стерилизации;

- кабинет статистики или информационной коммуникации;
- бухгалтерия;
- хозяйственная часть.

Семейная поликлиника – лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для снижения заболеваемости на присоединенной территории, взятия на диспансерный контроль здорового населения и больных, оказания больным квалифицированной медицинской помощи, проведения широкого комплекса профилактических мероприятий. Семейная поликлиника оказывает медицинскую помощь населению по территориальному принципу.

Основными задачами поликлиники являются:

1. Осуществление комплексных профилактических мер по выявлению заболеваний, снижению заболеваемости, инвалидности, смертности.
2. Оказание первичной медико-санитарной помощи прикрепленному населению по принципу территории семьи (прием пациентов в поликлинику, оказание медицинской помощи больным на дому и др.).
3. Диспансерное наблюдение за состоянием здоровья населения, проведение соответствующих обследований, лечебных и оздоровительных работ.
4. Проведение лабораторных и инструментальных исследований.
5. Госпитализация пациентов в стационар в установленном порядке.
6. Оказание квалифицированной медицинской помощи пациентам в рамках врача общей практики.
7. Оказание неотложной скорой помощи при несчастных случаях, когда жизнь пациентов находится под угрозой (травмах, отравлениях и других случаях), обеспечение в соответствии с инструкциями транспортировки пациентов в другие лечебно-профилактические учреждения для получения специализированной медицинской помощи.
8. Экспертиза временной нетрудоспособности, выдача листка нетрудоспособности, выдача путевок пациентам с длительной и стойкой утратой трудоспособности напрохождение врачебной трудовой экспертизы.
9. Оказание социальной помощи инвалидам и больным с хроническими заболеваниями совместно с органами социального обеспечения.
10. Проведение санитарно-просветительской работы в семье по следующим вопросам:
 - профилактика инфекционных заболеваний;
 - важность грудного вскармливания, гигиеническое воспитание детей.
 Охрана здоровья детей, подготовка их в образовательные учреждения, профориентация;
 - охрана репродуктивного здоровья, обеспечение безопасного материнства, профилактика нежелательной беременности, контрацепция, этика, психология, социальные и медико-сексуальные аспекты семейной жизни;
 - важность здорового образа жизни, физических упражнений и спорта;
 - вредные привычки и их последствия.

11. Анализ состояния здоровья прикрепленного к семейной поликлинике населения и разработка планов мероприятий по его оздоровлению.

12. Проведение профилактических прививок в установленном порядке. Информирование учреждений санитарно-эпидемиологической службы при выявлении инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваний, отравлений среди населения, нарушении санитарно-гигиенических правил и противоэпидемических требований.

13. Ведение учетно-отчетной документации.

14. Следование принципу взаимодействия с другими медицинскими учреждениями при обследовании и лечении пациентов.

Регистратура является важным компонентом семейной поликлиники, которая регистрирует пациентов, поступающих в поликлинику на прием к врачу, и для оказания медицинской помощи на дому.

В регистратуре выделяется место для записи на прием к врачам и вызова их на дому, выдачи листков нетрудоспособности и справок, а также медицинского архива.

Работу регистратуры возглавляет непосредственно главная медсестра.

Основные функции регистратуры:

1. Осуществление записи на прием к врачам при непосредственном обращении и заранее по телефону.

2. Информирование населения о приеме врача ежедневно, в праздничные и выходные дни, с указанием времени и кабинетов их приема.

3. Предоставление информации о вызове врача на дом, предварительной записи на прием, времени и днях приема главного врача и его заместителя, в аптеках, стационарах, медицинских учреждениях, оказывающих экстренную врачебную помощь в ночное время, в выходные и праздничные дни и их адресах.

4. Регистрация листков нетрудоспособности и справок об утрате трудоспособности в специальном журнале.

5. Регистрация вновь прибывших в семейную поликлинику и уходящих из поликлиники пациентов.

6. Правильное ведение медицинской документации.

Одной из основных функций работы регистратуры является запись посетителей на прием и регистрация вызовов на дом.

Рациональное управление мощным потоком пациентов, обращающихся в амбулаторно-поликлинические учреждения, возможно только при внедрении новых прогрессивных форм организации труда и обеспечении регистратуры оргтехникой.

Вызов врача на дом может быть осуществлен путем обращения непосредственно в регистратуру или по телефону. Принятые вызовы записываются в «Книгу вызовов врача на дом».

В оптимизации работы регистратуры важное место занимает рациональное устройство рабочего места регистратора. Перед окном медицинского регистратора должна быть табличка с указанием номера отделения, фамилии врачей, наименования улиц, которые они обслуживают и количества домов.

В вестибюле поликлиники должна висеть табличка с указанием дней и часов приема врачей, номера приемных. На этой доске указывают дни, время приема, выходные дни главного врача и его заместителей, номера телефонов для вызова врачей на дом, а также адрес стационаров города (района), оказывающих экстренную медицинскую помощь.

Для своевременного оказания скорой медицинской помощи пациентам в регистрационных шкафах амбулаторные карты размещаются по семейно-территориальному принципу, амбулаторные карты каждой семьи-территории – по улицам, домам, квартирам. Чтобы облегчить работу регистратора, каждый врач общей практики имеет соответствующие амбулаторные карты с маркировкой по специальным цветам.

В дальнейшем работу регистратуры можно будет перевести на безбумажный способ, то есть в электронную систему хранения информации. Для этого необходимо создать локальную компьютерную сеть по поликлинике с терминалами в каждой комнате врача, диагностических и лечебных комнатах.

В настоящее время чтобы перейти к вышеуказанному методу существуют объективные проблемы, препятствия, такие как размещение медицинской информации в определенной системе и адаптация амбулаторных карт пациентов к компьютерной системе и принимаются меры для решения этой проблемы.

Правильное ведение медицинской документации имеет большое значение в деятельности регистратуры. Сотрудники регистратуры вместе с лицами, выдавшими документ, несут ответственность за их правильное заполнение.

Обычно население обращается за первичной медицинской помощью к семейному врачу. К каждому врачу общей практики прикрепляется 1300-1500 человек. На 2000 жителей выделяется 1,5 штата должности врача общей практики.

Семейный врач в прикрепленном к нему участке выполняет следующие основные функции:

1. Оказание медицинских услуг по охране здоровья прикрепленного населения, отдельно взятого пациента или все члены семьи, лечение наиболее распространенных заболеваний, их профилактика.

2. Своевременное направление пациентов на консультацию и лечение в специализированные медицинские учреждения.

3. Оказание экстренной медицинской помощи населению обслуживаемой территории в соответствии с соответствующими стандартами.

4. Разработка профилактических мер по снижению травматизма, инвалидности, смертности среди обслуживаемого населения.

5. Пропаганда здорового образа жизни (рациональное питание, курение, борьба с злоупотреблением алкоголем, пропаганда физической культуры и спорта).

6. Организация и проведение комплексных санитарных и противоэпидемических мероприятий: профилактических прививок, анализ санитарного состояния прикрепленной территории и домашних хозяйств, эпидемиологического состояния территории, предупреждение о неблагоприятных эпидемиологических ситуациях.

7. Проведение диспансерного наблюдения за беременными, организация патронажа на дому, при необходимости направление их на обследование у врачей-специалистов, определение для каждой беременной соответствующего лечебного профилактического учреждения для родов, организация наблюдения после родов, снижение врожденных аномалий и наследственных заболеваний.

8. Организация и проведение комплексных мероприятий по формированию навыков здорового образа жизни среди прикрепленного населения, в том числе:

- оздоровление подрастающего поколения;
- охрана материнства и детства;
- предотвращение нежелательной беременности, рациональное планирование семьи, этические, психологические, гигиенические, социальные и другие аспекты семейной жизни;
- беременность, роды и послеродовой период;
- кормление грудью;
- рациональное питание;
- основы санитарии и гигиены.

9. Оказание медицинской социальной помощи и организация патронажа одиноким, престарелым, инвалидам, лицам, страдающим хроническими заболеваниями, совместно с работниками социального обеспечения.

10. Организация и проведение профилактических и целевых медицинских осмотров с целью выявления заболеваний, распространенных среди прикрепленного населения, диспансерное наблюдение дискретизированного населения (дети, подростки, женщины родильного возраста, больные хроническими заболеваниями).

11. Проведение лечебно-профилактических мероприятий по профилактике социально значимых заболеваний (нервно-психических расстройств, кожных заболеваний, злокачественных новообразований, СПИД, и ВИЧ-инфекции).

12. Изучение причин заболеваний населения, временной и стойкой утраты трудоспособности, разработка мер по снижению заболеваемости и травматизма.

13. Совершенствование новых организационных форм и методов оказания медицинской помощи в целях повышения качества и эффективности медицинского обслуживания прикрепленного населения.

14. Экспертиза случаев временной нетрудоспособности в установленном порядке: направление больных в ВКК (врачебную консультативную комиссию) и ВТЭК (врачебно-трудовую экспертную комиссию).

15. Информирование территориальной СЭС при обнаружении инфекционных заболеваний, отравлениях и чрезвычайных ситуациях.

16. Привлечение широкой общественности к разработке и проведению мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения.

17. Своевременное и качественное ведение учетной и отчетной документации.

18. Соблюдение прав пациентов, сохранение конфиденциальности информации о них.

19. Бережное и эффективное использование медицинских инструментов и оборудования.

20. Наблюдение за беременными женщинами, особенно женщинами, входящими в группу «риска», постоянное общение с родильными домами, женскими консультациями.

21. С целью выявления группы здоровья младенцев, первые 3 дня после выхода из роддома посещение дома с медицинской сестрой. Динамическое наблюдение за ними и составление планов по оздоровлению.

22. Прием детей в поликлинику, оценка физического, нервно-психического развития, установление порядка их рационального питания, профилактика рахита, проведение специфических и не специфических профилактических мероприятий.

23. Направление детей на консультации к другим врачам и проведение соответствующих лабораторных исследований.

24. Посещение пациентов на дому в день вызова, оказание соответствующей медицинской помощи, наблюдение за пациентами до выздоровления, наблюдение за больным ребенком в возрасте до одного года каждый день, при необходимости осуществление немедленной госпитализации в стационар; а также информирование заведующему отделением поликлиники о тяжелобольных, не госпитализированным по каким-либо причинам в стационар.

25. Разработка плана профилактических прививок совместно с участковой медсестрой.

26. В дополнение к вышесказанному, одним из важных аспектов функции семейного врача является:

- всестороннее углубленное изучение семьи, то есть проведение генетического анализа здоровья членов семьи;

- наблюдение за каждым членом семьи независимо от пола, возраста, наличия жалоб;

- проведение важной профилактической работы до рождения ребенка в период беременности, а также после рождения ребенка, его воспитания, профилактики заболеваний;

- организация консультаций специалистов по профилактике заболеваний, диагностике и лечению распространенных заболеваний;

- широкая пропаганда здорового образа жизни.

Заведующий отделением играет важную роль в работе поликлиники. На каждые 9 врачей общей практики назначается 1 штат должности заведующего отделением. Если общее число врачей общей практики составляет от 6,5 до 9, то вводится 0,5 штата должности заведующего отделением, в случае если количество врачей еще меньше, чем указано выше, то на одного из врачей возлагаются обязанности заведующего отделением.

В обязанности заведующего отделением поликлиники входит составление совместно с врачами отделения плана и графика лечебно-профилактической работы, контроль лечебно-диагностического процесса, профилактической вакцинации, плановой стационарной госпитализации, диспансеризации, санаторно-курортной работы, руководство и контроль работы СВ по охране

здоровья детей в возрасте до одного года, уделение особого внимания качеству и эффективности труда, рассмотрение дел о временной нетрудоспособности и другие задачи.

Одной из важнейших задач заведующий отделением является повышение квалификации медицинского персонала, и эта работа включает в себя такие функции, как: проведение конференций, обучение новым методам диагностики и лечения, регулярное инспектирование качества и эффективности диагностической работы врачей. Одним словом, заведующий отделением должен быть хорошим опытным практиком, организатором и педагогом.

Основным видом работы врачей поликлиники является диспансерный метод, который является важным фактором повышения качества и эффективности медицинского обслуживания.

Диспансерный метод—это синтез проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Диспансеризация в настоящее время не только является методом работы врачей, но и является неотъемлемой частью повседневной работы всех медицинских учреждений. В настоящее время не найдется ни одного лечебно-профилактического учреждения, которое не занималось бы диспансеризацией. Основная задача диспансеризации включает в себя раннее и активное выявление заболеваний, своевременное начало активного лечения, регулярное активное наблюдение за заболеваниями, работой, улучшением жилищных условий, патронажем.

Целью диспансеризации является сохранение здоровья здоровых людей, профилактика заболеваний, выявление заболеваний на ранних стадиях, предотвращение потери трудоспособности.

Диспансеризация проводится в два этапа:

- 1) диспансерное наблюдение населения;
- 2) проведение лечебно-профилактических мероприятий.

Основные элементы диспансеризации:

1. Активное выявление заболеваний:

- при ежедневном обращении в медицинские учреждения;
- во время профилактических медицинских осмотров;
- во время лечения в больницах;
- при оказании медицинской помощи на дому;

– в процессе наблюдения за лицами, связанными с инфекционными заболеваниями;

- во время санаторно-курортного лечения;

– при анализе заболеваемости населения и причин смертности.

2. Активное наблюдение:

– в зависимости от степени здоровья все обследованные делятся на 3 группы:

- здоровые – к этой группе относятся люди, которые не имеют жалоб, не страдают хроническими заболеваниями в течение жизни (в анамнезе) и имеют нормальное функционирование органов и систем организма при обследовании (Д₁);

- практически здоровые – к этой группе относятся люди, которые испытывают острые и хронические заболевания в течение всей жизни, при этом болезни не влияют на его жизнедеятельность и способность к труду в данный момент (D_1).

- больные – пациенты с хроническими заболеваниями (D_3). Эта группа, в свою очередь, делится на 3 группы в зависимости от типа заболевания, течения, степени утраты трудоспособности: пациенты в состоянии компенсации; субкомпенсации и декомпенсации.

Течение компенсационного периода (D_{3k}) характеризуется меньшим воздействием на состояние пациентов с меньшей нагрузкой на их трудоспособность. D_{3s} – группа (субкомпенсации) характеризуется незначительной тяжестью заболевания и его частыми рецидивами, длительной утратой трудоспособности. D_{3d} – в этой группе пациенты часто находятся в состоянии декомпенсации, что приводит к возникновению различных патологических изменений в организме человека, стойкой утрате трудоспособности.

В каждой группе отдельно выделяются лица с опасными факторами, которые имеют производственный, бытовой и генетический характер.

Диспансерные наблюдения назначаются в зависимости от указанных выше диспансерных групп, например, в группе D_1 раз в год, в группе D_2 – два раза, в группе D_3 – постоянный контроль.

Однако эти рекомендации, имеющие форму шаблона, не всегда могут быть использованы, они должны планироваться в соответствии с индивидуальным состоянием каждого человека. Кроме диспансерных наблюдений, в зависимости от состояния здоровья проводятся лабораторные, рентгенологические и функциональные обследования в каждой диспансерной группе.

3. Активное лечение: пациенты должны активно лечиться в больницах, поликлиниках, на дому, в санаториях. Лечение следует проводить так, чтобы оно носило профилактический характер.

Не дожидаясь обострения болезни, рецидива заболевания; в профилактических целях лечение рецидива следует начинать с раннего вызова пациента. Тогда ожидаемый рецидив, обострение заболевания может быть более легким или может вообще не наступить, что имеет большое экономическое и социальное значение.

4. Медсестринский патронаж – включает в себя следующие функции;

- изучение условий, в которых живет пациент;
- генетическое исследование пациента;
- контроль за своевременным выполнением пациентами установленных врачами мероприятий;
- пропаганда здорового образа жизни, санитарных правил гигиены в каждой семье и т. д.

5. Осуществление профилактических мер на общественных основах, включает в себя следующие задачи:

- пропаганда здорового образа жизни, санитарных правил гигиены и другие работы в каждой семье;

– полное соблюдение санитарных правил гигиены на предприятиях и в учреждениях;

– полное соблюдение техники безопасности;

– предотвращение факторов риска, связанных с производством и бытовым условиям;

– принятие важных мер, направленных на улучшение жилищных условий;

– предотвращение вредных для здоровья привычек.

Таким образом, проведение ежегодной диспансеризации населения является большой ответственной задачей, в выполнении которой должны участвовать не только лечебно-профилактические учреждения, но и органы власти, общественности.

Одна из самых важных работ при проведении диспансеризации всего населения – это отдельный учет всего населения, в зависимости от его состояния здоровья (в зависимости от группы диспансеров) необходимо заполнить «карточку учета диспансеризации». Такая карта ведется на всех проживающих, территориально закрепленных за определенной поликлиникой, в которой наряду с паспортными данными должны фиксироваться болезни, обследования и их результаты.

Для анализа своевременности и регулярности проведения диспансерного наблюдения определяются следующие показатели:

– диспансерный контроль заболевания в преморбидном периоде (диспансерное наблюдение в период функциональных изменений);

– показатели своевременно взятых на диспансерное наблюдение (взятые на диспансерное наблюдение в период до одного месяца после постановки диагноза заболевания);

– поздно взятые на диспансерное наблюдение (взяты на диспансерное наблюдение через 6 месяцев после постановки диагноза заболевания).

Для оценки диспансерного наблюдения используются следующие показатели:

– число систематически наблюдаемых, в процентах;

– число эпизодически наблюдаемых, в процентах;

– число наблюдаемых всего один раз в год, в процентах;

– процентная доля тех, кто не наблюдался в течение года.

Одним из важнейших факторов при проведении диспансеризации является обеспечение преемственности между врачами-специалистами поликлиники, а также между поликлиникой и больницей.

Существуют разные формы согласования между поликлиникой и стационаром: например, при направлении больных из поликлиники в стационар и при письменном обращении друг к другу достаточно сведений о выписываемых из стационара больных, или в поликлинике и стационаре работают врачи в двух подразделениях, а также приглашение амбулаторных врачей на внутрибольничные клинические конференции, чтобы обеспечить согласованность между амбулаторным и больничным.

Для повышения эффективности работы диспансеризации в последнее время в поликлинике открываются отделения реабилитации и лечения. Основная задача таких отделений – лечение заболеваний сердечно-сосудистой,

нервно-психической, опорно-двигательной систем, восстановление здоровья и работоспособности.

Одним из важных аспектов деятельности поликлиники является проведение экспертизы случаев нетрудоспособности, при этом основная задача выполняется лечащим врачом, заведующим отделением, заместителем главного врача по временной нетрудоспособности. Лечащий врач проводит обследование больного, изучает условия труда, выявляет временную нетрудоспособность и выписывает ему больничный лист. После тщательного обследования больного направляют к заведующему отделением или заместителю главного врача для продления срока лечения и больничного листа. При необходимости совместно с заведующим отделением, пациент направляется на коллегию врачебной консультации. Заведующий отделением после тщательного осмотра направленных лечащим врачом пациентов разрешает повторное продление срока нетрудоспособности. Больных с длительным сроком лечения следует осматривать каждые десять дней. Лечащий врач совместно с заведующим отделением рекомендует больных со стойкой инвалидностью нахождение в врачебно-консультационной комиссии, где далее он участвует в решении вопроса о направлении пациента на врачебно-трудовую экспертную комиссию. Проводится контроль лечения временно утративших трудоспособность и состояния потери их трудоспособности.

Объем оказанных медицинских услуг в семейной поликлинике

Мероприятия по охране здоровья населения

Основным направлением деятельности семейного врача является профилактика заболеваний и поддержание здоровья прикрепленного населения. Ниже приведены объемы работ, которые должен осуществлять семейный врач на рабочем месте, в махалле, школе, дошкольных образовательных учреждениях, на дому и на врачебной территории:

1. Мероприятия по пропаганде здорового образа жизни, организуемые и проводимые в целях содействия рациональному питанию, пропаганды активного отдыха, занятий спортом и физической культурой, борьбе с курением и употреблением алкоголя.

2. Осуществление первичных, вторичных и третичных профилактических мер по предупреждению осложнений наиболее распространенных заболеваний и инвалидности.

3. Обеспечение своевременной вакцинации населения.

4. Проведение мероприятий по предупреждению травматизма, несчастных случаев, отравлений.

5. Проведение скрининга среди населения в целях выявления и своевременного лечения заболеваний.

6. Организация и проведение медицинских осмотров среди различных слоев населения: детей дошкольного возраста, женщин родильного возраста, пожилых людей.

7. Проведение и организация медицинских осмотров среди работников производства и сельского хозяйства.

8. Проведение диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями, организация «школ» между различными группами – астматиками, гипертониками и др.

9. Осуществление контроля за рациональным использованием лекарственных средств.

10. Проведение мероприятий по борьбе с социально значимыми, наиболее распространенными заболеваниями: туберкулез, кожно-венерические и опухолевые заболевания.

11. Борьба с инфекционными заболеваниями в сотрудничестве с районным СЭС.

12. Привлечение общественных организаций к разработке и проведению мероприятий, направленных на охрану здоровья населения.

13. Защита прав пациентов и повышение их грамотности.

14. Ежегодно проведение аудита (проверка и анализ) деятельности поликлиник и ПСВ, врачей и медицинских сестер по улучшению качества оказываемых ими медицинских услуг.

Профилактические мероприятия в семейной поликлинике

1. Разработка мероприятий по организации и проведению санитарно-просветительской работе, пропаганде здорового образа жизни и рационального питания.

2. Борьба с алкоголем, курением, наркоманией и вредными привычками, пропаганда физической культуры и спорта.

3. Проведение профилактических мероприятий против СПИД, ВИЧ, туберкулеза, онкологических заболеваний, травм и отравлений среди прикрепленного населения.

4. Организация и проведение профилактических осмотров по выявлению заболеваний, при необходимости организация консультаций ЦРБ, ЦГБ и других лечебно-профилактических учреждений.

5. Организация диспансеризации среди населения, в том числе среди детей до 15 лет, подростков (15–17 лет), призывников (18–27 лет), женщин фертильного возраста (15–49 лет), работников сельского хозяйства (хлопковод, пастух, механизатор, контактирующих с ядовитыми химическими веществами).

6. Проведение медицинских осмотров и патронаж молодых семей и молодых людей, вступающих в брак.

7. В целях предотвращения возникновения генетических заболеваний (дефектов в родах) совместно с комитетом женщин, махаллинскими комитетами проводить агитационную работу по борьбе с близкими родственными браками.

8. Доведение до территориальных СЭС и ЦРБ фактов выявления инфекционных заболеваний, отравлений и чрезвычайных ситуаций.

9. Широкое привлечение общественных организаций к разработке и проведению мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения.

Объем до стационарной экстренной медицинской помощи населению и детям

1. Коллапс, кома (гипогликемическая, диабетическая, печеночная, уремиическая), шок (анафилактический, гиповолемический, постгеморрагический, инфекционно-токсический, травматический, кардиогенный).
2. Всех этиологических видов асфиксии (детская асфиксия, инородное тело, утопление, повешение и т. д.).
3. Острая дыхательная недостаточность: отек гортани, астматический статус, синдром бронхообтурации, пневмоторокс, отек легких.
4. Острая сердечная недостаточность: параксизмальная тахикардия, мерсальный пароксизм, синдром Морганьи – Адамса – Стокса, острая потеря крови и кровотечение, гипертонический криз, эклампсия, острая остановка сердца, клиническая смерть.
5. Острый синдром живота: печень, почечная колика, острая остановка мочеиспускания.
6. Травмы головы и позвоночника.
7. Судорожный синдром, характерный для различной этиологии: эпилептический статус, гипертермический синдром, синдром дегидратации, острые аллергические реакции, тиреотоксический криз.
8. Ангионевротический отек (отек Квинке).
9. Термический и химический ожоги глаз, повреждение глазных яблок и орбиты, острый приступ глаукомы.
10. Поражение электрическим током, ожоги, двойные и множественные травмы (травмы и переломы), укусы животных и укусы насекомых.
11. Отравления (снотворным, углекислым газом, органическими соединениями фосфора, кислотами, щелочами, грибами, продуктами питания).
12. Алкогольная делирия.

Перечень процедур первичной врачебной помощи, оказываемой в экстренных случаях

1. Сердечно-легочная реанимация (АВС):
 - очистка дыхательных путей (механическая и отсасывающая очистка полости рта);
 - нормализация дыхания (с помощью мешок Амбу, ИВЛ);
 - непрямой массаж сердца;
 - парентеральное введение лекарств и жидкостей.
2. Удаление инородных тел из дыхательных путей.
3. Удаление инородных тел из глаз, носа и ушей;
4. Наложение жгута, тампона и перевязки при кровотечении;
5. Катетеризация мочевого пузыря с помощью мягкого катетера;
6. Промывание желудка, клизма;
7. Наложение иммобилизационной шины;
8. Иммобилизация шейного отдела позвоночника;

9. Применение обезболивающих средств при переломах;
10. Использование кислорода;
11. Пункция плевральной полости при пневмотораксе с натяжением (клапана);
12. Коникотомия;
13. Сифонная клизма;
14. Введение сыворотки и анатоксина против столбняка.

Перечень заболеваний, при которых медицинская помощь должна быть оказана семейным врачом в условиях семейной поликлиники

Объем медицинской помощи, оказываемой врачом общей практики, перечень обследований, методов лечения и заболеваний приведены в квалификационной классификации врача общей практики.

Медицинские процедуры, проводимые в семейных поликлиниках

1. Написание рецепта на латинском языке.
2. Обследование пациентов с помощью пальпации, перкуссии, аускультации и проведение антропометрических измерений.
3. Измерение артериального давления в руках и ногах.
4. Работа на аппаратах ЭКГ, получение самостоятельных ЭКГ и их анализ.
5. Взятие крови на исследование гемограммы.
6. С помощью фотометрического метода определение количества эритроцитов, лейкоцитов, гемоглабинов и скорости оседания эритроцитов (СОЭ).
7. Подготовка мазка из крови для расчета лейкоцитарной формулы и её расчет.
8. Анализ клинического значения показателей крови и мочи, определение количества сахара в крови, трансферазы (АЛТ, АСТ), билирубина, мочевины.
9. Исследование свойств каптограммы при нормальных и патологических процессах в разных возрастных группах.
10. Определение физико-химических свойств мочи, применение современных экспресс-методов, методов определения количества белка, сахара, ацетона и желчных пигментов в моче, микроскопия мочевых отложений, метода Нечипоренко и клиническая оценка.
11. Первичное купание младенцев, оценка по шкале Апгара, проведение мероприятий по омоложению, применение фиксирующих связей при переломе плеча и бедренной кости; первичное обеззараживание пупочной раны при родах в домашних условиях.
12. Риноскопия, фарингоскопия, отоскопия, промывание наружных ушных и ушных лаков, получение мазков из носа и глаз для бактериологических исследований, определение степени потери слуха.
13. Офтальмоскопия, определение офтальмотонуса методом тонометра Маклокова или пальпатора, определение остроты зрения с помощью таблицы

и приблизительно, оценка зрения, простое выворачивание век, удаление поверхностных инородных тел из конъюнктивы, помощь при травмах глаз, ожогах, доврачебная помощь, методы моно- и бинокулярной повязки.

14. Рациональный выбор антибактериальных препаратов.

15. Методы искусственного дыхания с респиратором и рукой, методы удаления веществ из полости рта механическим способом или с помощью отсоса, методы коникотомии и интубации трахен.

16. Непрямой массаж сердца, определение количества инфузионных средств и введение их в вену.

17. Искусственное вызывание рвоты и промывание желудка, зондирование желудка пероральным и назогастральным путем, стационарная помощь при ожогах пищевода, расчет оральной и инфузионной регидратации и дезинфекции, методы очищающей клизмы.

18. Исследование пальцем и инструментальным (ректальное зеркало) методом прямой кишки, исправления выпавшей прямой кишки.

19. Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером, техника поверхностной пункции мочевого пузыря, коррекция парафимоза, обеззараживание (деконтаминация) полового члена при балантите и баланапастите, исследование предстательной железы.

20. Техника обеззараживания рук при небольших хирургических вмешательствах, наложение швов и удаление хирургических нитей, обеззараживание зубных ран и ожоговых участков, трещин и дренаж гнойных ран (панариция, абсцесс, флегмона), зондирование полостей, удаление бородавок на языке, удаление инородных тел из мягких тканей, способывведения анатоксина и сыворотки против столбняка.

21. Техника размещения и транспортировки пациента при повреждении крупных суставов, наложения мягкой повязки, вставки и удаления лангета, проволочной и транспортной шины, обезбаливания в месте перелома, спинномозговой травме и переломов костей. Временное прекращение кровотечения при наружных кровотечениях.

22. Оказание до стационарной помощи при ожогах, удушьях, утоплениях, электрических травмах, укусах насекомых и животных.

23. Методы блокады с новокаином при паранефральных и других случаях. Проводниковая анестезия.

24. Назначение диабетической диеты и нежирных, обезжиренных диетических продуктов.

25. Формула определения полового развития.

26. Акушерское обследование влагалища, взятие смазка методом Папаниколау, скрининг на наличие опухоли в шейке матки, определение степени чистоты влагалища.

27. Гинекологическое обследование, в том числе бимануальное обследование с зеркалом.

28. До стационарная помощь при травме гениталий.

29. Первичная врачебная помощь в экстренных неотложных ситуациях при беременности.

30. Современные способы контрацепции.

31. Анализ функциональных диагностических тестов.

Контрольные вопросы

1. На основе каких принципов организуется лечебно-профилактическая помощь населению?
2. Какие изменения произошли со дня независимости по настоящее время в лечении больных в стационарных условиях, положительные и отрицательные стороны этих изменений.
3. С какой целью созданы медицинские бригады и кто входит в их состав?
4. Почему амбулаторно-поликлинические учреждения играют важную роль в системе здравоохранения?
5. Каким мерам следует придавать особое внимание для улучшения работы амбулаторно-поликлинических учреждений?
6. Какие права и обязанности имеет главный врач семейной поликлиники?
7. Какие основные функции выполняют поликлиники?
8. Какие основные функции осуществляет регистратура в семейной поликлинике?
9. Какие задачи выполняет семейный врач?
10. Основные элементы диспансеризации?
11. Какие функции выполняют патронажные медсестеры?
12. Какие виды медицинской помощи предоставляются в семейных поликлиниках и пунктах семейного врача?

Глава 21. ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

На современном этапе развития здравоохранения большое значение имеет организация стационарной службы для населения. Медицинская помощь стационарного типа оказывается в различных медицинских учреждениях (больницах различного типа, клиниках, специализированных медицинских центрах, диспансерах, родильных домах и т. д.) в зависимости от характера, вида и состояния течения заболевания, возраста больного.

Стационарная помощь в основном применяется при тяжелых заболеваниях, требующих сложной диагностики и лечения, сложных методов обследования, хирургических методов лечения, постоянной интенсивной терапии и регулярного врачебного наблюдения.

Основная и ведущая роль в системе больничной медицинской помощи занимает многопрофильная больница. Стационары различаются в зависимости от типа, профиля, местоположения и подчиненности больниц. В зависимости от административно-территориального расположения и управления больницы подразделяются на республиканские, областные, городские, районные и сельские.

В соответствии с профилем и этапом медицинской помощи созданы центральная районная больница районного медицинского объединения, областные многопрофильные медицинские центры и специализированные больницы, республиканские специализированные центры и специализированные научно-практические медицинские центры.

Городская больница—это медицинское учреждение, предназначенное для оказания высококвалифицированной специализированной стационарной (поликлинической) помощи населению.

Городская больница (стационар) обычно имеет следующий состав.

1. Приёмное отделение.
2. Профильные отделения (терапия, хирургия, неврология, кардиология, пульмонология и т. д.).
3. Вспомогательные лечебно-диагностические отделения (рентген кабинет, лаборатория, физиотерапия, функциональная диагностика, аптека и т. д.).
4. Административно-хозяйственный отдел (руководство, кухня, бухгалтерия, кабинет статистики, канцелярия).
5. Отделение патологической анатомии.

В задачи городской больницы входит:

- оказание высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи;
- обеспечение связи между стационаром и поликлиникой;
- внедрение в практику здравоохранения современных методов профилактики, диагностики и лечения;

- развитие и совершенствование организационных форм и методов работы учреждения;
- широкое участие в проведении профилактических мероприятий;
- участие в диспансеризации населения;
- проведение санитарно-просветительной работы и широкая пропаганда здорового образа жизни среди пациентов и населения;
- углубленный анализ причин заболеваемости и смертности населения и разработка мер по их снижению;
- разработка мер по повышению качества и эффективности оказываемой лечебно-профилактической помощи населению.

Помимо проведения лечебно-диагностических, оздоровительных, профилактических мероприятий, больница занимается повышением квалификации медицинского персонала.

ВОЗ предложила систематизировать функции современной больницы и объединить их в 4 группы:

- восстановительные (диагностика и лечение заболеваний, реабилитация и неотложная помощь);
- профилактические (лечебно-оздоровительная деятельность, профилактика инфекционных и хронических заболеваний, инвалидности и т.д.);
- учебные (подготовка медицинского персонала и его последипломная специализация);
- научно-исследовательские.

При строительстве больниц необходимо соблюдать следующие основные принципы:

– содействие отдельным группам населения (детям, женщинам в родах, ведущим промышленным предприятиям), а также некоторым категориям (психическим, онкологическим, туберкулезным и др.) удовлетворение потребностей пациентов в больнице в полном объеме и в приоритете;

– плановое и пропорциональное развитие стационарной и внебольничной медицинской помощи;

– подход к развитию больниц, исходя из специфики каждого региона, района, города и области.

Возглавляет больницу главный врач. Он отвечает за всю лечебно-профилактическую, административно-хозяйственную и финансовую деятельность. Главный врач организует и контролирует правильность и своевременность обследования и лечения больных, уход за ними, повышение квалификации медицинского персонала, правильность ведения историй болезни, обеспеченность больницы медицинским и хозяйственным оборудованием. Он систематически анализирует показатели деятельности больницы, финансово-экономическую деятельность стационара, контролирует правильность расходования материалов и медикаментов, отвечает за санитарное состояние больницы, за подбор и расстановку кадров и т. д.

В больницу пациенты могут быть госпитализированы несколькими способами: по направлению поликлинику, по помощи скорой помощи, при непосредственном обращении пациента, при направлении в другую больницу.

Одним из главных отделений больницы является приемное отделение, в состав приемного отделения входят:

1. регистратура;
2. комната дежурного врача;
3. комната скорой и неотложной помощи;
4. комната наблюдения пациентов;
5. санитарно-гигиеническая комната (санпропусник) и т. д.

Задачи приемного отделения:

- прием больных;
- решение вопроса о необходимости госпитализации;
- регистрация больных и учет их движения в стационаре;
- сбор анамнеза и первичная постановка диагноза;
- распределение больных по отделениям;
- предоставление информации о состоянии здоровья пациентов;
- учет госпитализированных пациентов;
- оказание неотложной медицинской помощи и лечение пациентам в приемном отделении;
- проведение санитарно-гигиенических осмотров больных;
- санитарная очистка и хранение одежды и вещей госпитализированных больных.

Основные документы приемного отделения:

1. Журнал для регистрации пациентов, которые были приняты в больницу или которым было отказано.

2. Карта стационарного больного.

Из приемного отделения больной поступает в лечебное (клиническое, медицинское) отделение. Отделения стационара обычно формируются по профилю патологии — хирургические, терапевтические, урологические и т. д. Оборудование палат и оснащение отделений зависят от их профиля и диктуются спецификой работы и необходимостью создания наиболее благоприятных условий для лечения больных и выполнения персоналом служебных обязанностей. Штаты отделений зависят от числа коек, типа и профиля учреждения.

Возглавляет работу лечебного отделения заведующий. На должность заведующего отделением больницы назначается квалифицированный врач, имеющий опыт работы по соответствующей специальности. Заведующий отделением осуществляет непосредственное руководство деятельностью медицинского персонала отделения и несет полную ответственность за качество и культуру медицинской помощи больным.

Режим работы среднего медицинского персонала может составлять 2 и 3 смены. Самый удобный — это режим работы в 3 смены, который гарантирует, что в утреннее и дневное время в отделении будет постоянно находиться одна медсестра. Так как в этот период в отделении проводится лечебно-процедурная работа: в основном проводится осмотр больных, прием, выписка их из больницы, выполнение назначений врача.

Большую роль в своевременном оздоровлении пациента играет лечебно-охранительный режим в стационаре.

Лечебно-охранительный режим — это система мер, направленных на создание оптимальных условий пребывания в больнице. Основными элементами лечебно-охранительного режима являются:

1) устранение или максимальное уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды (неудобные постели, плохое освещение, низкая или излишне высокая температура в палатах, дурные запахи, стоны или крики больных, шум, невкусно приготовленная и не-своевременно поданная пища и др.);

2) борьба с болью и страхом боли, психологическая подготовка к операциям, применение анестезирующих средств при болезненных перевязках;

3) организация режима дня больного, удлинение физиологического сна, сочетание покоя с допустимой физической активностью больных, общение с родственниками и близкими больного);

4) соблюдение внутреннего порядка и вселение в пациентов уверенности в выздоровлении;

5) соблюдение персоналом принципов медицинской этики, высокая культура медицинского персонала, строгое соблюдение медицинской тайны, правильное хранение медицинской документации, доброжелательные взаимоотношения между медицинским персоналом.

Одним из основных показателей профилактической работы, проводимой в стационарах, является рациональное, эффективное использование коечных мест. Потому что каждое свободное место не только сокращает объем медицинской помощи, но и наносит огромный экономический ущерб. Затраты на пустые койки всего лишь на 25% меньше затрат на используемые койки.

Для полного использования коек в больницах необходимо:

1) наличие полного медицинского основания для госпитализации у всех поступающих пациентов;

2) повышение качества анализов, проведенных в поликлинике, и обеспеченности, чтобы они не были повторными в стационарных условиях;

3) улучшение уровня оказания помощи пациентам на дому;

4) широкое использование услуг дома престарелых и инвалидов;

5) повышение качества и широкое использование медицинских услуг, предоставляемых стационарами в сельской местности, поскольку определенная часть сельского населения в большинстве случаев необоснованно направляется на лечение в городские больницы.

В приемном отделении для каждого пациента, госпитализированного в стационар, заполняется «карта стационарного больного» и вместе с пациентом направляется в отделение. В отделении врач-ординатор заполняет её. Карта стационарного больного является важным медицинским документом, который выполняет несколько важных функций:

- карта имеет большое практическое значение – в ней сосредоточена основная лечебно-диагностическая информация о больном, в ней отражается динамика течения заболевания;

- карта имеет педагогическое значение для обучения студентов, ординаторов, аспирантов, медсестер;

- этот документ имеет и большое научное значение – многие научные клинико-статистические заключения основываются на данных карт стационарного больного;

- юридическое значение карты заключается в том, что она в ряде случаев служит основным документом, являющимся главным свидетелем обвинения или защиты врача.

Поэтому данные, содержащиеся в карте стационарного больного, должны быть обобщены и четко описаны. При выписке пациента со стационара «карта стационарного больного» после того, как с ней ознакомится заведующий отделением, заместитель главного врача по лечебной работе или главный врач, её передают в медицинский архив учреждения для хранения. При выписке больного из стационара врач-ординатор выписывает и передает пациенту эпикриз-заключение с подписью заведующего отделением, указывая течение болезни, состояние больного при выходе из стационара.

Контрольные вопросы

1. Что вы знаете об уровне обеспеченности республики стационарными медицинскими учреждениями?
2. Из каких отделений состоит больница?
3. В чем заключаются основные функции больницы?
4. Всемирная организация здравоохранения делит основные функции современной больницы на 4 группы, какие это функции?
5. Какие специалисты работают в приемном отделении крупной городской больницы?
6. Какие задачи выполняет приемное отделение больницы?
7. Основные документы в приемном отделении больницы?
8. Назовите основные элементы лечебно-охранительного режима?
9. Что необходимо сделать, чтобы в полной мере использовать больничные места?
10. Какую информацию содержит карта стационарного больного и для чего она необходима?

Глава 22. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

В настоящее время проводятся необходимые мероприятия по улучшению охраны здоровья и обеспечению качественными медицинскими услугами сельского населения, квалифицированными кадрами, материально-технической базой ПСВ, поликлиник и амбулаторий, станций и отделений скорой помощи.

Плохие социальные условия в сельской местности, повышенное негативное воздействие экологических условий на людей еще больше увеличивают потребность населения в медицинской помощи. Это налагает еще большую ответственность на работников здравоохранения, включая создание и надзор за медицинскими учреждениями, обслуживающими сельское население. Медицинское обслуживание сельского населения организуется исходя из особенностей сельских условий. К этим особенностям относятся:

- низкая (по сравнению с городом) плотность населения;
- сезонность сельскохозяйственных работ;
- отдаленность некоторых сел с районным центром;
- плохое качество, а порой и отсутствие дорог;
- особенности условий, образа жизни, национальных традиций и обычаев сельского населения;
- низкая обеспеченность специалистами и т. д.

Одной из главных особенностей организации медицинского обслуживания сельского населения является его поэтапность.

Лечебно-профилактическая, санитарно-профилактическая помощь сельскому населению оказывается комплексными медицинскими учреждениями, начиная от семейной поликлиники пункта семейного врача до областных учреждений.

Районное медицинское объединение

В целях дальнейшего повышения качества медицинской помощи населению в районах (городах) организовано районное (городское) медицинское объединение. Районное (городское) медицинское объединение создается на базе центральной районной (городской) больницы, а в городе Ташкенте – многопрофильных центральных районных поликлиник. Объединение в своей деятельности подчиняется двустороннему управлению – хокимияту соответствующей территории и территориальному органу управления здравоохранением. Объединение представляет собой клиническую учебную базу по подготовке и переподготовке медицинских работников.

Состав медицинского объединения и его управление

Основными составляющими объединения являются центральная районная (городская) больница с отделением неотложной медицинской помощи, многопрофильная центральная районная (городская) поликлиника, сельские врачебные пункты, семейные поликлиники (в городах), диспансеры, акушерские комплексы, специализированные больницы, частные медицинские учреждения; в городе Ташкенте – многопрофильная центральная районная поликлиника, семейные поликлиники, диспансеры (без фонда больничных коек), детские дома, частные медицинские учреждения; в городе Ташкенте – многопрофильная центральная районная поликлиника, семейные поликлиники, диспансеры (без фонда больничных коек), частные медицинские учреждения.

Управлением объединения занимается главный врач центральной районной (городской) больницы, а в городе Ташкенте – главный врач центральной районной многопрофильной поликлиники. Стационарные учреждения города Ташкента (больницы, родильные дома и др.) имеют статус городских и находятся в ведении Управления здравоохранения города Ташкента.

Цель и основные задачи объединения. Целью деятельности объединения является:

- создание современной организационной структуры первичного звена здравоохранения, обеспечивающей единое организационно-методическое руководство и контроль качества оказываемых населению медицинских услуг;

- организация качественно нового уровня оказания методической помощи сельским врачебным пунктам, семейным поликлиникам и другим медицинским учреждениям в осуществлении лечебно-профилактических, санитарно-просветительских мероприятий и медицинских реабилитационных услуг.

Основные задачи объединения:

- оказание качественной первичной амбулаторно-поликлинической помощи населению;

- осуществление организационно-методического руководства по оказанию первой неотложной и экстренной медицинской помощи, стационарному лечению больных, а также руководство сельскими врачебными пунктами, семейными поликлиниками, другими медицинскими учреждениями района (города);

- осуществление профилактической работы и действенных мер по профилактике заболеваний, прежде всего инфекционных и вирусных заболеваний;

- обеспечение эффективного санитарно-эпидемиологического надзора;

- внедрение стандартов диагностики и лечения при оказании медицинской помощи пациентам, а также контроль за их соблюдением районными (городскими) медицинскими учреждениями;

- организация работы по повышению медицинской культуры и пропаганде здорового образа жизни среди населения в семье;

– разработка и реализация мер по расстановке, рациональному использованию, повышению квалификации и воспитанию медицинских кадров;

– прогнозирование, финансирование и организация материально-технического обеспечения районных (городских) учреждений здравоохранения.

Пункт семейного врача

Пункт семейного врача (далее – ПСВ) является лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным для оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению на определенной территории.

ПСВ организуется в сельской местности с учетом системы расселения населения, численности и уклада населенных пунктов, сферы обслуживания, развития дорожной сети, особенностей сельского хозяйства, производства и других видов производства.

ПСВ в зависимости от численности обслуживаемого населения может быть:

обслуживающий до 1500 человек – первый тип;

обслуживающий от 1500 до 3500 человек – второй тип;

обслуживающий от 3500 человек до 6000 человек – третий тип;

обслуживающий от 6000 человек до 10000 человек – четвертого типа.

Численность штатного состава врачей ПСВ определяется в зависимости от типа ПСВ и численности обслуживаемого населения.

Цели и задачи ПСВ

Целью деятельности ПСВ является организация оказания участковым врачом качественной первичной медико-санитарной помощи сельскому населению.

Основными задачами ПСВ являются:

– оказание сельскому населению медицинских услуг по профилактике и лечению наиболее часто встречающихся заболеваний как на уровне отдельных пациентов, так и всей семьи;

– своевременное медицинское консультирование, направление по показаниям пациентов в специализированные медицинские учреждения для госпитализации в случаях редко встречающихся заболеваний либо тяжелых и нетипичных вариантов течения болезни;

– оказание догоспитальной экстренной медицинской помощи населению обслуживаемой территории в соответствии со стандартами диагностики и лечения;

– проведение мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости, травматизма, инвалидности, смертности среди обслуживаемого населения;

– организация профилактических и целевых медицинских осмотров, в первую очередь детей, подростков, женщин детородного возраста, одиноких, престарелых, инвалидов, хронических больных, с целью выявления заболеваний, проведения мероприятий по борьбе с социально значимыми

заболеваниями, включая туберкулез, кожно-венерические болезни, злокачественные новообразования, СПИД и ВИЧ-инфекции;

– организация и проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий (профилактические прививки, текущий санитарный надзор за учреждениями и объектами, водоснабжением и очисткой населенных мест), мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, в том числе рациональному питанию, борьбе с употреблением алкоголя, курением и другими вредными привычками;

– организация патронажа и оказание медико-социальной помощи одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, совместно с работниками социальной помощи;

– проведение в установленном порядке экспертизы временной нетрудоспособности, направление больных на ВКК и ВТЭК для проведения врачебной экспертизы состояния здоровья и трудоспособности, разработка мер по снижению заболеваемости и травматизма;

– проведение мероприятий по приближению внебольничной помощи к работникам сельского хозяйства в период массовых полевых работ;

– проведение лабораторных и инструментальных исследований в соответствии со стандартами оснащения и диагностики.

Главной фигурой, оказывающей квалифицированную медицинскую помощь населению в ПСВ является семейный врач.

Врач общей практики ведет прием больных в ПСВ и на дому, оказывает экстренную и неотложную медицинскую помощь, проводит комплексные профилактические, иммунологические, санитарно-противоэпидемические, диагностическо-лечебные и реабилитационные мероприятия.

СВ, исходя из своей квалификации, помогает решать медико-социальные проблемы семьи.

ПСВ во взаимодействии с медицинскими работниками принимает меры по охране здоровья населения репродуктивного возраста и снижению заболеваемости и смертности среди детей и матерей.

Состав ПСВ и управление его деятельностью

Структура ПСВ зависит от ее типа и численности обслуживаемого населения. В общем, структура ПСВ представлена на рисунке ниже. Руководство ПСВ осуществляет заведующий, назначаемый и освобождаемый от занимаемой должности начальником районного медицинского объединения в установленном порядке.

Основные функции заведующего ПСВ

Основными функциями заведующего ПСВ являются:

– Руководство деятельностью ПСВ, организация работы и ответственность за результаты работы учреждения.

– Обеспечение эффективного и рационального управления финансово-хозяйственной деятельностью ПСВ в рамках законодательных и нормативно-правовых актов.

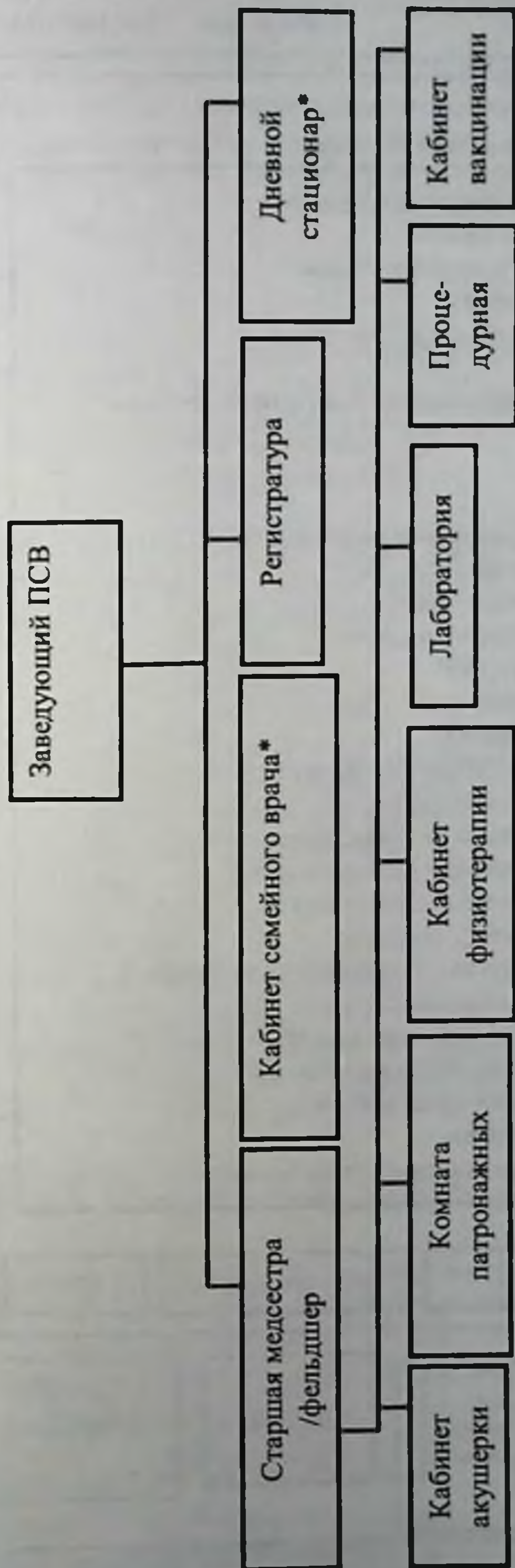


Рис. 22.1. Организационная структура семейных врачебных пунктов

Зам. начальника по амбулаторно-поликлинической помощи - заведующий центральной районной многопрофильной поликлиникой
Зам. начальника

Главный санитарный врач района

I. Регистратура

II. Диагностическое отделение:

1. Рентгенкабинет (с флюорографией)
2. Кабинет УЗИ
3. Кабинет ЭКГ
4. Лаборатория (клиническая, биохимическая, бактериологическая, серологическая)
5. ЭЭГ, ЭхоЭГ, РЭГ
6. Эндоскопический кабинет

III. Кабинеты специалистов поликлиники:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Кардиолог | 18. Уролог |
| 2. Пульмонолог | 19. Офтальмолог |
| 3. ЛОР | 20. Акушер-гинеколог |
| 4. Нефролог | 21. Нарколог |
| 5. Гематолог | 22. Стоматолог |
| 6. Эндокринолог | 23. Педиатры |
| 7. Ревматолог | 24. ДЕТСКИЙ Гастроэнтеролог |
| 8. Невролог | 25. Детский хирург |
| 9. Аллерголог | 26. Детский инфекционист |
| 10. Гастроэнтеролог | 27. Детский кардиоревматолог |
| 11. Психиатр | 28. Детский невропатолог |
| 12. Кок-венеролог | 29. Детский гинеколог |
| 13. Инфекционист | 30. Участковые терапевты и педиатры |
| 14. Хирург | 31. Подростковые врачи |
| 15. Онколог | 32. Врач-специалист по ВТЭ |
| 16. Травматолог-ортопед, рабиолог | 33. Детский эндокринолог |
| 17. ДЕТСКИЙ ЛОР | 34. Детский офтальмолог |
| | 35. Иммунолог |

IV. Отделение централизованной стерилизации

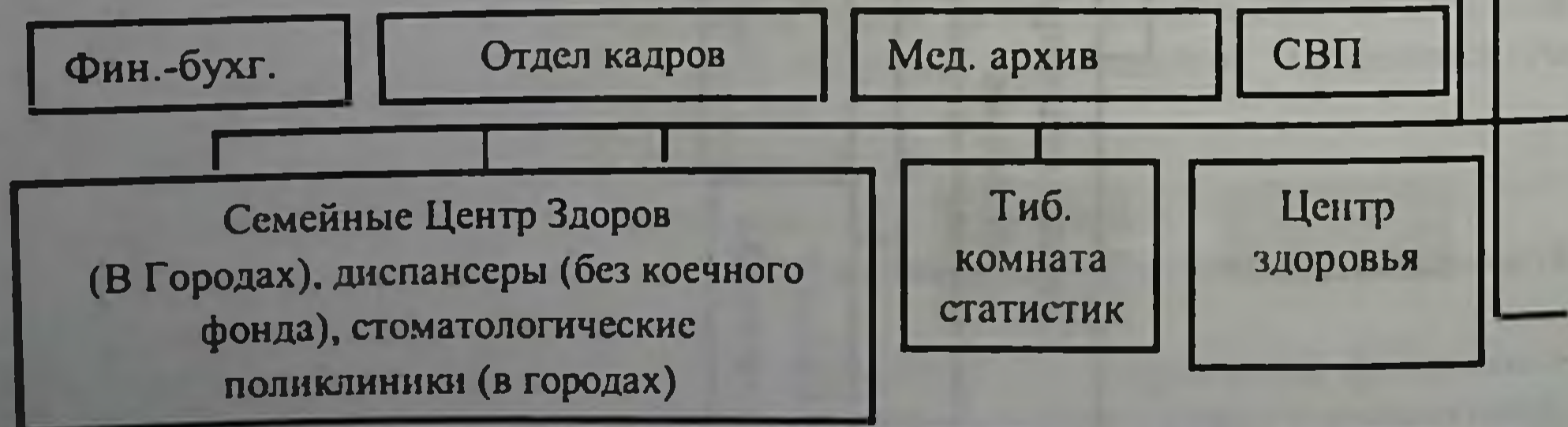


Рис. 22.2- Структура районного (городского)

Главный врач ЦРБ (ЦГБ)

Центральная районная (городская) больница

I. Диагностическое отделение:

1. Рентгенкабинет
2. Кабинет УЗИ
3. Кабинет ЭКТ
4. Лаборатория (клиническая, биохимическая, бактериологическая)
5. ЭЭГ, РЭГ, ЭхоЭГ
6. Эндоскопический кабинет

II. Стационарный блок:

1. Приемное отделение
2. Плановое хирургическое отделение
3. Отделение ЭМП с реанимацией и со станцией скорой медицинской помощи
4. Детское отделение
5. Родильное отделение
6. Терапевтическое отделение
7. Инфекционное отделение

III. Административно-хозяйственная часть

IV. Вспомогательные службы:

1. Инженерно-технический отдел
2. Гараж
3. Пищеблок
4. Прачечная
5. Отделение переливания крови

V. Патанатомическое отделение

VI. Отделение централизованной стерилизации

VII. Дезинфекционно-камерный блок

VIII Инсертатор

Аптека

Фин.-бухг.
служба

Отдел
кадров

Мед. архив

Организа-
ционно-
методически

Библиотека

Акушерские комплексы.
специализированные больницы
и диспансеры (с коечным
фондом)

Частные
медицинские
учреждения

Участковый
санитарный
врач

медицинского объединения *tibbiyot*

- Обеспечение ПСВ лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, контрацептивными средствами для оказания первичной медико-санитарной помощи населению.
- Проведение анализа работы всего персонала ПСВ, на основании которой разрабатываются мероприятия по улучшению качества оказываемой медицинской помощи населению.
- Изучение причин заболеваемости, в том числе заболеваемости с временной и постоянной утратой трудоспособности, проведение мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости, травматизма, инвалидности и смертности среди обслуживаемого населения.
- Совершенствование организационных форм и методов оказания медицинской помощи прикрепленному населению для повышения качества и эффективности медицинских услуг.
- Соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в ПСВ, а также ответственность за полный охват подлежащего профилактическим прививкам контингента на обслуживаемой территории.
- Обеспечение проведения обсервационных мероприятий в очагах инфекционных заболеваний.
- Разработка и реализация мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья прикрепленного населения совместно с общественностью.
- Разработка и реализация мероприятий по охране здоровья детей и матерей, а также по охране репродуктивного здоровья населения.
- Предоставление в РМО форм государственной отчетности и ежегодного отчета с указанием проделанной работы ПСВ на прикрепленном участке.
- Организация конференций по повышению квалификации сотрудников ПСВ в соответствующих медицинских учреждениях и других общественных и профессиональных организациях, чья деятельность не противоречит целям и задачам врача общей практики.

Основные функции семейного врача пункта СВ

Семейный врач ПСВ – врач общей практики с высшим образованием по специальности «лечебное дело» – является квалифицированным специалистом с правом оказания широкого спектра первой медицинской помощи и профилактических мероприятий населению, прикрепленному к ПСВ, независимо от их возраста.

Основными задачами семейного врача являются следующее:

- определение факторов риска развития наиболее распространенных заболеваний у территориально прикрепленного населения в рамках его обязанностей, предоставление медицинских услуг, такие как скрининг, диагностика, лечение и реабилитация, при этом: оказание скорой и неотложной до стационарной медицинской помощи прикрепленному населению на основе диагностических и терапевтических стандартов;
- организация и проведение комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

– профилактические прививки, осуществление общего контроля за санитарным состоянием прикрепленной территории и домашних хозяйств, проведение обсервационных мероприятий у лиц, контактирующих с больным в очагах инфекционных заболеваний, также предупреждение прикрепленного населения об опасных эпидемических ситуациях, участие в рамках обязательства по предотвращению передачи инфекционных заболеваний среди населения в эпидемиологических опасных ситуациях;

– повышение санитарно-гигиенического просвещения населения, акцентируя внимание на таких навыках, как соблюдение правильного режима питания, снижение веса, отказ от вредных привычек, повышение физической активности, соблюдение личной гигиены и ведение здорового образа жизни, в том числе организация и проведение мероприятий по укреплению здоровья подрастающего поколения, охране здоровья матерей и детей, профилактике нежелательной беременности;

– наблюдение за женщинами во время беременности и в послеродовом периоде, в период грудного вскармливания;

– оказание медицинской и социальной помощи совместно с работниками социальной помощи, при этом осуществление контроля эффективности патронажных услуг, предоставляемых одиноким, пожилым людям, инвалидам, хроническим больным;

– проведение профилактических и целевых медицинских осмотров для раннего выявления хронических заболеваний среди прикрепленного населения: проведение общей диспансеризации детей, подростков, женщин детородного возраста, больных хроническими заболеваниями, женщин в декретной отпуске, население декретированных групп;

– раннее выявление социально значимых заболеваний (туберкулез, остроконечные кондиломы, ВИЧ / СПИД и наркомания) и неинфекционных заболеваний (гипертония, диабет, злокачественные опухоли, хроническая обструктивная болезнь легких и др.) и проведение лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению их осложнений;

– организация своевременной медицинской консультации узкого специалиста в случае тяжелого и необычного течения заболевания, направление пациентов в специализированные медицинские учреждения по показателям здоровья и контроль лечения на основе направления;

– в соответствии с указаниями Министерства здравоохранения направление населения на обследование по временной нетрудоспособности в ВКК и ВТЭК и контроль за лечением больных с подтвержденной инвалидностью для своевременной реабилитации;

– своевременное оповещение районных (городских) санитарно-эпидемиологических учреждений и учреждений здравоохранения, районных (городских) медицинских объединений об инфекционных заболеваниях, отравлениях и чрезвычайных ситуациях;

– своевременное и качественное заполнение утвержденных учетных и отчетных форм и анализ показателей здоровья населения прикрепленной территории;

– регулярное представление в установленном порядке отчета с указанием анализа эффективности проведенных работ по прикрепленной территории.

Диспансерное наблюдение сельского населения

В сельской местности, как и в городской, население-пациенты проходят диспансерное наблюдение по 43-44 хроническим заболеваниям. Каждый гражданин, прикрепленный к ПСВ, должен один раз в год проходить профилактический осмотр и становится на диспансерное наблюдение по выявленным хроническим заболеваниям:

- для каждого лица, находящегося под диспансерным контролем, открывается карта по диспансерному наблюдению;
- всем состоящим на учете с хроническими заболеваниями напоминает о своевременном обращении к специалистам района;
- население своевременно оповещается о сроках проведения медосмотра.

Районное медицинское объединение при проведении диспансеризации с помощью ПСВ сначала проводит учет населения по возрасту, полу и роду занятий и составляет график диспансеризации.

После проведения медицинского осмотра анализируются результаты осмотра, наблюдаемые делятся на определенные группы, и определяются необходимые оздоровительные мероприятия. Работа по осуществлению мероприятий проводится в тесном контакте с амбулаторными врачами, властями и общественными организациями.

Медицинским работникам ПСВ принадлежит значительная роль в диспансеризации сельского населения. Они играют важную роль в организации и своевременном проведении медицинских осмотров, систематическом наблюдении за лицами, подвергнутыми диспансерному контролю, по рекомендации врачей, своевременном их консультировании специалистами и улучшении условий их жизни.

Центральная многопрофильная поликлиника района

Центральная многопрофильная поликлиника района является медицинским учреждением амбулаторного типа, расположенным в районном центре, оказывающим прикрепленному населению лечебно-профилактическую помощь; проводящим широкомасштабные профилактические мероприятия по предупреждению, снижению заболеваемости; всестороннее выявление больных; диспансеризацию; оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению района. Поликлиника ведет санитарно-просветительскую работу среди населения, пропагандирует навыки здорового образа жизни. Поликлиника является организационно-методическим центром по организации и повышению качества медицинской помощи СП и ПСВ в районе. Поликлиника оказывает квалифицированную, специализированную медицинскую помощь населению, направляемому на консультацию от СП и ПСВ. Поликлинику возглавляет главный врач – он, в свою очередь, является заместителем начальника районного медицинского объединения по амбулаторно-поликлинической службе.

Поликлиника является самостоятельным юридическим лицом, имеет печать и штамп со своим наименованием.

Состав центральной районной многопрофильной поликлиники.

I. Регистратура;

II. Отделение диагностики;

III. Кабинет врачей-специалистов поликлиники;

IV. Центральное стерилизационное отделение;

V. Административно-хозяйственная часть.

Основными задачами ЦРМП являются:

- оказание населению медицинских услуг по профилактике и лечению наиболее часто встречающихся заболеваний в поликлинике и на дому;
- организационно-методическое руководство, контроль за деятельностью учреждений амбулаторной поликлинической службы района;
- профилактика заболеваемости, инвалидности и ранней смертности среди населения;
- раннее выявление заболеваний и недопущение перехода заболеваний в хроническую форму путем организации профилактических осмотров непосредственно в местах проживания населения, с привлечением квалифицированных специалистов, клинических, биохимических лабораторных и инструментальных исследований;
- проведение санитарно-разъяснительной работы;
- внедрение передового опыта по дальнейшему улучшению амбулаторно-поликлинической помощи населению района и деятельность СП и ПСВ;
- широкое вовлечение населения, общественных организаций в мероприятия по сохранению и улучшению здоровья населения;
- повышение квалификации врача и среднего медицинского персонала;
- в центральную районную многопрофильную поликлинику обращаются сельские жители с направлениями районных медицинских учреждений и СП также ПСВ для проведения функциональных обследований, получения консультаций от врачей-специалистов, а также получения специализированной медицинской помощи;
- в поликлинике создается диагностическое отделение для оказания диагностической помощи населению района;

Для выполнения основных задач врач-специалист обеспечивает:

- проведение профилактических мероприятий;
- раннее выявление заболеваний;
- своевременное квалифицированное обследование и лечение пациентов;
- экспертизу временной нетрудоспособности, своевременную отправку пациентов с хроническими заболеваниями на ВТЭК;
- обеспечение преемственности в лечении пациентов между поликлиникой и стационаром;
- своевременную госпитализацию пациентов при наличии показаний;
- диспансерное наблюдение за пациентами по своей специальности;
- регулярное повышение теоретической подготовки и профессиональной квалификации, повышение квалификации среднего медицинского персонала;
- гигиеническое воспитание населения, активное участие в проведении санитарно-профилактических мероприятий;

- своевременное и качественное ведение медицинской документации, учетных форм и отчетов по своей деятельности.

Центральная районная больница

Центральная районная больница является организационно-методическим центром, ответственным за руководство деятельностью всех медицинских учреждений района и организацию качественных медицинских услуг населению, оказывающим квалифицированные, специализированные стационарные и консультативные услуги населению района.

ЦРБ имеет следующую структуру в зависимости от числа жителей района, числа больных, получивших лечение в центральной районной больнице, а также радиуса обслуживания.

I. Диагностическое отделение

- 1) рентген кабинет;
- 2) кабинет УЗИ;
- 3) кабинет ЭКГ;
- 4) лаборатория (клиническая, биохимическая, бактериологическая);
- 5) ЭЭГ, РЭГ, ЭхоЭГ;
- 6) отделение эндоскопии;

II. Стационарное отделение

- 1) приемное отделение;
- 2) отделение плановой хирургии;
- 3) станция скорой помощи, отделение экстренной помощи, в составе которого есть отделение реанимации;
- 4) детское отделение;
- 5) родовое отделение;
- 6) отделение терапии;
- 7) отделение инфекционных заболеваний.

III. Административно-хозяйственная часть

- 1) отделение вспомогательной службы;
- 2) отделение патологической анатомии;
- 3) центральное стерилизационное отделение;
- 4) блок камерной дезинфекции;
- 5) инсинератор.

При центральном объединении района могут быть отделы, непосредственно подчиненные главному врачу: аптека, финансово-бухгалтерский, отдел кадров, медицинский архив, организационно-методический отдел, библиотека и др.

Стационар центральной районной больницы состоит из вышеперечисленных отделений. Другие отделы могут быть организованы в зависимости от степени заболеваемости населения, нуждаемости в специализированной медицинской помощи и обеспеченности материально-технической базой и кадрами стационара. При размещении медицинских учреждений необходимо учитывать внутренние условия района. В районе могут быть самостоятельная детская больница, родильный комплекс, инфекционная больница.

В центральной районной больнице с разрешения главного врача пациенты могут пользоваться личной одеждой, за исключением детской больницы, родильного отделения, инфекционной больницы. При центральной районной больнице действуют коллективный совет, больничный совет, совет медсестер, секция научно-медицинского общества.

Основные задачи центральной районной больницы

- оказание диагностической помощи населению района и районного центра и организация квалифицированной и специализированной медицинской помощи в больнице;
- качественная организация и оказание экстренной, интенсивной медицинской помощи населению района;
- оперативное и организационно-методическое руководство всеми лечебно-профилактическими учреждениями, расположенными на территории района, а также контроль их деятельности;
- изучение и анализ степени как временной, так и постоянной утраты трудоспособности работников;
- изучение и анализ распространенных заболеваний среди населения, их причин, объема, качества и эффективности амбулаторного, поликлинического и стационарного обслуживания, состояния медицинских осмотров и диспансеризации населения;
- разработка мероприятий по развитию медицинской помощи путем изучения и анализа состояния здоровья населения, показателей деятельности районных учреждений здравоохранения, снижению показателей заболеваемости и смертности, в том числе детской и материнской смертности, повышению качества и эффективности оказываемой медицинской помощи населению;
- внедрение современных диагностических, лечебных, профилактических технологий в деятельности всех лечебно-профилактических учреждений района;
- внедрение новых усовершенствованных методов оказания медицинской помощи населению и ухода за пациентами;
- всестороннее улучшение диагностического процесса до стационара, своевременное проведение комплексного лечения в стационарных условиях и повышение их эффективности;
- разработка стандартов качества диагностических, лечебно-реабилитационных, клинических, параклинических мероприятий для оценки качества и полноты оказания медицинской помощи в районных медицинских учреждениях, амбулаторных, поликлинических, стационарных условиях;
- разработка проектов по установлению масштабов деятельности больницы, расширению материально-технической базы и финансовому обеспечению районных лечебно-профилактических учреждений, исходя из количества пролеченных больных;
- разработка мероприятий по воспитанию, повышению квалификации медицинских работников, их рациональному использованию.

Одним из основных отделений ЦРБ является организационно-методический отдел.

Главный врач ЦРБ является руководителем здравоохранения района. Санитарно-профилактической службой руководит главный санитарный врач района, являющийся главным врачом СЭС. У главного врача ЦРБ имеются заместители по основным направлениям деятельности: по медицинской части, по поликлинической работе, по организационно-методической работе (заведующий организационно-методическим отделом), по административно-хозяйственной работе. Для оказания методической, организационной и консультативной помощи врачам сельских врачебных участков ЦРБ выделяет районных специалистов, которые в рамках своей специальности осуществляют организационно-методическое руководство всеми медицинскими учреждениями района. Это, по существу, заведующие отделениями ЦРБ, наиболее опытные врачи. Каждый из них возглавляет лечебную работу в районе по своей специальности, выезжает для консультаций, проводит анализ плана работы, статистических отчетов, проводит научные конференции, семинары, осуществляет повышение квалификации на рабочем месте и т. д.

Основные задачи организационно-методического отдела:

изучение и анализ данных деятельности всех медицинских учреждений района;

организация лечения, консультирования и организационно-методической помощи сельскому населению;

анализ показателей временной нетрудоспособности;

организация и контроль диспансерного наблюдения сельского населения;

организация плановых выездов специалистов центральной районной многопрофильной поликлиники в сельские врачебные пункты;

разработка мероприятий по снижению заболеваемости среди населения;

систематическое наблюдение за ежедневными расчетами и отчетами лечебно-профилактических учреждений;

изучение показателей деятельности всех медицинских учреждений;

организация повышения квалификации медицинского персонала;

изучение и практическое применение ведущих практик в области медицины;

научная организация труда;

организация семинаров и конференций по различным темам;

разработка всех необходимых оперативных данных, своевременная их подготовка и контроль за выполнением различных приказов и решений.

Еще одним этапом организации медицинской помощи сельскому населению являются медицинские услуги, оказываемые областными больницами и областными медицинскими учреждениями. К ним относятся областной многопрофильный медицинский центр, областной многопрофильный детский медицинский центр, областной медицинский диагностический центр, областной перинатальный центр, областные филиалы Республиканского научного центра скорой неотложной медицинской помощи, санитарно-авиационные, областные диспансеры, областные ЦГСЭН, стоматологическая поликлиника и другие специализированные учреждения, оказывающие медицинскую помощь населению.

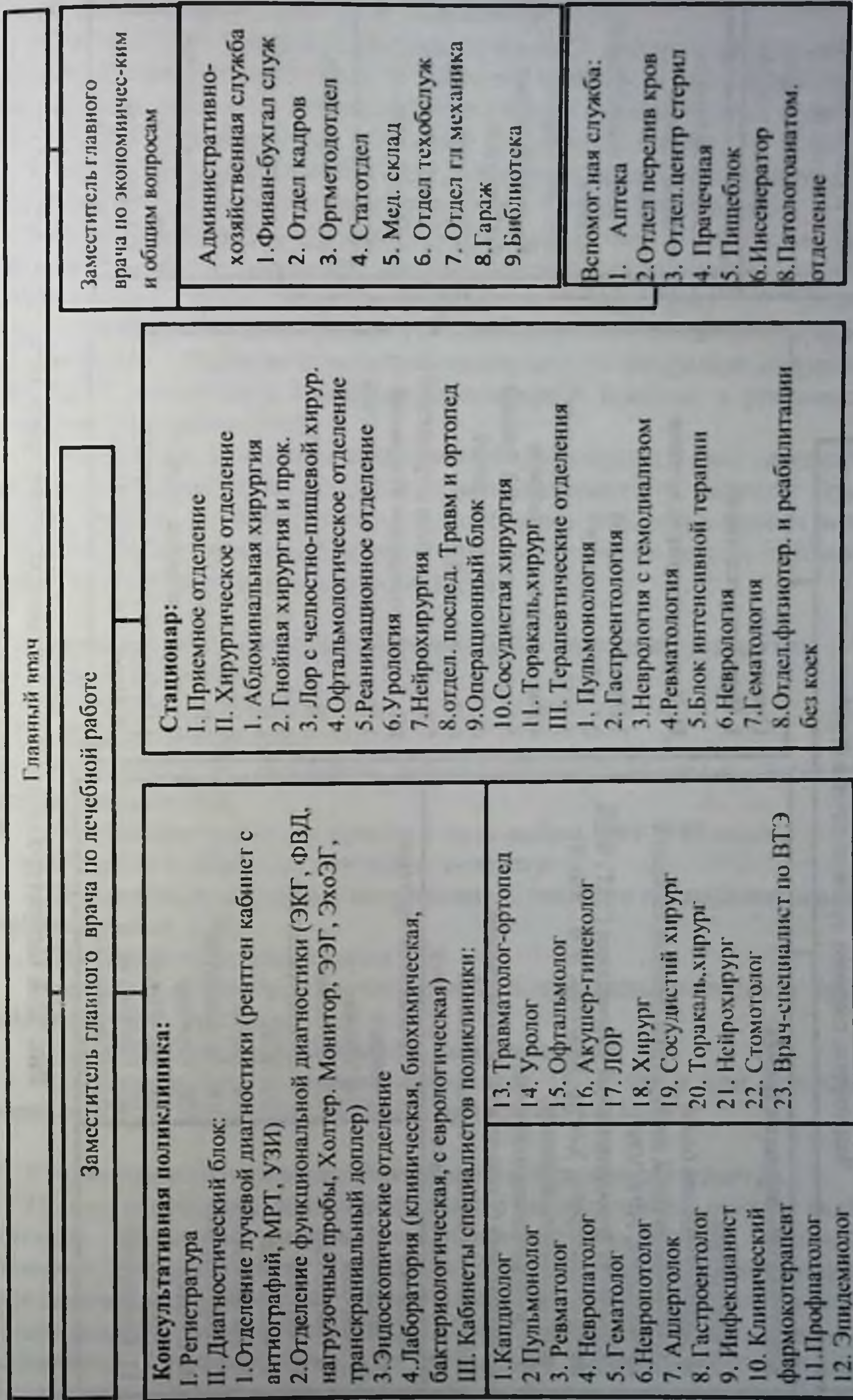


Рис.22.2. Структура областного многопрофильного медицинского центра.

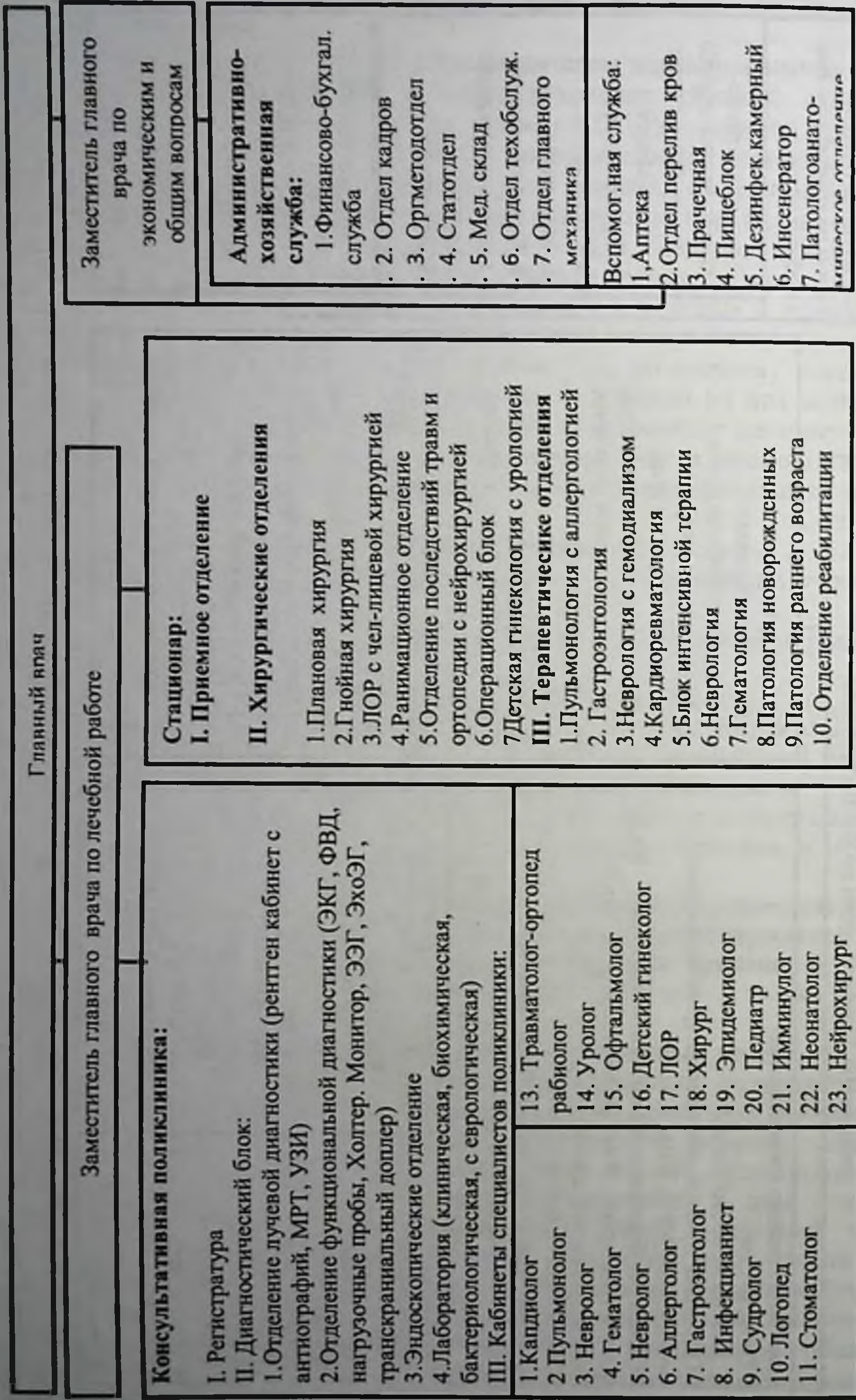


Рис. 22.4. Структура областного детского многопрофильного медицинского центра

Областной многопрофильной медицинской центр

Областной многопрофильный медицинский центр является научным, организационно-методическим и учебным центром в организации высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи не только сельскому населению, но и всему населению области.

Мощность областного многопрофильного медицинского центра зависит от численности обслуживаемого населения и мощности больницы.

Областной многопрофильный медицинский центр проводит обследование больных, оказывает им высококвалифицированную врачебную консультацию, уход, лечение больных в стационарах по основным направлениям (плановая хирургия, терапия, кардиология, гинекология и др.), организацию, а также методическую поддержку по внедрению современных методов и технологий, оказанию медицинской помощи в региональных медицинских учреждениях.

Направление пациентов в областной многопрофильный медицинский центр осуществляется на основе ордера выдаваемого из районов. Ордер в первую очередь выдаётся льготным категориям лиц, медицинская помощь которым в областном многопрофильном медицинском центре оказывается за счет средств государственного бюджета:

Структура областного многопрофильного медицинского центра

1. Круглые сироты.
2. Инвалиды I и II групп.
3. Инвалиды с детства.
4. Инвалиды и участники войны 1941-1945 годов, а также лица, приравненные к ним.
5. Участники трудового фронта в годы войны 1941-1945 годов.
6. Не работающие пенсионеры по возрасту.
7. Инвалиды из числа лиц, принимавших участие в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС.
8. Воины-интернационалисты.
9. Лица из малообеспеченных семей, получающие пособия в органах самоуправления граждан.
10. Лица с социально значимыми заболеваниями.
11. Обследование и лечение подростков 15-17 лет и лиц призывного возраста (18-27 лет) по направлениям призывных комиссий.

Структура областного многопрофильного медицинского центра

Целью областного многопрофильного медицинского центра является оказание населению региона высококвалифицированных специализированных диагностических и лечебных услуг за счет применения наиболее эффективных медицинских технологий в стационарных условиях. Организация регулярной организационно-методической поддержки осуществляется специалистами всех областных лечебно-профилактических учреждений. Организационно-методический отдел также подчиняется областному управлению здравоохранения, его основные задачи состоят из:

- анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений области;
- оказание организационно-методической и консультативной помощи областным учреждениям и организациям здравоохранения;
- изучение показателей здоровья населения области;
- организация повышения квалификации сотрудников;
- разработка комплексных планов работ и принятие отчетов.

Помимо областных больниц, в областных центрах создаются диагностические центры по различным специальностям (острые заболевания органов брюшной полости, ишемическая болезнь сердца, черепно-мозговые травмы).

Такие специализированные учреждения дают возможность комплексно проводить эффективное обследование и лечение больных.

Контрольные вопросы

1. Какие особенности необходимо учитывать при оказании медицинской помощи в сельских условиях?
2. Какие учреждения входят в структуру районного / городского медицинского объединения?
3. Цель районного / городского медицинского объединения?
4. Задачи районного / городского медицинского объединения?
5. Из чего состоят цели и задачи ПСВ?
6. Объясните организационную структуру пункта семейного врача.
7. Какие задачи выполняет главный врач ПСВ?
8. Из чего состоят обязанности семейного врача?
9. Какие основные задачи выполняет центральная районная многопрофильная поликлиника?
10. Какие отделения входят в структуру центральной районной больницы?
11. Какие функции выполняет центральная районная больница?
12. Какие категории лиц имеют право на бесплатное лечение в областном многопрофильном медицинском центре?

Глава 23. ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Охрана материнства и детства – система мероприятий, проводимых обществом и государством, направленных на активное участие женщины в производстве и в жизни общества, выполняющих функции материнства, занимающихся воспитанием детей, укрепление здоровья женщины и детей.

Охрана материнства и детства в Узбекистане является социально-гигиеническим вопросом, имеющим важное государственное значение. В связи с чем Кабинет Министров назвал 2000 год «Годом здорового поколения», 2001 год – «Годом матери и ребенка», 2005 год – «Годом здоровья». Еще одним подтверждением является Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-1096 от 13 апреля 2009 года «О дополнительных мерах по формированию здорового поколения, охране здоровья матерей и детей», Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-1144 от 1 июля 2009 года «О мерах по дальнейшему усилению и повышению эффективности работы по укреплению репродуктивного здоровья населения, рождению здорового ребенка, воспитанию физически и духовно развитого поколения в 2009-2013 годах».

Приоритетной, наивысшей задачей государства является формирование духовно богатой, нравственно зрелой, интеллектуально развитой, высокообразованной, физически здоровой и всесторонне развитой личности, основанной на высоких общечеловеческих ценностях и широком мировоззрении.

А для достижения этой цели необходимо следующее:

- создание условий для формирования здоровой семьи и развития в семье высокой духовно-нравственной среды;
- усиление внимания и заботы со стороны государства, общества и семьи о рождении здорового ребенка;
- улучшение условий для укрепления здоровья детей, получения образования и всестороннего развития;
- оказание государственной помощи детям, воспитывающимся в домах «Меҳрибонлик», школах-интернатах и специализированных школах;
- формирование психологии высокой ответственности за рождение и воспитание здорового поколения, обладающего социальным мышлением, зрелого, всесторонне развитого.

В 65 статье Конституции Республики Узбекистан указано, что «Материнство и детство охраняются государством». Охрана материнства и детства осуществляется поэтапно с помощью лечебно-профилактических мероприятий.

Первый этап – оказание медицинской помощи женщинам в период до беременности, подготовка их к материнству. В этом большую роль играют женская консультация, скрининговый центр, перинатальный центр, консультация семьи и брака в повышении медицинского образования молодых семей по вопросам сексуального воспитания, гигиены брака и профилактики аборт.

Второй этап—охрана здоровья плода в антенатальном периоде осуществляется в женских санаториях, акушерских стационарах, отделениях специализированной терапии для больных беременными, диспансерных пунктах в санаториях.

Третья стадия—защита плода во время родов. В этот период основное значение имеет рациональное принятие родов. В этот период специализированная медицинская помощь оказывается родильными комплексами, а также многопрофильными больницами.

Четвертый этап—поддержание здоровья младенцев: это правильный уход за младенцем, грудное вскармливание, установление контроля над его физиологическим развитием. Детям оказывается лечебно-профилактическая помощь в родильных комплексах, СВП, детских больницах.

Пятый этап—поддержание здоровья детей в дошкольном возрасте. Одной из основных задач медицинских учреждений за этот период является установление контроля над правильным воспитанием, питанием, физическим развитием, иммунобиологическим состоянием детей.

Шестой этап—установление контроля за правильным воспитанием, питанием, физическим развитием детей школьного возраста, оценка функционального состояния организма растущего ребенка, при выявлении определенных изменений даются соответствующие рекомендации по их коррекции.

Позапное, последовательное проведение вышеуказанных мероприятий представляет собой целую систему охраны материнства и детства в нашей стране.

Охрана материнства и детства состоит из двух важных разделов: акушерско-гинекологической и лечебно-профилактической помощи детям.

Организация акушерско-гинекологической помощи

Акушерско-гинекологическая помощь женщинам оказывается в специализированных амбулаторных и стационарных учреждениях, отделениях многопрофильных специализированных больниц и поликлиниках.

Основные учреждения амбулаторного типа, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь женщинам, включают СВП, семейные поликлиники, родильный комплекс, медико-санитарную часть, консультативно-диагностическую поликлинику, многопрофильную районную центральную поликлинику.

Организация лечебно-профилактической помощи беременным женщинам

Основная цель наблюдения за женщинами до родов:

- психическая подготовка и поддержка женщины к беременности, материнству, рождению ребенка, грудному вскармливанию;
- наблюдение во время беременности, обеспечение здоровья будущей матери и плода;

- своевременное выявление, лечение или стабилизация сдвигов в норме;
- обеспечение активного участия женщины и членов семьи в вопросах беременности и воспитания будущего ребенка.

Обычно супружеская пара должна проходить медосмотр за 6 месяцев до планируемой беременности, в случае выявления в ходе обследования опасных факторов (алкоголизм, различные заболевания у родителей, в том числе инфекционные заболевания, передающиеся половым путем и др.), проанализировать их и дать соответствующие советы по организации здорового образа жизни (при необходимости проводится лечебная работа) до и во время беременности.

Но чаще всего женщины обращаются к врачу после начала беременности. При первичном обращении беременной в сельский врачебный пункт или семейную поликлинику и желании сохранить беременность, врач знакомится с полным анализом женщины; при этом особое внимание уделяется особенностям семейных условий, перенесенных заболеваний (общих и гинекологических), операций, переливаний крови, секреторных, половых, генеративных и менструальных циклов, течение и исходы последней беременности (токсикоз, недоношение, смертельные роды, врожденные пороки у детей, количество аборт, последующие осложнения после абортов и родов.). Кроме того, изучается возраст матери, период между родами и здоровье не только матери, но и отца, характер производства, на котором они работают, с учетом их вредных привычек, и определяются способы и время предотвращения нежелательной беременности.

В настоящее время хорошо организована ранняя регистрация беременных женщин (до 3-х месяцев беременности).

Главным принципом диспансеризации беременных женщин является оказание им дифференцированного медицинского обслуживания, т.е. учитывается здоровье матери и плода, беременности, наблюдения за развитием плода, а также своевременного лечения и профилактической помощи.

Для выполнения вышеуказанных функций в учреждениях первичной медико-санитарной помощи требуется активное участие врачей акушеров-гинекологов, а также врачей терапевтов и других специалистов. Первое клиническое наблюдение за беременными женщинами начинается в зависимости от наличия в них перинатальных патологий – групп риска и разработки отдельных оздоровительных мер для каждой беременной женщины.

В зависимости от состояния здоровья беременные женщины делятся на 3 группы:

1. Здоровые женщины, не имеющие гинекологических заболеваний и беременность без осложнений.

2. Практически здоровые, но имеющие социально-гигиенически опасные факторы и беременность без осложнений.

3. Больная женщина-беременная, страдающая экстрагенитальными и половыми заболеваниями.

Беременная женщина регулярно проверяется при каждом обращении. Основными задачами этих обследований являются выявление заболеваний, связанных с беременностью или внутренними органами, лечение заболеваний

и выбор родильного дома для родоразрешения. Беременные женщины должны быть осмотрены стоматологом и, при необходимости, другими специалистами.

В настоящее время в акушерстве и гинекологии и неонатологии углубленно изучается выявление факторов риска и выявление беременных с таким фактором, состояние их здоровья, разрабатываются методы органического наблюдения за беременными и плодами, проводится профилактическая работа по выздоровлению, при необходимости решается вопрос о том, сохранять плод или нет. Когда решается вопрос о сохранении плода у таких женщин, составляется индивидуальный план их наблюдения и проведения соответствующих мероприятий, который фиксируется в Ф-111.

В учреждениях первичной медико-санитарной помощи проводится санитарно-просветительская работа с первого дня посещения беременной женщины. Организуется «Школа молодых матерей», основной целью которой является:

- формирование у супружеской пары уверенности в себе; формирование у женщины чувства счастливой, здоровой беременности и материнства;
- подготовка будущих родителей к рождению ребенка, консультация по поведению женщины при стрессах в период родов;
- формирование у родителей здорового образа жизни, включающее в себя также быстрое восстановление женщины после родов;
- уход за грудью после родов, ознакомление с методами грудного вскармливания ребенка и уходом за младенцем;
- разъяснение опасности многочисленных аборт, родов, необходимости интервала между родами по меньшей мере 3-4 года и избежания нежелательной беременности.

После родов женщины продолжают наблюдаться в СВП, семейных поликлиниках. При этом женщина наблюдается на 3-е сутки и через неделю после выписки из роддома, для этого необходимо предупредить женщину как во время беременности, так и в роддоме.

Второй раз обследование проводится через 4 – 5 недель после родов, то есть до окончания декретного отпуска.

Диспансеризация девушек с гинекологическими заболеваниями

В республике организована детская и подростковая гинекология с целью обеспечения здорового материнства, профилактики нарушений функций репродуктивного здоровья и профилактики осложнений у матерей и плода во время беременности и родов.

Подготовка детских гинекологов осуществляется путем переподготовки в институте повышения квалификации акушеров-гинекологов.

Основные задачи гинекологической службы детей и подростков заключается в следующем:

- проведение ежегодной диспансеризации девочек и девочек-подростков, всестороннее выявление и профилактика изменений в репродуктивной системе до клинических форм. Оценка их физического и сексуального развития;

– обследование, лечение и наблюдение за девушками с гинекологическими заболеваниями;

– внедрение в практику современных форм и методов обследования и лечения девочек;

– проведение санитарно-просветительской работы среди девочек и их родителей о роли здоровой семьи, воспитания здорового поколения.

Детский гинеколог принимает девочек с участием матери. С целью профилактики различных психических травм необходимо тщательно обследовать девушку и провести с ней беседу.

Основная цель общей диспансеризации детей и девочек-подростков – это своевременное выявление здоровых и имеющих заболевания и наблюдение за ними.

Девушки, находящиеся под диспансерным наблюдением, делятся на три группы:

Первая группа – здоровые девушки в возрасте от рождения до 15 лет. Основная цель диспансеризации девочек, входящих в первую группу, состоит в том, чтобы выявить и своевременно предотвратить некоторые изменения в репродуктивных органах до клинических форм, оценивая физическое и половое развитие девочек каждый год.

Вторая группа – делится на три подгруппы:

А) пациентки, переведенные из третьей группы в связи с переходом их гинекологического заболевания в период стойкой компенсации;

Б) девушки с вероятностью (риском) возникновения хронических гинекологических заболеваний, которые могут повлиять на репродуктивную деятельность,

В) Больные девушки с хроническим рецидивирующим заболеванием, перенесенные в период компенсации, отступления в сексуальном развитии, девушки с нарушением менструальной функции.

Основная цель диспансеризации девочек второй группы – устранение нарушения репродуктивной функции (менструальной функции) и неприятных факторов, предотвращение рецидива заболевания путем проведения комплексных лечебно-профилактических мероприятий. Девушки, входящие в эту группу, проходят полное клиническое обследование в отделении детской гинекологии. Комплекс лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий включает лечение девочек в амбулаторных, стационарных и санаторно-курортных условиях.

Третья группа – это девушки с хроническими, часто рецидивирующими гинекологическими заболеваниями в стадии субкомпенсации и декомпенсации.

К этой группе относятся девушки-инвалиды, имеющие множество дефектов, в том числе и дефекты половых органов, которые перенесли гинекологические операции из-за опасных опухолей.

Основная цель диспансеризации этой группы – лечение заболеваний, длительная поэтапная реабилитация в детской гинекологическом кабинете (отделении).

Медицинское обследование лиц, вступающих в брак

В целях формирования у молодых людей до брака концепции здорового образа жизни, здоровой семьи и здорового поколения молодым людям, желающим вступить в брак, органом ЗАГС выдается направление на диспансеризацию в участковой поликлинике. В поликлинике бесплатно проводится медицинский осмотр, необходимые обследования и выдается соответствующая справка.

При участковых поликлиниках создается «Медицинская консультативная комиссия до брака», которая в целях проведения глубокого медицинского осмотра молодежи, направленного органом ЗАГС, при выявлении у молодежи генитальных и некоторых экстрагенитальных заболеваний направляет их в соответствующие медицинские учреждения для комплексного лечения, а затем обеспечивает их диспансерное наблюдение в участковой поликлинике по месту жительства в течение первых пяти лет совместного жизненного процесса. При этом, следуя принципам этики врача и медицинской деонтологии, состояние их здоровья должно оставаться в тайне от других.

Лица, вступающие в брак, проходят медицинское обследование:

1. Молодежь должна пройти обязательное обследование 5 специалистов (терапевт, эндокринолог, акушер-гинеколог, дерматовенеролог, андролог).
2. При необходимости организуется консультация других специалистов.
3. Методы проверки:
 - А) общий анализ крови и мочи, анализ сахара в крови;
 - Б) анализ мочи по методу Нечипоренко;
 - В) анализ крови на СПИД;
 - Г) анализ жидкости половых органов мужчины и женщины, которые ведут сексуальный образ жизни;
 - Д) УЗИ матки, почек, печени; флюорография;
 - Е) ЭКГ

Организация стационарной акушерской помощи в родильном комплексе (отделениях)

Организация работы в родильном комплексе (отделениях) осуществляется по единому принципу. Обслуживающий контингент подразделяется на несколько уровней в соответствии с поставленными задачами, оснащенностью, масштабом оказания перинатальной помощи и кадровым потенциалом родильных комплексов (отделений). В сельских больницах, в труднодоступных местах временно сохраняются родильные места, куда должны быть помещены женщины, беременность которых протекает физиологически.

Женщины с физиологически протекающей беременностью могут прибывать на роды в родильные комплексы (отделения) разных уровней по своему усмотрению.

Беременные женщины с ВИЧ, HbS AG-носители рожают в обычных родильных комплексах. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, каждая беременная женщина должна рассматриваться как потенциально

инфицированная ВИЧ, поэтому специалисты, работающие в родильных учреждениях, должны принимать меры профессиональной осторожности.

Оказание акушерско-гинекологической стационарной помощи на уровне учреждений:

1-й уровень – общая область – оказывают квалифицированную акушерско-гинекологическую стационарную помощь беременным, роженицам и послеродовым женщинам, перенесшим беременность физиологически (с низким перинатальным риском и риском материнской смертности), а также медицинскую помощь на районном уровне в экстренных случаях.

2-й уровень – специализированная область – оказывают квалифицированную специализированную акушерско-гинекологическую помощь беременным, роженицам и женщинам после родов с осложнениями при перинатальном риске, текущей или предшествующей беременности, при наличии экстрагенитальных заболеваний на районном и областном уровнях. В своем составе могут вести консультативные поликлиники.

3-й уровень – оказывают многопрофильную специализированную перинатальную помощь женщинам с высоким риском во время и после родов на национальном уровне. Учреждение этого уровня представляет собой специализированное отделение лечебных отделений и консультационную поликлинику. В больницах акушерства и гинекологии 3-го уровня могут размещаться специализированные отделения (репродуктивной медицины, бесплодия, ЭКО и др.).

Порядок направления и госпитализации беременных в родильный комплекс (отделения)

На I-ом уровне (районном уровне) направляются в родильных комплексов (отделений), женщины с физиологической беременностью и беременным женщинам, врачами и акушерами женских консультативных комнат ФАП, СВП.

На II уровне (уровень города и области) направляются в родильных комплексов (отделений), беременные и рожаящие женщины имеющие экстрагенитальные заболеваний, перинатальный риск, осложнения при текущей или предшествующей беременности, врачей консультативная поликлиника, женская консультативная комната, узкие специалисты (кардиолог, нефролог, эндокринолог, невропатолог и другие), а также стационарные врачи I уровня.

На III уровне (республики) направляются на специализированные родильные комплексы (отделения), женщин с тяжелыми акушерскими анамнезами, тяжелую экстрагенитальную патологию в период декомпенсации, перинатальную патологию, осложненную беременность, врачами консультативной поликлиники и специалисты областного управления здравоохранения, а также врачи стационара II степени. Перед родами также госпитализируются беременные, нуждающиеся в стационарном лечении.

Уровень	Контингент беременных	Структура	Типы учреждений
I	Беременность и Роды физиологичны. Экстренные ситуации, требующие немедленного лечения.	1. ОПБ (отделение патологии беременности) 2. Родильные дома 3. Послеродовое отделение 4. Операционный блок 5. Отделение интенсивной терапии для беременных, рожениц и послеродовых женщин. 6. Отделение гинекологии	1. ЦРБ
II	1. Беременность и роды физиологичны. 2. Женщина с осложнениями беременности и родов.	1. ОПБ 2. Родильные дома 3. Послеродовое отделение 4. Операционный блок 5. Отделение интенсивной терапии для беременных, рожениц и после-родовых женщин. 6. Отделение гинекологии. 7. Также может быть консультативная поликлиника.	1. Городские родильные дома, а также перинатальные центры, акушерские отделения МСЧ. 2. Областные родильные комплексы.
III	1. Беременность и роды физиологичны. 2. Беременные с тяжелой экстрагенитальной и акушерской патологией. 3. Беременные женщины группы риска по перинатальной патологии.	1. Специализированное отделение для беременных, рожениц и послеродовых женщин, новорожденных и гинекологических больных. 2. Консультативная поликлиника	1. Республиканский перинатальный центр. 2. Специализированный научно-практический центр акушерства и гинекологии и клиники его филиалов. 3. Акушерско-гинекологические кабинеты медицинских институтов.

Структура родильного комплекса (отделения)

В родильном комплексе (отделении) имеются следующие структурные подразделения: стационарные, лечебно-диагностические отделения и административно-хозяйственная часть. Структура родильного комплекса (отделения) должна полностью соответствовать строительным нормам и правилам лечебно-профилактических учреждений, санитарно-противоэпидемическим режимам и действующим нормативным документам.

В родильном комплексе (отделении) должно быть следующее:

1. Подача кислорода;
2. Горячее и холодное водоснабжения;
3. Канализация;
4. Стационарные (переносные) бактерицидные облучатели или приточно-вытяжная вентиляция.

Родовой стационар должен иметь в своем составе следующие отделы:

- приемно-смотровой отдел;
- отделение патологии беременных (30-35% от общего числа акушерских коек);
- I акушерское отделение (25-30% от общего числа акушерских коек);
- II акушерское отделение (25-30% от общего числа акушерских мест);
- отделение реанимации и интенсивной терапии беременных, рожениц и послеродовых женщин (комната);
- детская реанимация и интенсивная терапия;
- гинекологическое отделение (15-20% от общего числа коек акушерского комплекса);
- стерилизация и лабораторные отделы.

Все отделы должны быть обеспечены необходимой медицинской аппаратурой и инструментами, медицинской мебелью и оборудованием.

Работники родильного комплекса (отделения) работают по графику в каждом отделении. Прием на работу оформляется после прохождения медицинского обследования на ВИЧ и HbsAg (Приказ МЗ РУз от 29.08.2012 №200).

Через приемный блок акушерских отделений принимают только беременных, рожениц и послеродовых женщин. Для гинекологических больных необходимо иметь отдельный приемный отдел.

Организация работы структурных подразделений родильного комплекса (отделения)

Приемно-смотровой отдел должен быть обеспечен всем соответствующим оборудованием и медикаментами, необходимыми для оказания первичной медицинской помощи во время шока или эклампсии. В приемном отделении акушер-гинеколог принимает обратившуюся женщину, проводит объективное обследование, оценивает общее состояние женщины, проводит измерение температуры тела, просматривает кожные покровы, горло, подсчитывает пульс, измеряет артериальное давление на обеих руках. Врач или акушерка знакомятся с обменной картой женщины. При наличии у

беременной или роженицы заболевания, представляющего опасность для окружающих, она должна находиться под наблюдением в отдельной палате или госпитализирована для родов.

Обменная карта должна содержать информацию об обследованиях на ВИЧ/СПИД, HbsAg, RW, если таких данных нет, то необходимо обеспечить обследование на эти инфекции.

В приемном отделении должен быть список всех групп крови обследованных резервных доноров, в том числе с резус-отрицательным фактором.

Смотровая комната. В смотровой должны быть все необходимые медицинские принадлежности, санитарно-гигиенические материалы, а также комплекты для срочного приема родов.

Здесь оформляется история родов и проводится акушерское обследование: определяется состояние, расположение, видимость плода, прослушивается его сердцебиение и количество ударов за 1 минуту, берется анализ для определения группы крови, гемоглобина в крови, уровня белка в моче.

В приемной должны быть следующие документы:

- Журнал принимаемых беременных, рожениц и послеродовых женщин;
- Журнал лечения педикулезными препаратами;
- Общий график и журнал уборки (№3.3).

Примечание. Необходимо максимально сократить пребывание женщины в приемном отделении.

Отделение патологии беременных предназначено для оказания квалифицированной медицинской помощи беременным с акушерской и экстрагенитальной патологией. Для каждой беременной в индивидуальном порядке разрабатывается подход к подготовке и проведению родов. Все беременные с соматической патологией обязательно проходят консультации терапевтов (при необходимости с узкими специалистами).

Отделение патологии беременных состоит из:

1. Комнаты для беременных;
2. Комнаты (комнат) интенсивной терапии;
3. Комната манипуляций;
4. Процедурная комната.

При планировании отделения патологии беременных следует учитывать, что беременные должны находиться в акушерском комплексе, минуя другие отделы.

Режим работы отделения патологии беременных приравнивается к режиму работы соматического стационара.

Акушерские отделения могут быть одно или два в зависимости от количества коек (I акушерский отдел и II акушерский отдел). Оба отделения одинаковые и предназначены для приема родов и проведения послеродового периода. Женщины с клиническими признаками инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, размещаются в отдельных помещениях.

Акушерское отделение состоит из родильных залов (родильных комнат), послеродовых, изоляционных комнат для женщин с инфекционными заболеваниями, операционного блока и санузлов.

В родильном зале медицинский работник работает с соблюдением правил асептики и антисептики.

Послеродовое отделение. Количество послеродовых комнат акушерского отделения будет зависеть от количества мест в отделении. Отделение должно предусматривать следующее:

- комната для осмотра беременных женщин в гинекологическом кресле;
- манипуляционная комната;
- помещение для хранения вакцин (с холодильником);
- комната для раздачи пищи из кухни;
- душевая комната;
- санитарная комната с дополнительной раковиной для мытья рук и обеззараживания посуды.

Все послеродовые палаты родильных отделений должны быть организованы по принципу совместного пребывания женщины и младенца после родов. В случаях заболевания младенец переводится на II этап специализированной помощи, то есть вместе с матерью в отделение патологии новорожденных. С женщинами с психозом всегда должны находиться рядом родственница или медицинский работник после родов.

Операционный блок—это структурное подразделение стационара, состоящее из комплекса учреждений, специально предназначенных для акушерского отделения и бокс-палата для проведения хирургической операции.

Операционный блок включает:

- комната перед операцией;
- операционный зал;
- комната для хранения материалов;
- комната переодевания и для хранения специальной и рабочей одежды;
- помещение для размещения оборудования и аппаратуры;
- кабинет старшей медсестры операционного блока.

Операционный блок должен быть оснащен стационарными бактерицидными облучателями и вентиляционными устройствами.

Отделение анестезиологии и реанимации организуется в составе родильного комплекса (отделения) и основной задачей является:

– осуществление комплексных мер по подготовке и проведению общей и местной анестезии при оперативных, родовых, диагностических и лечебных процедурах;

– осуществление комплексных мер по восстановлению и поддержанию деятельности жизненно важных органов, поврежденных из-за заболевания, оперативного вмешательства и других причин;

Комнаты реанимации и интенсивной терапии должно быть оснащены специальным оборудованием и лечебно-диагностические аппаратами, также аппаратами для искусственного поддержания и контроля жизненно важных функций организма.

После кесарева сечения матери находятся вместе своими новорожденными детьми. Младенец должен быть приложен к груди матери сразу же в операционной комнате. В отделении интенсивной терапии младенцы остаются с матерью как можно дольше, чтобы обеспечить душевное спокойствие, быстрее адаптироваться и убедиться, что ребенок находится на полном грудном вскармливании по мере необходимости. Уход за младенцами осуществляется медицинским персоналом, а также допускается присутствие близких родственников.

Выписка женщины из стационара после родов. При неосложненных родах выписка женщины осуществляется после профилактических прививок (не более 4-5 дней). Перед выпиской женщина знакомится с методами предотвращения нежелательной беременности и соблюдением послеродового интервала 3-4 года. Если беременность и роды были осложнены, то срок выписки женщины из роддома решается в индивидуальном порядке с учетом состояния женщины и ребенка. При необходимости женщины с тяжелой соматической патологией после родов госпитализируются в отделение многопрофильной больницы, где им оказывается специализированная помощь.

Современные принципы ведения родов. Безопасное материнство означает не только предотвращение материнских заболеваний и смерти, но также и защиту материнства и детства. Это понятие включает в себя не только рождение здорового ребенка и обеспечение здорового детства, но и обеспечение физического, психического и социального благополучия матери до, во время и после родов.

Одним из основных факторов является присутствие супруга или близкого человека по желанию женщины во время родов. Рожаящая женщина ни в коем случае не должна оставаться одна во время родов.

Принципы ведения родов:

- демедикализация акушерской помощи при физиологических родах;
- обеспечение физической и психоэмоциональной помощи при родах;
- свободное положение в процессе родов, желательно рожать в вертикальном положении;
- активное вовлечение роженицы в планирование родов;
- предоставление женщине и партнеру необходимой информации;
- обеспечение права женщины на неприкосновенность частной жизни с целью сохранения тайны;
- использование партограммы;
- обеспечение чистой среды во время родов;
- использование личной одежды для женщины и плода.

Ведение послеродового периода. Уход за матерью и ребенком в послеродовом периоде должен основываться на следующих основных принципах: способствовать улучшению физического и эмоционального состояния матери и ребенка, способствовать целенаправленному грудному вскармливанию ребенка.

Очень важно, чтобы акушер-гинеколог научил женщину правилам ухода за собой и ребенком после родов.

Организация медицинской помощи новорожденным в родильных комплексах (отделениях):

- организация ухода за детьми осуществляется с соблюдением метода территориальности;

- уход за новорожденными с патологией проводится отдельно в родильных учреждениях I и II уровней, исходя из их индивидуального состояния;

- обеспечение совместного пребывания матери и ребенка в соответствии с рекомендациями ВОЗ;

- повсеместное внедрение основ грудного вскармливания и ухода за младенцем во всех отделениях больницы для обеспечения статуса доброжелательного отношения к ребенку;

- пересмотр ухода за младенцами за счет демедиализации. Выведение препаратов из арсенала неонатолога, не доказанных с научной точки зрения доказательной медицины, что способствует снижению количества ятрогенов.

- стандартный протокол первичной реанимации младенцев был пересмотрен и принят с учетом рекомендаций ВОЗ;

- стандартизированы работы по ведению новорожденных с патологией;
- из-за изменения структуры родильных учреждений также были изменены отделения по уходу за младенцами;

- пересмотрены критерии выписки/перевода младенцев с низким весом тела;

- к комплексным мероприятиям по уходу за детьми, несомненно, было включено скрининговое обследование младенцев на фенилкетонурию (ФКУ) и врожденный гипотиреоз (ВГ). Государственная программа «Скрининг матерей и детей» предусматривает расширение скрининговых обследований детей;

- пересмотрен национальный календарь вакцинации детей;

- признано целесообразным проведение второго этапа по уходу за ребенком в республиканских учреждениях.

Оценка состояния новорожденного при рождении и организация реанимационных мероприятий. Различают следующие категории младенцев:

По срокам:

- зародыш (22–27 недель)

- недоношенный плод (28–37 недель)

- плод со сроком (37–42 недели)

- с задержкой (42 недели и более)

По весу:

- крупный ребенок, младенцы, у которых вес тела превышает 90 перцентил при рождении (4000 г. и более)

- младенцы с весом тела от 2500 до 3999 г (соответствующие срокам гестации)

- низкий вес тела (от 1500 до 2499 г)

- очень низкий вес тела (от 1000 до 1499 г)

- крайне низкий вес тела (от 500 до 999 г) (Таблица 23.1).

Для того, чтобы определить зрелость новорожденного во время

первичного осмотра, необходимо оценить по шкале баллов, а также внести данные в историю развития новорожденных.

Для оценки состояния ребенка в течение 1 и 5 минут после родов используется шкала Апгар, но она не служит критерием для проведения реанимации.

Таблица 23.1

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Частота сердечных сокращений	Отсутствует	<100	>100
Рефлекторная возбудимость	Не реагирует	Реакция слабо выражена (grimаса, движение)	Реакция в виде движения, кашля, чихания, громкого крика
Мышечный тонус	Отсутствует, конечности свисают	Снижен, некоторое сгибание конечностей	Выражены активные движения
Дыхание	Отсутствует	Нерегулярное, крик слабый (гиповентиляция)	Нормальное, крик громкий
Окраска кожного покрова	Генерализованная бледность или генерализованный цианоз	Розовая окраска тела и синюшная окраска конечностей (acroцианоз)	Розовая окраска всего тела и конечностей

Для определения новорожденных, нуждающихся в срочной реанимации, следует использовать систему быстрой и простой оценки состояния малыша с акцентом на два важных параметра: дыхание, количество сердечных сокращений.

Первичная и реанимационная помощь нуждающимся должна проводиться в срочном порядке в родильном зале или операционном зале (по приказу МЗ РУз. №125 от 30.03.2001 г.) с соблюдением правил протокола первичной реанимации.

Грудное вскармливание / инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку». Грудное вскармливание – единственный вид кормления младенцев и детей. Помимо очевидного преимущества грудного вскармливания, естественное вскармливание грудью является отличным средством для предотвращения заболеваний и смерти младенцев.

В каждом медицинском учреждении, независимо от наличия или отсутствия сертификата инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку», должны соблюдаться 10 соответствующих принципов грудного вскармливания.

Совместное пребывание матери и ребенка в одном месте. Деятельность послеродового отделения должна быть организована по принципу совместного размещения женщины и ребенка после родов, так как это способствует снижению заболеваемости, профилактике гнойно-септических состояний среди младенцев, улучшению психоэмоционального контакта между матерью и ребенком. Допускается пребывание матери с ребенком на одной кровати.

Ребенок и матери находятся вместе на основании следующих требований:

- 1-4 коечном отделении в 1 и 2 акушерских отделениях (с соблюдением периодической наполняемости помещений);
- в комнатах интенсивной терапии (для взрослых и детей);
- в операционном блоке (по возможности).

Ребенок не должен быть разлучен со своей матерью, если только мать находится не в состоянии заботиться о ребенке. Это помогает поддерживать грудное вскармливание, а также помогает матери приобрести навыки ухода за ребенком и общения с ним.

Организация лечебно-профилактической помощи детям

В нашей стране под организацией лечебно-профилактической помощи детям стране понимается государственная система, обеспечивающая непрерывную квалифицированную медицинскую помощь, начиная с рождения детей и заканчивая их средней школой.

Данная система координирует деятельность всех основных медицинских учреждений и оказывает лечебно-профилактическую помощь детям: детские поликлиники, детские больницы, дошкольные учреждения, школы, академические лицеи, санатории и другие лечебно-образовательные одной из основных задач семейных клиник является оказание квалифицированных лечебно-профилактических услуг детям.

Одной из основных задач семейных клиник является оказание квалифицированной лечебно-профилактической помощи детям.

В поликлинике в основном принимаются здоровые дети. С учетом этого в детскую поликлинику в первую очередь поступают только здоровые дети или дети с хроническими заболеваниями, не предполагающими распространения инфекционных заболеваний. Больные дети получают медицинскую помощь на дому до полного выздоровления.

В поликлинике, прежде всего, должно быть отделение для здоровых детей, которое обычно состоит из кабинета профилактических мероприятий с детьми (кабинет для здоровых детей), педиатра, прививочного и приемного залов.

В комнате здорового ребенка работает фельдшер или медсестра, прошедшая специальную подготовку по организации профилактической и санитарно-просветительской работы среди родителей и детей. Работу комнаты возглавляет заведующий отделением педиатрии с высоким опытом работы.

Основной задачей комнаты здоровой детей является пропаганда здорового образа жизни в семье, обучение родителей воспитанию здоровых

детей (питание, физическое воспитание, закаливание, уход, организация режима дня), вопросы гигиенического воспитания детей, проведение санитарно-просветительской работы среди родителей по профилактике заболеваний.

Комната должно быть обеспечена соответствующими методическими и наглядными материалами:

схема распорядка дня для некоторых возрастных группы ребенка;

схема естественного и искусственного вскармливания детей в возрасте до 1 года;

схема вскармливания и кормления грудным молоком детей младшего возраста;

таблица оценки нервно-психического и физического развития детей младшего возраста;

стенд для проведения комплексного массажа, гимнастики и физических упражнений у детей младшего возраста;

схема закаливания детей;

выставка предметов, одежды, обуви и игрушек, подходящих для различных возрастных групп, используемых в уходе за детьми и личной гигиене детей;

Метод диспансера в семейных поликлиниках проводится в несколько этапов:

I этап – (наблюдение за здоровыми детьми) включает в себя несколько периодов, которые неразрывно связаны друг с другом.

Первый период – охрана плода в антенатальном периоде, поликлиника проводит патронаж в предродовой период в течение 28–32–36 недель беременности. Обычно до родов патронаж ведет участковая медсестра. А ВОП охватывает патронажем женщин, беременность которых протекает с осложнениями и с неблагоприятными условиями жизни.

Второй период – динамическое наблюдение за младенцем после выхода из роддома. При этом педиатр, совместно с участковой медсестрой, должен наблюдать за матерью дома первые 3 дня после выхода из роддома. Второй патронаж проводится на второй неделе, третий и четвертый патронаж – на 3-4 неделе.

Основная цель патронажа в этот период – дать рекомендации по уходу за ребенком, рациональному питанию, профилактике рахита и других заболеваний, созданию оптимальных условий для ребенка в домашних условиях.

Третий период – динамическое наблюдение за ребенком каждый месяц на первом году жизни. В этот период всегда дается комплексная оценка физическому, нервно-психическому развитию ребенка. Врач-педиатр фиксируют заключение о здоровье каждого ребенка в «истории развития детей».

II этап. Наблюдение за больными детьми. Дети, у которых выявлены какие-либо изменения в состоянии здоровья или при регистрации заболевания у них, наблюдаются индивидуально по плану, составленному педиатрами и врачами-специалистами. При этом создаются и проводятся специальные

комплексные лечебно-оздоровительные мероприятия, в зависимости от состояния здоровья каждого ребенка и вида заболеваний, характера, течения, которые, в свою очередь, составляют вторую стадию диспансеризации детей.

В результате научных исследований в настоящее время в нашей республике предлагается разделить детей на пять групп здоровья:

1-я группа – здоровые дети.

2-я группа – дети с здоровыми, но опасными факторами риска.

К группам 3,4,5 – соответственно дети, страдающие от процесса болезни в состоянии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации.

Дети, входящие в 1-й группу – здоровые дети – наблюдаются в соответствии со сроками проведения профилактического осмотра.

Как отмечалось выше, как правило, врач назначает детям этой группы мероприятия по профилактике, оздоровлению и правильному воспитанию.

Во 2-й группе – дети с риском возникновения заболеваний, которые требуют пристального внимания врача. Поскольку своевременно, целенаправленно проводимые профилактические, лечебно-оздоровительные мероприятия дают большой эффект в предотвращении возникновения у детей хронических заболеваний.

Количество и продолжительность динамического наблюдения за детьми этой группы определяется индивидуально в зависимости от функционального состояния каждого ребенка, резистентности, степени выраженности хронических заболеваний. В некоторых случаях у детей данной группы также проводятся специализированные лечебно-оздоровительные мероприятия.

Дети, которые входят в группы здоровья 2,3,4 находятся под диспансерным наблюдением педиатра и соответствующих специалистов и получают лечение по имеющимся заболеваниям. Это дает возможность оказать детям дифференцированную целенаправленную помощь.

Организация медицинской помощи в детских учреждениях

Перед работниками учреждений Министерства народного образования и здравоохранения поставлены такие важные задачи, как всестороннее улучшение дошкольного образования, обучение детей в условиях школ, воспитание физически здорового, умственно зрелого, гармонично развитого молодого поколения и дальнейшее укрепление их здоровья.

Для выполнения этих задач необходимо в первую очередь усилить преимущество деятельности врачей детской поликлиники с педагогическим персоналом дошкольного образования и школ.

Для организации, управления и контроля за медицинской помощью среди детского коллектива организуется дошкольное образование – школьное отделение, состоящее из поликлиники, детских учреждений, врачей и медсестер, работающих в школах.

Основная задача дошкольного образования – школьного отдела – выполнение следующих основных задач по снижению заболеваемости, сохранению здоровья детей в детских учреждениях:

- обследование детей в дошкольных учреждениях, подготовка их к школе, проведение среди них лечебно-реабилитационных мероприятий;

- контроль за соблюдением санитарно-гигиенического состояния внешней среды, за основными компонентами режима дня, особенно таких процедур, как питание, физическое воспитание, закаливание;
- систематическое наблюдение за состоянием здоровья детей, плановое диспансерное наблюдение за здоровыми детьми;
- лечение больных детей, выявленных в период медосмотра, проведение активного диспансерного наблюдения;
- проведение профилактических мероприятий по профилактике острых заболеваний;
- организация санитарно-просветительской работы среди родителей, воспитателей, педагогов, технических работников;
- проведение летних оздоровительных мероприятий;
- разработка оздоровительных мероприятий на основе анализа деятельности дошкольных образовательных учреждений, школ, деятельности отдела в целом.

В целях контроля за работой врачей и медсестер работающих в школах и дошкольных образовательных учреждениях главный врач поликлиники периодически посещает детские учреждения, заслушивает отчеты сотрудников.

В школах устанавливается врачебный контроль за правильностью организации и проведения физической культуры. Этот контроль врача состоит из следующих задач:

- с целью создания групп для участия на занятиях физической культурой регулярно отслеживает физическое развитие и здоровье детей, дает разрешения на спортивные секции, туристические поездки и соревнования;
- проводит врачебно-педагогические наблюдения за методами проведения занятий физической культуры, перерывами между физкультурой, секционных занятий и соревнований и их содержанием;
- осуществляет санитарно-гигиенический контроль за местом и условиями проведения занятий физической культурой и спортом, следит за уроками физической культуры, которые проводятся с особыми группами;
- ведет санитарно-просветительскую работу по вопросам физического воспитания;
- профилактика и оказание первой помощи при травмах.

Все школьники для прохождения уроков физической культуры делятся на 3 группы: основные, подготовительные и специальные группы.

В последнее время в педиатрии широко используются массовые диагностические скрининг тесты с целью своевременного выявления различных отклонений среди детей и повышения эффективности медицинских осмотров.

Контроль за здоровьем детей в школе посредством массовых скрининг тестов состоит из следующих этапов:

- I-й этап – скрининг проверка (проводит в основном медсестра);
- II-й этап – обследование врачами детей, выделенных с помощью теста;

III-й этап—обследование детей специалистами.

Эти скрининг тесты в основном повышают роль среднего медицинского работника в наблюдении за здоровьем детей. Эффективное использование времени врачей и специалистов позволит проводить профилактические мероприятия в период первоначального ухода за здоровьем детей.

Детская больница (стационар)

Детская больница – это независимое лечебно-профилактическое учреждение, которое оказывает квалифицированную стационарную помощь детям с рождения до возраста 15 лет.

В зависимости от организационной формы детской больницы, характера и объема оказываемой медицинской помощи, могут быть возложены функции многопрофильной детской больницы, специализированной детской больницы, детской клинической больницы, объединенной детской больницы (с поликлиникой), районной детской больницы (с поликлиникой), областного многопрофильного детского центра, областной (Республиканской) детской больницы.

Структура областного детского многопрофильного медицинского центра

- детская поликлиника или поликлиническое отделение;
- приемный отдел;
- палаты (боксы) в специализированных отделениях;
- отделение анестезиологии-реаниматологии, отделение интенсивной терапии;
- лабораторный отдел: экспресс-лаборатория, биохимическая, клиническая лаборатория;
- процедурная комната;
- физиотерапевтическая комната;
- в каждом отделении есть комнаты заведующего отделением и врача-ординатора;
- комната старшей медсестры и комната для хранения медикаментов;
- медицинский кабинет статистики;
- дополнительные комнаты;
- патологоанатомический отдел (морг);
- административное здание (комнаты);

Основные задачи детской больницы:

- организация профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, смертности детей и сохранение их здоровья;
- оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи детям в стационаре, на дому;
- оказание медицинской помощи матерям госпитализированных детей, консультации по уходу за больным ребенком;
- внедрение современных эффективных форм и методов профилактики на основе достижений науки и техники и передового опыта диагностики и лечения в практику;

- повышение качества и эффективности лечебно-профилактической помощи детям, развитие, совершенствование форм и методов работы детской больницы;

- координация госпитализации детей из амбулаторных учреждений на стационарное лечение;

- внедрение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в больнице, а также предупреждение проникновения и распространения внутрибольничных инфекций;

- рациональное использование труда и рабочего времени медицинских работников, медикаментов и медицинского оборудования;

- соблюдение правил внутреннего распорядка детской больницы, медицинской этики и деонтологии с учетом условий на месте;

- проведение мероприятий, направленных на повышение квалификации и практических и практических навыков медицинского персонала; организация конференций и семинаров среди врачей, участие во врачебном объединении, рассмотрение историй болезни больных детей, составление рефератов (тезисов), чтение специальной медицинской литературы, организация тренингов для медицинских работников, организация и проведение совета медсестер и т. д.;

- регистрация расходования наркотических средств, медикаментов, ведение отчетности.

В соответствии с вышеприведенными задачами детская больница выполняет следующее:

- организация высококвалифицированного стационарного и поликлинического обслуживания детей по территориальному принципу;

- своевременная госпитализация и лечение больных детей в соответствующих отделениях или при необходимости перевод их в другое медицинское учреждение;

- раннее выявление заболеваний, квалифицированное лечение пациентов в поликлинике и на дому;

- лечение пациентов в стационаре с использованием новейших достижений медицинской науки и техники;

- комплексное клинико-лабораторное обследование и лечение матерей, госпитализированных в стационар, с целью ухода за больными детьми;

- сохранение и укрепление взаимодействия преемственности взрослой больницы с детской больницей при обследовании больных матерей;

- оказание первичной и экстренной медицинской помощи при острых и внезапных заболеваниях, травмах и отравлениях независимо от обслуживаемой территории;

- внедрение новых эффективных методов диагностики и лечения, а также передовых лечебно-профилактических методов работы и организационных форм;

- с целью комплексного лечения широкое применение нетрадиционных и физических методов, диетического питания, физической терапии и других методов лечения;

- создание комфортных условий в стационаре для больных детей и госпитализированных матерей по уходу за ребенком;

- проведение педагогической и воспитательной работы с детьми, соблюдение лечебно-охранительного режима;
- оценка качества и эффективности проводимой лечебно-профилактической работы, регистрация и анализ результатов лечения;
- предоставление путевок на санаторно-курортное лечение больным детям;
- выдача больничного листа матерям по уходу за больными детьми;
- постоянный контакт с другими медицинскими и детскими учреждениями (родильный дом, детский дом, противотуберкулезный и физкультурный диспансер, СЭС и др.);
- повышение теоретических знаний и профессиональных навыков врачей и среднего медицинского персонала;
- проведение работы по санитарному просвещению (радио, телевидение, выступления в газетах, организация стенгазет);

Пациенты госпитализируются в стационар в основном по направлению из детской поликлиники. Кроме того, в стационар можно госпитализировать по экстренной скорой помощи, непосредственному обращению с пациентом, направление больного из другого стационара.

В приемной дети обследуются, им ставится первичный диагноз и распределяются по соответствующим отделам, пациенты, контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями, изолируются. Кроме того, в приемной оказывается неотложная скорая медицинская помощь; проводится санитарная дезинфекция; фиксируется движение больных и осуществляется информационная служба.

Приемное отделение должно состоять из отдельных боксов для приема детей. Каждый бокс должен быть достаточным оснащением медицинскими приборами, необходимыми для приема индивидуально. В приемной без Мальцерных боксов обязательно должны быть 2 помещения изолированных друг от друга.

При направлении детей в стационар обязательно должна быть «история развития ребенка» (ф-112/у) или же путевка, с полной выпиской из истории. В ней должны быть указаны диагноз, анамнез, начало заболевания, течение, характер, проведенные лабораторные исследования, лечебные процедуры, контакт ребенка с больным инфекционным заболеванием.

В приемной заполняется паспортная часть истории болезни, в журнале приема записывается вся информация.

Если во время приема у ребенка выявляется какое-либо инфекционное заболевание, то врач немедленно дает оповещение в СЭС.

Организация деятельности отделений стационара

Одной из особенностей детской больницы является принятие мер по предотвращению распространения внутрибольничных инфекций. Это включает в себя создание отдельных секций, которые отделяются друг от друга в каждом разделе. Имеются боксы для детей до года. Каждый бокс может иметь одно или два места.

Отделы младенцев и недоношенных детей отделяются от других отделов. Эти отделы состоят из комнаты интенсивной терапии, переливания крови, физиотерапии и лечения, комнаты матери, сбора и обработки грудного молока, а также вспомогательных помещений.

Основную составляющую отдела составляют палаты или боксы. В каждом боксе должна быть горячая и холодная вода, раковина для мытья рук персонала и ребенка, детская ванна, бактерицидная лампа и кран от центрального обеспечения кислорода. Кроме того, в каждом боксе есть кровати, подходящие для детского возраста, тумбочки для индивидуального использования, ванны, медицинские весы, ведро с капюшоном, открывающееся ногой.

Все процедуры для детей и питание ребенка проводятся в боксе со строгим соблюдением санитарно-гигиенических правил. Температура воздуха в палатах должна быть не менее 22-24°C, влажность воздуха не менее 60%. Палаты проветривают не менее 6 раз каждый день при помощи фрамуг.

Для профилактики внутрибольничной инфекции, для борьбы с санитарно-эпидемиологической обстановкой, практически в один день в боксы размещаются детьми с одинаковыми диагнозами, с одинаковым днем начала заболевания и одинаковым возрастом. Один раз в год отделения закрываются для проведения дезинфекции, промывки, ремонта.

В специализированные отделения, в которые госпитализируются дети старше 1 года, имеется столовая, отдельные комнаты для игры детей и подготовки к школьным занятиям.

Некоторые специализированные отделы будут иметь дополнительные вспомогательные помещения, исходя из профиля отдела. Например, комната функциональной диагностики в отделении ревматологии, аудиометр – звукоизолирующая комната в отделении отоларингологии, бронхоскоп, комната физической терапии, неврологическая – комната лечения электрическим сном.

Комплексное обследование детей во всех отделениях сопровождается врачами-ординаторами и медсестрами. Они проводят лечебную работу. В первые 3 дня у ребенка должны быть проведены полные клинические исследования. Не позднее, чем на второй день пребывания ребенка в стационаре, пациент должен пройти обследование у заведующего отделением.

Врач-ординатор контролирует своевременное выполнение медсестрой назначенных им процедур, питание, уход за ребенком, чистоту больного ребенка.

Каждый день врач-ординатор начинает свою работу с динамического изучения и анализа изменений здоровья ребенка в течение последних дней, с обхода новых лежащих и тяжелых пациентов. Врач-ординатор принимает участие в рентгенологическом обследовании ребенка и осмотре, проводимом заведующим отделением. В отделении помимо комплексного лечения ребенка проводится и воспитательная работа.

Правильная организация рабочего графика медицинских сестер и уборщиц имеет важное значение в правильной организации труда в больнице. График работы медицинской сестры должен быть составлен

таким образом, чтобы обеспечить регулярное динамическое наблюдение за состоянием здоровья пациента штатной медицинской сестрой с учетом продолжительности рабочего времени.

Оптимальным считается трехсменный график работы. Такой график позволяет двум медсестрам работать друг за другом утром и днем. Недостатком же такого графика является то, что меняются 3 медсестеры в день.

Старшая медицинская сестра является ближайшим помощником заведующего отделением. Она отвечает за правильную организацию и контроль за работой медсестер и уборщиц. Обычно старшая медицинская сестра назначается, исходя из достаточного опыта и знаний всех процедур и способности своевременно оказать неотложную помощь.

Старшая медицинская сестра формирует свой рабочий график, исходя из квалификации сиделок и уборщиц. Она также выполняет ряд административных функций: поддерживает связь с другими отделениями, вызывает других врачей для консультации по рекомендации врача, осуществляет контроль за обследованием и лечением больных.

Она приходит на работу до начала дневной смены, знакомится с состоянием отделения, с изменениями в очередности больных в ночное время, знакомится с имеющимися лекарствами, а после прихода заведующего отделением информирует его о состоянии больных и проводит осмотр отделения.

Заведующий кафедрой является организатором и руководителем всей работы в отделении. Штат и основные функции заведующего кафедрой определяются по соответствующим документам Минздрава, как правило, должность заведующего отделением предусматривается в отделении на 30-60 мест. В основные обязанности заведующего отделением входит работа с родителями.

Контрольные вопросы

1. На каких этапах осуществляется защита материнства и детства?
2. С какой целью женщины наблюдаются до родов?
3. Почему супружеская пара должна пройти медицинское обследование за 6 месяцев до планируемой беременности?
4. Беременные женщины делятся на 3 группы в зависимости от состояния здоровья, назовите их?
5. Какова цель «Школы молодых матерей»?
6. Какие основные задачи выполняет гинекологическая служба детей и подростков?
7. На какие группы делятся девочки, взятые под диспансерное наблюдение?
8. В каком порядке проводится добрачный медицинский осмотр молодоженов?
9. Какие отделения должны быть в роддоме?
10. Какие процедуры проводятся в приемном отделении роддома?

11. В каком порядке выписывается женщина после родов?
12. Современные принципы родовспоможения?
13. Как организовать медицинскую помощь новорожденным в родильных домах (отделениях)?
14. Как организуется медицинская помощь в детских медицинских учреждениях?
15. Какие отделения входят в структуру многопрофильного областного детского медицинского центра?
16. Каковы основные задачи детской больницы?
17. Какие особенности имеет организация работы в отделениях больницы?

Глава 24. РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В настоящее время в Республике Узбекистан успешно реализуются важнейшие положения и целевые задачи государственной программы реформирования системы здравоохранения. Коренным образом пересмотрена система медицинского обслуживания и разработаны принципиально новые подходы к построению системы здравоохранения в республике.

Создана единая система оказания высококвалифицированной бесплатной экстренной медицинской помощи населению, которая состоит из специализированных областных больниц и 173 отделений, отвечающих самым высоким требованиям и международным стандартам, а также служб скорой медицинской помощи в районах и городах, руководство и координация их деятельности осуществляется Республиканским научным центром экстренной медицинской помощи.



17. 1. Рисунок. Организационная структура учреждений скорой и неотложной медицинской помощи.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи является главным лечебным и научно-методическим учреждением, который оказывает экстренную и неотложную медицинскую помощь населению республики.

Создана единая система по оказанию высококвалифицированной бесплатной экстренной медицинской помощи населению, состоящая из 173 отделений и специализированных областных больниц, отвечающих самым высоким требованиям и международным стандартам в районах и городах, руководство и координация деятельности которых осуществляется Республиканским научным центром скорой медицинской помощи.

Цели и задачи.

Основной целью деятельности центра является своевременная и скоординированная организация работы по оказанию квалифицированной, высокотехнологичной, специализированной экстренной и неотложной медицинской помощи населению и проведение научных исследований по созданию новых, эффективных технологий профилактики, диагностики и лечения неотложных состояний и внедрение их в практику здравоохранения.

Основные задачи центра:

- организация и повышение качества оказания экстренной медицинской помощи до уровня государственной службы, отвечающей современным требованиям, основанной на высоких технологиях и высокоэффективной;
- организационно-методическое руководство деятельностью системы экстренной медицинской помощи, соответствующей современным мировым требованиям оперативности, высокой технологичности и эффективности;
- осуществление организационно-методического руководства деятельностью и консультативное взаимодействие с филиалами Центра в Республике Каракалпакстан и областях, проведение мониторинга и контроля за их работой;
- оказание специализированной и квалифицированной скорой и неотложной медицинской помощи жителям г. Ташкента и Ташкентской области;
- участие в разработке и реализации программ по дальнейшему развитию и совершенствованию системы оказания службы экстренной медицинской помощи, снижению уровня инвалидности и смертности населения;
- разработка и реализация рекомендаций по развитию форм и методов организации службы экстренной медицинской помощи населению;
- проведение научных исследований по созданию новых, эффективных методов профилактики, диагностики и лечения неотложных состояний и внедрение их в систему здравоохранения;
- повышение квалификации и переподготовка врачей и среднего медицинского персонала, подготовка научных и научно-педагогических кадров по оказанию неотложной медицинской помощи;
- установление тесного сотрудничества с ведущими зарубежными профильными организациями, налаживание обмена опытом путем проведения совместных исследований и организации двухсторонних отношений в сфере экстренной медицинской помощи.
- участие в санитарно-просветительной работе по вопросам оказания первой медицинской помощи в экстренных случаях среди населения в сотрудничестве с соответствующими организациями;

— организация учебных курсов по обучению сотрудников Министерства по чрезвычайным ситуациям, Министерства внутренних дел, Государственной автотранспортной инспекции, сотрудников противопожарной и спасательной служб, а также сотрудников и других заинтересованных организаций навыкам оказания первой медицинской помощи в экстренных ситуациях.

Центр является главным учреждением Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, разрабатывающим теоретические и практические основы оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению, проводящим научные исследования в данном направлении, внедряющим методические пособия, осуществляющим процесс повышения квалификации и переподготовки медицинских работников, работающих в системе экстренной медицины.

Центр является юридическим лицом, имеет самостоятельный баланс, учетные, текущие и регистрационные номера в банках, свое личное имущество, может быть истцом и ответчиком в судебном процессе. Центр имеет гербовую печать, угловой штамп, бланки с указанием своего имени с символом утвержденного образца и другую необходимую атрибутику.

По согласованию с Минздравом Центр выбирает методы и формы организации своей деятельности для реализации поставленных задач, осуществляет в пределах своей компетенции все необходимые решения и действия.

Структура центра и система управления

Структура Центра утверждается Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

Основными организационными подразделениями Центра, обеспечивающими выполнение задач, установленных Уставом, являются станции скорой медицинской помощи, санитарная авиация, станции переливания крови, приемный отдел и координационно-диспетчерская служба, постоянно действующие специализированные медицинские клинические, лечебно-диагностические и патолого-анатомические отделения, научно-организационные и информационно-аналитические отделы, а также административные и хозяйственно-технические службы.

В рамках научных программ, финансируемых по грантам Республиканского центра науки и технологий, формируются научные команды, являющиеся организационными подразделениями Центра.

Функциональные обязанности и сфера деятельности организационных подразделений Центра определяются на основании нормативных документов, утверждаемых Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

Центр в своей деятельности руководствуется Конституцией и законами Республики Узбекистан, постановлениями палат Олий Мажлиса Республики Узбекистан, Указами, Постановлениями и Распоряжениями Президента Республики Узбекистан, постановлениями и распоряжениями Кабинета Министров Республики Узбекистан, другими законодательными актами.

Структура Республиканского центра экстренной медицинской помощи.

В организационную структуру также входят филиалы Центра, расположенные в Республике Каракалпакстан, в городе Ташкент и во всех

областях республики, являющиеся независимыми юридическими лицами. В состав филиалов входят клинические отделения скорой медицинской помощи, станции скорой медицинской помощи и областная станция санитарной авиации.

Деятельность системы экстренной медицинской помощи возглавляет генеральный директор, назначаемый и освобождаемый от занимаемой должности Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

В стране осуществляются комплексные меры по развитию здравоохранения, обеспечению гарантий прав граждан на охрану здоровья со стороны государства, формирование здорового образа жизни граждан, доступность медицинской помощи для всех слоев населения.

Несмотря на заложенные организационные основы функционирования службы экстренной медицинской помощи, эффективность ее оказания не отвечает современным требованиям, остается недостаточным уровень обеспеченности выездных бригад скорой медицинской помощи лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, а также специализированным медицинским оборудованием.

В соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан от 16 марта 2017 года № УП-4985 «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы экстренной медицинской помощи», а также в целях дальнейшего совершенствования системы экстренной медицинской помощи 25 января 2018 года принято Постановление Президента Республики Узбекистан №ПП-3494 «О мерах по ускоренному совершенствованию системы экстренной медицинской помощи», в котором предусмотрено, что экстренная и неотложная медицинская помощь для населения оказывается на бесплатной основе во всех медицинских организациях, независимо от их форм собственности, в установленном порядке.

В Постановлении указано нижеследующие:

- скорая и неотложная медицинская помощь оказывается населению бесплатно во всех медицинских учреждениях независимо от форм собственности и управления;

- медицинским организациям запрещается отказывать в предоставлении экстренной и неотложной медицинской помощи лицам, находящимся в опасном для жизни или здоровья состоянии.

- повышение эффективности службы скорой медицинской помощи, оперативности и качества оказываемых ею услуг путем разработки и внедрения механизмов обеспечения ее эффективной интеграции с учреждениями первичной медико-санитарной помощи;

- укрепление материально-технической базы Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (далее – РНЦЭМП), его региональных филиалов и отделений в районных (городских) медицинских объединениях;

- оснащение и дооснащение современным медицинским оборудованием и средствами цифровой радиосвязи (рации) специализированных транспортных средств службы скорой медицинской помощи;

-совершенствование системы подготовки и повышения квалификации медицинских кадров с учетом приоритетных, перспективных направлений научных исследований и передовых технологий, обеспечивающих ускоренное развитие системы экстренной медицинской помощи.

-создать на базе станции скорой медицинской помощи города Ташкента и станциях скорой медицинской помощи региональных филиалов Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи единых диспетчерских Call-центров с бесперебойным функционированием единого круглосуточного телефонного номера экстренного вызова скорой медицинской помощи по всей территории республики.

-в месячный срок утвердить Положение о службе скорой медицинской помощи и обновленные нормативы обеспечения ее бригад лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения;

-в месячный срок пересмотреть и утвердить перечень неотложных состояний, требующих экстренной госпитализации больных в Республиканские специализированные научно-практические медицинские центры, с учетом положений настоящего постановления;

С 1 февраля 2018 года внедрены доплаты водителям бригад скорой медицинской помощи в размере 30 процентов от тарифной ставки за выполнение дополнительно возложенных функций по переносу пациентов, при условии отсутствия должности санитаря.

Таким образом, Республиканский центр неотложной скорой помощи, областные центры и районные центральные больницы специализируются на создании новой системы здравоохранения, которая является единственной в мире и обеспечивает быструю неотложную медицинскую помощь

Контрольные вопросы

1. Когда был организован Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи?

2. Какие цели и задачи определяют деятельность Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи?

3. Какие отделения входят в структуру Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи?

Глава 25. ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ

В целях дальнейшего углубления реформ в системе здравоохранения, формирования в республике высокотехнологичных и востребованных медицинских центров высокого уровня, отвечающих мировым требованиям, создания организационных, финансово-экономических и правовых условий для широкого внедрения передовых медицинских технологий, а также в результате реализации государственных программ реформирования здравоохранения создана принципиально новая система оказания высокотехнологичной специализированной медицинской помощи.

В соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан от 23 февраля 2003 года № УП-3214 «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения» и Постановлением Кабинета Министров от 27 февраля 2003 года №14 и от 8 июня 2004 года № 264 в Республиканском центре созданы и функционируют специализированные медицинские центры в области хирургии, кардиологии, микрохирургии глаза, урологии, акушерства и гинекологии, педиатрии, эндокринологии, терапии и медицинской реабилитации, дерматологии и венерологии, фтизиатрии и пульмонологии (далее – Республиканские центры), оснащенные современным оборудованием и укомплектованные высококвалифицированными врачами.

На Республиканские центры возложены следующие основные задачи:

- проведение аналитической и научно-исследовательской работы, обеспечивающей своевременное выявление тенденций заболеваемости в целом по республике и в каждом регионе, разработка схем профилактической и лечебной деятельности для областных и районных (городских) организаций здравоохранения;

- осуществление единой методической, технологической, лечебной и профилактической политики по своему профилю, определение потребности в современном медицинском оборудовании и технологиях, лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения, разработке клинических протоколов;

- оказание содействия в проведении необходимой профилактической работы в регионах, в том числе посредством разработки соответствующей медицинской документации, издания информационных и разъяснительных материалов;

- организационно-методическое руководство территориальными профильными медицинскими организациями, внедрение в их практику современных методов и технологий медицинской помощи;

- проведение на регулярной основе выездных консультаций, мастер-классов, а также операций в территориальных профильных медицинских организациях, в первую очередь, в наиболее сложных случаях;

- совместно с Ташкентским институтом усовершенствования врачей системное повышение квалификации собственного медицинского персонала.

медицинского персонала профильных территориальных медицинских организаций, а также подготовка кадров узких специалистов в клинической ординатуре, базовой докторантуре и докторантуре:

- широкое сотрудничество с ведущими международными медицинскими центрами, клиниками и высококвалифицированными зарубежными специалистами, включая приглашение их в республику для проведения консультаций и мастер-классов, прохождение стажировок отечественных специалистов здравоохранения в профильных медицинских центрах и клиниках за рубежом.

Филналы Республиканских центров, профильные специализированные медицинские организации и специализированные отделения территориальных медицинских многопрофильных центров, районных (городских) медицинских объединений обеспечивают профилактику и раннее выявление заболеваний, а также оказание соответствующих специализированных медицинских услуг.

В целях дальнейшего развития сети центров прикладной медицины Указом Президента Республики Узбекистан от 19 сентября 2007 года № УП 3923 «Об основных направлениях государственной программы дальнейшего углубления реформирования и развития системы здравоохранения» созданы новые республиканские специализированные научно-практические медицинские центры:

Республиканские специализированные научно-практические медицинские центры – главных медицинских организаций республики по соответствующим профильным направлениям оказания медицинских услуг

1. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова.

2. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии.

3. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии.

4. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр микрохирургии глаза.

5. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации.

6. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии.

7. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова.

8. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии.

9. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии.

10. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии.

11. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии.

12. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии.

13. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и медицинской радиологии.

14. Республиканский специализированный научно-практический центр гематологии.

15. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии.

16. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почек.

Центры наряду с оказанием высокоспециализированной медицинской помощи населению по своим направлениям деятельности оказывают организационно-методическую помощь учреждениям здравоохранения на областном и районном уровнях. Это способствует повышению профессиональной квалификации медицинского персонала в указанных учреждениях, а также внедрению в практику разработанных в научно-практических центрах достижений науки.

В этих центрах предоставляется бесплатная помощь на основании льготных путевок следующим категориям лиц:

- круглые сироты;
- инвалиды I и II групп;
- участники войны 1941–1945 гг. (также приравненные к ним лица);
- инвалиды и лица, приравненные к ним;
- не работающие пенсионеры;
- одинокие престарелые, состоящие на учете в отделах социального обеспечения;
- инвалиды-участники Чернобыльской аварии;
- воины-интернационалисты;
- члены малообеспеченных семей, получающие материальную помощь в органах самоуправления.

Законом Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» определены основные принципы охраны здоровья граждан, а именно: соблюдение прав человека в области охраны здоровья; доступность медицинской помощи для всех слоев населения; приоритет профилактических мер; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; единство медицинской науки и практики.

В нашей стране сегодня сформирована целостная система оказания высококвалифицированных и высокотехнологичных специализированных медицинских услуг, которые предоставляются республиканскими и территориальными специализированными медицинскими учреждениями, оснащенными современным медицинским оборудованием, позволяющим поставить точный диагноз, применять эффективные методы лечения, включая высокотехнологичные диагностику и оперативные вмешательства.

Благодаря реализации масштабных мер по развитию специализированной медицинской помощи только за последние 5 лет в специализированных центрах проведено более 150 тысяч оперативных вмешательств, в том числе

более 80 тысяч высокотехнологичных операций, в практику внедрено более 80 новых сложных и уникальных методов лечения.

Вместе с тем в данной сфере накопился ряд системных вопросов, требующих оперативного решения и принятия конкретных мер.

В частности, наблюдается заметное отставание в развитии специализированной медицинской помощи на областном и районном уровнях системы здравоохранения. Остается низкой роль республиканских специализированных учреждений в формировании эффективной вертикали организационно-методического руководства специализированной медицинской помощью в регионах. Слабо внедряются передовые, апробированные в республиканских учреждениях высококачественные методы диагностики и лечения в деятельность медицинских учреждений областного и районного уровня. Отечественные и зарубежные научные достижения по специализированным профильным направлениям медицины имеют низкий уровень внедрения в практику областных и районных медицинских учреждений.

С учетом вышензложенного в Постановлении Президента Республики Узбекистан от 20 июня 2017 г. №ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017 – 2021 годы» предусмотрены меры по определению наиболее важных направлений дальнейшего развития специализированной медицинской помощи республики, расширению географии ее оказания до районного (городского) уровня, повышению ответственности республиканских специализированных центров за организационно-методическое руководство территориальными профильными медицинскими организациями, внедрению в их практику современных методов и технологий медицинской помощи.

Постановлением предусмотрено дальнейшее реформирование системы оказания специализированных медицинских услуг на всех ее уровнях: на республиканском уровне – оказание самых современных высокотехнологичных специализированных медицинских услуг по профильным направлениям, на областном уровне – современных высокотехнологичных специализированных медицинских услуг по профильным направлениям, на районном (городском) уровне – специализированных медицинских услуг на базе вновь создаваемых специализированных профильных отделений. А на уровне организаций первичной медико-санитарной помощи – консультации узкими профильными специалистами по специально утвержденному графику, а также оказание отдельных видов специализированной медицинской помощи по лечебным и консультативно-диагностическим направлениям.

Постановлением предусматривается активное внедрение в систему оказания специализированной медицинской помощи современных последних достижений научно-исследовательской деятельности по своевременному выявлению тенденций заболеваемости в целом по республике и в каждом регионе в отдельности.

Ведущие республиканские специализированные лечебно-профилактические организации преобразованы в республиканские специализированные научно-практические медицинские центры.

Основными задачами центров определены осуществление единой методической, технологической, лечебной и профилактической политики по своему профилю, определение потребности в современном медицинском оборудовании и технологиях, лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения, разработка клинических протоколов, оказание содействия в проведении необходимой профилактической работы в регионах, в том числе посредством разработки соответствующей медицинской документации, издание информационных и разъяснительных материалов, проведение на регулярной основе выездных консультаций, мастер-классов, а также операций в территориальных профильных медицинских организациях, в первую очередь, в наиболее сложных случаях. Помимо этого, центры будут на системной основе совместно с Ташкентским институтом усовершенствования врачей повышать квалификацию собственного медицинского персонала, медицинского персонала профильных территориальных медицинских организаций, а также подготавливать кадры по узким специальностям в клинической ординатуре, базовой докторантуре и докторантуре, широко сотрудничать с ведущими международными медицинскими центрами, клиниками и высококвалифицированными зарубежными специалистами, включая приглашение их в республику для проведения консультаций и мастер-классов, обеспечивать прохождение стажировок отечественных специалистов здравоохранения в профильных медицинских центрах и клиниках за рубежом.

Постановлением утверждается схема оказания специализированных медицинских услуг населению и Программа мер по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017 – 2021 годы, предусматривающая обновление правовой базы, направленной на расширение доступа населения к качественным и эффективным специализированным медицинским услугам, совершенствование системы финансирования Республиканских центров, укрепление материально-технической базы медицинских организаций, оказывающих специализированные медицинские услуги, совершенствование системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров, повышение качества оказания специализированных медицинских услуг населению, внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения.

Предусматривается в срок до 1 января 2018 года создание единой постоянно обновляемой электронной базы данных пациентов, нуждающихся в получении соответствующих специализированных медицинских услуг, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, с отдельным учетом льготного контингента. До 1 января 2019 года будет внедрена электронная программа дистанционной записи на прием к врачу во всех специализированных центрах, областных филиалах, районных (городских) медицинских объединениях.

Предусмотрено освобождение до 1 января 2022 года медицинских организаций государственной системы здравоохранения, оказывающих населению платные медицинские услуги (кроме стоматологических и

косметологических), от уплаты всех видов налогов и обязательных отчислений в государственные целевые фонды с целевым направлением высвобождаемых средств на оснащение медицинской организации современным медицинским, инженерно-техническим оборудованием и его сервисное и техническое обслуживание, приобретение запасных частей, расходных материалов, инвентаря и других изделий медицинского назначения, осуществление нового строительства, реконструкции и капитального ремонта зданий и сооружений. Они освобождаются также от таможенных платежей за ввозимые новое медицинское оборудование, комплектующие изделия, запасные части и расходные материалы к медицинскому оборудованию по перечню, утверждаемому в установленном порядке.

Отдельное внимание уделяется разработке действенных механизмов социально-правовой защиты выезжающих на лечение за рубеж граждан Республики Узбекистан, а также в целях повышения практических и теоретических навыков отечественных специалистов – привлечению в республику ведущих зарубежных ученых, врачей и специалистов на контрактной основе.

Реализация мероприятий, предусмотренных в рамках постановления и программы, будет способствовать подъему на новый уровень качества предоставляемых медицинских услуг в республике, особенно на областном и районном (городском) уровнях, расширению доступа широких слоев населения к получению высокотехнологичной медицинской помощи, внедрению последних достижений научно-исследовательской деятельности и передового зарубежного опыта в сферу оказания высокотехнологичных специализированных медицинских услуг.

В целях повышения качества медицинских услуг, оказываемых сельскому населению в областях и районах, коренного совершенствования современной организационной структуры здравоохранения, медицинской диагностики и лечения в стране, оснащенной современным оборудованием в соответствии с международными стандартами и высококвалифицированными специалистами, развития широкой сети диагностических услуг 2 октября 2007 года «О мерах по совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений республики» и 18 марта 2008 года Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 48 «О мерах по совершенствованию организационной структуры и деятельности территориальных учреждений здравоохранения», согласно которых создаются:

- Региональные многопрофильные медицинские центры, оказывающие медицинские услуги по основным направлениям лечения (плановая хирургия, терапия, кардиология, урология и др.);
- Областные детские многопрофильные медицинские центры на базе областных детских медицинских учреждений;
- Платные лечебно-диагностические центры в Нукусе и Ташкенте, а также в каждом областном центре;
- Районные (городские) медицинские объединения на базе центральных районных (городских) больниц и центральных районных поликлиник.

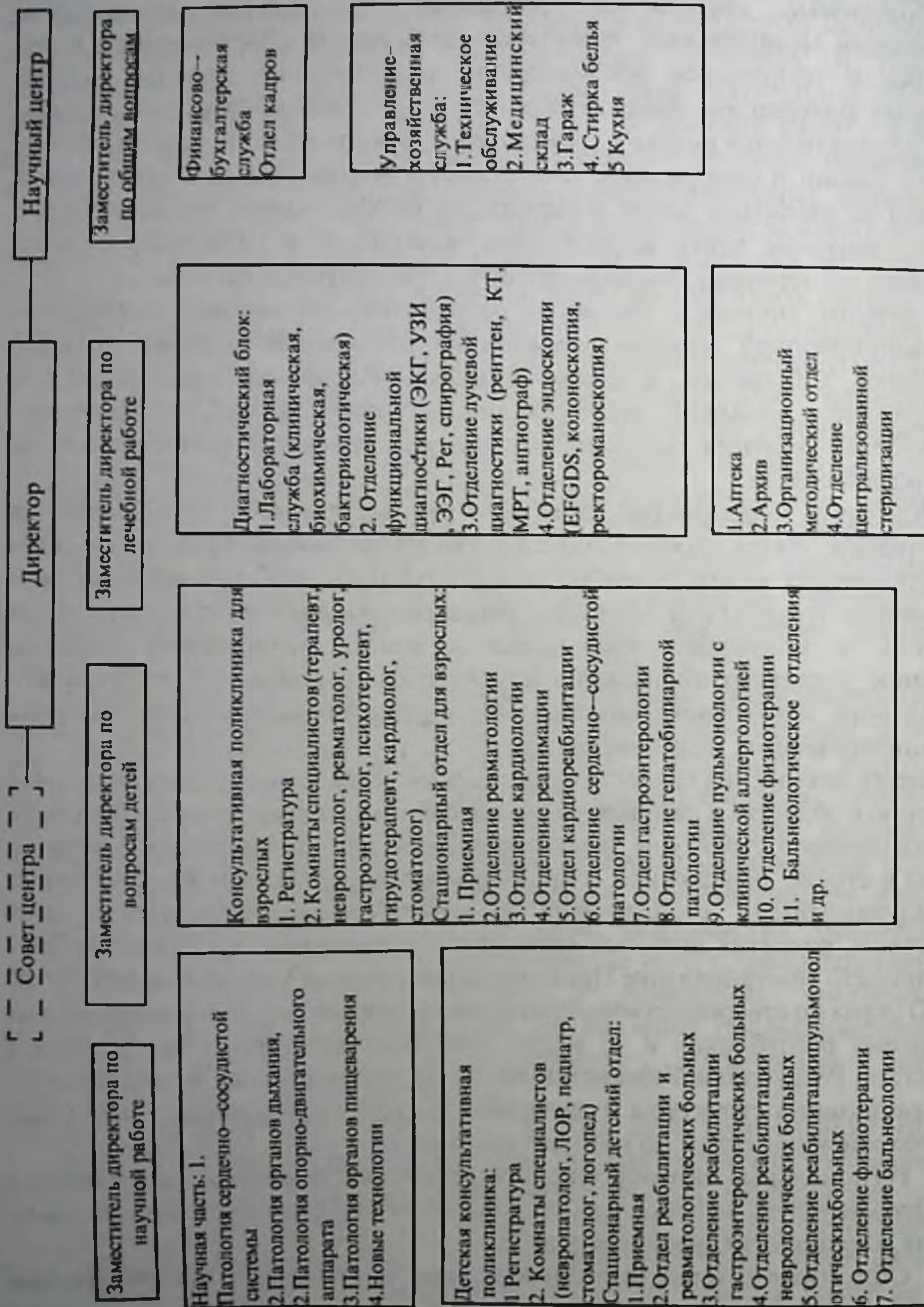


Рис. 25.1. Структура республиканского специализированного научно-практического центра терапии и медицинской реабилитации

В свою очередь, областные многопрофильные медицинские центры, созданные в целях обследования больных, оказания высококвалифицированной медицинской помощи, стационарного лечения по основным направлениям заболевания (плановая хирургия, терапия, кардиология, гинекология и др.), одновременно оказывают методическую поддержку по внедрению современных методов и технологий оказания медицинской помощи в региональных медицинских учреждениях.

В организационной структуре системы Минздрава, в структуре его центрального аппарата, в структуре центрального аппарата Минздрава Республики Каракалпакстан, областных и Ташкентских городских управлениях здравоохранения и районных (городских) медицинских объединения четко обозначена вертикальная взаимосвязь с медицинскими учреждениями на республиканском, областном и районном (городском) уровне.

Управления здравоохранения областей и города Ташкента подчиняются двум организациям – соответствующему хокиму и Министерству здравоохранения Республики Узбекистан.

Начальник областного и Ташкентского городского управления здравоохранения, главный врач областного многопрофильного медицинского центра, областного детского многопрофильного медицинского центра, а также заведующий областным лечебно-диагностическим центром, районными (городскими) медицинскими объединениями назначается Министром здравоохранения Республики Узбекистан по представлению хакима соответствующей области или хакима г.Ташкента.

В структуре центрального аппарата Министерства здравоохранения создано новое управление – отдел по контролю качества оказываемых лицензирующими и негосударственными учреждениями медицинских услуг, а также новый отдел в составе Главного управления лечебно-профилактической помощи министерства, то есть отдел по разработке и внедрению стандартов диагностики и лечения.

Управление по контролю за качеством медицинских услуг, оказываемых лицензирующими и негосударственными учреждениями, создано в целях поощрения развития частных медицинских учреждений, оказания нормативно-практической помощи и контроля за качеством медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими учреждениями.

Отдел координации разработки и внедрения стандартов диагностики и лечения создан в целях координации внедрения единых стандартов диагностики и лечения при оказании медицинской помощи, а также внедрения единых стандартов диагностики и лечения при оказании медицинской помощи.

Начальники управлений здравоохранения областей и города Ташкента назначаются на должность в следующем порядке:

- хакимом города Ташкента и области кандидату, назначаемому на должность начальника управления здравоохранения, выдается рекомендация для рассмотрения в Министерстве здравоохранения;
- по рекомендации при положительном рассмотрении кандидат назначается на должность приказом Министерства здравоохранения;

— руководители управлений здравоохранения областей и города Ташкента осуществляют свою деятельность в порядке двустороннего подчинения местной власти и Министерству;

Трудовая деятельность начальников управлений здравоохранения города Ташкента и областей (назначение на должность и освобождение от должности, отпуск по беременности и родам, мобилизация в служебную командировку и др.) осуществляется согласно приказам и распоряжениям Министерства.

Главные врачи областного многопрофильного медицинского центра, областного детского многопрофильного медицинского центра, областного медицинского диагностического центра, районных и городских медицинских объединений назначаются на должность в следующем порядке:

- кандидаты, назначаемые на должность главного врача областного многопрофильного медицинского центра, областного детского многопрофильного медицинского центра, областного медицинского диагностического центра, районного и городского медицинского объединения, рекомендуются хакимом области для рассмотрения в Министерстве здравоохранения;

- наиболее подходящий кандидат назначается на должность приказом Министерства здравоохранения, если рекомендации кандидатов рассматриваются на альтернативной основе;

- главные врачи областного многопрофильного медицинского центра, областного детского многопрофильного медицинского центра, областного медицинского диагностического центра, районных и городских медицинских объединений осуществляют свою деятельность в порядке двустороннего подчинения местному управлению здравоохранения и Министерству;

- трудовая деятельность главных врачей областных центров, районных и городских медицинских объединений (назначение на должность и освобождение от должности, отпуск по беременности и родам, мобилизация в служебные командировки и т.д.) осуществляется согласно приказам и распоряжениям Министерства.

Контрольные вопросы

1. Когда началось создание специализированных научно-практических медицинских центров и каковы причины их создания?

2. Каковы основные функции организационных специализированных медицинских центров?

3. Какие научно-практические медицинские центры были организованы на начальном этапе?

4. Какие категории лиц оказывают помощь в центрах по лечению заболеваний?

5. В каком порядке назначаются руководители управлений здравоохранения городов Ташкента и областей?

Глава 26. РАЗВИТИЕ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НЕГОСУДАРСТВЕННОГО СЕКТОРА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В Республике последовательно формируется частный сектор здравоохранения. В последние годы в рамках осуществления мер по коренному реформированию и совершенствованию сферы медицинского обслуживания населения особое место уделяется созданию и устойчивому развитию сектора частной медицины как важной неотъемлемой части системы здравоохранения страны, призванной качественно усиливать и гармонично дополнять спектр медицинских услуг, оказываемых государственными учреждениями здравоохранения.

Постановление Президента Республики Узбекистан №ПП-700 от 2 октября 2007 года «О мерах по совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений республики» устанавливает ряд обязательных требований и условий для развития частного медицинского сектора в стране:

- осуществление медицинским учреждением лечебной деятельности только по определенным видам специализации, перечень которых утверждается Кабинетом Министров Республики Узбекистан;

- наличие современной материально-технической базы, включающей диагностическое и лечебное оборудование;

- самостоятельное осуществление диагностической и лечебной деятельности находящимися в штате учреждения высоко квалифицированным и врачебным и кадрами, имеющими квалификационную категорию соответствующей специальности;

- организация деятельности медицинского учреждения исключительно в зданиях и помещениях, отвечающих стандартам лечебного процесса.

В целях регулирования деятельности негосударственного сектора здравоохранения Постановлением Кабинета Министров от 29 марта 2012 года № 92 «О совершенствовании порядка лицензирования медицинской деятельности» утверждено Положение о лицензировании медицинской деятельности.

В целях координации дальнейшего развития и роста негосударственного сектора в системе здравоохранения, выдачи лицензий на деятельность в частном секторе и осуществления контроля за деятельностью этих учреждений в составе Министерства здравоохранения Республики Узбекистан создано «Управление лицензирования и контроля качества медицинских услуг, оказываемых негосударственными организациями».

В состав Министерства здравоохранения Республики Каракалпакстан, Главного управления здравоохранения города Ташкента и областных управлений здравоохранения включены 2 главных специалиста по контролю качества медицинских услуг, оказываемых негосударственными медицинскими учреждениями.

Основными задачами вносимого созданного управления являются координация деятельности частного сектора в медицине, выдача лицензий негосударственным организациям на медицинскую деятельность и контроль качества оказываемой ими медицинской помощи.

Утверждены «Минимальные требования к материально-технической базе, медицинской технике и другим техническим средствам, в том числе медицинской технике, необходимые для осуществления соответствующего вида, объема и вида медицинской деятельности».

В соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан от 1 апреля 2017 года № ПП-2863 «О мерах по дальнейшему развитию частного сектора здравоохранения» была осуществлена широкомасштабная работа по созданию благоприятных условий деятельности частных медицинских организаций для дальнейшего развития частного сектора здравоохранения, совершенствованию системы регулирования и лицензирования их деятельности, стимулированию увеличения объема и разнообразия оказываемых услуг. В последние годы особое внимание уделяется устойчивому развитию частного сектора, кардинальному реформированию и совершенствованию системы здравоохранения. Этот сектор считается важным компонентом системы здравоохранения страны, который служит для повышения качества и дополнения широкого спектра медицинских услуг, предоставляемых государственными учреждениями здравоохранения.

В результате, только за последние 6 лет, количество частных медицинских организаций увеличилось в 2 раза и достигло 3,5 тысячи и в 3 раза выросла их оснащенность высокотехнологичной медицинской техникой. Наиболее развита специализация частных медицинских организаций в области стоматологии, лабораторной диагностики, терапии, физиотерапии, неврологии и других отраслей медицины.

Опыт в этой сфере показывает, что существующие ограничения деятельности частных медицинских учреждений препятствуют расширению и повышению качества оказываемых ими медицинских услуг, особенно внедрению передовых методов и технологий лечения в профильных медицинских областях. В частности, уровень развития частных медицинских организаций в сельской местности является неудовлетворительным, так как более трети из них действуют в г. Ташкенте и области.

В связи с этим одним из основных направлений и задач дальнейшего развития частного сектора здравоохранения является создание необходимых условий для оказания частными медицинскими организациями качественных медицинских услуг с широким применением современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения, укрепление их материально-технической базы и оказание им кредитной и финансовой поддержки, привлечение в сферу частной медицины иностранных инвестиций и квалифицированных специалистов, увеличение экспорта медицинских услуг, развитие инфраструктуры рынка медицинского обслуживания населения.

Необходимо особо отметить, что данным Постановлением предусматривается беспрецедентное расширение видов услуг, оказываемых частным сектором здравоохранения. В частности, если до настоящего времени из 177

видов медицинской деятельности для частных медицинских организаций было разрешено только 50 видов, а остальные оставались запрещенными, то теперь согласно Постановлению им разрешено оказывать почти все виды медицинских услуг.

В число разрешенных видов медицинских услуг включены такие востребованные направления, как кардиохирургия, нейрохирургия, микрохирургия, онкология, анестезиология и реаниматология, гелиминтология, интервенционная кардиология, иммунобиологическая и иммуноферментная диагностика, сосудистая, торакальная и абдоминальная хирургия и многие другие.

Следует отметить, если ранее принятыми законодательными актами утверждались лишь разрешенные виды деятельности для частных медицинских организаций, то теперь утверждается только ограниченное количество видов деятельности, являющихся исключительной прерогативой государственных учреждений здравоохранения, к которым не разрешается доступ частных медицинских организаций. Указанные запрещенные виды деятельности связаны с повышенным уровнем риска для жизни, здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Ниже приведён перечень отдельных видов медицинской деятельности, связанных с повышенным уровнем риска для жизни, здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия населения, запрещенных для частных медицинских организаций:

1. Диагностика и лечение инфекционных, особо опасных и карантинных заболеваний, требующих принятия экстренных профилактических и противоэпидемических мер.

2. Лечение токсикологических, венерических, отдельных психических заболеваний, бешенства, туберкулеза, лепры.

3. Проведение всех видов дезинфекционных мероприятий в очагах инфекций.

4. Принятие родов и прекращение беременности (аборт).

5. Лечение заболеваний и патологических состояний новорожденных и младенцев до 1 года.

6. Трансплантация органов, а также их заготовка.

7. Организация донорства крови, заготовка и переработка крови, её компонентов и препаратов.

8. Проведение бактериологических и вирусологических исследований инфекций I–II группы.

9. Проведение медицинской экспертизы, осуществление которой предусмотрено только государственными учреждениями, в том числе медико-трудовой, военно-медицинской, судебно-медицинской, судебно-психиатрической, санитарно-гигиенической экспертизы.

Частным медицинским организациям предоставлены расширенные льготы и преференции. В частности, они освобождены сроком до 1 января 2022 года от уплаты всех видов налогов и обязательных отчислений. Важно подчеркнуть, что предоставленные налоговые льготы позволят значительно укрепить материально-техническую базу частных медицинских организаций.

Высвобожденные средства будут в целевом порядке направлены на их оснащение медицинским оборудованием и его обслуживание, приобретение запасных частей, инвентаря и других изделий медицинского назначения, осуществление нового строительства и реконструкции зданий и сооружений.

Впервые условия предоставления налоговых льгот предусматривают направление их части на оказание бесплатных медицинских услуг социально уязвимым категориям населения. Таким образом государство, предоставляя указанные налоговые льготы, одновременно решает важные задачи по стимулированию расширения качественных медицинских услуг наряду с оказанием адресной социальной защиты населению, при этом не налагая финансовых затрат на частные медицинские организации.

Наряду с этим, частные медицинские организации освобождаются от таможенных платежей за ввозимые новое медицинское оборудование, комплектующие изделия, запасные части и расходные материалы к оборудованию по перечню, утверждаемому Кабинетом Министров, при этом предусматривается обновить и значительно расширить данный перечень с учетом потребностей медицинских организаций.

Важно подчеркнуть, что для обеспечения ускоренного развития частной медицины в сельских и отдаленных районах вновь создаваемые микрофирмы и малые предприятия в сфере оказания медицинских услуг, расположенные в сельской местности, освобождаются от уплаты единого налогового платежа сроком на 10 лет с момента их государственной регистрации.

Утвержденная Постановлением норма об увеличении с 1 мая 2017 года предельной среднегодовой численности работников малых предприятий в сфере здравоохранения с 25 до 100 человек позволит стимулировать расширение занятости в сфере частной медицины, а также создаст дополнительные возможности для увеличения количества обслуживаемого частными медицинскими организациями населения.

Предусмотрено также значительное упрощение и ускорение сроков выдачи лицензий частным медицинским организациям, в том числе сокращение сроков принятия решения о выдаче лицензии с 30 дней до 20 дней, уменьшение размера государственной пошлины за выдачу лицензии с десятикратного до пятикратного размера минимальной заработной платы.

Программой предусматриваются действенные меры по обеспечению частных медицинских организаций зданиями и помещениями для становления и расширения их деятельности. Государственному комитету по приватизации, демонополизации и развитию конкуренции поручено осуществлять широкую реализацию субъектам предпринимательства, занимающимся оказанием медицинских услуг населению, неиспользуемых зданий, объектов и помещений, особенно объектов государственной собственности ликвидируемых учреждений системы здравоохранения, бесплатно по «нулевой» выкупной стоимости, с принятием обязательств по внесению инвестиций и созданию новых рабочих мест.

Наряду с этим, предусмотрено увеличение максимального срока аренды государственного имущества для субъектов малого предпринимательства, в том числе частных медицинских организаций, с 5 лет согласно действующим

нормам до 10 лет. При этом предусмотрено снижение минимальной ставки арендной платы за использование государственного имущества организациями здравоохранения на 20 процентов.

В целях создания благоприятных условий для частных медицинских организаций, осуществляющих новое строительство и реконструкцию медицинских объектов, Совету Министров Республики Каракалпакстан, хокимиятам областей и города Ташкента, другим уполномоченным органам поручено обеспечивать выделение им земельных участков, зданий и помещений с учетом их дальнейшего беспрепятственного доступа к объектам инженерно-коммунальной инфраструктуры.

Особо следует отметить меры по расширению внедрения в сферу частной медицины передового международного опыта, особенно путем привлечения высококвалифицированных иностранных специалистов и создания совместных медицинских учреждений с участием иностранного капитала.

Зарубежные врачи и технические специалисты по обслуживанию современного медицинского оборудования, привлекаемые для работы в частных медицинских организациях, освобождаются от уплаты налога на доходы физических лиц и от единого социального платежа по доходам, получаемым в рамках заключенных трудовых договоров.

Министерству здравоохранения, Ассоциации врачей частной практики рекомендовано разработать и внести предложения о создании в Узбекистане крупных лечебно-диагностических учреждений совместно с ведущими зарубежными медицинскими центрами и клиниками Южной Кореи, Индии, России, Германии и других стран. При этом доходы иностранных работников частных медицинских организаций, полученные от их деятельности в качестве управленческого персонала, освобождаются от уплаты налога на доходы физических лиц.

Министерству иностранных дел, Министерству внутренних дел, Министерству здравоохранения поручено оказывать зарубежным врачам и техническим специалистам по обслуживанию медицинского оборудования, привлекаемым для работы в частных медицинских организациях, содействие в оформлении разрешительных документов для въезда и пребывания в Республике Узбекистан.

Также предусматривается разработка концепции проекта Закона «О медицинском страховании», направленного на регулирование взаимоотношений в области медицинского страхования, определение правовых основ добровольного и обязательного медицинского страхования, гарантированное предоставление медицинских услуг высокого качества по страховым полисам, создание стимулирующих льгот и преференций для граждан при участии в системе медицинского страхования и другие вопросы.

За текущий период виды медицинских услуг, оказываемых частным сектором здравоохранения, увеличились с 50 до 126. Частные медицинские организации, кроме стоматологических и косметологических, освобождены сроком до 1 января 2022 года от уплаты всех видов налогов и обязательных отчислений, а также от таможенных платежей за ввозимые новые медицинские оборудования, комплектующие изделия, запасные части и расходные материалы к оборудованию.

Освобождение от уплаты единого налогового платежа сроком на 10 лет с момента государственной регистрации вновь создаваемых микрофирм и малых предприятий в сфере оказания медицинских услуг, расположенных в сельской местности, позволило ускорить развитие частной медицины в сельских и отдаленных районах.

В результате количество частных медицинских организаций увеличилось на 440 организаций, общее количество которых достигло 4 тысяч.

Вместе с тем, актуальными остаются вопросы передачи отдельных функций государственных медицинских организаций частному сектору здравоохранения, развития государственно-частного партнерства в данной сфере, а также повышения квалификации медицинских кадров в республике и за рубежом, внедрение системы аккредитации медицинских организаций.

В целях дальнейшего стимулирования развития частного сектора здравоохранения, улучшения условий для подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров, а также дальнейшего расширения объемов оказываемых медицинских услуг, привлечения инвестиций в сферу частной медицины принято Постановление Президента Республики Узбекистан от 29 декабря 2017 года № ПП-3450 «О создании дополнительных условий по дальнейшему развитию частных медицинских организаций». Настоящим Постановлением предусмотрено:

- поэтапная реализация мер по передаче субъектам предпринимательства на основе государственно-частного партнерства функций государственных медицинских организаций по:

- обеспечению деятельности вспомогательных подразделений (пищеблоки, прачечные и другие);

- оказанию отдельных медицинских услуг, перечень которых определяется Министерством здравоохранения Республики Узбекистан;

- выделить инициаторам проектов адресного списка земельные участки для осуществления строительства при предоставлении ими необходимых документов;

- реализовать, в порядке исключения, инициаторам проектов адресного списка неиспользуемые объекты государственной собственности по «нулевой» выкупной стоимости;

- одобрить организацию в городе Ташкенте деятельности одного из ведущих высших медицинских образовательных учреждений Республики Корея;

- на базе частной клиники ООО «AKFA MEDLINE» организации Центра по развитию частных медицинских учреждений и повышения квалификации местных медицинских кадров в сотрудничестве с медицинскими центрами и высшими образовательными учреждениями Республики Корея;

- организовать сотрудничество с ведущими клиниками и медицинскими центрами Республики Корея для изучения и внедрения в отечественную медицину их опыта оказания медицинских услуг по вопросам диагностики, лечения, сервиса и менеджмента; региональных филиалов ООО «AKFA MEDLINE».

-утвержден порядок использования средств Фонда развития негосударственных медицинских учреждений при Акционерно-коммерческом банке «Асака», предусматривающий следующую пропорцию расходов:

-пять процентов – на привлечение высококвалифицированных зарубежных специалистов и направление врачей частных медицинских организаций на повышение квалификации в зарубежные страны;

-девяносто пять процентов – на оснащение частных медицинских организаций современным медицинским оборудованием.

- целях поддержки вновь создаваемых и расширяющих свою деятельность частных медицинских организаций, в том числе, предусмотренных в адресном списке, предоставлять в установленном порядке льготные кредиты для приобретения ими современного медицинского оборудования, а также организации повышения квалификации специалистов и привлечения высококвалифицированных зарубежных специалистов;

- утвержден порядок использования на договорной основе инфраструктуры ведущих частных медицинских организаций в качестве учебной базы для студентов медицинских профессиональных колледжей и высших медицинских образовательных учреждений, практикующих врачей, повышающих квалификацию;

- внедрение системы аккредитации медицинских организаций с целью обеспечения прозрачности их деятельности и повышения качества оказываемых медицинских услуг;

- концепция развития медицинского туризма, предусматривающую механизмы правового регулирования, создание современных медицинских комплексов с соответствующей инфраструктурой, упрощенный порядок въезда и выезда пациентов с организационно-консультативным сопровождением в период их пребывания в стране;

- предложения по интеграции информационных систем частных медицинских организаций с комплексной информационной системой «Здравоохранение» и в последующем с Единым порталом интерактивных государственных услуг.

Контрольные вопросы

1. Какие обязательные требования и условия для развития частного медицинского сектора в республике предусмотрены в Постановлении Президента РУз № ПП-700 от 2 октября 2007 года?

2. По каким специальностям не разрешено оказывать медицинские услуги в первые годы развития частных медицинских учреждений?

3. Какие льготы предоставляет государство частным медицинским учреждениям?

4. Какими направлениями разрешалось заниматься частной медициной в последние годы?

5. Какие виды деятельности запрещены для частных медицинских учреждений и могут осуществляться только в государственных медицинских учреждениях?

6. На какие цели должны использовать частные медицинские учреждения средства, сэкономленные за счет налоговых льгот?

7. В каких пределах может быть среднегодовое ограниченное количество сотрудников на малых предприятиях в секторе здравоохранения согласно Постановления Президента Республики Узбекистан № ПП-2863 от 1 апреля 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию частного сектора в сфере здравоохранения»?

8. Как реализуется государственно-частное партнерство?

9. Какие льготы были предоставлены развитию частной медицины в отдаленных районах?

10. На какие цели направляются средства фонда развития негосударственных медицинских учреждений при коммерческом-акционерном банке «Асака»?

11. На какие цели предоставляются льготные кредиты коммерческими банками Республики Узбекистан для вновь созданных и расширяющих свою деятельность частных медицинских организаций?

Глава 27. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА

Органы и руководители здравоохранения в своей повседневной оперативной деятельности и планировании предстоящей работы постоянно используют информацию об организации и деятельности здоровья населения, сети учреждений системы здравоохранения и медицинского персонала.

Квалифицированный анализ статистических данных позволяет оценивать события, делать соответствующие выводы, руководить, принимать правильные решения по управлению, хорошо организовывать работу, четко планировать и составлять перспективный план.

Статистика здравоохранения помогает органам здравоохранения контролировать сетевую деятельность, а руководителям учреждений – осуществлять оперативное управление над своими учреждениями, а всем врачам-специалистам – оценивать качество и эффективность лечебно-профилактической работы. Информация о деятельности сети учреждений здравоохранения, объемах и качестве работы предоставляется органами санитарно-статистической службы, структурированными по иерархическому принципу.

Статистика в лечебно-профилактических учреждениях составляет систему первичной регистрации. Данные о повседневной деятельности зависят от правильности ведения медицинской учетной документации и обеспечивают руководство учреждения соответствующими оперативными и итоговыми статистическими данными.

Центральная районная больница, информационно-ресурсные центры управлений здравоохранения областей и отделы Министерства здравоохранения Республики, Институт здоровья осуществляют контроль за выполнением статистической дисциплины, обобщают результаты деятельности лечебно-профилактических и специализированных учреждений, оказывают содействие в полном всестороннем анализе, оценке деятельности специализированных учреждений, лечебно-профилактических учреждений на территории.

Система статистики в здравоохранении основана на приеме информации от первичных медицинских учреждений методом отчетности и её сбора и обобщения в вышестоящих медицинских учреждениях.

Конкретная простота статистических отчетов заключается в идентичности программ и методов, сопоставимости полученных данных, простоте сбора данных и низкой стоимости затрат, недостатками являются – низкая скорость доступа, отсутствие изменений в программе, ограниченность данных, возможность контроля ошибок в записи, отсутствие взаимосвязи между учреждениями.

Информация, собранная в масштабе области, может быть использована для следующих работ:

- подготовка справок, отчетов, выдаваемых вышестоящим организациям;
- обеспечение оперативной и конечной отчетности в области здравоохранения с целью планирования и управления;
- подготовка данных для оценки и анализа работы областных учреждений.

В деятельности лечебно-профилактических учреждений ведется первичная статистическая документация. Формы первичной медицинской отчетности делятся на 10 групп: в больницах (стационарах); в поликлиниках (амбулаториях); в больницах и поликлиниках; в учреждениях скорой медицинской и планово-консультативной помощи; в учреждениях судебной медицины; при обобщении медицинского свидетельства донора; в лабораториях в составе лечебно-профилактических учреждений; в службах СПИД, санитарно-эпидемиологической службе.

Формы медицинской отчетности делятся на несколько групп в соответствии с целями использования. Основными группами являются медицинские технологические отчеты, в том числе «Медицинская карта пациента в больнице» (Ф-003/у), «Медицинская карта амбулаторного пациента» (Ф-025/у), «История развития ребенка» (Ф-112) и др.

Формы медицинской отчетности второй группы по разделам и функциональным направлениям деятельности учреждений используется для записи. Например: в амбулатории – «Книга записи вызовов врачей на дом» (Ф-030/у), «Ведомость учета посещений» (Ф-039/у) и т. д.); в стационаре – «Журнал учета приема или отказа пациентов, поступающих в больницу» (Ф-001/у), «Лист учета посещений пациентов и больничного фонда» (Ф-007/у), «Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю заболеваний» (Ф-16/у), «Статистическая карта выбывших из больницы» (Ф-066/у). Правильное и точное ведение этих отчетов позволит своевременно выявлять недостатки в организации и планировании работы учреждения, а также оперативно отслеживать деятельность учреждения, помогая в сборе статистических и аналитических данных.

При организации деятельности медицинского учреждения, помимо статистических данных, полученных из отчетных форм, используется менее выборочный метод обследования, например, метод регистрации; хронометраж, метод экспертной оценки для определения состояния и качества медицинской помощи и т. д.

Цель анализа состоит в оценке размеров показателей, сравнении и сопоставлении их в динамике с показателями других учреждений, выявлении взаимосвязи между показателями, взаимовлиянии различных факторов и причин, интерпретации данных и получении выводов.

Анализируя, можно определить законы, позволяющие определить целенаправленные действия по улучшению работы учреждения, а также установить взаимосвязанные причины.

Для анализа и оценки полученных данных используются директивные документы, нормативные документы и методические пособия.

Как уже было сказано выше, показатели рассчитываются на основе форм отчетности, заполненной учреждением (Ф-014) и регионами (Ф-090-область).

Для анализа показателей они используют те или иные функции лечебно-профилактического учреждения, которые подразделяются на группы, характеризующие контингент обслуживаемого населения. В обобщенном случае анализа можно выделить следующие части:

- 1) общая характеристика;
- 2) организация работы;
- 3) специальные показатели трудовой деятельности;
- 4) качество медицинской помощи;
- 5) взаимосвязь, согласованность между деятельностью учреждений.

Анализ может отличаться в зависимости от его цели и масштаба. Анализ деятельности учреждения или его подразделений целесообразен с точки зрения получения данных для оперативной работы, определения рациональных форм и методов работы, закономерностей деятельности, выявления недостатков в работе, глубокого изучения и анализа данных первичной медицинской документации.

Направления анализа деятельности поликлиники:

- 1) общая информация о поликлинике;
- 2) организация работы поликлиники:
 - прием в поликлинику;
 - медицинская помощь на дому;
 - нагрузка врачей.
- 3) проведение профилактической работы в поликлинике и их результаты:
 - периодические осмотры;
 - целевые осмотры.
- 4) качество лечения и диагностики пациентов врачами в поликлинике;
- 5) совместимость в поликлинической и стационарной работе.

Методика расчета показателей амбулаторно-поликлинической работы приведена в таблице 20.1, показатели стационарно-поликлинической деятельности приведены в таблице 20.2.

Анализ показателей стационарного учреждения может быть различным.

Направления анализа показателей стационарной деятельности:

- 1) общие сведения;
- 2) организация стационарной работы;
- 3) качество стационарной диагностики-лечения;
- 4) качество диагностики врачей;
- 5) работы специализированных отделов;
- 6) совместимость стационарных отделений и стационаров других учреждений.

Основные показатели поликлинической службы

Показатели	Методика расчета	Медицинская документация	Уровень применения
1. Обеспеченность населения врачами	$\frac{\text{Количество занятых врачебных должностей}}{\text{Средняя численность населения}} \times 10000$	Годовая отчетно-учетная документация	На всех этапах
2. Трудоустройство врачей	$\frac{\text{Количество занятых врачебных должностей}}{\text{Общее количество врачебных должностей}} \times 100$	Годовая отчетно-учетная документация	На всех этапах
3. Обеспеченность населения амбулаторно-поликлиническими услугами	$\frac{\text{Общее количество посещений в поликлинику}}{\text{Средняя численность населения}} \times 100$	Годовая отчетно-учетная документация	На всех этапах
4. Доля общих посещений в поликлинику, совершаемых сельскими жителями	$\frac{\text{Количество посещений сельских жителей к врачам}}{\text{Общее количество посещений поликлиники}} \times 100$	Годовая отчетно-учетная документация	На всех этапах
5. Структура посещений к специалистам	$\frac{\text{Количество посещений к хирургу (кардиологу)}}{\text{Общее количество посещений}} \times 100$	Годовая отчетно-учетная документация	На всех этапах
6. Показатель общей заболеваемости населения	$\frac{\text{Количество всех зарегистрированных заболеваний}}{\text{Среднее количество населения}} \times 1000$	Годовая отчетно-учетная документация	На всех этапах
7. Показатели первичной заболеваемости населения	$\frac{\text{Количество впервые зарегистрированных заболеваний за отчетный год}}{\text{Среднее количество населения}} \times 1000$	f-071/h f-025/h f-025-2/h	На всех этапах

8. Структура заболеваемости	$\frac{\text{Количество заболеваемости}}{\text{Общее количество зарегистрированных заболеваний}} \times 100$	f-071/ h	На всех этапах
9. Посещения, соответствующие одному заболеванию	$\frac{\text{Количество посещений по болезни}}{\text{Общее количество зарегистрированных заболеваний}}$	f-071/ h f-039/ h f-025/ h	На всех этапах
10. Численность населения на один участок	$\frac{\text{Численность населения обслуживаемой территории поликлиники}}{\text{Количество участков}}$	Годовая отчетно-учетная документация	На всех этапах
11. Нагрузка, принятая в поликлинике (количество годовых, ежедневных, почасовых посещений на одного врача)	$\frac{\text{Количество посещений к врачам в поликлинике}}{\text{Количество врачей в поликлинике (количество рабочих дней, количество рабочих часов)}}$	f-039/ h. Годовая отчетно-учетная документация	Поликлиника, участок
12. Нагрузка врача по уходу на дому (количество годовых, ежедневных, почасовых посещений на одного врача)	$\frac{\text{Количество посещений терапевтами на дому пациентов}}{\text{Количество врачей терапевтов (количество рабочих дней, количество рабочих часов)}}$	f-039/ h. Годовая отчетно-учетная документация	Поликлиника, участок
13. Количество активных посещений на дому	$\frac{\text{Количество активных посещений врачей на дому}}{\text{Количество всех посещений пациентов на дом}} \times 100$	f-039/ h	Поликлиника, участок

14. Охват периодического профилактического осмотра (диспансеризация населения)	Количество обследованных лиц _____ x100 Количество лиц, подлежащих осмотру	Годовая отчетно-учетная документация f-048/ h	Поликлиника, участок
15. Количество выявленных заболеваний при осмотре	Количество выявленных заболеваний при обследовании (по нозологическим формам) _____ x1000 Количество обследованных лиц	f-131/ h Годовая отчетно-учетная документация	Поликлиника
16. Охват диспансеризации пациентов	Количество больных, находящихся на диспансерном наблюдении на начало года + количество новых диспансерных наблюдений в течение года – ни разу не обращавшихся в течение года _____ x 100 Зарегистрированные заболевания	Годовая отчетно-учетная документация f-071/ h f-030/ h	Поликлиника, участок
17. Различие между стационарным диагнозом и диагнозом поликлиники	Количество вариаций поликлинических диагнозов по выявленному заболеванию _____ x 100 Диагностика при стационаре (при тех же заболеваниях)	f-025 f-027/ h	Поликлиника, участок
18. Охват прививками	Вакцинированные лица _____ x 100 Лица подлежащие вакцинации	f-063/h	Поликлиника, участок

Основные показатели стационарного обслуживания

Показатели	Методы расчета	Медицинский документ, содержащий информацию	Foydalanish darajasi
1. Средняя занятость мест (в год)	$\frac{\text{Количество койко-дней лежачих больных}}{\text{Среднегодовое количество мест}}$	Годовой отчетный документ Ф-016/у	Участок, больница, отделение
2. Среднее количество занятых и свободных мест	$\frac{\text{Количество койко-дней}}{\text{Количество дней в году (365 или 366)}}$	Ф-016/у	Больница, отделение
3. Выполнение койко-дней (степень использования коек)	$\frac{\text{Количество койко-дней лежачих больных}}{\text{Количество койко-дней по плану}} \times 100$	Годовой отчетный документ Ф-016/у	Участок, больница, отделение
4. Среднее количество дней пребывания одного больного в стационаре	$\frac{\text{Количество койко-дней больного}}{\text{Количество госпитализированных пациентов}}$	Годовой отчетный документ	Участок, больница,
5. Сменяемость мест	$\frac{\text{Количество пациентов, которые прошли лечение (1/2 прибывших + 1/2 выбывших + умершие)}}{\text{Среднегодовое количество мест}}$	Годовой отчетный документ	Больница
6. Лица, которым отказано в госпитализации	$\frac{\text{Количество пациентов, которым отказано в госпитализации}}{\text{Госпитализированные + те, кому отказано в госпитализации}} \times 100$	Ф-001/у	Участок, больница, отделение

7. Доля сельского населения от общего числа лечившихся в городских больницах	<p>Количество прибывших из сельских районов в течение года</p> <p>_____ x 100</p> <p>Общее количество лечившихся</p>	Годовой отчетный документ Ф-016/у	Участок, больница, отделение
8. Средний день лечения в стационаре	<p>Количество койко-дней лечившихся пациентов с определенным диагнозом</p> <p>_____</p> <p>Количество пациентов, получивших лечение в больнице с определенным диагнозом</p>	Годовой отчетный документ Ф-066/у	Участок, больница, отделение
9. Летальность	<p>Число умерших в больнице</p> <p>_____ x 100</p> <p>Число выбывших из стационара больных</p>	Годовой отчетный документ	Больница, отделение
10. Послеоперационные осложнения	<p>Количество оперированных с осложнениями</p> <p>_____ x 100</p> <p>Количество оперированных пациентов</p>	Годовой отчетный документ	Участок, больница
11. Послеоперационная летальность	<p>Количество умерших после операции</p> <p>_____ x 100</p> <p>Количество оперированных пациентов</p>	Годовой отчетный документ	Участок, больница
12. Различие между стационарным и патологоанатомическим диагнозом	<p>Statsionar tashxislarining, patologoanatomik tashxislarga mos kelmaslik hollari</p> <p>_____ x 100</p> <p>Количество патологоанатомических диагнозов</p>	Ф-013/у	Больница

Уровень рационального использования человеческих и материальных ресурсов лечебно-профилактических учреждений обычно оценивается при их лицензировании:

- экспертиза процесса оказания медицинской помощи отдельным лицам;
- изучить удовлетворенность населения оказанной медицинской помощью;

- анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;

- выявление и обоснование врачебных ошибок и других факторов, негативно влияющих на отрасль и снижающих качество и эффективность медицинской помощи;

- вынесение рекомендаций руководителям лечебно-профилактических учреждений, направленных на предупреждение недостатков в работе, врачебных ошибок, повышение качества и эффективности работы;

- ориентироваться на повышение качества медицинской помощи, выбор наиболее рациональных методов управления, руководителей контролирующих органов и учреждений, клиницистов, комиссий и главных специалистов на всех уровнях здравоохранения.

Деятельность учреждений здравоохранения и качество лечебно-диагностического процесса можно оценить по следующим показателям:

1. Показатели оценки видов деятельности:

1.1. Годовая нагрузка одного врача (функции должности врача).

1.2. Нагрузка врача по оказанию помощи на дому (количество домашних посещений).

1.3. Охват периодическим профилактическим осмотром.

1.4. Охват диспансеризацией пациентов.

1.5. Охват прививками.

1.6. Реабилитация инвалидов.

1.7. Регистрация (постановка на учет) беременных женщин (до 12 недель беременности) и качество их наблюдения.

1.8. Естественное питание ребенка грудным молоком до 6 месяцев.

2. Оценка результативных показателей.

2.1. Показатель смертности населения (на 1000 населения), смертности населения трудоспособного возраста (на 1000 трудоспособного возраста).

2.2. Смертность младенцев (на 1000 родившихся живыми).

2.3. Показатель материнской смертности (на 1000 женщин).

2.4. Первичные инвалиды (на 1000 человек трудоспособного возраста).

2.5. Показатель заболеваемости населения социально значимыми заболеваниями (туберкулез, рак, венерические, психические заболевания – на 100000 населения).

3. Показатели оценки допущенных дефектов.

3.1. Тяжелые, выявленные в поздней стадии заболевания (туберкулез, заболевания желудка, 12-ти перстной кишки, количество срочных операций у пациентов с хроническим холециститом и др.)

3.2. Показатель смертности больных в домашних условиях (воспаление легких и другие инфекции)

3.3. Показатель смертности в домашних условиях лиц, не наблюдаемых врачом.

3.4. Наличие обоснованных жалоб населения к показателям, определяющим качественные аспекты стационарной деятельности, к ним относятся качество диагностики, совместимость клинических и патологоанатомических диагнозов, длительность лечения, летальность, состав проведенных операций,

совместимость между послеоперационными осложнениями, летальность, совместимость между амбулаторно-поликлиническими учреждениями и стационарной деятельностью; летальность в течение первого дня, когда пациентов, требующих экстренной хирургической помощи, доставляют в стационар и т. д.

Понятие контроля и его сущность

Контроль – это процесс, с помощью которого организация достигает своих целей. Процесс контроля состоит из установления нормативов, измерения достигнутых на практике результатов и их корректировки, если результаты отличаются от установленных нормативов.

Функция контроля – характеристика менеджмента, позволяющая ему выявлять проблемы и корректировать деятельность организации до тех пор, пока эти проблемы не перейдут в кризис. В китайской книге мудрости «Цзин» («Книга изменений») еще до появления управленческих знаний более 3 тысяч лет назад были сформулированы следующие мысли:

«Если умный человек видит, что ему повезло, он снова это сделает. Если он увидит свои ошибки, он снова не сделает это».

Еще одна основная причина важности осуществления контроля заключается в том, что каждая организация должна своевременно выявлять свои ошибки и исправлять их, прежде чем она будет пытаться нанести ущерб целям организации.

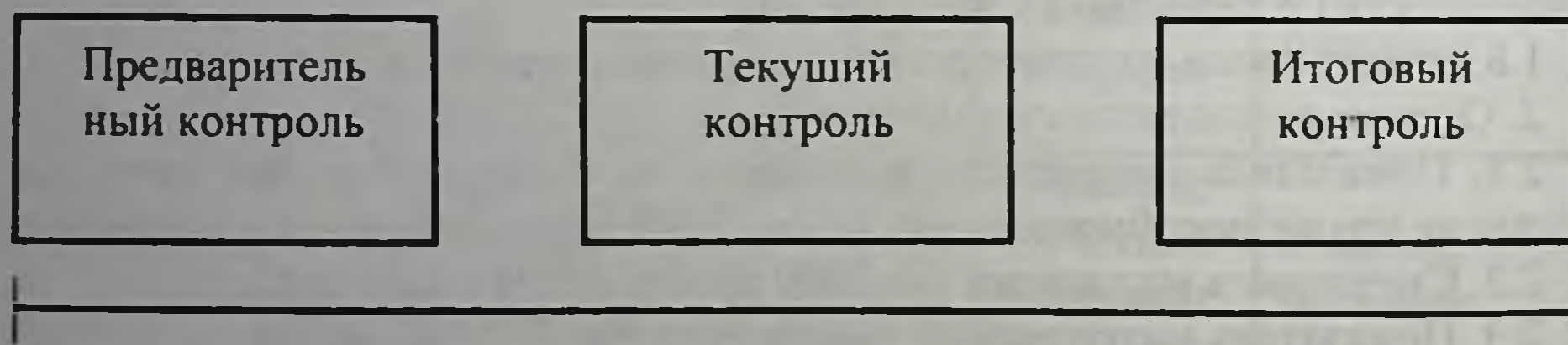


Рисунок 27.1. Время выполнения основных видов контроля.

Существуют три основных вида контроля: предварительный, текущий и итоговый.

Виды контроля

Предварительный контроль. Большая часть наблюдения будет скрыта под водой, как айсберг. Некоторые из основных видов контроля в конкретной организации маскируются среди других функций управления. Основными источниками начального контроля являются выполнение определенных правил, процессов и направлений действия. Строгое соблюдение правил поведения и линий поведения, разработанных для реализации планов, – это способ убедиться, что все идет по плану. Таким образом, если будут написаны четкие инструкции, эффективно доведенные до сотрудников при формулировании целей, а в аппарате управления собраны квалифицированные люди, все это повысит шансы на то, что организационная структура будет

реализована так, как задумано. В организациях первоначальный контроль осуществляется по трем основным направлениям – людям, материалам и финансовым ресурсам.

Текущий контроль. Как следует из названия, текущий контроль осуществляется непосредственно во время выполнения работы. Во многих случаях ее объектом являются сотрудники организации, причем традиционно считается непосредственно их руководителем. Регулярный контроль за работой персонала, обсуждение возникающих вопросов и рекомендации по улучшению предотвратят отклонения от установленных планов и руководств. Текущий контроль основан на измерении фактических результатов, полученных после проделанной работы по достижению цели.

Итоговый контроль. Хотя итоговый контроль проводится слишком поздно, чтобы реагировать с момента возникновения проблем, профессор Уильям Ньюман, эксперт по вопросам управления, считает, что он выполняет две основные функции. Одним из них является то, что итоговый контроль предоставляет руководителю организации информацию, необходимую для планирования подобных действий в будущем. Сравнивая фактически полученные результаты с требуемыми, управление может оценить, насколько реалистичны планы. Этот процесс также помогает узнать о возникших проблемах и сформулировать новые планы таким образом, чтобы эти проблемы не повторялись в будущем. Вторая задача итогового контроля – помочь мотивировать работников.

Контрольные вопросы

1. Какие функции выполняют кабинет статистики в лечебно-профилактических учреждениях?
2. Кто осуществляет контроль за выполнением статистической дисциплины?
3. Для каких целей может использоваться информация, собранная на областном уровне?
4. На какие части можно разделить статистический анализ?
5. Какие показатели используются для анализа деятельности клиники?
6. На основании каких показателей анализируется деятельность врачей поликлиники?
7. На основании каких показателей анализируется деятельность больницы?
8. Какие показатели входят в показатели результативности?
9. Какова функция контроля?
10. Какие виды контроля существуют?
11. Что такое предварительный контроль и как он проводится?

Глава 28. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Профилактика как основной принцип охраны здоровья проявляется прежде всего в борьбе с распространением инфекционных заболеваний, а затем в предупреждении профессиональных заболеваний и оказании первоочередной медицинской помощи работникам промышленных предприятий.

Сегодня профилактика направлена на комплекс государственных, социальных и медицинских мер, т. е. на обеспечение населения максимально благоприятными для общества условиями жизни, на полное удовлетворение потребности в медицинских услугах. Поскольку профилактика является приоритетом системы здравоохранения, необходимо четко определить основные задачи санитарно-эпидемиологической службы и лечебно-профилактических учреждений, направленные на охрану здоровья населения.

Органы санитарно-эпидемиологической службы проводят санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия и осуществляют государственный санитарный контроль в соответствии с законодательством об этих мероприятиях.

Закон «О санитарно-эпидемиологическом надзоре за населением» (2015 г.) устанавливает основные задачи по пересмотру системы учреждений и органов санитарно-эпидемиологической службы, их деятельности, повышению эффективности государственного санитарного надзора.

Основные направления государственной политики в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения:

разработка и проведение санитарно-гигиенических мероприятий и противоэпидемических мероприятий;

введение государством санитарно-эпидемиологических норм; повышение уровня санитарной культуры населения;

осуществление государственного санитарного контроля; осуществление международного сотрудничества.

Основными направлениями государственной политики в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения являются:

- разработка и реализация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

- государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование;

- повышение уровня санитарной культуры населения;

- осуществление государственного санитарного надзора;

- осуществление международного сотрудничества.

Полномочия Кабинета Министров Республики Узбекистан в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Кабинет Министров Республики Узбекистан:

- обеспечивает реализацию единой государственной политики в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- утверждает и реализует государственные программы в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- координирует деятельность органов государственного и хозяйственного управления в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Кабинет Министров Республики Узбекистан может осуществлять и иные полномочия в соответствии с законодательством.

Полномочия органов государственной власти на местах в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Органы государственной власти на местах:

- участвуют в реализации государственных программ в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения в пределах своих полномочий;
- утверждают и реализуют территориальные программы в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- координируют деятельность соответствующих территориальных подразделений органов государственного и хозяйственного управления в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- осуществляют меры по улучшению санитарно-эпидемиологического состояния и сохранению чистоты территорий, повышению уровня санитарной культуры населения.

Органы государственной власти на местах могут осуществлять и иные полномочия в соответствии с законодательством.

Полномочия Главного государственного санитарного врача Республики Узбекистан

Главный государственный санитарный врач Республики Узбекистан:

- руководит санитарно-эпидемиологической службой, определяет основные задачи и приоритетные направления осуществления государственного санитарного надзора;
- утверждает санитарные правила, нормы и гигиенические нормативы;
- утверждает нормативно-техническую документацию по определению влияния факторов окружающей среды на организм человека;
- утверждает Национальный календарь профилактических прививок и порядок проведения профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

- определяет территории, опасные для жизни и здоровья людей, на которых запрещается проживание населения и занятие хозяйственной деятельностью;

- координирует мероприятия по санитарной охране территорий от заноса и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний;

- при угрозе возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, выносит постановления о проведении соответствующих санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

- выдает разрешения на ввоз в Республику Узбекистан и производство новых пищевых добавок, специально вводимых биологически активных веществ, химических веществ, биологических средств и материалов, полимерных и пластических масс, парфюмерно-косметической продукции на основании их токсиколого-гигиенической оценки;

- осуществляет контроль за целевым использованием республиканского и местных эпидемических фондов и материально-технических ресурсов, выделяемых на санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия;

- рассматривает жалобы на решения учреждений санитарно-эпидемиологической службы, а также на действия (бездействие) их должностных лиц;

- назначает главных государственных санитарных врачей Республики Каракалпакстан, областей и города Ташкента.

Главный государственный санитарный врач Республики Узбекистан может осуществлять и иные полномочия в соответствии с законодательством.

Главный государственный санитарный врач Республики Узбекистан назначается Президентом Республики Узбекистан.

Полномочия главных государственных санитарных врачей Республики Каракалпакстан, областей и города Ташкента, районов и городов

Главные государственные санитарные врачи Республики Каракалпакстан, областей и города Ташкента, районов и городов:

- руководят подчиненными им учреждениями санитарно-эпидемиологической службы;

- выдают заключения по проектам строительства и реконструкции объектов;

- определяют территории, опасные для жизни и здоровья людей, на которых запрещается проживание населения и занятие хозяйственной деятельностью;

- проводят мероприятия по санитарной охране соответствующей территории от заноса и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний;

- осуществляют санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия при устранении аварийных ситуаций и вспышек инфекционных и паразитарных заболеваний, в том числе совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами;

- выносят предписания по устранению допущенных нарушений законодательства, являющиеся обязательными к исполнению государственными и иными органами, юридическими и физическими лицами.

Главные государственные санитарные врачи Республики Каракалпакстан, областей и города Ташкента по согласованию с Главным государственным санитарным врачом Республики Узбекистан назначают главных государственных санитарных врачей районов и городов.

Главные государственные санитарные врачи Республики Каракалпакстан, областей и города Ташкента, районов и городов могут осуществлять и иные полномочия в соответствии с законодательством.

Службы санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья

В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, внедрения эффективных механизмов управления и координации деятельности санитарно-эпидемиологической службы Республики Узбекистан, повышения ее институционального потенциала, налаживания действенного мониторинга и надзора в сфере соблюдения санитарных норм, правил и гигиенических нормативов, а также в соответствии с задачами, определенными в Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017 – 2021 годах и Концепции административной реформы в Республике Узбекистан в соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан от 27.07.2020 г. №ПП-4790 «О мерах по организации деятельности службы санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья Республики Узбекистан» организована Служба санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья.

Основными задачами и направлениями деятельности Службы санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья Республики Узбекистан (далее – Санитарно-эпидемиологическая служба) определить:

- выявление и оценку потенциальных рисков в санитарно-эпидемиологической сфере, проведение эпидемиологического мониторинга и реализацию комплекса противоэпидемических мероприятий в природных очагах инфекционных заболеваний на территории республики;

- организацию деятельности санитарно-гигиенической лаборатории, лабораторий радиационной гигиены, физических факторов, бактериологии, вирусологии, паразитологии и диагностики особо опасных заболеваний;

- разработку и внедрение в практику новых форм и методов управления, системного мониторинга и анализа опасных факторов, влияющих на здоровье человека;

- эффективную реализацию государственной политики в сфере общественного здоровья, профилактики заболеваний и санитарно-эпидемиологического благополучия населения, координацию деятельности государственных органов и организаций в данном направлении;

- проведение фундаментальных и научно-практических исследований в сфере общественного здоровья, профилактики заболеваний и санитарно-

Санитарно-эпидемиологические службы
 Главного медицинского управления при
 Администрации Президента Республики
 Узбекистан, Министерства обороны, МВД,
 Национальной гвардии, СГБ, АО "НГМК",
 АО "Узбекистон темир йуллари"

Служба санитарно-
 эпидемиологического благополучия
 и общественного здоровья
 Республики Узбекистан

Республика Санитарно-
 эпидемиологический совет

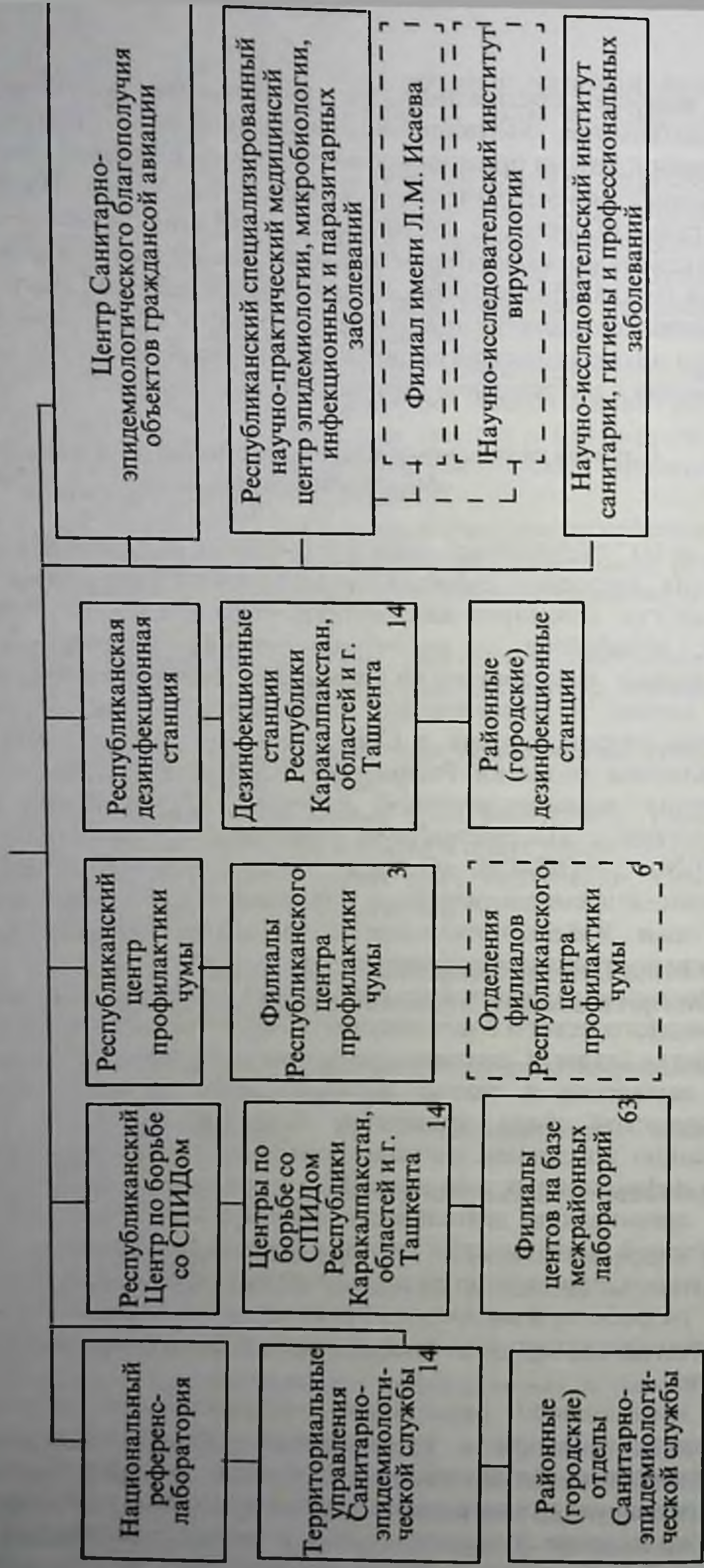


Рис. 28.1. Организационная структура Службы санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья Республики Узбекистан

эпидемиологического благополучия населения, координацию научных исследований в данном направлении, подготовку, переподготовку и повышение квалификации специалистов сферы;

- координацию деятельности и взаимодействие с государственными и хозяйственными органами управления в сфере продовольственной безопасности, осуществление контроля за деятельностью по производству, транспортировке, хранению и реализации пищевого сырья и продуктов потребления в установленном порядке;

- оказание соответствующих государственных и других услуг, назначение и проведение специальной экспертизы на предмет соблюдения обязательных требований, предъявляемых к безопасности продукции, работ, услуг;

- разработку и обеспечение реализации комплекса мер по формированию здорового образа жизни, повышению медицинской культуры и медицинской профилактике населения;

- осуществление методического руководства за ведением, сбором и анализом государственной и ведомственной медицинской статистики, проведение необходимых проверок и опросов для выявления факторов, негативно влияющих на здоровье населения;

- осуществление государственного санитарного контроля за соблюдением хозяйствующими субъектами санитарных правил, норм и гигиенических нормативов, а также применение мер, установленных законодательством в случае выявления нарушений законодательства.

Санитарно-эпидемиологическая служба и организации ее системы при реализации возложенных на них задач имеют права:

- применения принудительных мер медицинского характера в виде лечения или содержания в карантине при наличии соответствующих медицинских оснований в отношении лица, совершившего в условиях возникновения и распространения карантинных и других опасных для человека инфекций правонарушение, связанное с нарушением правил борьбы с эпидемиями;

- реализации медико-санитарных мер, направленных на предупреждение распространения инфекционных и паразитарных заболеваний, предусматривающих особый порядок хозяйственной и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов и (или) товаров;

- проведения проверок на объектах, независимо от формы собственности, при возникновении реальной угрозы распространения инфекционных заболеваний, а также катастроф техногенного или природного характера, представляющих серьезную угрозу для жизни и здоровья человека;

- направления представлений в соответствующие органы и организации для решения вопроса приостановления, прекращения и отмены лицензий и разрешительных документов в случае выявления фактов нарушения санитарных правил, норм и гигиенических нормативов;

- внесения обязательных для исполнения указаний юридическим и физическим лицам для устранения правонарушений, выявленных на объектах

контроля, с установлением соразмерного срока исполнения, но не более шестидесяти дней;

- проведения проверок деятельности субъектов предпринимательства в порядке уведомления уполномоченного органа путем регистрации в Единой системе электронной регистрации проверок сроком не более десяти дней с применением лабораторно-инструментального метода и привлечением к проверке работников лаборатории в качестве безвозмездных экспертов или специалистов;

- проведения проверок деятельности субъектов предпринимательства при возникновении реальной угрозы чрезвычайной ситуации, эпидемии, иной опасности для жизни и здоровья населения, регистрации массовых отравлений и групповых заболеваний (сообщения лечебных учреждений, обращения физических и юридических лиц, другие случаи) в порядке, установленном законодательством;

- дополнительного привлечения работников к деятельности Санитарно-эпидемиологической службы за счет внебюджетных средств на договорной основе.

Задачи и функции Санитарно-эпидемиологической службы

Задачами Санитарно-эпидемиологической службы являются:

- ведение единой государственной политики в области общественного здоровья, профилактики заболеваний и санитарно-эпидемиологического благополучия населения, разработка и реализация государственных и других программ;

- осуществление эффективной координации деятельности органов государственного управления и хозяйственных объединений в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и обеспечение их взаимодействия;

- проведение в установленном порядке проверок соблюдения юридическими и физическими лицами санитарных правил, норм и гигиенических нормативов (СанПиН), применение в установленном порядке мер административной ответственности за нарушения законодательства в санитарно-эпидемиологической сфере;

- осуществление координации и взаимодействия органов государственного и хозяйственного управления в сфере продовольственной безопасности, участие в подготовке и внедрении методологии осуществления надзора за деятельностью объектов, занимающихся производством, транспортировкой, хранением и реализацией пищевого сырья и продуктов питания, а также соблюдением требований стандартов, основанных на опыте применения необходимой международной практики;

- назначение и проведение специальной экспертизы соблюдения соответствия обязательным требованиям, предъявляемым к оказанию отраслевых государственных и иных услуг, безопасности продукции, работ и услуг;

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА

Службы санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья Республики Узбекистан

центрального аппарата Службы санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья Республики Узбекистан

- разработка и реализация противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения неинфекционных, инфекционных и паразитарных заболеваний;

- организация деятельности санитарно-гигиенической лаборатории, лабораторий радиационной гигиены, физических факторов, бактериологии, вирусологии, паразитологии и диагностики особо опасных заболеваний;

- разработка и внедрение в практику новых форм и методов управления, системного мониторинга и анализа опасных факторов, влияющих на здоровье человека;

- организация, координация и осуществление контроля за проведением профилактических дезинфекционных, дезинсекционных, дератизационных мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний;

- анализ рисков в процессе определения, оценки и управления потенциальными рисками в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья и оказание содействия в реализации политики в сфере продовольственной безопасности на основе научно обоснованных подходов;

- организация, координация и ведение контроля за осуществлением эпизоотологического мониторинга природных очагов чумы на территории Республики Узбекистан, осуществлением эпидемиологического надзора и реализация комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий по противодействию распространению чумы и особо опасных инфекций;

- обеспечение действия единой системы по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции, предупреждению, диагностике и лечению ВИЧ и сопутствующих заболеваний с организацией оказания медицинской помощи и социальной защиты лиц, заразившихся ВИЧ;

- определение перспективных направлений и координация ведения фундаментальных и прикладных научных исследований по актуальным вопросам общественного здоровья и профилактики заболеваний, санитарии, гигиены, эпидемиологии, паразитологии, микробиологии и вирусологии;

- повышение уровня санитарной культуры населения посредством разработки и реализации практических мер, направленных на формирование здорового образа жизни, организацию санитарно-гигиенического обучения и воспитания граждан с охватом при этом всех социальных групп;

- повышение квалификации работников различных сфер в освоении санитарных правил, норм и гигиенических нормативов на платно-контрактной основе;

- осуществление методического руководства ведением, сбором и анализом государственной и ведомственной медицинской статистики, проведение необходимых проверок и опросов в целях выявления факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье населения;

- внедрение на системной основе передовых методов образования, подготовки, переподготовки и повышения квалификации кадров с учетом текущей и перспективной потребности сферы.

Санитарно-эпидемиологическая служба в соответствии с возложенными на нее задачами осуществляет следующие функции:

а) в области ведения единой государственной политики в сфере общественного здоровья, профилактики заболеваний и санитарно-эпидемиологического благополучия населения, разработки и реализации государственных и других программ:

- подготовка предложений о совершенствовании организационно-правовых механизмов регулирования в санитарно-эпидемиологической сфере;

- подготовка и внесение в установленном порядке в Кабинет Министров проектов нормативно-правовых актов по санитарно-эпидемиологическим вопросам;

- ведение деятельности по разработке и внедрению новых форм и методов управления, осуществлению мониторинга и анализа факторов риска здоровью человека;

- рассмотрение жалоб на решения, принятые структурными и территориальными управлениями и отделами Санитарно-эпидемиологической службы, а также действия (бездействие) их должностных лиц;

б) в области обеспечения эффективной координации деятельности и взаимодействия органов государственного и хозяйственного управления в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения:

- организация совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами реализации комплекса мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия на территории республики, в том числе предупреждению заноса и распространения через пропускные пункты на границе Республики Узбекистан карантинных, особо опасных и других инфекций, ввоза и перемещения товаров и грузов, представляющих особую опасность для населения страны;

- осуществление совместно с ветеринарной службой деятельности по уничтожению, ликвидации источников (очагов) возникновения (распространения) заболеваний, а также направленной на предупреждение распространения антропонозных, зооантропонозных инфекционных и паразитарных заболеваний;

в) в области проведения проверок соблюдения юридическими и физическими лицами санитарных правил, норм и гигиенических нормативов (СанПиН) в установленном порядке, а также применения мер административной ответственности за нарушения законодательства в санитарно-эпидемиологической сфере в установленном порядке:

- ведение государственного санитарно-эпидемиологического надзора за исполнением органами государственного управления, хозяйственными объединениями, органами государственной власти на местах, юридическими и физическими лицами требований нормативно-правовых актов в санитарно-эпидемиологической сфере (далее – контроль) с применением лабораторных и инструментальных методов исследований в установленном порядке:

- проведение проверки субъектов предпринимательства, осуществляющих деятельность в сфере общественного питания, в том числе по производству, транспортировке, хранению и реализации пищевого сырья и продуктов питания;

- проведение проверки хозяйствующих субъектов, обеспечивающих потребителей водопроводной водой, выбрасывающих сточные воды;

- проведение проверки субъектов предпринимательства, занимающихся торговлей и оказанием услуг населению, в том числе парикмахерских и косметологических услуг, работники которых согласно законодательству подлежат прохождению медицинского осмотра;

- проведение проверки субъектов предпринимательства, осуществляющих деятельность по оказанию населению диагностических и лечебно-профилактических услуг;

- проведение проверок субъектов предпринимательства, занимающихся оказанием медицинских услуг населению;

- осуществление контроля за порядком и периодичностью проведения обязательного, первичного и периодических медицинских освидетельствований работников в поднадзорных объектах, а также полноценностью проведения медицинского осмотра в медицинских организациях;

- осуществление контроля за выполнением юридическими и физическими лицами санитарных правил, норм и гигиенических нормативов по организации рационального и безопасного питания в объектах общественного питания;

- осуществление контроля за соблюдением юридическими и физическими лицами санитарных правил, норм и гигиенических нормативов работы с ионизирующим и неионизирующим излучением, уровнем шума, показателями вибрации, другими физическими факторами, негативно влияющими на здоровье человека и окружающую среду;

- осуществление контроля за факторами, способствующими возникновению острых и хронических профессиональных заболеваний в подконтрольных объектах;

- внесение работодателям представлений о временном отстранении от работы лиц, являющихся источниками (носителями) инфекционных и паразитарных заболеваний, а также работников, не прошедших своевременно медицинский осмотр;

- освещение в средствах массовой информации, публикация на официальном веб-сайте Санитарно-эпидемиологической службы информации о соблюдении юридическими и физическими лицами законодательства в санитарно-эпидемиологической сфере;

- обеспечение взаимного сотрудничества и координации с международными организациями и соседними странами в санитарно-эпидемиологической сфере;

- совершенствование и гармонизацию нормативно-правовых актов международных организаций;

г) в области участия в подготовке и внедрении методологии надзора за осуществлением координации и взаимодействия органов государственного и хозяйственного управления в сфере продовольственной безопасности, деятельностью объектов, занимающихся производством, транспортировкой, хранением и реализацией продовольственного сырья и продуктов питания, а также соблюдением требований стандартов, основанных на опыте применения необходимой международной практики:

- осуществление государственной политики в сфере безопасности пищевой продукции, разработка и участие в реализации государственных и иных программ, обеспечение эффективной координации и взаимодействия с органами государственного и хозяйственного управления;

- определение требований безопасности, предъявляемых к пищевой продукции, предельно допустимых концентрации контаминантов, в том числе остаточного количества пестицидов, биологических и химических веществ, кормовых добавок и ветеринарных препаратов;

- осуществление мониторинга санитарно-эпидемиологического состояния в процессе производства, транспортировки, хранения и реализации пищевой продукции, определение критериев проверок пищевых предприятий и регулирования импорта продукции;

- определение порядка уведомления о пищевых отравлениях, разработка и реализация противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на предупреждение их возникновения и распространения;

- осуществление государственной регистрации и ведение государственных реестров специализированной пищевой продукции для детского питания, биологически активных и пищевых добавок, новой пищевой продукции, функциональных и специализированных пищевых продуктов;

- определение и обеспечение функционирования экспертных научных комитетов, представляющих рекомендации и научные обоснования в вопросах регулирования пищевой безопасности и механизмы их осуществления;

- участие в установленном порядке в международных организациях по регулированию Кодекса Алиментариуса и вопросов безопасности пищевой продукции;

д) в области разработки и реализации противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения неинфекционных, инфекционных и паразитарных заболеваний:

- разработка и осуществление контроля за реализацией санитарно-гигиенических и противоэпидемических мер по санитарной защите территорий от заноса (завоза), перемещения и распространения карантинных и особо опасных, а также инфекционных и паразитарных заболеваний;

- проведение анализа качества и эффективности профилактической вакцинации населения, возможных рисков в процессе своевременного охвата вакцинацией, реализация мер в области иммунологической профилактики инфекционных заболеваний с учетом научно обоснованных подходов;

- организация в очагах инфекционных и паразитарных заболеваний расследования и осуществление контроля за проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мер;

- применение мер воздействия в виде административной ответственности и внесения представлений в отношении юридических и физических лиц, регулярно нарушающих требования нормативно-правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на основе результатов оценки санитарно-эпидемиологического состояния;

- участие в рассмотрении и выдаче заключений о материалах по проектам развития мест проживания населения и отведения земельных участков, а также проектах строительства и реконструкции объектов хозяйственного и промышленного назначения;

- создание испытательных баз для апробации исследований и внедрения новых современных методов дезинфекции и стерилизации, проведение санитарно-гигиенической экспертизы новых технологических процессов, производственного оборудования, приборов и устройств;

- ведение перечня и учета, а также осуществление контроля за объектами, оказывающими воздействие на здоровье человека и атмосферный воздух посредством вредных физических факторов;

- организация внедрения информационно-коммуникационных технологий в санитарно-эпидемиологическую сферу;

- организация мер по перевозке образцов биоматериалов внутри республики и за ее пределами с соблюдением требований к перевозке опасных грузов;

е) в области организации, координации и контроля за проведением профилактических дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний:

организация проведения профилактических и очаговых дезинфекционных, дезинсекционных, дератизационных, противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения, уменьшение случаев, устранение воздействия инфекционных и паразитарных заболеваний на пути и факторы заражения, а также ликвидацию эпидемиологических последствий чрезвычайных ситуаций техногенного характера;

ж) в области анализа рисков в процессе выявления, оценки и управления потенциальными рисками в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического и общественного здоровья, содействия в реализации политики в сфере продовольственной безопасности на основе научно обоснованных подходов:

- обеспечение реализации национальных стандартов, разработанных в соответствии с концепцией безопасного питания населения и рекомендациями международных организаций;

- проведение оценки уровня питания различных групп населения, изучение показателей здоровья населения, связанных с качеством питания;
 - разработка мероприятий по предупреждению и снижению уровня распространения заболеваний, связанных с неправильным питанием, организация проведения широкой разъяснительной работы и пропаганды как основы здорового образа жизни населения, в том числе с активным использованием средств массовой информации;
 - совершенствование механизмов регулирования системы организации питания в образовательных и медицинских учреждениях, улучшение рациона питания в организованных детских коллективах;
 - внедрение действенных механизмов осуществления контроля за качеством продуктов питания и продовольственного сырья, производимых на территории Республики Узбекистан, а также поставляемых из-за рубежа;
- з) в области организации, координации и осуществления контроля за ведением эпизоотологического мониторинга природных очагов чумы на территории Республики Узбекистан, осуществления эпидемиологического контроля по недопущению распространения чумы, комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий:
- разработка комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по санитарной охране территории, недопущение обострения эпидемического состояния инфекции чумы;
 - определение формы и порядка взаимодействия органов и организаций Санитарно-эпидемиологической службы с другими министерствами и ведомствами, принимающими участие в обеспечении карантина и защиты населения Республики Узбекистан от эпидемий особо опасных заболеваний;
- и) в области борьбы с распространением ВИЧ-инфекции, обеспечения действия единой системы предупреждения, диагностики и лечения ВИЧ и сопутствующих заболеваний, организации оказания медицинской помощи и социальной защиты лиц, заразившихся ВИЧ:
- осуществление контроля за профилактикой ВИЧ, диагностикой ВИЧ-инфекции и специальным лечением ВИЧ-инфицированных, а также безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей, используемых для диагностики, в лечебных и научных целях;
 - осуществление эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции;
 - регулярное информирование населения о принимаемых мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции;
 - создание условий для проведения безопасного и конфиденциального медицинского осмотра населения на предмет наличия или отсутствия ВИЧ;
 - реализация мероприятий по продлению жизни, повышению качества жизни ВИЧ-инфицированных, снижению их смертности;
 - осуществление международного сотрудничества по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции;
- к) в области определения перспективных направлений и координации проведения фундаментальных и прикладных научных исследований по актуальным вопросам общественного здоровья и профилактики заболеваний,

санитарии, гигиены, эпидемиологии, паразитологии, микробиологии и вирусологии:

- определение перспективных направлений санитарно-эпидемиологической сферы, участие в проведении научно-исследовательских работ по актуальным вопросам;

- разработка и внедрение в практику современных методов лабораторной диагностики, лечения и борьбы с инфекционными, паразитарными и массовыми неинфекционными заболеваниями, отравлениями и профессиональными заболеваниями;

- участие в рассмотрении научных проектов, представленных на конкурсы фундаментальных, прикладных и инновационных научных исследований, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия;

- укрепление сотрудничества с научными и учебными организациями, научно-исследовательскими учреждениями и фондами, в том числе зарубежными участниками по вопросам гигиены и эпидемиологии, участие в организации и проведении международных научных форумов и конференций;

л) в области внедрения системы национального мониторинга и контроля за заболеваниями, вызванными продуктами питания, в целях обеспечения раннего выявления, оценки и ликвидации рисков:

- осуществление контроля за производством, приготовлением, хранением, перевозкой и реализацией в установленном порядке продуктов питания с целью предупреждения заболеваний, вызванных продуктами питания;

- создание и ведение электронной базы данных о регистрации фактов массовых пищевых отравлений и инфекционных заболеваний, передающихся через продукты питания, разработка мер по их раннему выявлению и ликвидации рисков;

м) в области повышения уровня санитарной культуры населения посредством разработки и реализации практических мер, направленных на формирование здорового образа жизни, организации санитарно-гигиенического обучения и воспитания граждан с охватом всех социальных групп:

- обеспечение использования современных информационно-коммуникационных технологий при обучении и воспитании граждан гигиене;

- организация обучения гигиене работников, задействованных в производстве, хранении, транспортировке, реализации продовольственного сырья, продуктов питания, питьевой воды и химических веществ, оказании населению бытовых и коммунальных услуг, а также подготовка и переобучение гигиене работников медицинских и образовательных организаций до их трудоустройства на платно-контрактной основе;

- организация работ и предоставление соответствующих заключений по разработке нормативно-технической документации в санитарно-эпидемиологической сфере, проектированию, строительству и реконструкции объектов, техническому и технологическому перевооружению предприятий, а также связанных с опасными химическими и радиоактивными веществами, биологическими средствами и материалами;

- разработка материалов и специальных программ для средств массовой информации по пропаганде здорового образа жизни и повышению санитарной грамотности населения;

н) в области проведения необходимых проверок и опросов в целях осуществления методического руководства над ведением, сбором и анализом государственной и ведомственной медицинской статистики, выявления факторов, оказывающих негативное воздействие на здоровье населения:

- ведение деятельности по сбору, обобщению и анализу данных медицинской статистики в медицинских и вспомогательных учреждениях, входящих в состав системы здравоохранения и других государственных органов и организаций;

- ведение деятельности по выявлению тенденций и закономерностей, влияющих на состояние здоровья населения и распространение заболеваний;

- оказание методической помощи в ведении, сборе и анализе государственной и ведомственной медицинской статистики;

о) в области внедрения на системной основе передовых методов обучения, подготовки, переподготовки и повышения квалификации кадров с учетом текущей и перспективной потребности сферы:

- осуществление контроля за планированием и подготовкой обучения, переподготовки и повышения квалификации специалистов Санитарно-эпидемиологической службы;

- разработка учебников, монографий, учебных рекомендаций и пособий для подготовки специалистов Санитарно-эпидемиологической службы совместно с научно-исследовательскими и образовательными организациями соответствующей специализации;

- формирование и подготовка резерва руководящих кадров для укомплектования должностей руководителей структурных управлений и отделов, а также подведомственных организаций Санитарно-эпидемиологической службы.

Санитарно-эпидемиологическая служба может выполнять и другие задачи в области санитарно-эпидемиологического и общественного здоровья в соответствии с законодательством.

Права и ответственность санитарно-эпидемиологической службы

Санитарно-эпидемиологическая служба для выполнения возложенных на нее задач и функций обладает следующими правами:

- координация деятельности органов государственного управления и хозяйственных объединений, органов государственной власти на местах по вопросам, отнесенным к ее компетенции;

- изучение соблюдения требований законодательства в санитарно-эпидемиологической сфере в деятельности государственных органов и других организаций;

- внесение руководителям государственных органов и других организаций обязательных к рассмотрению представлений об устранении выявленных правонарушений в санитарно-эпидемиологической сфере, причин и условий, им способствующих;

- внесение должностным лицам письменных предупреждений о недопущении ими нарушений законодательства в санитарно-эпидемиологической сфере;

- внесение юридическим и физическим лицам обязательных к исполнению указаний об устранении ими нарушений законодательства, выявленных в объектах контроля, с установлением соразмерных сроков устранения, но не более шестидесяти дней;

- применение принудительных мер медицинского характера в виде лечения или содержания в карантине при наличии соответствующих медицинских оснований в отношении лица, совершившего в условиях возникновения и распространения карантинных и других опасных для человека инфекций правонарушение, связанное с нарушением правил борьбы с эпидемиями;

- реализация медико-санитарных мер, направленных на предупреждение распространения инфекционных и паразитарных заболеваний, предусматривающих особый порядок хозяйственной и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов и (или) товаров;

- проведение проверок в объектах, независимо от форм собственности, при возникновении реальной угрозы распространения инфекционных заболеваний и катастроф техногенного или природного характера, представляющих серьезную угрозу для жизни и здоровья человека;

- проведение проверок деятельности субъектов предпринимательства при возникновении реальной угрозы чрезвычайной ситуации, эпидемии, иной опасности для жизни и здоровья населения, регистрации массовых отравлений и групповых заболеваний (сообщения лечебных учреждений, обращения физических и юридических лиц, другие случаи) в порядке, установленном законодательством;

- дополнительное привлечение работников к деятельности Санитарно-эпидемиологической службы за счет внебюджетных средств на договорной основе;

- проведение инспекционного контроля за производством, транспортировкой, хранением и реализацией пищевого сырья и потребительских товаров;

- разработка методических материалов и рекомендаций по вопросам, отнесенным к ее компетенции;

- запрос и безвозмездное получение от государственных органов и должностных лиц документов и информации, в том числе статистических данных, необходимых для выполнения задач и функций, возложенных на Санитарно-эпидемиологическую службу;

- привлечение представителей министерств и ведомств и других организаций к подготовке информационно-аналитических материалов по вопросам, отнесенным к ее компетенции;

- внесение проектов нормативно-правовых актов, а также иных документов, связанных с выполнением задач и функций, возложенных на Санитарно-эпидемиологическую службу в установленном порядке;

- оказание платных услуг в соответствии с перечнем и тарифами, утвержденными в установленном порядке;

- разработка в установленном порядке проектов международных договоров Республики Узбекистан, заключение международных договоров, имеющих межведомственное значение по вопросам, отнесенным к компетенции Санитарно-эпидемиологической службы, в установленном порядке;

- представление интересов Республики Узбекистан на международном уровне по вопросам, отнесенным к компетенции Санитарно-эпидемиологической службы в установленном порядке;

- осуществление сотрудничества с международными и зарубежными организациями в рамках своей компетенции в установленном порядке;

- создание официальных веб-сайтов и открытие страниц в социальных сетях в целях наиболее широкого освещения своей деятельности;

- проведение конференций, семинаров и симпозиумов в рамках своей компетенции, а также участие в мероприятиях, проводимых другими организациями;

- разработка методических материалов и рекомендаций по вопросам, отнесенным к ее компетенции;

- создание рабочих групп в целях выработки решения актуальных и перспективных проблем в развитии санитарно-эпидемиологической сферы, в том числе с привлечением зарубежных экспертов;

- рассмотрение обращений физических и юридических лиц по вопросам санитарно-эпидемиологической сферы;

- участие в заседаниях Коллегии Министерства здравоохранения по рассмотрению вопросов, отнесенных к ее компетенции;

- реализация мер по социальной защите работников Санитарно-эпидемиологической службы;

- в пределах утвержденной штатной численности образование, реорганизация и упразднение соответствующих структур, необходимых для обеспечения деятельности Санитарно-эпидемиологической службы и утверждение их уставов (положений).

Санитарно-эпидемиологическая служба является ответственной за:

- эффективное осуществление государственной политики в области санитарно-эпидемиологического и общественного здоровья;

- своевременное и эффективное выполнение задач и функций, возложенных на Санитарно-эпидемиологическую службу;

- организацию работы подразделений Санитарно-эпидемиологической службы по обеспечению достижения ими прогнозных показателей, связанных с деятельностью Санитарно-эпидемиологической службы;

- реализацию программ, планов работ, мероприятий, «дорожных карт», других программных документов по развитию санитарно-эпидемиологической сферы и общественного здоровья.

Организация деятельности санитарно-эпидемиологической службы

Санитарно-эпидемиологическую службу возглавляет начальник Санитарно-эпидемиологической службы заместитель министра здравоохранения Республики Узбекистан (далее начальник Санитарно-эпидемиологической службы), назначаемый на должность и освобождаемый от должности Президентом Республики Узбекистан.

Начальник Санитарно-эпидемиологической службы одновременно является Главным государственным санитарным врачом Республики Узбекистан.

Начальник Санитарно-эпидемиологической службы имеет четырех заместителей, в том числе одного первого заместителя, назначаемых на должность и освобождаемых от должности Кабинетом Министров по представлению министра здравоохранения.

Функциональные обязанности руководителей санитарно-эпидемиологической службы

В соответствии с задачами, возложенными на Санитарно-эпидемиологическую службу, руководители Санитарно-эпидемиологической службы выполняют следующие функциональные обязанности:

а) начальник Санитарно-эпидемиологической службы:

- соблюдает требования Конституции и законов Республики Узбекистан, а также других нормативно-правовых актов;

- осуществляет общее руководство деятельностью Санитарно-эпидемиологической службы на основе единоличия и несет персональную ответственность за выполнение задач и функций, возложенных на Санитарно-эпидемиологическую службу;

- определяет полномочия и уровень личной ответственности заместителей начальника Санитарно-эпидемиологической службы и других должностных лиц Санитарно-эпидемиологической службы по руководству отдельными направлениями и участками деятельности;

- обеспечивает строгое соблюдение государственной политики в санитарно-эпидемиологической сфере и в сфере общественного здоровья в предложениях и проектах нормативно-правовых актов, вносимых в Кабинет Министров и относящихся к деятельности Санитарно-эпидемиологической службы, визирует подготовленные проекты документов. Обеспечивает организацию системного контроля за ходом реализации соответствующих документов после их принятия;

- в рамках своих полномочий издает приказы и дает указания, обязательные для исполнения работниками Санитарно-эпидемиологической службы, ее подведомственными организациями;

- осуществляет деятельность по приему на работу и расторжению трудовых договоров, заключенных с работниками Санитарно-эпидемиологической службы в установленном порядке, а также создает условия, необходимые для их эффективной работы, и формирует кадровый резерв Санитарно-эпидемиологической службы;

- утверждает положения о структурных подразделениях и должностные инструкции работников Санитарно-эпидемиологической службы;
 - обеспечивает соблюдение сроков исполнения обращений физических и юридических лиц в соответствии с Законом «Об обращениях физических и юридических лиц»;
 - организует планирование деятельности Санитарно-эпидемиологической службы, утверждает годовые планы работ Санитарно-эпидемиологической службы и обеспечивает контроль за их выполнением;
 - осуществляет иные полномочия в соответствии с законодательством;
- б) первый заместитель начальника Санитарно-эпидемиологической службы:
- осуществляет взаимодействие с соответствующими управлениями и отделами Санитарно-эпидемиологической службы при выполнении задач, возложенных на Санитарно-эпидемиологическую службу;
 - по поручению руководства координирует выполнение приоритетных задач и программ в малой санитарно-эпидемиологической сфере;
 - осуществляет непосредственное руководство вверенными и курируемыми подразделениями Санитарно-эпидемиологической службы;
 - выдвигает в установленном порядке кандидатов на должности начальников и специалистов структурных подразделений Санитарно-эпидемиологической службы для утверждения начальником Санитарно-эпидемиологической службы;
 - вносит предложения о переподготовке, повышении квалификации, стимулировании либо применении мер дисциплинарного наказания в отношении начальников и специалистов курируемых управлений и отделов Санитарно-эпидемиологической службы;
- в) заместитель начальника Санитарно-эпидемиологической службы организует деятельность Специального фонда санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья (далее – Фонд) в соответствии с возложенными на него задачами и функциями и несет ответственность за его деятельность.

Контрольные вопросы

1. Какие функции выполняет санитарно-эпидемиологическая служба?
2. По каким направлениям проводится государственная политика в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения?
3. Какие полномочиями наделен Кабинет Министров Республики Узбекистан в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения?
4. Какие полномочия имеет органов местного управления в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения?
5. Какие полномочия имеет Главный государственный санитарный врач Республики Узбекистан?
6. Какие права имеет санитарно-эпидемиологическая служба и организации в ее системе?

7. Какие функции выполняет санитарно-эпидемиологическая служба в соответствии с возложенными на нее обязанностями по соблюдению санитарных правил, норм и гигиенических норм юридическими и физическими лицами?

8. Какие функции выполняет санитарно-эпидемиологическая служба в соответствии с возложенными на нее задачами в области безопасности пищевых продуктов?

9. Какими мерами осуществляет санитарно-эпидемиологическая служба по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции?

10. Какую работу проводит санитарно-эпидемиологическая служба по формированию здорового образа жизни?

11. Каковы функциональные обязанности руководителей санитарно-эпидемиологической службы?

Глава 29. СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ, СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Социальное страхование и социальное обеспечение имеют важное значение в работе, проводимой правительством по социальной защите населения, охране здоровья трудящихся.

Социальное страхование – это система социальной защиты, задача которой обеспечивать реализацию конституционного права экономически активных граждан на материальное обеспечение в старости, в случае болезни, полной или частичной утраты трудоспособности, потери кормильца, безработицы.

Социальное обеспечение – организованная государством форма помощи для утверждённого круга лиц, оказываемая при наступлении определённых юридических фактов, в установленных законом ситуациях, с целью выравнивания социального положения граждан.

Содержание обеих форм социальной защиты в основном одно и то же, и состоит в том, чтобы обеспечить их материальное обеспечение через внебюджетный Пенсионный фонд, если работники теряют трудоспособность по тем или иным причинам и не получают заработную плату.

Из средств внебюджетного Пенсионного фонда выдаются следующие пособия по социальному страхованию:

- по беременности и родам;
- при рождении ребенка;
- за дополнительный выходной день;
- на погребение.

Вышеуказанные расходы производятся бюджетными организациями – в пределах бюджетных средств, выделяемых фонду заработной платы, а хозяйствующими субъектами – за счет личных средств с вычетом этих расходов из налогооблагаемой базы при исчислении налога на прибыль.

Конституция Республики Узбекистан (статья 37) устанавливает, что «каждый имеет право на труд, на свободный выбор профессии, на работу в справедливых условиях труда и на защиту от безработицы в порядке, установленном законом», (статья 39) «каждый имеет право на социальное обеспечение в случае, если он является более трудоспособным, а также при лишении кормильца и в других случаях, предусмотренных законом» и (статья 45) «права несовершеннолетних, нетрудоспособных и одиноких престарелых находятся под защитой государства».

На практике это осуществляется через систему социального страхования и государственной социальной защиты. Социальное страхование и социальная защита составляют целостность и дополняют друг друга, но эти две формы обеспечения отличаются друг друга. Во-первых, они имеют различия по организации средств и их направлению, во-вторых, методом управления организационными формами.

Под социальным страхованием понимается материальное обеспечение, предоставляемое работникам, служащим, работникам сельского хозяйства в период временной нетрудоспособности, инвалидности, старости, семьям в случае потери кормильца, а также для осуществления различных культурных, бытовых, оздоровительных, профилактических мер.

Основные принципы социального страхования:

1. Социальное страхование создается государством, средства которого выделяются государством. Все формы государственного социального страхования, безусловно, относятся ко всем работникам, служащим.

2. Управление социальным страхованием осуществляется со стороны государства на широкой демократической основе.

3. Оно обладает разнообразными видами материального обеспечения и охватывает им широкие массы населения.

Обследование людей на пригодность к работе для определения степени и периода нетрудоспособности граждан врачами называется врачебной трудовой экспертизой.

Под трудоспособностью понимается возможность выполнять работу в определенном объеме и качестве, в зависимости от физического и психического развития организма человека.

Основная задача экспертных организаций заключается не только в определении работоспособности работников, но и в скорейшем восстановлении их здоровья и трудоспособности, а также в выявлении лиц с ограниченными возможностями, возможности их полного и эффективного использования в производстве на основе сохранившихся у них возможностей.

Задача врачей – определить, утратил ли работник трудоспособность в связи с болезнью, несчастным случаем или другими причинами. Другой важной задачей врачебно-трудовой экспертизы является определение лечебных и других реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление и улучшение здоровья человека.

Таким образом, выявление нетрудоспособности имеет медико-биологическое, социальное и юридическое значение, которое возлагает на врачей большую ответственность. Потеря работоспособности во многих случаях является причиной болезни или травмы. Но болезни или травмы, вызванные функциональными изменениями органов и систем, которые не препятствуют выполнению нормального рабочего процесса, не могут служить основанием для увольнения. В некоторых случаях временная смена условий или характера работы может предотвратить потерю трудовой активности у работников.

Потеря трудоспособности бывает двух видов:

1. Неспособность временно выполнять трудовую функцию по своей профессии из-за некоторых временных заболеваний. Она носит переходный характер и называется временной нетрудоспособностью.

2. Постоянная или долгосрочная потеря трудоспособности, которая приводит к инвалидности и приводит к ограничению жизнедеятельности.

В зависимости от степени утраты трудоспособности различают частичную или полную нетрудоспособность. При полной нетрудоспособности человек не может выполнять какую-либо работу и нуждается в специальном уходе

и лечении. Частичная нетрудоспособность—это неспособность выполнять работу по должности или профессии, или определённый объем работы.

Временная нетрудоспособность граждан независимо от формы собственности, работающих в учреждениях на договорной основе и осуществляющих частную предпринимательскую деятельность, подтверждается листом нетрудоспособности, а в некоторых случаях—справкой по форме, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Узбекистан (формы 094/у; 025/у; 138/у).

Список инвалидности имеет следующие значения:

- дает право освобождения от работы;
- фонды социального страхования предоставляют физическим лицам пособия по временной нетрудоспособности.
- изучение заболеваний, связанных с временной нетрудоспособностью.

Основанием для назначения пособия по временной нетрудоспособности является выданный в установленном порядке больничный листок (листок нетрудоспособности).

В случае утери листка временной нетрудоспособности пособие выдается на основании повторно выданного листка нетрудоспособности (дубликата).

Лист нетрудоспособности или справка заполняется на государственном языке.

Листки нетрудоспособности или справки выдаются и продлеваются при проведении лечебной работы в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), прикрепленной врачами государственных ЛПУ, а также врачами медицинских вузов, Института повышения квалификации врачей, научно-исследовательских институтов (центров) независимо от административного подчинения организации. Кроме того, в некоторых случаях право на выдачу листков нетрудоспособности или справок о нетрудоспособности предоставляется врачам-эпидемиологам (санитарным врачам) и фельдшерам.

Право выдачи или продления листков нетрудоспособности или справок врачам клинических лабораторий, негосударственным стационарным ЛПУ, требующим лечебно-диагностического процесса, разрешается по решению лицензионного комитета Министерства здравоохранения Республики Узбекистан по ходатайству территориальных органов управления. При этом в этих организациях должен быть документ об обучении председателя ВКК на кафедре врачебной трудовой экспертизы при Ташкентском институте повышения квалификации врачей.

Станции (отделения) переливания крови, отделения (кабинеты) анонимного лечения, станции (отделения) скорой медицинской помощи, приемные отделения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, дошкольные учреждения, санатории (от туберкулеза) кроме), врачи санаториев, физиотерапевтических больниц, а также врачи лица, занимающиеся частной трудовой деятельностью, не вправе выдавать листок нетрудоспособности. В ряде случаев врачи ЛПУ открывают листок нетрудоспособности или справку при направлении пациентов в физиотерапевтические стационары, которые продлеваются врачами-физиотерапевтами.

В случае работы одного врача ЛПУ в отдаленной местности, он вправе выдать листок нетрудоспособности на срок до одного месяца на

основании приказа областного управления здравоохранения, под надзором региональных медицинских объединений.

Листок нетрудоспособности или справки об инвалидности выдаются ЛПУ по месту жительства или работы инвалида, а также другим ЛПУ в соответствии с настоящей инструкцией.

Листок нетрудоспособности выдается в следующих случаях: а) заболеваний (травм) с временной утратой трудоспособности;

б) отпуска по беременности и родам;

в) необходимости ухода за больными членом семьи;

г) санаторно-курортного (амбулаторно-курортного) лечения;

д) временного перевода на другую работу, в связи с заболеванием туберкулезом или профессиональным заболеванием;

е) карантина;

ж) протезирования в условиях стационара протезно-ортопедического предприятия.

Выдача и продление листка нетрудоспособности осуществляется после личного осмотра нетрудоспособного лица врачом и на основании регистрации в медицинской документации. При этом диагноз, являющийся основанием для выдачи или продления листка нетрудоспособности, должен быть подтвержден клиническими данными (жалобами, объективными данными) и результатами необходимого лабораторно-инструментального обследования.

Выдача листков нетрудоспособности при заболеваниях и травмах

При лечении пациента в амбулаторно-поликлинических условиях лечащий врач имеет право выдавать больничный лист одновременно до 5 календарных дней. Продление больничного листа на срок более 5 календарных дней продлевается лечащим врачом и заведующим отделением или врачом ВКК не более чем на 10 дней.

Продление листка нетрудоспособности или справки о временной нетрудоспособности приостанавливается со дня направления пациента в ВТЭК.

Пациентам, временно нетрудоспособным, но не получившим заключение ЛПУ о том, что они являются инвалидами, листок болезни может быть продлен врачами ЛПУ не более чем на 2 месяца с целью продолжения реабилитации.

В ЛПУ отдаленных районов, в том числе в сельских врачебных пунктах, где работает один врач, врач может выдать или продлить больничный лист или справку на весь период временной нетрудоспособности под наблюдением председателя районного ВКК. Такой ЛПУ и список врачей оформляют по приказу управления здравоохранения.

Больным с заболеваниями, характерными для специализированных диспансеров (кроме кардиологического и онкологического диспансеров), листок нетрудоспособности или справка выдается только врачами данного диспансера на весь период нетрудоспособности в соответствии с Положением.

Если эти пациенты обращаются к врачу ЛПУ общего профиля, то листки нетрудоспособности или справки выдаются им до 3-х дней, а затем направляются в соответствующий диспансер.

Врачи противотуберкулезных диспансеров и Центров по профилактике и борьбе со СПИДом могут выдавать и продлевать больничные листы после консультаций с соответствующими специалистами при заболеваниях без специализации пациентов с активной формой туберкулеза.

Отправка пациентов в другой город (регион) для консультаций или лечения осуществляется с разрешения Управления здравоохранения, листок болезни или справка выдается ВКК ЛПУ с учетом затраченных дней на путь. Продление больничного листа или справки на все сроки и (или) дни консультации и (или) лечения производится консультантом и (или) лечащим врачом ЛПУ. Если при направлении в другой город (регион) для консультирования и (или) лечения инвалидов I группы, детей-инвалидов до 16 лет, то лицу, сопровождающему пациента, выдается больничный лист на дни выезда в этот город (регион). Продление больничного листа или справки сопровождающего лица на все периоды консультирования и (или) лечения и на дни возвращения осуществляется консультационным и (или) лечащим ЛПУ.

Обследование и лечение трудоспособных лиц проводится в свободное от работы время без выдачи больничного листа, только при комплексном обследовании и лечении (эндоскопическом обследовании и др.), за исключением случаев, когда обследование и лечение не могут быть отсрочены и только в рабочее время. В этих случаях в день их проведения выдается больничный лист или справка.

В период пребывания в другом регионе (командировка, отпуск и т. д.) в случае наступления временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности или справка выдается по общим правилам с разрешения главного врача ЛПУ, на территорию которого выезжал пациент. При улучшении состояния здоровья пациент направляется на лечение в ЛПУ по месту жительства.

При обращении нетрудоспособного лица в медицинский пункт предприятия (при острых заболеваниях, промышленных травмах) ему выдается врачом медицинского пункта больничный лист или справка о болезни до трех календарных дней продление данного листа осуществляется ЛПУ по месту работы или по месту жительства. При оказании первой помощи фельдшером здравпункта в вечернее или ночное время, пациент направляется на прием к врачу в амбулаторно-поликлиническое учреждение (стационар), где при выявлении временной нетрудоспособности ему выдается больничный лист с момента обращения к врачу. При направлении лиц, признанных трудоспособными, в ЛПУ устанавливается время проверки.

Больничный лист или справка выдается со дня установления нетрудоспособности. Выдача больничного листа или справки на прошлые дни не допускается, только при стационарном лечении, справка фельдшера, выданная в вечернее или ночное время, может быть в свою очередь заменена на больничный лист или справку установленной формы, за исключением случаев, указанных в Инструкции.

Если по окончании рабочего времени (учебного времени) или смены наступила нетрудоспособность, больничный лист или справка выдается в тот же день с освобождением от работы или учебы, но в исключительных случаях, в случае, если лицо, страдающее психическими заболеваниями, не может своевременно обратиться за медицинской помощью из-за обострения данного заболевания, листок психоневрологического диспансера или другой листок нетрудоспособности по болезни или справка выдается с ВКК ЛПУ на пройденный срок, но не более 3 календарных дней.

При лечении в стационарных условиях (дневных больницах) больничный лист или справка выдается на весь период лечения одновременно лечащим врачом совместно с заведующим отделением (главным врачом, заместителем главного врача).

Временная нетрудоспособность в амбулаторных хирургических центрах, стационарах в домашних условиях и специализированных комплексных амбулаторных лечебных центрах оформляется по общим правилам в амбулаторном порядке. При длительном лечении по желанию пациента или членов его семьи может быть выдано продление больничного листа, которые он может периодически предоставлять для получения выплат по временной нетрудоспособности. Лица, восстановившие трудоспособность, выписываются из стационара с закрытой медицинской справкой или справкой с учетом времени в пути до места жительства. Пациентам, продолжающим временную нетрудоспособность, сверх установленного срока пребывания в стационаре, продление больничного листа или справки производится совместно со стационарным врачом и заведующим отделением на срок, необходимый для явки в ЛПУ или вызова врача на дом, не более 3 календарных дней.

Направления Минобороны будут выдаваться трудоспособным лицам, прошедшим стационарное обследование, а также на время пребывания в центрах профпатологии с учетом времени нахождения в командировке.

Лицам, признанным недееспособными в пунктах неотложной медицинской помощи или травматологических пунктах, больничный лист или справка выдается дежурным врачом до 3-х дней, а затем направляется в ЛПУ по месту жительства или работы.

Часто и длительно болеющим медицинская справка выдается главным врачом или конкретным прикрепленным врачом. Если заболевание не связано со специальностью врача, медицинская справка выдается в присутствии соответствующего специалиста.

Больничный лист и справки выдаются на основании общих правил во время очередного или дополнительного отпуска, а также во время специальных учебных отпусков (вечернее и заочное обучение в высших и средних специальных учебных заведениях) с сохранением заработной платы.

Студентам вузов, учащимся средних специальных учебных заведений при их привлечении к сельскохозяйственным работам, строительству, оплачиваемым работам в период прохождения практики и временно нетрудоспособным в этот период (болезнь, травма) больничный лист на производственную практику или период работы выдается на основании общего Положения.

Работающим пенсионерам выдается больничный лист или справка по общим правилам.

Работающим инвалидам листок нетрудоспособности выдается на срок не более 2 месяцев подряд (кроме профессионального заболевания и трудового увечья) или не более 3 месяцев в календарном году.

Работающим инвалидам-ветеранам Второй мировой войны и приравненным к ним лицам, а также инвалидам по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС листки нетрудоспособности выдаются до 4 месяцев подряд или до 5 месяцев в календарном году.

Лицам, задержанным или заключенным под стражу сотрудниками МВД, СГБ, листок болезни или справка не выдается.

При травмах и заболеваниях, вызванных алкогольным опьянением, листок болезни не выдается, при этом, если возникает состояние нетрудоспособности, справка выдается в следующих случаях:

а) вследствие злоупотребления алкоголем (острого отравления алкоголем, алкогольных психозов и др.);

б) хронический алкоголизм;

в) вследствие острого заболевания или обострения хронического заболевания, вызванного употреблением алкоголя;

г) при травмах, возникающих в состоянии опьянения.

Если в соответствии с заключением соответствующих органов (МВД, прокуратуры и т.д.) будет установлено, что травма не связана с потреблением алкоголя (например, травма, полученная при крушении общественного транспорта), справка ВКК будет заменена на листок нетрудоспособности по болезни.

Если в период освобождения от работы по справке, в случае возникновения тяжелых заболеваний (инфаркт миокарда, рак, туберкулез и др.), со дня обнаружения этого заболевания открывается листок нетрудоспособности по болезни по общим правилам.

Выдача больничных листов по беременности и родам

Больничный лист на беременность и роды выдается женскими консультантами или родильными комплексами, отделениями, акушерами-гинекологами ЛПУ общего профиля, начиная с 30-й недели беременности, в общей сложности на 126 календарных дней.

При тяжелом течении родов или рождении двух и более детей листок нетрудоспособности продлевается на 14 календарных дней в ЛПУ, в котором наступили роды.

При родах, которые наступили до 30-й недели беременности, больничный лист выдается ЛПУ на 126 календарных дней (если родился живой ребенок), если мертвый ребенок родился или ребенок умер в течение первых 168 часов после родов (первые 7 дней), больничный лист выдается на 70 календарных дней.

В случае смерти матери во время родов или в послеродовом периоде листок нетрудоспособности выдается опекуну на оставшиеся дни.

Лицам, усыновившим или удочерившим детей непосредственно из родильного дома, больничный лист выдается на 56 дней. При усыновлении (удочерении) двух и более детей больничный лист или справка выдается на 70 календарных дней со дня рождения ребенка.

Если беременная женщина своевременно не обратилась за оформлением официального отпуска по беременности и родам, то больничный лист выдается со дня обращения (если обращение последовало в течение 6 месяцев после родов).

При искусственном прерывании плода вследствие заболевания, а также при недонашивании (выкидыше) ребенка больничный лист выдается на весь период нетрудоспособности по общим правилам в ЛПУ.

Женщинам, находящимся в частичном оплачиваемом отпуске или в дополнительном отпуске без сохранения заработной платы по уходу за ребенком, больничный лист при повторной беременности выдается на основании общих правил и на все дни отпуска по беременности и родам.

Выдача больничных листов или справок по уходу за больным

Листок по уходу за больным старше 14 лет при заболеваниях и травмах выдается лечащим врачом в амбулаторных условиях сроком до 7 календарных дней (для ветеранов-инвалидов Второй мировой войны, бывшим воинам-интернационалистам, участникам ликвидации аварии Чернобыльской АЭС этот срок составляет 14 календарных дней).

Листок нетрудоспособности выдается любому члену семьи или родственнику, ухаживающему за больным, независимо от того, проживает он с больным или нет. При этом не имеет значения, находится ли опекун в трудовом отпуске. Больничные листы по уходу за взрослыми в стационарных условиях не выдаются.

При уходе за больным ребенком в возрасте до 14 лет больничный лист выдается лечащим врачом в амбулаторных условиях на весь период острого заболевания его матери (если ее нет, отцу или другому члену семьи) или в период обострения хронического заболевания до наступления ремиссии (не более чем 14 календарных дней).

Справка о временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком выдается и продлевается (одновременно до 10 дней) лечащим врачом совместно с председателем ВКК. При отправке больного ребенка в стационар больничный лист или справка закрывается со дня госпитализации. После выхода ребенка из стационара в острый период болезни в установленном порядке выдается больничный лист или справка с учетом дней болезни на листке нетрудоспособности в период до госпитализации больного ребенка.

Если в семье одновременно болеют два или более ребенка, то по уходу за ними выдается один больничный лист или справка, если дети по очереди болеют, больничный лист или справка выдается каждому по отдельности. Если второй ребенок заболел во время болезни первого ребенка, то листок по уходу за ним выдается после закрытия первого больничного листа, исключив из него совпадающие дни, в которые он не работал из-за ухода за первым ребенком.

Если в период нетрудоспособности по справке другой ребенок заболел или у первого ребенка появилось новое заболевание (не связанное с предыдущим), то справка закрывается и выдается новый больничный лист. Данные о выдаче, продлении и закрытии больничного листа и справки по уходу за больным ребенком регистрируются в истории развития ребенка при лечении в амбулаторных условиях, при стационарном лечении – в истории болезни, в «Журнале регистрации выданных больничных листов», а также в «Журнале регистрации заключений ВКК».

Жалобы на отказ врачей в выдаче (продлении) больничных листов и справок рассматриваются при личном осмотре больного ребенка главным врачом ЛПУ.

Если мать болеет или находится в стационаре с другим больным ребенком, листок нетрудоспособности по уходу за здоровым ребенком в возрасте до 3 лет или ребенком-инвалидом в возрасте до 16 лет, то совместно с врачом ЛПУ, заведующим отделением и ВКК (по месту жительства здорового ребенка или ребенка-инвалида) предоставляется листок нетрудоспособности по уходу любому родственнику. В этом случае листок болезни выдается одновременно на период болезни матери или на дни пребывания другого больного в стационаре по уходу за ребенком.

При объявлении карантина в дошкольном учреждении или необходимости изоляции ребенка в возрасте до 6 лет одному из родителей или члену семьи выдается больничный лист на срок, установленный органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора (до 14 дней).

При стационарном лечении детей в возрасте до 3 лет и тяжелом заболевании детей старшего возраста по заключению врачей, если они признаны нуждающимися в дополнительном уходе, непосредственному опекуну или другому члену семьи предоставляется возможность сопровождать их в ЛПУ и при этом выдается больничный лист.

Работнику, находящемуся в трудовом отпуске, больничный лист и справка выдаются на основании общих правил ухода за больным ребенком.

Выдача больничного листа при санаторно-курортном (амбулаторно-курортном) лечении

Путевки на санаторно-курортное (амбулаторно-курортное) лечение независимо от того, за счет каких средств была получена путевка, листок болезни перед отправкой на лечение ВКК засчитывается в недостающую часть основного и дополнительного выходных дней пациента (в том числе для лечения и пути следования).

Если основной и дополнительный отпуск закончился до отъезда, работнику предлагается отпуск, равный основным и дополнительным отпускам, в случае, если он не был сохранен руководством.

При санаторно-курортном лечении ветеранами инвалидам Второй мировой войны, бывшим воинам-интернационалистами, участникам ликвидации последствий Чернобыльской аварии, а также одному из родителей, сопровождающему ребенка с ограниченными возможностями

в возрасте до 16 лет, листок нетрудоспособности выдается с учетом срока пребывания на все дни лечения и без учета очередных и дополнительных отпусков.

Вовремя санаторно-курортного лечения, при наступлении временной нетрудоспособности (вследствие заболевания или травмы) листок нетрудоспособности выдается ЛПУ по месту лечения по общим правилам на все дни нетрудоспособности по заключению санаторного врача.

Выдача больничного листа при временном переходе на другую работу

Если больные туберкулезом или профессиональным заболеванием могут выполнять другую работу без ущерба для состояния здоровья и лечения, то при временном переходе на другую работу больничный лист выдается до двух календарных месяцев. Больничный лист выдается ВКК, если нет ВКК, лечащим врачом совместно с главным врачом.

В случаях возникновения лучевой болезни вследствие радиационных аварий на ядерных объектах гражданского и военного назначения или при ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, если по состоянию здоровья могут быть выполнены другие работы без ущерба для лечения, при временном переходе на другую работу листок нетрудоспособности выдается ВКК на срок до восстановления трудоспособности или установления группы инвалидности, а при отсутствии ВКК, лечащим врачом совместно с главным врачом.

Выдача больничного листа во время карантина

Лицам, отстраненным от работы в результате бактерионосительства, выдается больничный лист на период лечения по общим правилам с места работы или проживания.

Лицам, отстраненным от работы вследствие контакта с больными инфекционными заболеваниями, листок болезни выдается на срок, установленный лечащим врачом или органами санитарно-эпидемиологического надзора.

По решению Министерства здравоохранения и территориальных органов управления здравоохранением при карантине листок болезни может выдаваться эпидемиологом или санитарным врачом.

Выдача больничного листа при протезировании

При протезировании лицам, направленным на стационар ортопедического предприятия, стационарным врачом выдается листок нетрудоспособности ВКК ЛПУ, с последующим продлением на весь срок пребывания в стационаре, с учетом срока пребывания в стационаре.

Оформление больничного листа или справки

Выданный больничный лист или справка подписывается лечащим врачом. Больничный лист, выданный на срок более пяти дней, также подписывается заведующим отделением.

Больничный лист или справка оформляется на основании паспорта (или при предъявлении заменяющего документа). Больничный лист или справка заполняются четко, без сокращений и изменений с помощью чернильных или шариковых ручек (синего, фиолетового или черного цвета).

Заключительный диагноз должен отражать заболевание, послужившее причиной временной нетрудоспособности, не заменяя его симптомами. Рядом с заключительным диагнозом проставляется шифр, соответствующий номеру строки учетной формы по временной нетрудоспособности.

При выдаче продолжения больничного листа в пункте «выдано, продолжение листа» указывается номер нового больничного листа, а на новом листе нетрудоспособности подчеркивается пункт «продолжение».

При открытии больничного листа в верхний правый угол, при закрытии в нижний правый угол ставится печать ЛПУ.

При утрате больничного листа дубликат должен быть выдан ЛПУ, выдавшим листок нетрудоспособности или справку, с одобрения главного врача или председателя ВКК, при этом с места работы должна быть указана справка о том, что он не получал денежную компенсацию за прошлый период. В случае утери справки выдается ее дубликат.

В правом верхнем углу больничного листа или справки пишется «Дубликат». В пункте «выдан» указывается время выдачи дубликата. Пункт «освобождение от работы» заполняется на весь срок нетрудоспособности одной строкой и подписывается врачом, выдавшим дубликат, председателем ВКК и главным врачом и заверяется печатью ЛПУ.

Порядок выдачи справок

При заболеваниях, связанных с временной нетрудоспособностью, справки выдаются врачами (фельдшерами):

- а) при обращении работника в пункт здоровья, где нет врачей, в ночное время или в ночное время, при наличии острого заболевания или травмы;
- б) при заболеваниях и травмах, вызванных опьянением или злоупотреблением алкоголем;
- в) на время прохождения работниками, служащими, колхозниками периодического профилактического медицинского осмотра;
- г) при осмотре призывников;
- д) при проведении принудительного лечения по решению Народного суда;
- е) студентам, аспирантам, докторантам, клиническим ординаторам, учащимся школ, профессиональных учебных заведений, техникумов;
- ж) при уходе за больным ребенком, если заболевание длится более 14 календарных дней.

Выдача справки в произвольной форме обосновывается записью в медицинскую документацию и регистрируется в специальном журнале с указанием номера справки и времени ее выдачи.

Бланки справочных документов по утвержденной форме хранятся и учитываются как документы строгой отчетности.

Задачи и организация работы врачебной консультативной комиссии

1. Врачебно-консультативная комиссия (ВКК) организуется в лечебно-профилактических учреждениях или на их базе в составе председателя, заведующего соответствующим отделением и лечащего врача. В случае необходимости для консультаций могут привлекаться соответствующие специалисты. Председателем комиссии является заместитель главного врача, заведующий поликлиникой (главный врач, заведующий отделением), назначенный по приказу. ВКК решает вопросы продления листков нетрудоспособности или справок. Председатель ВКК обладает правами, отнесенными к компетенции лечащего врача и заведующего отделением.

2. Председатель ВКК по представлению заведующего отделением и лечащего врача решает клинико-экспертные вопросы после личного осмотра больных, тщательного изучения медицинских документов, проверки правильности и полноты проведенного обследования, лечения и обоснования диагноза, контролирует правильность выдачи и продления листков нетрудоспособности или справок лечащими врачами и заведующими отделениями. Осуществляет контроль за реабилитацией больных и инвалидов, профилактикой инвалидности.

3. Рассматривает жалобы больных; при необходимости направляет на консультацию и лечение в специализированные лечебно-диагностические центры.

4. Выдает заключения о необходимости по состоянию здоровья перевода больных на другую работу с облегченными условиями труда или с исключением неблагоприятных производственных факторов, определяя при этом характер рекомендуемой работы с учетом квалификации больного, а также используя возможности неполного рабочего дня и сокращенной рабочей недели.

5. На основании предписания органов санитарно-эпидемиологической службы выдает заключение о необходимости временного перевода на другую работу при карантине и бактерионосительстве или выдает листок нетрудоспособности.

6. ВКК центральных районных больниц (ЦРБ, центральных городских больниц или поликлиник, объединений, консультативных поликлиник областных больниц (Республиканская больница Министерства здравоохранения Каракалпакстана) соответственно считаются центральными районными (городскими), областными ВКК (Республиканской ВКК для Каракалпакстана). ВКК при кафедре ВТЭ Ташкентского Института усовершенствования врачей считается центральной республиканской ВКК. К работе центральных ВКК привлекаются ведущие специалисты.

7. Выдает заключение о необходимости представления академического отпуска, освобождения от экзаменов, отдельных занятий, от сельскохозяйственных работ или перевода на другой факультет по состоянию здоровья студентов и учащихся учебных заведений и другие.

8. Решает вопросы выдачи листков нетрудоспособности при санаторно-курортном лечении, при временном переводе на другую работу в связи с профессиональным заболеванием и при заболевании туберкулезом, при направлении на консультацию и лечение в другой город, а также в протезно-ортопедический стационар, в том числе при сопровождении инвалида I группы, ребенка инвалида до 16 лет, а также в других случаях в соответствии с действующей Инструкцией. Выдает заключение отдельным категориям больных, нуждающимся в соответствии с законодательством в дополнительной или отдельной жилой площади.

9. Решает вопрос о направлении больных на ВТЭК при наличии признаков длительной или постоянной стойкой утраты трудоспособности, независимо от сроков пребывания на больничном листке, но не позднее 3 календарных месяцев со дня наступления нетрудоспособности.

Руководители территориальных органов управления здравоохранением решают вопрос о целесообразности полной или частичной централизации направления больных и инвалидов на ВТЭК через центральные ВКК на уровне районов (городов).

При повторных обострениях одного и того же заболевания (или родственного) в течение последних 12 календарных месяцев больные направляются на ВТЭК не позднее 4 календарных месяцев временной нетрудоспособности в общей сложности. Впервые выявленные больные туберкулезом направляются на ВТЭК не позднее 10 месяцев со дня наступления нетрудоспособности, а больные, состоящие на учете в противотуберкулезных учреждениях, не позднее 6 календарных месяцев.

10. Направляет на ВТЭК больных и инвалидов для определения процента утраты профессиональной трудоспособности вследствие трудового увечья профессионального заболевания или иного повреждения здоровья, связанного с работой, а также для переосвидетельствования инвалидов в связи с окончанием срока инвалидности или досрочно в связи с ухудшением состояния здоровья и так далее. При несогласии с решением ВТЭК, ВКК направляет мотивированное обоснование своего несогласия в вышестоящую ВТЭК или Министерство социального обеспечения РУз.

11. ВКК в необходимых случаях предварительно консультирует больных на ВТЭК. При наличии признаков стойкой утраты трудоспособности организует передачу медицинских документов на ВТЭК, контролирует правильность их оформления, при возможности участвует в заседаниях ВТЭК, в необходимых случаях совместно со специалистами обеспечивает контроль за выполнением решений ВТЭК.

12. Данные освидетельствования больного и решение ВКК записывается в карте амбулаторного больного, истории болезни, в «Книге записей заключений ВКК», подписываются председателем, членами ВКК и секретарем.

13. Свою работу в области профилактики, снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности, реабилитации больных и инвалидов ВКК проводит в тесном контакте со ВТЭК и другими заинтересованными организациями.

Экспертиза стойкой нетрудоспособности

Врачебно-трудовые экспертные комиссии

Врачебно-трудовые экспертные комиссии (далее – ВТЭК) являются самостоятельными структурными подразделениями в системе службы медико-трудовой экспертизы внебюджетного Пенсионного фонда при Министерстве финансов Республики Узбекистан.

В службу медико-трудовой экспертизы входят:

а) Республиканская инспекция медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов внебюджетного Пенсионного фонда при Министерстве финансов Республики Узбекистан (далее – Инспекция);

б) главные врачебно-трудовые экспертные комиссии Республики Каракалпакстан, областей и города Ташкента;

в) районные, межрайонные, городские и специализированные медико-трудовые экспертные комиссии.

Основные функции и задачи ВТЭК

Основными задачами ВТЭК являются:

- экспертиза ограничения жизнедеятельности на основании представленных лечебно-профилактическими учреждениями медицинских документов и результатов обследования граждан, установление группы инвалидности, причин, времени ее начала и сроков инвалидности, процента утраты трудоспособности;

- определение и установление мер социальной защиты для инвалидов;

- оценка эффективности этих мероприятий на основе разработки и содействия в реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов для полного или частичного восстановления жизнедеятельности или функций организма инвалида, снижения или стабилизации группы инвалидности;

- участие в разработке комплексных программ в области системного анализа состояния, изменения инвалидности и причинно-следственных факторов, профилактики инвалидности, медико-трудовой экспертизы, реабилитации, социальной защиты инвалидов.

Главные ВТЭК выполняет следующие функции в соответствии с возложенными на него задачами:

- организация и контроль за работой районных, межрайонных, городских, специализированных ВТЭК, оказание им организационно-методической помощи, внедрение новых методов и форм деятельности ВТЭК;

- оказание консультативной помощи районным, межрайонным, городским, специализированным ВТЭК и лечебно-профилактическим учреждениям по вопросам проведения медико-трудовой экспертизы, в том числе консультативного обследования инвалидов и больных по направлению ВТЭК;

- проведение медицинского осмотра врачей и сотрудников Министерства внутренних дел и Службы национальной безопасности Республики Узбекистан;

- медицинское освидетельствование лиц, подозреваемых, обвиняемых, осужденных за совершение преступления;

- организация подбора и расстановки кадров, их аттестации и своевременного повышения квалификации в соответствии с квалификационной категорией;
- организация размещения ВТЭК, оснащение необходимым оборудованием и инвентарем, своевременное обеспечение бланками документов;
- контроль за деятельностью районных, межрайонных, городских и специализированных ВТЭК по нуждаемости инвалидов в протезно-ортопедических изделиях и средствах передвижения;
- контроль за деятельностью районных, межрайонных, городских и специализированных ВТЭК по вопросам выявления контингента инвалидов, нуждающихся в реабилитации на высоком уровне, и правильной разработки в установленном порядке индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
- организация и контроль совместной работы ВТЭК с Национальным центром реабилитации и протезирования инвалидов, региональными реабилитационными центрами, лечебно-профилактическими учреждениями, центрами содействия занятости и социальной защиты населения районов (городов), а также работодателями, мониторинг состояния выполнения индивидуальных программ реабилитации инвалидов в установленном порядке;
- анализ состояния и причин инвалидности, участие совместно с лечебно-профилактическими учреждениями в разработке и контроле за выполнением мер по профилактике и реабилитации инвалидности, предоставление в установленном порядке информации органам государственной власти на местах и органам здравоохранения по актуальным вопросам инвалидности;
- организация и проведение семинаров, конференций и других мероприятий совместно с лечебно-профилактическими учреждениями;
- своевременное представление в инспекцию отчетов о деятельности ВТЭК в регионе, состоянии и причинах инвалидности.

Районные, межрайонные, городские и специализированные ВТЭК в соответствии с возложенными на них задачами выполняют следующие функции:

- экспертиза ограничения жизнедеятельности граждан, их временной или стойкой утраты трудоспособности, времени наступления инвалидности и сроков инвалидности;
- определение степени утраты трудоспособности по профессии и нуждаемости в дополнительных видах помощи работникам, страдающим травмой или иным повреждением здоровья в связи с исполнением ими трудовых обязанностей;
- проведение выездных заседаний, обследование тяжелых больных на дому или в больнице;
- продление сроков временной нетрудоспособности в порядке, установленном законодательством;
- определение потребности инвалидов в протезно-ортопедических изделиях, технических средствах реабилитации;

-разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов, определение видов, форм, сроков и объемов реабилитационных мероприятий, наблюдение за состоянием выполнения программ совместно с лечебно-профилактическими учреждениями и другими заинтересованными организациями, определение эффективности проводимых реабилитационных мероприятий;

-представление рекомендаций по профессиональной ориентации инвалидов с указанием конкретных специальностей и профессий, соответствующих их состоянию здоровья и возможностям;

-изучение состояния и роста инвалидности на обслуживаемой территории и представление соответствующей информации в Центральную ВТЭК;

-участие в изучении факторов, вызывающих инвалидность, и разработке комплексных программ профилактики инвалидности;

-проведение разъяснительной работы среди населения по вопросам медико-трудовой экспертизы, профилактики инвалидности, медико-социальной и профессиональной реабилитации инвалидов.

Организация деятельности врачебно-трудовых экспертных комиссий

Постановление о создании, реорганизации и ликвидации ВТЭК принимается Кабинетом Министров Республики Узбекистан по предложению Министерства финансов Республики Узбекистан, согласованному с Министерством здравоохранения и Министерством труда и социальной защиты населения.

На должность председателя главной медико-трудовой экспертной комиссии назначается врач, имеющий стаж работы по медико-трудовой экспертизе не менее 5 лет.

Председатели главных ВТЭК назначаются на должность и освобождаются от должности министром финансов Республики Узбекистан по представлению исполнительного директора внебюджетного Пенсионного фонда при Министерстве финансов Республики Узбекистан.

Заместители председателей главных ВТЭК, председатели специализированных, межрайонных и районных (городских) ВТЭК назначаются на должность и освобождаются от должности исполнительным директором внебюджетного Пенсионного фонда при Министерстве финансов Республики Узбекистан по представлению начальника инспекции.

К работе главных ВТЭК могут привлекаться консультанты по медицинским, техническим и другим вопросам с почасовой оплатой труда.

В штат комиссии также входят старшая медсестра, медсестра, санитарка и водитель.

Районная, межрайонная, городская и специализированная врачебно-трудовая экспертная комиссия создается в составе трех врачей.

В состав районной, межрайонной, городской и специализированной врачебно-трудовой экспертной комиссии входят терапевт, хирург, невропатолог.

В состав специализированной врачебно-трудовой экспертной комиссии входят два врача, специальность которых должна соответствовать

направлению ВТЭК, третьим членом назначается терапевт или невропатолог.

Председателем ВТЭК назначается один из трех врачей, председателем специализированного ВТЭК – один из двух врачей, специальность которых соответствует направлению ВТЭК.

Для работы во ВТЭК всех уровней привлекаются врачи со стажем работы по специальности не менее 3 лет.

Врачи ВТЭК должны не реже одного раза в пять лет повышать квалификацию по специальности и врачебно-трудовой экспертизе.

В заседаниях ВТЭК могут принимать участие представители лечебно-профилактических учреждений, территориальных управлений внебюджетного Пенсионного фонда при Министерстве финансов Республики Узбекистан, Национального центра реабилитации и протезирования инвалидов, региональных реабилитационных центров для инвалидов, работодателей, профсоюзов, обществ инвалидов.

В целях координации деятельности ВТЭК и улучшения качества врачебно-трудовой экспертизы в центральной врачебно-трудовой экспертной комиссии создается экспертно-методический совет.

Экспертно-методический совет возглавляет председатель Главной врачебно-трудовой экспертной комиссии, все врачи-члены Совета экспертов ВТЭК. Экспертно-методический совет ежемесячно проводит заседания, обсуждает вопросы анализа проделанной работы за прошедший месяц, разрабатывает методические рекомендации, организует семинары по актуальным темам медико-трудовой экспертизы.

Главные врачебно-трудовые экспертные комиссии осуществляют свою деятельность по планам и графикам, утверждаемым начальником инспекции. Районные, межрайонные, городские и специализированные врачебно-трудовые экспертные комиссии осуществляют свою деятельность по планам и графикам, утверждаемым председателем соответствующей главной врачебно-трудовой экспертной комиссии.

Перечень заболеваний, при которых устанавливается группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования, утвержден Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан от 8 августа 2008 года № 175.

Группа инвалидности устанавливается бессрочно

1. Инвалидам – мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет.
2. Инвалидам, которым в течение последних 5 лет и более устанавливалась I или II группа инвалидности, и в течение 5 лет имели место полноценная диспансеризация в ЛПУ, выполнение программ реабилитации, а также при бесперспективности всех видов реабилитации, необратимых анатомо-функциональных нарушениях или прогрессировании заболеваний.

Группа инвалидности не может быть установлена бессрочно, если хотя бы одно из указанных требований не было выполнено, в том числе в случае отказа пациента от реабилитации, лечения или операции, обучения.

3. Инвалидам III группы, у которых в течение последних 7 лет группа инвалидности не изменялась, и в течение указанного периода имела место полноценная диспансеризация в лечебно-профилактическом учреждении.

выполнены все пункты индивидуальной программы реабилитации и в случаях бесперспективности проведения всех видов дальнейших реабилитационных мероприятий.

Бессрочная инвалидность не устанавливается даже в случае невыполнения какого-либо из указанных требований.

Порядок проведения медицинского осмотра граждан во врачебно-трудовых экспертных комиссиях

Медицинское освидетельствование граждан во ВТЭК проводится с целью:

- определения состояния жизнедеятельности, ограничения трудоспособности, групп инвалидности, причин, времени и сроков начала болезни;

- определения степени утраты трудоспособности трудоспособного населения, а также нуждаемости в дополнительных видах помощи трудоспособного населения, работающего в связи с осуществлением трудовой деятельности или иным образом травмирующего его здоровье;

- определения мер по медицинской и социально-трудовой реабилитации инвалидов с учетом их состояния здоровья и трудоспособности;

- разработку рекомендаций по трудоустройству, обучению и переобучению инвалидов.

Медицинское освидетельствование граждан осуществляют:

- межрайонные, районные (городские) ВТЭК по месту жительства;

- в случае наличия у гражданина отдельных заболеваний в данной сфере ВТЭК специализированной ЛПУ по месту прикрепления к ВТЭК;

- медицинское освидетельствование врачей, сотрудников ВТЭК и их близких родственников, сотрудников Министерства внутренних дел, Службы национальной безопасности Республики Узбекистан, медицинского освидетельствование лиц, подозреваемых, обвиняемых в совершении преступлений, осужденных, осужденных в установленном законодательством порядке, а также граждан, специализирующихся, межрайонных и районных (городских) ВТЭК, не согласных с заключением ВТЭК, осуществляется главным ВТЭК.

Медицинское освидетельствование граждан основано на медицинской этике и деонтологии.

Во ВТЭК медицинский осмотр граждан осуществляется бесплатно.

Прием граждан на медицинское освидетельствование

ВТЭК принимает на медицинский осмотр граждан Республики Узбекистан, иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Республики Узбекистан, лиц в возрасте 16 лет и старше, имеющих направление из ЛПУ, прикрепленных к данному ВТЭК.

В целях проведения медицинского осмотра районных (городских) отделений внебюджетного Пенсионного фонда при Министерстве финансов Республики Узбекистан (далее—отделение Пенсионного фонда), ВТЭК может принимать на медицинское освидетельствование лиц в возрасте до 16 лет по направлению в указанном случае.

Ответственность за качество медицинского осмотра, своевременность и обоснованность направления пациентов во ВТЭК возлагается на руководителя ЛПУ.

Лица, заведомо указавшие в медицинских документах ложные сведения, послужившие основанием для вынесения неправильного заключения ВТЭК, а также врачи и эксперты, выдавшие ложные заключения или намеренно неправильно установившие группу инвалидности, также несут ответственность, установленную законодательством.

На проведение первичного медицинского осмотра направляются:

- лица с длительным заболеванием (кроме больных туберкулезом), которое составляет более 4 месяцев подряд непрерывно, начиная со дня наступления временной нетрудоспособности вследствие заболевания;

- лица, у которых именно из-за болезни период временной нетрудоспособности длится 12 месяцев с перерывом в течение 6 месяцев со дня наступления временной нетрудоспособности (кроме больных туберкулезом);

- лица, у которых туберкулез впервые выявлен, если период временной нетрудоспособности составляет не менее 10 месяцев с момента выявления заболевания, а также обострения основного заболевания – не менее 6 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности, если больной туберкулезом стоит на учете в противотуберкулезных учреждениях.

- лица с явными признаками инвалидности, а также пациенты с неблагоприятным клиническим прогнозом могут быть приняты на медицинское обследование до истечения вышеуказанных сроков. Решение о принятии этих лиц на медицинское освидетельствование принимается председателем ВТЭК.

Для прохождения медицинского осмотра во ВТЭК в обязательном порядке указывается паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

Для прохождения медосмотра во ВТЭК необходимо предоставить:

- направление ЛПУ, выписки из истории болезни, заверенные подписью врача, главного врача и круглой печатью учреждения, амбулаторная карта;

- со стороны работающих – лист временной нетрудоспособности.

В случае установления степени утраты профессиональной трудоспособности и инвалидности в результате профессионального заболевания, на ВТЭК также предоставляется выписка из заключения специально уполномоченного в соответствии с законодательством учреждения здравоохранения для прохождения медицинского освидетельствования.

Лица, впервые направляемые во ВТЭК для определения утраты профессиональной трудоспособности, также представляют акт установленной формы о несчастном случае, связанном с выполнением трудовых обязанностей, либо иной травме здоровья.

В отдельных случаях, при необходимости, ВТЭК может запросить у работодателей заключение о характере и условиях труда, которые могут привести к травме или профессиональному заболеванию проходящего медосмотр. При этом несвоевременное представление или непредставление работодателем заключения не может служить основанием для отказа в проведении медицинского освидетельствования или продления срока медицинского освидетельствования.

Медицинский осмотр проводится:

по месту жительства или по месту прикрепления к ЛПУ либо по направлению соответствующего ЛПУ, прикрепленного к данной ВТЭК;

если по уважительным причинам и на основании рекомендации ЛПУ проведение медосмотра по месту нахождения ВТЭК невозможно – его можно проводить на выездных заседаниях дома или на стационаре.

Медицинское освидетельствование проводится в двухнедельный срок со дня приема документов во ВТЭК. В случае установления инвалидности датой принятия документов во ВТЭК является начало инвалидности.

Проведение медицинского осмотра

Медицинское освидетельствование лица осуществляется путем изучения направления во ВТЭК (форма 088/у), выписки из истории болезни, амбулаторной карты, а также других документов, являющихся основанием для направления пациента на медицинский осмотр.

По результатам медицинского осмотра ВТЭК может сделать следующие выводы (далее – заключение ВТЭК):

об определении группы инвалидности, ее причинах и сроках;

о степени утраты профессиональной трудоспособности;

о направлении в прикрепленные лечебно-профилактические учреждения, Национальный центр реабилитации и протезирования инвалидов и региональные реабилитационные центры для инвалидов для дополнительного обследования и уточнения клинического диагноза;

о продлении срока временного больничного листа в связи с необходимостью доведения до конца лечения пациента, проходящего медицинский осмотр;

о необходимости обеспечения протезно-ортопедическими изделиями, инвалидными колясками и другими вспомогательными техническими средствами реабилитации;

о трудовой рекомендации, нуждаемости инвалида в обучении или переобучении;

о нуждаемости в постороннем уходе.

Установление инвалидности

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности прошедшему освидетельствованию лицу может быть установлена первая, вторая или третья группа инвалидности с учетом клинического течения основного заболевания, его осложнений и клинико-экспертного прогноза, а также вида трудовой деятельности гражданина.

Основанием для признания освидетельствуемого инвалидом является:

- общее заболевание;
- трудовое увечье;
- профессиональное заболевание;
- инвалидность с детства;
- увечья или заболевания, вызванные аварией на Чернобыльской АЭС;
- заболевание, связанное с пребыванием на фронте;

- заболевание, полученное при исполнении обязанностей военной службы;
- заболевание, полученное в период прохождения военной службы;
- заболевание, не связанное со службой в Вооруженных Силах Республики Узбекистан;
- увечье (ранение, травма, контузия), полученное при защите Республики Узбекистан;
- увечье (ранение, травма, контузия), не связанное со службой в Вооруженных Силах Республики Узбекистан;
- увечье (ранение, травма, контузия), полученное при исполнении обязанностей военной службы;
- увечье (ранение, травма, контузия), полученное вследствие несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы;
- контузия, увечье, полученные в связи с выполнением гражданского долга.

Критерии установления инвалидности

К основным видам нарушений функций организма относятся:

нарушение психических функций (восприятие, внимание, память, мышление, интеллект, эмоции, воля, сознание, поведение, психомоторные функции);

нарушение языковой и речевой функции (ринолалия, дизартрия, свист, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушение голосообразования и др.);

нарушение сенсорной функции (зрение, слух, обоняние, восприятие, тактильность, боль, повышение температуры и другие виды чувствительности);

нарушение статодинамических функций (функции движения головы, туловища, конечности, статики движения, координации);

кровообращение, дыхание, пищеварение, выделение чего-либо из организма, образование крови, обмен веществ и энергии, внутренняя секреция, нарушение иммунной функции;

нарушения, связанные с физической травмой (деформация лица, головы, тазобедренного сустава, конечностей, нарушение пищеварения, мочеиспускания, аномальные отверстия дыхательного тракта).

Проявления стабильных нарушений функций организма делятся на четыре уровня:

I степень легкость – (незначительные) нарушения;

II степень средней степени – (умеренные) нарушения,

III степень – выраженные нарушения,

IV степень – значительно выраженные нарушения.

Причины инвалидности, по которым инвалидность считается наступившей в результате несчастного случая на производстве

Инвалидность считается наступившей вследствие трудового увечья (за исключением противоправного поведения), если увечье, вызванное травмой, отравлением, поражением опорно-двигательного аппарата, ожогом,

холодом, утоплением, электрическим током или молнией, а также иным повреждением здоровья, вызванным стихийными бедствиями или авариями, наступило в следующих случаях:

а) при выполнении трудовых обязанностей (в том числе во время служебной командировки), а также в интересах предприятия или организации, даже при выполнении каких-либо работ без специального задания;

б) в течение рабочего времени на территории предприятия, организации или на другом рабочем месте (включая установленное время перерыва), а также в течение времени, необходимого для упорядочения производственного оснащения, одежды и т. д., до начала или окончания работы;

в) в течение рабочего времени (включая установленные перерывы) возле предприятия, организации или иного места работы, если пребывание там не противоречит правилам внутреннего трудового распорядка;

г) при поступлении на работу или при возвращении с работы;

г) при работе вахтовым методом на территории вахтового поселка и при сменном отдыхе во время стихийного бедствия;

е) при исполнении государственных или общественных обязанностей, а также поручений общественных организаций, зарегистрированных в установленном порядке в соответствии с законодательством Республики Узбекистан (хотя эти поручения не связаны с основной работой);

ж) при исполнении обязанности гражданина Республики Узбекистан по спасению жизни человека, охране государственного и общественного имущества, имущества граждан, правопорядка;

з) при выполнении поручений администрации (руководителя учреждения, отдела, отделения, цеха, участка и т. п.), не входящих в обязанности работника, в течение рабочего дня;

и) в связи с выполнением донорских функций.

Социальная защита инвалидов

Государство в целях обеспечения социальной защиты инвалидов, учета потребностей инвалидов в соответствующих государственных программах, сохранения здоровья, трудоустройства, получения знаний и профессионального обучения, преодоления препятствий в реализации жилищных и иных социально-экономических прав в предусмотренных законодательством формах, путем оказания им социальной помощи, создает необходимые условия для их развития, реализации творческих и производственных возможностей и способностей. Государство уделяет особое внимание детям с ограниченными возможностями.

В целях оказания помощи инвалидам в республике и областях создаются фонды социальной защиты инвалидов, с которых не взимаются налоги. Порядок создания, а также источники формирования этих фондов определяются Кабинетом Министров Республики Узбекистан. ВТЭК При улучшении жилищных условий лиц с ограниченными возможностями с детства и других инвалидов I и II групп дома предоставляются с учетом необходимости их приближения к образовательным учреждениям, лечебно-профилактическим учреждениям и транспортным путям. Льготы по

предоставлению жилья, покупке, строительству и использованию жилья инвалидам и семьям, в которых один из членов является инвалидом, устанавливаются законодательством Республики Узбекистан о жилищном строительстве.

Защита прав, свобод и законных интересов инвалидов

Защита прав, свобод и законных интересов инвалидов обеспечивается государством в судебном порядке или ином установленном законом порядке.

Гражданин вправе обратиться в вышестоящий орган ВТЭК с протестом на решение уполномоченного государственного органа (ВТЭК) о признании или не признании его инвалидом. Если это решение также не удовлетворяет инвалида, то он вправе обжаловать его в судебном порядке. Должностные лица и другие граждане, виновные в нарушении прав, свобод и законных интересов инвалидов, несут установленную законом материальную, дисциплинарную, административную и уголовную ответственность.

Контрольные вопросы

1. Какие льготы предоставляются по социальному страхованию за счет средств внебюджетного Пенсионного фонда?
2. Что подразумевается под социальным страхованием?
3. По каким принципам осуществляется социальное страхование?
4. Что понимается под нетрудоспособностью?
5. Какие виды нетрудоспособности выделяют?
6. В чем заключается важность листка нетрудоспособности?
7. В каких случаях выдается листок нетрудоспособности?
8. В каком порядке выдается листок нетрудоспособности?
9. В каких случаях нельзя выдавать больничный лист?
10. В каком порядке выдаются больничные листы при беременности и родах?
11. В каком порядке выдаются больничные листы или справки по уходу за пациентом?
12. Кому и в каком порядке выдается больничный лист во время карантина?
13. Какие задачи выполняет врачебная консультативная комиссия?
14. Какие задачи выполняют врачебно-трудовые экспертные комиссии?
15. В каком порядке организуется деятельность врачебно-трудовых экспертных комиссий?
16. В каком порядке проводится медицинский осмотр граждан во врачебно-трудовых экспертных комиссиях?
17. Какие состояния являются основанием для признания инвалидом лица, проходящего медосмотр?
18. В каком порядке осуществляется социальная защита инвалидов?

Глава 30. НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ И РУКОВОДСТВА СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ)

Менеджмент как наука появился в США ещё в прошлом веке, но до сих пор не имеет общепринятого и четкого определения. Есть несколько определений, которые достаточно точно определяют суть термина. Экли, резидент американской управленческой ассоциации, утверждал, что суть менеджмента (управления) заключается в том, что он влияет не на управление вещами, а на людей. Это искусство обладать необходимым и предметами, управляя людьми.

Менеджмент означает способность и умение достигать поставленной цели. Основной целью управления является совершенствование и развитие общественных отношений и производственной системы в целях полного удовлетворения материально-духовных потребностей общества.

Под менеджментом (управлением) понимается поведение других людей, умение добиваться поставленной цели с использованием интеллектуального труда.

Менеджмент – это искусство управления, направленное на достижение максимальной эффективности при эффективном использовании имеющихся сырьевых, материальных, финансовых и интеллектуальных ресурсов в производстве. Менеджмент – это вид управленческой деятельности, целью которой является достижение координации своей деятельности. Менеджер – это категория людей, которые квалифицированно осуществляют управленческую деятельность, т.е. руководитель.

Можно ли сказать, что слова менеджмент и менеджер точно совпадают друг с другом? В некотором роде они похожи. Но есть две различные стороны. Во-первых, менеджмент часто понимается как управленческий предмет, так и субъект, а под менеджером понимается лидер. Во-вторых, под менеджером понимается не только лидер, простой инженер, экономист или врач, занимающийся управлением, но и представитель важной профессии, профессиональный менеджер, прошедший специальную подготовку.

Для всех врачей, медсестер, участвующих в процессе управления здравоохранением, аптек, руководителей отделов, руководителей и администраторов системы здравоохранения важно понимать основной контекст управления, способ его применения. Сокращение времени госпитализации, снижение стоимости лечения и снижение государственных отчислений требует активного участия всех звеньев здравоохранения, всех имеющихся в нем работников, которые должны полностью осознавать отражение решений в стоимости медицинских услуг.

Одним из важных аспектов перестройки системы здравоохранения в республике является подготовка специалистов-руководителей.

Поскольку управление – это руководство для достижения успеха подчиненными сотрудниками, оно напрямую связано с достижением

определенной цели. Таким образом, четкая цель и успех на пути к ее достижению являются одним из результатов управления. Под успехом понимается достижение лучших результатов, признанных обществом. Успех охватывает следующие элементы:

1. Определение реальной цели, связанной с деятельностью;
2. Признание его обществом;
3. Достижение хорошего результата.

Процесс управления на пути к достижению цели, как правило, сталкивается со многими проблемами, препятствиями. Управление здравоохранением может достичь ожидаемого результата, если система успешно решает эти проблемы.

Менеджмент в здравоохранении создает навыки, необходимые для реализации:

1. Изменение производственного процесса,
2. Улучшение состояния здоровья,
3. Результат, вызывающий эффект.

Управление здравоохранением имеет свои особенности, к ним относятся:

- важность принимаемых решений в обществе;
- их трудно предсказать, потому что они не дают немедленного эффекта;
- невозможность, затруднение коррекции последствий неправильно принятых решений.

Процесс управления представляет собой взаимосвязанный и непрерывный цикл с точки зрения структуры, и он состоит из нескольких этапов:

Традиционное управление проходит следующие этапы:

- Планирование
- Организация
- Мотивация (побуждение)
- Контроль, анализ, оценка полученных результатов

Планирование – это анализ прошлого, понимание настоящего и видение будущего.

Доступные ресурсы для достижения ожидаемых результатов являются гарантией правильного использования в настоящее время и в будущем.

Стратегическое планирование:

- определение цели, задач и стратегического направления;
- анализ внешних условий, возможностей и угроз;
- оценка внутренних сильных и слабых сторон;
- установление целей;
- выбор стратегии для достижения цели;
- определение задач;
- разработка рабочих программ с необходимыми мероприятиями для решения каждой задачи;
- финансовый план – подготовка бюджета.

Примечание: планирование здравоохранения (Глава 24), финансовый менеджмент (глава 25) и контроль (глава 20) представлены в отдельных главах.

Организация. Качество системы управления организацией.

Среди многочисленных определений понятия «организация» можно выделить следующие:

1. Организация – это процесс, посредством которого создается и поддерживается управляемая структура системы;

2. Организация представляет собой совокупность взаимосвязей, прав, обязанностей, целей, ролей, видов деятельности (системы), которые заменяют ее в процессе совместной работы;

3. Организация – это как группа людей с общей целью.

При этом организация должна отвечать следующим обязательным требованиям:

- наличие не менее двух человек, которые считают себя частью этой группы;

- наличие хотя бы одной социально полезной цели (т. е. желаемой конечной ситуации или результата);

- наличие членов группы, которые намеренно работают вместе, чтобы достичь цели, которая имеет значение для всех.

Следовательно, в совокупности организация – это группа людей, деятельность которых сознательно скоординирована для достижения общей цели или целей.

Все организации отличаются друг от друга по разным признакам (функциям, составу, методам и принципам управления, сложности операций и процедур работы и тому подобное). В то же время они имеют общую характеристику для всех организаций.

Ресурсы. Целью любой организации является количество ресурсов, используемых для достижения своих тактических и стратегических целей, и изменение их организацией. Основными ресурсами являются люди (трудовые ресурсы), основные и оборотные средства, технологии и информация.

Внешняя и внутренняя среда. Одной из самых важных особенностей организации является ее зависимость от внешней среды. Ни одна организация не может действовать без изоляции от внешней среды.

Цель организации. Она должна рассматриваться как средство достижения организационной цели. Цели – это ситуация или желаемый результат, которого трудовая команда стремится достичь. Организация всегда имеет хотя бы одну общую цель, которую стремятся достичь все члены трудового коллектива. На практике редко встречаются организации, имеющие только одну цель. Организации с взаимосвязанными несколькими целями называют сложными организациями. Важно, чтобы цели, которые преследовала трудовая команда, были истинными и исполняемыми.

Структура организации – это логическое взаимодействие уровней управления и функциональных областей, построенное в форме, позволяющей наиболее эффективно достигать организационных целей.

Виды организационной структуры. В зависимости от характера связей между различными подразделениями организации различают следующие виды организационных структур: линейные, функциональные, линейно-функциональные (штабные) и матричные.

Задачи – это определенная работа или часть работы (операции, процедуры), которая должна быть выполнена в сроки, заранее согласованные с заранее установленными способами. С технологической точки зрения задачи определяются не для работника, а для должности. В соответствии со структурой организации на каждую должность определяется ряд задач, которые рассматриваются как необходимая доля в достижении цели организации.

Технология – это совместное использование материалов, информации и навыков, оборудования, инфраструктуры, инструментов и совместимых знаний, необходимых для осуществления изменений в людях. Задачи и технология тесно взаимосвязаны. Выполнение задачи предполагает применение конкретной технологии.

Люди (трудовые ресурсы) являются пятой и самой важной частью внутренней среды организации. Цель организации достигается за счет труда людей. Это означает, что все внутренние части в управлении никогда не будут рассматриваться как отделенные друг от друга. Изменение одной из перечисленных частей в определенной степени влияет на все остальные.

Рассмотренное описание и понятия относятся к формальным организациям. В то же время, наряду с официальной структурой взаимоотношений в каждой рабочей команде, существуют неформальные отношения между членами команды.

Группа людей, сформированная по желанию руководства для достижения целей организации, называется официальной. Их первая функция заключается в выполнении конкретных задач и достижении целей организации. Отношения между людьми регулируются различными нормативными документами: законами, решениями, приказами, распоряжениями и т. д.

Естественно, сформированная группа людей, которая постоянно взаимодействует с целью достижения определенных целей, была признана неформальной группой (организацией). Отношения между членами такой группы формируются на основе личной симпатии. Они определяются общими взглядами, наклонностями и интересами. Здесь нет списка членов команды, рекомендаций по обязательствам, согласованных ролей. Поэтому следует иметь в виду, что процесс управления относится к созданию официальных организаций и их действию.

Неофициальные или скрытые группы доступны в каждой организации. Они «последовательно» возникают из отношений, которые не определены дружескими отношениями и организационными структурами, схемами. Для организации важно, чтобы не было преобладания неформальных групп.

Объект и субъект управления. Процесс управления предполагает, что в нём участвуют объект и субъект (руководящий орган). Это отражает две системы управления в любой организации: управляемую и управляющую. Отношения между управляемыми и управляющими системами в обоих случаях – это взаимоотношения людей.

Таким образом, под объектом управления понимается конкретная структура организации или организация в целом, на которую направлена управленческая деятельность. Субъект управления – организация или лицо, осуществляющее управленческую деятельность.

Эффективность управления определяется взаимодействием субъекта и объекта управления. В системе здравоохранения органы управления, начиная с Министерства здравоохранения и заканчивая центральной районной больницей, являются субъектом управления; объектом являются все медицинские учреждения, предоставляющие медицинские услуги.

Делегирование полномочий. Одним из основных направлений управленческой деятельности является предоставление сотрудникам различных полномочий. Для того чтобы руководители справлялись со всеми задачами, необходимо возлагать определенные полномочия на тех, кто может их реализовать на самом деле. Полномочия – это право, представительное право на занятие деятельностью от имени какого-либо лица, учреждения, организации, государства и так далее. Например, народный депутат получает свои высокие полномочия от избирателей.

Результаты эффективного делегирования полномочий

Заинтересованность. Доверие – это одна из самых высоких форм интереса. Доверие порождает лучшие черты в человеке. Убедившись в том, что сотрудники выполняют определенную работу, вы испытываете к ним чувство гордости и совершенства. Выражая им доверие, вы приобретаете их доверие, для этого действительно нужно время. Для того, чтобы их позиция поднялась с вами на уровень доверия, необходимо регулярно обучать и совершенствовать навыки сотрудников.

Эффективное управление. Предоставление ответственности более способными талантливым сотрудникам означает, что лидер может накапливать свои силы для решения более общих задач, что в конечном итоге приводит к высокой производительности организации.

Рост – собиэг. Давая своим сотрудникам больше прав и обязанностей, вы способствуете росту вашей организации, то есть её развитию. Рост сотрудника проявляется в его мастерстве и интересе. Работа организаций и руководителей с такими сотрудниками будет более эффективной.

Отношение между персоналом, между исполнителями и администрацией линейное (иерархическое, вертикальное), в котором каждый следующий сотрудник подчиняется только своему начальнику выше себя; и функциональное (горизонтальное), он делится на виды услуг – терапию, хирургию, диагностику и т. д.

В развитых странах, таких как Япония, США широко развита децентрализованная система управления. При этом в состав управления входят в основном 4 отдела: высшее руководство (стратегический этап) – это главный врач и финансово-экономический персонал, организационно-методический и статистический. Они являются ответственными лицами за принятие решений.

Руководители среднего звена (тактический этап) – заместители главного врача по видам медицинской помощи и главные медсестры; руководители среднего звена (оперативный этап) – заведующие отделами, старшие медсестры отдела. Исполнителями самого низкого этапа руководства являются врачи, медсестры и другие.

В Японии система управления децентрализована, в ней каждый служащий занимается самоконтролем, он не только исполнитель, но и в определенной степени субъект. Осуществляемые реформы в сфере народного хозяйства Узбекистана, в том числе в системе здравоохранения, привели к изменению системы здравоохранения, то есть в Узбекистане наряду с государственными учреждениями здравоохранения начали функционировать частные и другие негосударственные учреждения. Это, в свою очередь, требует адаптации управления здравоохранением к новым условиям.

Лечебные профилактические учреждения, входящие в государственную систему здравоохранения, функционирующие за счет государственного бюджета, оказывают бесплатную медицинскую помощь населению. При этом отношения между гражданами и медицинскими работниками регулируются тем или иным образом органами управления здравоохранением.

Взаимодействие между медицинскими работниками и гражданами, входящими в частную и иную системы здравоохранения, заключается в следующем: частное медицинское учреждение как поставщик медицинских услуг, а гражданин как лицо, нуждающееся в медицинском обслуживании, осуществляется непосредственно по своему согласию или через страховые компании-посредники между ними.

Одной из основных задач реформы здравоохранения в Узбекистане является выведение учреждений здравоохранения из государственной монополии, создание и демократизация децентрализованной системы управления.

В настоящее время существует два вида финансирования действующей системы здравоохранения, основной целью которых является выведение системы здравоохранения из монополии.

Приватизация учреждений здравоохранения и переход на систему платных услуг позволили гражданам выбирать медицинскую помощь. Это, в свою очередь, послужило основанием для проникновения демократических принципов в здравоохранение.

Одним из основных проявлений монополизации системы здравоохранения является создание ассоциации врачей по различным специальностям. «Государственная программа реформирования здравоохранения» стала большим толчком для демонополизации здравоохранения (10.11.1998 г.). В соответствии с этой программой осуществляется поэтапная приватизация учреждений здравоохранения, находящихся в государственной собственности, развитие частной собственности в здравоохранении в целях достижения их конкурентоспособности, предоставление властями, органами государственного управления пустующих помещений для вновь созданных частных медицинских учреждений, поддержка и всемерное содействие их развитию и т. д.

Следует особо отметить, что 2-й вид финансирования здравоохранения, создание децентрализованной системы управления демонстрируют особенности управления медицинскими учреждениями.

Система здравоохранения, финансируемая из бюджета, централизована, имеет ограниченное право и играет в основном исполнительную роль. Как

«объект», она имеет закрытую систему, деятельность которой определяется высшими органами управления здравоохранением и зависит от них. Уровень активности этой системы стабилен, а уровень обновления и улучшения несколько ограничен. При этом гражданин-пациент является объектом органов управления.

Негосударственная система здравоохранения – это децентрализованная система, при которой каждый участник деятельности (гражданин – пользующийся услугой и медицинский работник предоставляющий услуги) принимает самостоятельное решение по взаимному согласию друг с другом. При этом основная деятельность медицинских учреждений заключается в том, чтобы уметь быстро адаптироваться к новому спросу на услуги, так как потребности граждан меняются и растут. Это связано с тем, что в рыночных условиях компания может динамично менять свою деятельность, чтобы выжить, а все сотрудники могут быстрее адаптироваться к новым условиям и спросу.

Управление персоналом

В современной литературе по менеджменту есть раздел по управлению персоналом, в котором руководитель должен уметь «смешивать» материальные факторы производства с живым трудом. Такая задача стоит перед руководителями и менеджерами практически во всех учреждениях и организациях. Однако каждая сеть или сфера имеет только те характеристики, которые необходимо учитывать для эффективного управления своей организацией при производстве или обслуживании конкретного товара (специфические технологии, оборудование, ресурсы).

Целью этого модуля является ознакомление слушателей с различными частями управления персоналом, которые могут использоваться в тех или иных формах в медицинских учреждениях для создания условий по повышению эффективности и качества медицинского обслуживания.

Модуль состоит из 4 разделов, охватывающих различные компоненты управления.

В первом разделе раскрываются различные интерпретации новых принципов управления персоналом.

Второй раздел охватывает основные этапы процесса управления персоналом, планирование, выбор, заработную плату, координацию, обучение и переобучение персонала.

В третьем разделе раскрываются вопросы, представляющие процесс заинтересованности (поощрения) персонала, различные теории заинтересованности, которые стимулируют людей к действию.

Четвертый раздел посвящён вопросам власти, полномочий власти и руководства. Этот раздел поможет такие понятия, как процесс влияния на других, подчинение людей и способность быть лидером.

Сущность управления персоналом

Управление персоналом – это наука, направленная на повышение ее эффективности и достижение организационных целей посредством воздействия на сотрудников этой организации.

Все люди, работающие в организациях и занятые выполнением соответствующих рабочих обязанностей, называются работниками. Поэтому в центре внимания стоит эффективное выполнение задач. Как и любой процесс управления, управление персоналом также включает в себя ряд частных процессов: планирование, организацию, мотивация (заинтересованность), контроль и учет, регулирование.

Процесс планирования – это определение целей управления и средств его достижения.

Процесс организации включает в себя привлечение рабочей силы, организацию приема работников, расстановку их на рабочие места, профессиональную подготовку, переподготовку, совершенствование условий труда занятых работников и управленческого звена.

Мотивация (заинтересованность) – это процесс мотивации, стимулирования работников или группы к деятельности, приводящий к достижению цели организации.

Регулирование процесса управления персоналом заключается в повышении статуса, изменении места, сокращении сотрудников, их увольнении, упорядочении их заработной платы.

Контроль направлен на контроль за ходом работы с персоналом, его эффективностью как в целом, так и на оценку на определенных этапах.

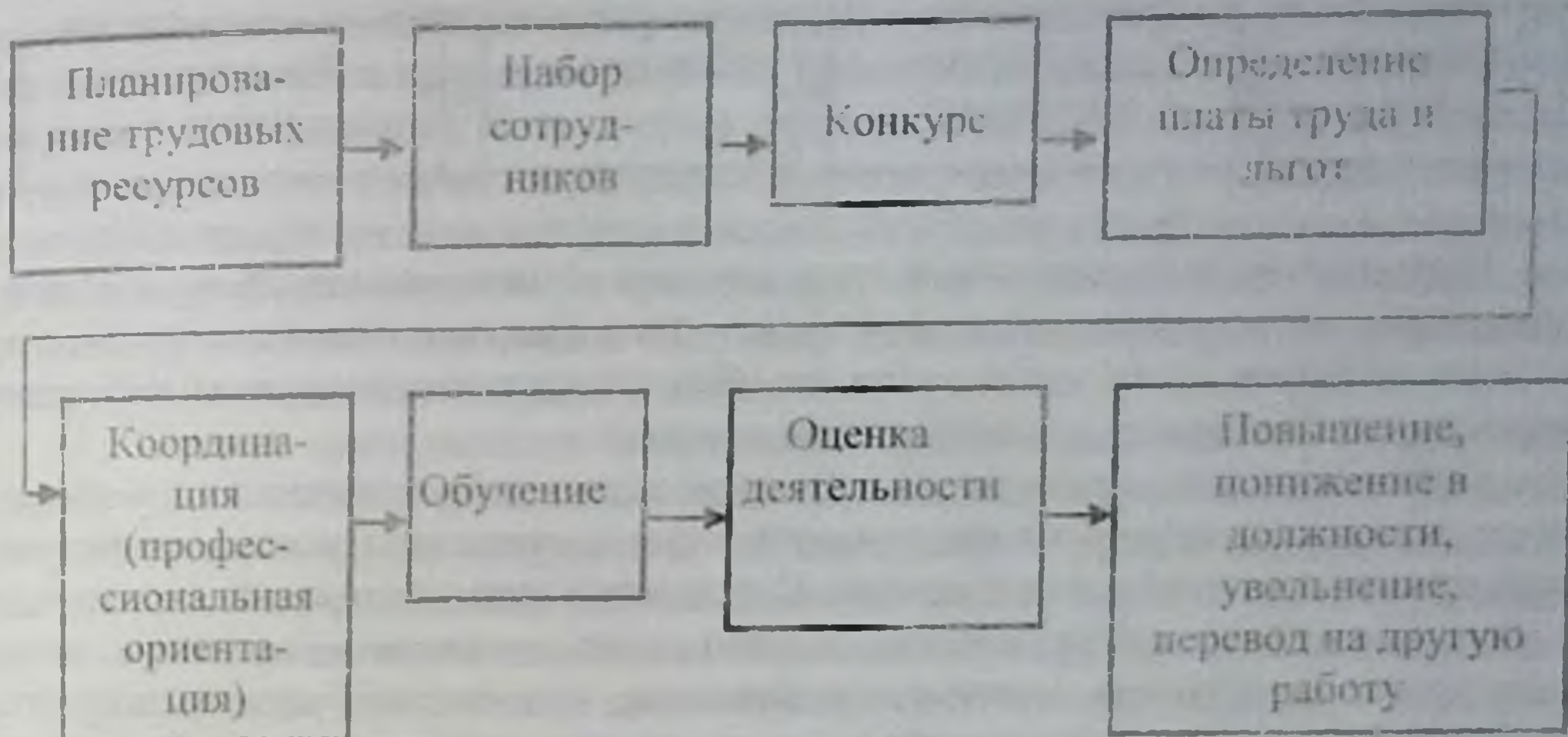
Учет – это ведение государственного и внутреннего кадрового отчета для оценки эффективности трудовой деятельности занятых сотрудников. В управлении персоналом используются следующие методы:

- административно-организационные, связанные с определением структуры, функций, прав и обязанностей аппарата управления (подбор и расстановка персонала, административное распределение, контроль исполнения);
- влияние на создание и управление материальными интересами всех работников через интересы коллектива и отдельных работников в повышении экономической эффективности;
- социально-психологическое, направленное на воспитание чувства ответственности за порученную работу, заинтересованность, материальное поощрение сотрудников, умение работать в команде, использование в них партнерских отношений.

До недавнего времени само понятие «управление персоналом» не существовало в нашей управленческой практике, особенно в системе здравоохранения. Несмотря на то, что в системе управления каждой организацией существует подразделение (отдел кадров), занимающееся управлением персоналом и социальным развитием команды, основную часть работы по управлению персоналом выполняют линейные руководители подразделений (например, первичные и вторичные звенья – заведующие отделениями и больницами).

Основные этапы процессов управления персоналом

Не существует организации без людей. Без необходимых людей ни одна организация не сможет достичь своих целей и выжить. Однако, чтобы определить, какие люди необходимы организации, и как они должны быть ориентированы на решение общих задач, необходимо управление персоналом, которое включает в себя следующие этапы:



1. Планирование трудовых ресурсов (потребности в сотрудниках).

Руководству необходимо определить потребности своих сотрудников, а также финансовые и материальные ресурсы, необходимые для определения целей его организации. Часто кадровое планирование осуществляется неправильно или ему не уделяется должного внимания. Суть планирования потребности в кадрах заключается в обеспечении людей необходимым количеством рабочих мест в нужное время и в соответствии с их способностями, склонностями и требованиями организации.

Процесс планирования включает в себя 3 этапа:

1. Оценка существующего персонала.
2. Удовлетворение будущих потребностей сотрудников.
3. Разработка программы мероприятий по удовлетворению потребностей работников.

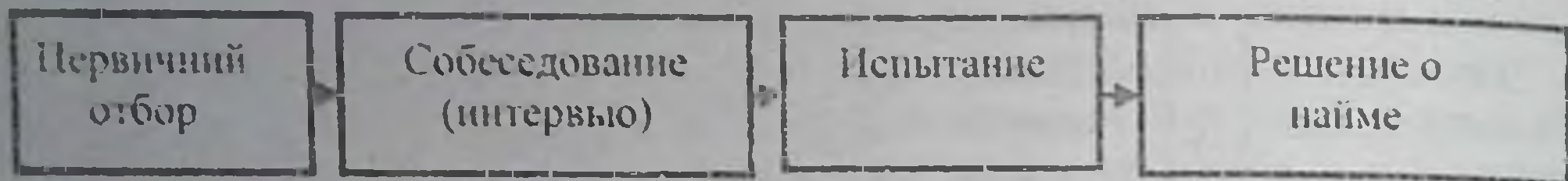
Первый этап – это сбор статистических данных и другой необходимой информации, ее обработка и анализ кадровой ситуации, а также варианты ее дальнейшего развития.

Второй этап – оценка будущих потребностей сотрудников, что является более сложной задачей, поскольку носит предварительный характер и ориентирована на возможные изменения в организации.

Планирование потребности в персонале является первичным уровнем и основывается на информации о существующих и планируемых рабочих местах, штатных расписаниях и планах замещения вакансий. При планировании потребности в персонале рекомендуется привлечение руководителей профильных подразделений в каждой конкретной ситуации.

2. Набор сотрудников (персонала). Вакансии определяются путем сопоставления запланированных рабочих мест с количеством сотрудников. Если такие места есть, то начнется процесс набора. Он состоит из следующих этапов:

- определение требований к кандидату на замещение вакансии;
 - отбор кандидатов.
3. Конкурс. Этот этап можно отобразить следующей схемой:



Первичный отбор начинается с анализа списка кандидатов с точки зрения их соответствия вакантным должностям. Основной целью первичного отбора является отсеив кандидатов, не обладающих минимальным набором качеств, необходимых для заполнения вакансии.

Собеседование (интервью). В процессе первоначального отбора определяется ограниченное число кандидатов, с которыми организация может работать на индивидуальной основе. Следующий этап – цель индивидуальных собеседований с отобранными кандидатами – степень совместимости кандидата с образом мнимого работника, его способность выполнять условия должностной инструкции, возможности профессионального роста и развития, способность адаптироваться к условиям организации, ожидания кандидата от знакомства с ним, условия его работы и оценка подобных вещей.

Решение о приеме на работу принимается на основе анализа результатов первоначальных мероприятий по выбору наиболее подходящего, по мнению руководителя, кандидата на должность.

4. **Определение оплаты труда и льгот.** Заработная плата определяется с помощью нормативов, тарифных систем, форм и систем оплаты труда и т.д.

Тарифная система представляет собой совокупность критериев, определяющих классификацию заработной платы по условиям и сложности труда, оплате труда и видам деятельности. Формы и системы заработной платы представляют собой порядок ее исчисления в зависимости от результатов труда и организационных условий производства. Различают две формы оплаты труда:

- **сдельная форма.** В этом случае заработная плата рассчитывается за каждую единицу продукции или объем выполненной работы. Заработная плата равна произведению единицы продукции на ее цену;
- **повременная форма.** Заработная плата исчисляется в виде заработной платы за фактически отработанное время по тарифной сетке.

К льготам относятся все дополнительные услуги или выплаты, связанные с заработной платой: страхование жизни или имущества, материальная помощь, дополнительный отпуск, бесплатное питание, отдых в санатории и так далее.

5. **Координация (профессиональная ориентация).** Одной из важнейших задач работы с сотрудниками в организациях при наборе работников является управление координацией. Координация – это взаимодействие работника и организации.

6. **Обучение.** При приеме на работу обучение также является ключевым фактором развития их знаний и навыков.

Медицинская сфера характеризуется быстрым устареванием знаний и необходимостью их постоянного обновления. Например, подходы

к диагностике и лечению определенных заболеваний и состояний, по оценкам, меняются примерно на 50-70 процентов каждые 5 лет в результате научных исследований. Это, в свою очередь, означает, что эффективность, результативность и качество медицинской помощи не могут быть достигнуты в лечебно-профилактических учреждениях, особенно в наиболее комплексных лечебно-профилактических учреждениях, без постоянного обновления знаний и навыков персонала. Поэтому важность обучения медицинских работников очень значительна и актуальна.

7. Оценка деятельности сотрудника. Следующим шагом в цепочке схемы управления персоналом является оценка эффективности работы сотрудников, которая направлена на определение уровня эффективности выполняемой сотрудниками работы. В любой организации не все сотрудники одинаково хорошо выполняют свои обязанности, и обычно есть сотрудники, которые всегда выполняют свои обязанности очень хорошо, хорошо, удовлетворительно и неудовлетворительно. Для того чтобы результаты их труда классифицировались или классифицировались по степени важности, необходимо, чтобы каждый работник имел систему оценки эффективности выполнения функций, соответствующих занимаемой должности.

Оценка эффективности служит трем основным целям: административной, информационной и мотивационной (заинтересованности).

8. Повышение, понижение в должности, увольнение, перевод на другую работу. В крупных организациях повышение или продвижение по службе является важной мотивацией будущей продуктивной деятельности сотрудника по результатам оценки, так как позволяет особо проявившим себя работникам замещать вакансии. Перевод как результат повышения по службе используется в следующих случаях:

- в целях расширения опыта работника;
- руководство уверено, что на другой должности сотрудник будет работать эффективнее.

В некоторых случаях, даже когда сотрудник неудовлетворителен, руководство считает невежливым расторгать контракт или увольнять его на основании его стажа работы, услуг и т. д. Возможен перевод работника на более низкую должность, что означает понижение по службе.

Увольнение следует только в тех случаях, когда оценка результатов не дает достаточных возможностей для улучшения работы или работник не хочет или не может работать в рамках требований организации.

Мотивация (заинтересованность). Важным компонентом управления персоналом является интерес к труду и его управление. Мотивация – мощный инструмент стимулирования живой трудовой деятельности.

Другими словами, мотивация – это целенаправленная ориентация деятельности людей в соответствии с духовными целями. Она связана с удовлетворением определенной потребности. А потребность проявляется в причинах. Человеку необходимо есть, спать, отдыхать, восстанавливать силы, защищаться от жары и холода. Эти потребности также выражаются в виде материальной одежды, продуктов питания, жилья и т. д. Наряду с материальными потребностями человека существуют и социальные

потребности, которые включают в себя получение знаний, повышение духовного уровня, приобретение навыков и формирование здорового образа жизни, долголетие. В общем, потребность – это мотив, побуждающий людей к действию. Это означает, что принятие решения руководителем и доведение его до сотрудника является недостаточным. Чтобы руководитель мог эффективно работать для достижения цели, он должен координировать работу, направлять и мотивировать сотрудников на ее достижение, а при необходимости проводить «политику кнута и сладкого пряника» и заставлять людей работать эффективнее.

Политика «кнута и пряника». До того, как лидеры начали использовать слово «заинтересованность», давно было известно, что на людей можно намеренно влиять для их успешного выполнения работы в организации. Одним из первых используемых методов был «метод кнута и сладкого пряника». Этот метод просто использовался для того, чтобы люди были благодарны за все, что позволяло им и их семьям зарабатывать на жизнь. Однако, благодаря технологическим достижениям, используемым организациями, и эффективности, основанной на специализации, жизнь обычных, средних людей постепенно стала улучшаться.

Заинтересованность в труде – это стремление работников удовлетворить свои потребности (получить определенные блага) посредством трудовой деятельности.

Уровень интереса определяется актуальностью потребности для работника. Чем важнее потребность в подарке, чем сильнее желание его получить, тем активнее сотрудник. Пока люди не вознаграждаются за свой тяжелый труд, способности, знания, они не пытаются повысить продуктивность, интенсивность своей деятельности. В организации, предприятии также не будет сплоченности, солидарности.

Теории X (икса) и Y (игрека) занимают особое место в мотивации. Эти теории, автором которых является американский психолог Д. Мак Грегор, представляют собой отношение руководителей и сотрудников к труду.

По теории X (икс) рабочие не хотят работать, избегают ответственности, они по своей природе становятся иксами, ленивыми. Поэтому их нужно постоянно принуждать, контролировать и запугивать наказанием. Тогда они будут хорошо работать для предприятия.

В теории Y (игрек) утверждается, что, когда люди развивают свои способности, они чувствуют себя полезными и важными, они получают удовлетворение от работы, тогда предприятие может принести большую пользу.

Согласно этой теории, руководитель не только дает указания, но и направляет способности каждого к работе. Знающий руководитель дает своим подчиненным полномочия и свободу для выполнения решений.

Теория Маслоу. В 40-х годах, создавая свою теорию интереса, Маслоу признался, что люди имеют много потребностей, но также предполагал, что эти потребности могут быть разделены на пять основных критериев, распределенных на первичные и вторичные потребности.



Рис. 1. 5-ступенчатая пирамида потребностей А.Маслоу

1. Физиологические (физические) потребности – необходимые для жизни. Они включают в себя потребности в еде, воде, месте, отдыхе и сексе.

2. Потребности в безопасности и защищенности включают потребности в защите окружающего мира от физических и психических рисков, а также уверенность в том, что физические (физиологические) потребности будут удовлетворены в будущем. Потребность в уверенности в завтрашнем дне заключается в том, чтобы купить страховой полис или найти надежную работу, чтобы выйти на пенсию с хорошим доходом.

3. Потребность в вере и общении с людьми – иногда их называют также потребностями зависимости – это понятие, которое включает в себя чувство принадлежности к кому-то или к чему-то, чувство восприятия других людей, чувство социального взаимодействия, привязанности и поддержки.

4. Потребность в уважении – способность к самооценке, осознанию личных достижений, способностей, уважению со стороны окружающих, потребности к признанию.

5. Потребность самовыражения заключается в доказывании своих потенциальных возможностей и рост как личности, потребности в демонстрации своих достижений.

Согласно теории Маслоу, все эти потребности можно представить в виде жесткой иерархической структуры. Таким образом, он требует удовлетворения низших потребностей, а это означает, что человек пытается удовлетворить

потребности, которые считаются для него более важными и сильными, до того, как на него начнет влиять интерес к высшей деятельности. Потребности более низких уровней должны быть удовлетворены, прежде чем потребности следующего уровня смогут стать более серьезным, определяющим фактором человеческой деятельности.

Интерес к труду разнообразен, различается в соответствии с потребностями, которые человек стремится удовлетворить, в соответствии с благосостояниями, которые необходимы человеку для удовлетворения его потребностей, по цене, которую работник готов заплатить за получение благосостояний, которые он утверждает. Общность в них всегда заключалась только в том, что получение желаемых благ, удовлетворение потребностей обязательно связано с трудовой деятельностью. Можно выделить следующие группы интересов к труду:

- содержание труда;
- социальная выгода;
- интерес к ситуации, связанной с социальным признанием трудовой деятельности;
- интерес к получению материальных благ;
- интересы, основанные на определенной интенсивности работы.

Взаимоотношения руководителя с сотрудниками

Следующей важной частью модели управления персоналом являются отношения между руководителем организации и коллективом или сотрудником.

В настоящее время большое значение придается условиям жизни и труда людей, социальным вопросам и образу жизни. Потому что продуктивность каждого работника в большей степени зависит от его удовлетворенности работой, духовного и культурного уровня, условий жизни. Именно поэтому в настоящее время большое значение уделяется психологическим факторам в управлении. На курсах подготовки руководящего персонала проходят занятия по социальной психологии. Во многих предприятиях введена должность психолога.

Согласно исследованиям социологов и экономистов, даже инженеры, работающие в области техники, имеют успех – всего в 15% случаев связанный с его техническими знаниями, 85% – с его личными качествами, способностью управлять людьми. Следует также отметить, что во многих предприятиях работники используют только около 10 процентов своих физических и психических способностей. Что касается наблюдений ученых, то положительные эмоции приводят к тому, что в конце рабочего дня, когда возникает усталость, рабочая способность увеличивается с 22% до 76%, а отрицательные эмоции снижают работоспособность с утра до 10-20% в конце дня на 40-65%. Отмечалась, что производительность на производстве в 20% случаев зависит от настроения людей.

Интерес человека к работе, его желание, внутренняя мобилизация очень сильно влияют на результат работы, желание искренне сделать то или иное дело.

Согласно Бернарду Шоу, работа по обязательству – это работа, стремление к работе, а желание – это отдых. Нормативная форма системы управления – «человек – человек», в которой под объектом понимается – «человек», а как предметом коллектива является коллективный труд.

В настоящее время лидер не может возглавлять коллектив, не создавая здоровой социально-психологической среды в команде. Это, в свою очередь, требует от руководителей достаточных знаний основ социальной психологии в управлении, умения применять социально-психологические методы в управлении.

Руководитель должен обладать навыками психологической диагностики, уметь проявлять социальную наблюдательность. Одним из важнейших инструментов поддержания здоровой духовной среды в коллективе является коммуникабельность руководителя, то есть поддержание всесторонней связи.

Функциональные обязанности руководителя определяются в первую очередь созданием системы взаимодействия в совместной деятельности людей.

Качественные аспекты и стиль работы руководителя

Такие качества, как адаптивность, лидерство, координация социальных функций, коммуникабельность (открытость в отношениях, уверенность в себе, в деловых отношениях), стрессоустойчивость являются основными характеристиками лидера.

Кроме того, ученые определяют 5 качественных характеристик, характерных для руководителя, в следующем порядке: принципиальность, справедливость, компетентность, требовательность и организаторские способности.

Для лидера существуют два особозначимых показателя – это уважение и авторитет руководителя. Эти два показателя определяют коллективное мнение и отношения к руководителю.

Уважение, авторитет – является общественно признанной единицей измерения, которая проявляется в признании и принятии решений, принимаемых руководителем коллектива, его мнения, совета как своих собственных.

Одним из качеств лидера также является способность действовать в соответствии с идеями, продвигаемыми командой, а не действиями, предпринимаемыми с использованием своего положения.

Руководитель должен обладать высокой репутацией (уважением) в соответствии с занимаемой им должностью.

Лидерство больше связано с направлением, убеждением, вселением уверенности (демократический стиль) и влиянием на команду через принуждение (автократический стиль). По данным японских ученых, в результате деятельности автократа-лидера в течение года наблюдается снижение производительности труда коллектива на 8%, а в лидирующей команде демократического стиля – увеличение производительности труда на 14%.

Успех в руководстве зависит не от лидерских качеств лидера, а от его репутации, энергии, большого опыта, обширных знаний, таланта и ума. Демократический стиль руководства приводит к повышению производительности производства путем решения как централизованного, так и децентрализованного метода управления, в первую очередь, путем коллективного решения проблем бизнеса, предпринимательства. Хороший лидер знает, что делать, как делать, как правильно организовывать работу и ориентировать коллектив на достижение цели.

Успех в руководстве зависит от заинтересованности руководителя и всего коллектива в работе, сознательной дисциплины, высокой организованности, стремления организовать работу для достижения цели. Таким образом, руководитель должен быть не только в роли «дирижера», но и в роли «композитора».

Общеизвестно, что основой всех управленческих отношений является коллектив, который является одновременно и объектом, и субъектом управления. Социально-психологическая среда в сообществе определяется следующими критериями: общность, сплоченность, единство, открытость, организованность, информация, ответственность, подотчетность и т.д. Единство цели, взаимная дружба, уважение к людям объединяют их, создают в коллективе творческую и деловую, здоровую духовно-психологическую атмосферу. Достижение всего этого – важнейшая задача руководителя.

Еще одной важной характеристикой лидера является четкое определение ролей сотрудников, наделение их полномочиями руководить и достижение хороших результатов путем разумного управления ими. Лидер не должен делать то, что могут сделать подчиненные, уступать дорогу их свободным действиям и не бояться этого. При распределении работы руководитель должен не только наделять своих сотрудников определенными полномочиями, но и повышать их ответственность.

Руководитель должен всегда уметь ставить себя на место своего сотрудника на работе. Когда человек чувствует себя уважаемым, когда для него создаются определенные условия, он выполняет работу с интересом, инициативой, берет на себя ответственность, работает, демонстрируя качества находчивости и организованности.

Лидер должен научиться слушать людей и говорить с ними, другими словами, вести целенаправленный разговор, создавая дружескую атмосферу. Он должен вести беседу императивным тоном, методом подсказки, а свое мнение излагать кратко и ясно. Цели и действия руководителя должны быть достаточно понятными для подчиненного сотрудника. Если работник не понимает цели руководителя, то он становится раздраженным, озлобленным. Приказ, отданный без объяснения причин, теряет взаимное доверие, и в этом случае руководитель не может выполнять свои обязанности.

Власть и влияние. Руководитель организации должен направить усилия подчиненных на выполнение общих задач. Основным механизмом реализации этой задачи является руководство посредством власти и личного влияния.

Влияние – это определенный инструмент, с помощью которого человек может воздействовать на другого человека, и он может быть разнообразным:

от вежливой просьбы до резкого, «острого ножа». В условиях организации таким «ножом» может быть угроза увольнения.

В управлении персоналом руководитель рассматривается как влияние на действия членов организации и возможность достижения поставленных целей.

Чтобы узнать, как определять проблемы, возникающие при управлении персоналом в различных звеньях отношений в процессе работы, мы рассмотрим следующие подходы к этому вопросу.

Правовой подход – юристы используют понятие «господствующая власть», в котором можно выделить три вида власти:

- нормативный;
- дисциплинарный;
- административный.

Нормативный руководитель определяется как собственник или управляющий, который имеет право устанавливать трудовые договоры и определять оплату труда с помощью норм и коллективного договора в рамках законодательства.

Дисциплинарный руководитель определяет принудительную дисциплину, отражающую право управления действиями сотрудника и применяет меры наказания, когда она нарушается.

Административный руководитель – это лицо имеющее права и полномочия независимого управления организацией.

Экономический подход. Экономисты оценивают власть как способность той или иной организации использовать ограниченные ресурсы в своих интересах, в то время как руководитель оценивает объем этих ресурсов, которые находятся в распоряжении организации.

Социологический подход. Социология рассматривает людей как взаимозависимость и фокусирует внимание на двух сторонах – подчинении и исполнении. Поэтому деятельность руководителя анализируется с точки зрения законности и признания.

Власть имеет пять основных форм:

1. Власть, основанная на принуждении. В её основе лежит способность руководителя влиять на действия подчиненного с помощью того или иного наказания (притеснение, угроза, увольнение и т.п.).

2. Власть, основанная на вознаграждении. Она основана на обладании влиющего лица способностью удовлетворять или поощрять потребности. В зависимости от ожидаемого уровня вознаграждения подчиненный будет прилагать усилия для выполнения задачи.

3. Экспертная власть. Подчиненный верит в руководителя и ценит его знания. Подчиненный убежден, что специальные знания руководителя позволят удовлетворить его потребности.

4. Эталонная власть (или власть, основанная на харизме) – определяется умением руководителя организации влиять на подчиненного из-за признания его конкретных личностных качеств.

5. Законная или традиционная власть. Она основана на культурных ценностях, таких как законный или традиционный руководитель, и считается

одной из распространенных форм власти. Все лидеры используют её в той или иной степени, когда они уполномочены управлять другими людьми. Легитимная власть действительна только тогда, когда подчиненный подчиняется указаниям руководителя, поскольку он находится на более высоком уровне организационной иерархии.

Харизматический руководитель определяется степенью удовлетворенности подчиненного, у которого удовлетворены его потребности в карьере и уважении, при этом подчиненный приравнивает себя к лидеру. Подчиненный может себе представить, что у него много общего с лидером. Подчинение, по-видимому, делает его похожим на лидера или, по крайней мере, делает его более уважаемым. Даже если они не связаны и никогда не встречаются, в сознании подчиненного его отношения с руководителем строятся на равных.

Некоторые особенности харизматических личностей:

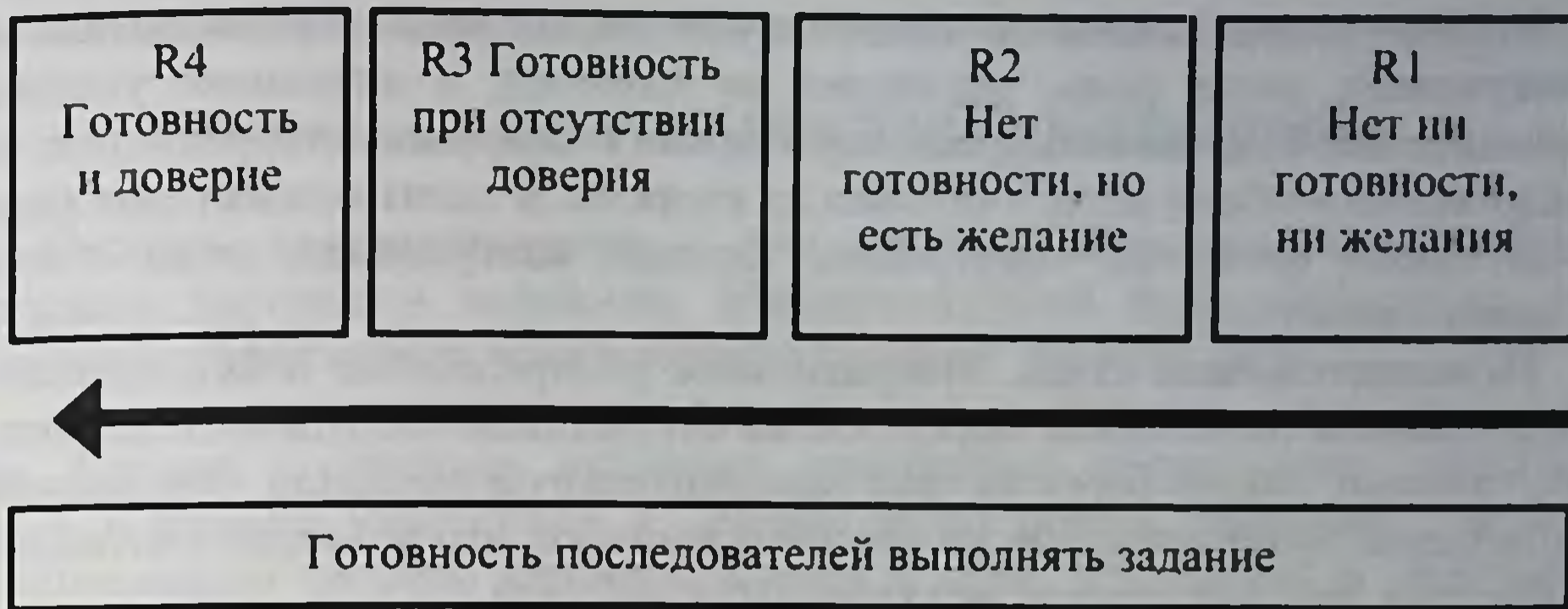
- обмен энергией. Это порождает воображение, что люди излучают энергетические лучи и снабжают ими окружающих;
- впечатляющий внешний вид. Харизматичный лидер не обязательно должен быть красивым, но он должен быть привлекательным, хорошо сложенным и хорошо себя вести;
- самостоятельный характер. В стремлении к своему успеху и уважению эти люди не опираются на других;
- хорошая речевая способность. У них есть способность говорить и участвовать в личном обсуждении;
- возможность наслаждаться собственной личностью. Они чувствуют себя комфортно, они не высокомерны и не эгоистичны, когда другие наслаждаются ими;
- привычка вести себя достойно и уверенно. Они собраны и выглядят владеющими ситуацией.

Следующим инструментом, который позволяет влиять на деятельность сотрудников, является лидерство.

Лидерство – это процесс воздействия на поведение других с целью заставить их выполнять задачи, поставленные лидером. Традиционная точка зрения, принятая в организациях, заключается в том, что через процесс руководства руководители влияют на подчиненных, чтобы они могли выполнять необходимую работу.

У последователей должна быть сила для выполнения задачи и подготовка к применению силы для достижения поставленных целей, то есть они должны быть готовы взять на себя обязательства по планированию, организации и выполнению работы. Наконец, третьим компонентом является способность выполнять задание или знание возможностей подчиненного, знание задач и ожидаемых результатов, с которыми лидер связывает свою деятельность, наличие первоначального опыта и необходимых навыков.

Подчиненные, не обладающие требуемыми характеристиками, характеризуются недостаточным уровнем заинтересованности, готовности и неумения или неспособности брать на себя ответственность. Готовность подчиненных (ведомых) можно условно описать в виде диаграммы следующим образом:



Выделяют четыре уровня подготовки подчиненных к выполнению задания: от R1 (отсутствие готовности и желания) до R4 (готовность и доверие). Степень готовности выражается в желании и возможности участия группы или коллектива в каком-либо виде деятельности. Если речь идет о нескольких заданиях, то подготовка подчиненных может быть разной. На основе уровня руководства и помощи, оказываемой руководством подчиненным, выделяются четыре основных стиля руководства.

S1—сильный стиль: слабое взаимодействие, лидер даёт рекомендации, учит и направляет;

S2—метод убеждения: руководство, активное взаимодействие, участие в качестве ведущего тренера и наставника;

S3—стиль сотрудничества: поощрение инициативы, активное взаимодействие, поощрение подчиненного;

S4—способ предоставления полномочий: поощрение инициативы, слабое взаимодействие, предоставление руководящей обязанности.

Лидер должен постоянно контролировать качество работы подчиненных и вносить изменения в соответствии со своим способом руководства, где решающее значение имеет фактор контроля.

Поведение, обращение руководителя является одним из методов управления по отношению к его подчиненным, который называется стилем руководства или стилем работы руководителя.

Автократический, то есть единоличный стиль правления. Отношения между лидером и подчиненным предельно ясны. От исполнителей требуются конкретные действия. Производительность и функция управления централизованы, и окончательное решение принимает сам лидер. В этом случае руководителю не нужна обратная связь, отдавая приказ, он контролирует его исполнение. Команды, в которых применяется такой стиль, централизованные, в которых отсутствуют связи между сотрудниками. В этом методе члены команды выполняют свои обязательства быстро и четко, строго придерживаясь руководства, но не предприимчивы и не проявляют инициативы.

Демократический стиль. Этот стиль означает, что все члены команды могут участвовать в принятии решений. В коллективе большое место отводится дружественным, взаимным отношениям.

Работа распределена и полномочия определены. Руководитель не подчеркивает свою роль, управляет не словами, а активным участием исполнителей. Подчиненные, имеющие право слова, удовлетворены тем, что вносят вклад в общее дело, учитывая их взгляды. В таких коллективах царит «позитивный настрой», «внутреннее хорошее настроение», люди обычно преданы своему делу.

Исполнительский стиль. Неправильное распределение ответственности и полномочий работников определяется отсутствием сотрудничества между работниками. Лидер берет на себя исполнительную функцию. Отношения в руководстве будут практически неопределенными, что приведет к большому количеству деловых споров, не связанных с работой.

Бюрократический стиль. Этот стиль также является проявлением самодержавного стиля, отличающегося тем, что он требует неукоснительного подчинения железной дисциплине и установленным правилам. При этом лидеры охотно следуют «бумажной» стороне работы, в некоторых случаях им важнее бумажная волокита, задания сверху, чем сама работа.

Индивидуальный подход. Руководитель оказывает воздействие, учитывая особенности каждого подчиненного. Часто руководителям приходится иметь дело с настроением своих сотрудников.

Контрольные вопросы

1. Что такое менеджмент?
2. Кто такой менеджер?
3. Какие элементы включают в себя успех?
4. Какие особенности имеет управление здравоохранением?
5. На каких этапах имеет место традиционный менеджмент?
6. Какие виды планирования различают и в чем их суть?
7. Что такое организация и каким требованиям она должна соответствовать?
8. Что входит во внешнюю и внутреннюю среду организации?
9. Что подразумевается под ресурсами организации?
10. Что такое формальная и неформальная группа и в каких ситуациях они действуют положительно или отрицательно?
11. Как можно эффективно делегировать полномочия?
12. На каких этапах осуществляются процесс управления персоналом?
13. Как планируются кадровые потребности?
14. В чем суть «политики кнута и пряника»?
15. В чем суть «теорий мотивации Х (икс) и У (игрек)»?
16. На какие группы, согласно теории мотивации Маслоу, делятся потребности и что они включают?
17. Какие пять основных форм управления существуют?
18. Каковы характеристики автократических, демократических и либеральных лидеров, их отличия друг от друга и какие из них являются самыми эффективными?

Глава 31. ПЛАНИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Система здравоохранения – это отрасль, являющаяся важнейшим ресурсом народного хозяйства, обеспечивающим воспроизводство, сохранение и эффективное использование ресурсов рабочей силы.

Чем лучше организована деятельность в системе здравоохранения, тем больше количество активных участников общественно полезного труда и возраст участников. С учетом этого особое внимание уделяется планированию системы здравоохранения в целях сохранения и укрепления здоровья населения.

Основная цель планирования системы здравоохранения заключается в более полном удовлетворении лечебно-профилактических потребностей населения, определении расходов, связанных с охраной здоровья населения, определении необходимых денежных и материальных ресурсов, обеспечении привлечения и обеспечении их эффективного использования. Планирование – это оптимальное использование ресурсов, ориентированных на сферу с целью более полного удовлетворения населения.

Планирование можно разделить на разные виды в зависимости от применения и продолжительности. Например, в зависимости от масштабов планов можно разделить на планы здравоохранения Республики, области, района и города.

В зависимости от срока действия стратегический план подразделяется на долгосрочный (рассчитанный на 5–15 лет и более), среднесрочный (1–5 лет) и бизнес-план – на текущий (1 год). Эти типы планов связаны друг с другом.

Основные принципы планирования здравоохранения:

- соответствие мероприятий, намеченных в плане, проводимой в этом направлении политике нашего правительства;
- научная обоснованность поставленной перед планированием цели;
- директивный характер плана экономического и социального развития государства;
- взаимосвязь между текущим и перспективным планами;
- соответствие территориального планирования с планами, составленными по другим областям данной территории.

Указанные принципы обеспечивают полноценное и успешное выполнение поставленных задач и требований по охране здоровья населения нашей страны.

Методы планирования здравоохранения:

1. Аналитический метод
2. Метод сравнения
3. Метод баланса
4. Метод нормирования
5. Экономический математический метод
6. Способ экстраполяции

1. Аналитический метод, с помощью этого метода рассматриваются требования населения к медицинскому персоналу, обеспеченность

больничными местами, требования к качеству медицинских услуг и ряд других показателей.

2. Метод сравнения. Анализ является составной частью этого метода, и с его помощью определяются важные показатели в планировании здравоохранения путем сопоставления с другими региональными показателями, определения соотношений. Например, показатели здоровья населения и показатели численности населения по возрасту и полу. Демографические показатели, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие определяют изменения в динамике лет между несколькими административными регионами.

3. Метод баланса используется при планировании ресурсов и источников затрат и доходов в уравнивании потребностей и предложения. Этот метод используется при более перспективном планировании развития отраслей здравоохранения и сбалансированности выделяемых для него капитальных вложений, спросе на больничные места и обеспечении их удовлетворения.

4. Метод нормирования – это определение затрат, расходов на труд, времени приема и т. д. при планировании отрасли. Этот метод широко используется для составления и правильного использования бюджета и сметы для здравоохранения, развития материально-технической базы здравоохранения.

Применяемые нормативные показатели могут устанавливаться в различных направлениях здравоохранения. Например, при планировании здравоохранения применяются следующие нормативные показатели:

- нормы гарантированных бюджетных средств на душу населения;
- нормативная нагрузка врачей и среднего медицинского персонала;
- физиотерапевтические процедуры, которые должны быть показаны в течение часа;

– лабораторный анализ, количество рентгеновских, флюорографических исследований и нормы материально-технического обеспечения.

Нормативные показатели позволяют обеспечить отрасль кадрами в равной мере.

5. Экономико-математический метод позволяет составить оптимальный вариант плана на научной основе. В организации и планировании здравоохранения используются компьютерные программы, математическое моделирование статистических показателей медицинского обслуживания и многие другие методы.

6. Метод экстраполяции – применяется при определении тенденции изменений показателей. Способ экстраполяции позволяет предсказать роды, смертность, будущие размеры некоторых заболеваний.

В планировании здравоохранения используются программные методы целевого планирования. По итогам 2019 года количество врачей в Узбекистане составило 91900, среднего медицинского персонала – 305337, на каждые 10.000 населения приходится 27,1 врачей и 104,1 среднего медицинского персонала. На 1 врача приходится 4 среднего медицинского персонала. К концу 2020 года количество больничных мест в республике составило 153400, на каждые 10.000 населения приходилось 45,2 больничных мест.

Планирование здравоохранения осуществляется на основе нормативных и правовых актов, принятых правительством.

Планирование должно соответствовать требованиям плана пропорционального развития здравоохранения, народного хозяйства.

Следует отметить, что если план составляется для отдельных медицинских учреждений, то его показатели определяются исходя из специфических особенностей деятельности данного учреждения. Но при планировании деятельности любого медицинского учреждения в основном используются показатели 4-х групп: объем лечебно-профилактического учреждения (количество мест), деятельность учреждения (количество дней пребывания, количество амбулаторных посещений), медицинский персонал (количество врачей, средний медицинский персонал), финансовые средства, выделяемые на учреждение.

Нормы и критерии по медицинскому обслуживанию и медицинскому персоналу

Под нормами здравоохранения понимаются количественные показатели здоровья населения, уровень лечебно-профилактической помощи, а также нормативные показатели, определяющие деятельность медицинских учреждений, нормы использования материальных ресурсов медицинского персонала и учреждения.

К нормативным единицам системы здравоохранения относятся:

1. Гигиенические нормы окружающей среды и производственных условий (допустимая концентрация воздуха и рабочих помещений и т. д.);
2. Санитарно-эпидемиологические нормы, определяющие объем работ при проведении предупредительного и текущего санитарного контроля;
3. Нормы обеспечения потребности населения в лечебно-профилактической помощи;
4. Трудовые нормы в процессе работы: например, нормативная нагрузка врачей в амбулаторно-поликлинических учреждениях на час, нормативная нагрузка врачей в больницах и других лечебно-диагностических отделениях на 1 рабочий час;
5. Нормативные показатели потребности в медикаментах и перевязочных (материалах) средствах.

К критериям здравоохранения относятся показатели расходов на здравоохранение для покрытия потребностей населения, которые являются показателями планирования здравоохранения, дающие возможность сделать вывод о состоянии и доступности медицинской помощи для населения.

К основным критериям здравоохранения относятся:

1. В учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПСВ, семейная поликлиника) на 1 семейного врача штатная численность населения составляет 1500 человек.
2. Нормативы организации различных учреждений здравоохранения.
3. Нормативы потребности населения в некоторых специалистах.
4. Штатные нормативы для медицинского персонала в различных медицинских учреждениях. Расчет ведется на каждые 10.000 жителей.

5. Вычислительные нормативы по определению врачей и среднего медицинского персонала в целом (рассчитаны на каждые 10 000 жителей).

Должность врача, и его функции. При развитии сети учреждений здравоохранения в первую очередь учитывается потребность во врачебных должностях и количестве больничных мест.

Нормативная нагрузка «врачебная должность» определяется из решений, принятых Министерством здравоохранения Республики «О порядке, правилах и условиях нормирования труда в республике».

Для определения годового объема работы по оказанию помощи врачом в поликлинике или на дому рассчитывается «функция должности врача» по каждой специальности.

Функция должности врача – количество посещений 1 врача в год, которые должны быть приняты на плановой основе (при приеме в поликлинике, медицинском осмотре и на дому).

«Функция врачебной должности» состоит из 3-х элементов:

Б – нормативная нагрузка на прием в поликлинике одного врача (профилактический осмотр) и на прием в 1 час на дому.

С – часы работы, предназначенные для амбулаторного приема, профилактического осмотра, работы на дому по графику.

Г – количество рабочих дней в году.

Функция врачебной должности:

$$\Phi = Б \cdot С \cdot Г.$$

Функция врачебной должности рассчитывается по каждой специальности индивидуально, так как часы участия специалистов на приеме, дома, профилактическом осмотре, дни и рабочие нагрузки в них разные.

Необходимо учитывать их при планировании амбулаторно-поликлинической помощи, на «функцию врачебной должности» влияют многие из следующих факторов:

— численность населения на одном терапевтическом и педиатрическом участке;

— врачебные должности, ведущие амбулаторный прием;

— соотношение профилактического осмотра, диспансерных посещений и посещений по заболеваниям;

— соотношение часов амбулаторного приема, профилактического осмотра и домашнего посещения по графику;

— объем рабочего времени, отведенного для других работ (консультации в стационаре, участие в комиссиях, амбулаторные операции, работа с документами, дежурство в стационаре и т.д.)

Все элементы врачебной позиции нормируются. Количество врачей на амбулаторном приеме, профилактическом осмотре, надомном приеме, обслуживании в течении 1 часа, однодневноерабочее время, количество рабочих дней в году, отпуск и т. д. определяются Министерством здравоохранения на основании соответствующих законодательных актов. Количество рабочих дней в году равно разнице между количеством дней в

календарном году и количеством нерабочих дней (воскресенье (праздник), праздничные, праздничные дни).

Метод расчета потребности во врачебной должности.

Потребность во врачебных должностях амбулаторной службы такова:

$$V = \frac{L \cdot N}{F}$$

V – потребность во врачебной должности (искомый показатель);

L – количество соответствующих стандарту посещений на душу населения в год (стандарт);

N – численность населения;

F – функция врачебной должности.

В стационарах должность врачей-ординаторов, обслуживающих пациентов, приводится из числа мест, установленных в норме на 1 врачебную должность в среднем.

Функция больничных коек

Функция больничных коек (движение мест) определяется количеством койко-дней на одно место в год и средним количеством коек на одного пациента в год для лечения:

$$F = \frac{D}{P}$$

Здесь,

F – функция больничных коек (количество пациентов, занимающих одно место в течении года);

D – среднее количество дней работы мест в год;

P – среднее количество дней пребывания пациента.

Количество дней использования больничных мест при планировании деятельности каждого учреждения определяется следующим образом:

1) определение количества дней в году, исходя из мощности больницы (количество мест);

2) определение количества дней, которые могут быть потеряны в планируемом году (из-за ремонта);

3) количество дней, которые должны быть четко выполнены в течение года в результате вычета количества дней, которые должны быть полностью отработаны, места, которые могут быть не использованы по причине ремонта и других причин;

4) показатель, полученный в пункте 3, делится на планируемое количество мест, и в результате получается среднее время работы одного места в году.

Определение потребности населения города в стационарной помощи и фонде мест. Можно определить количество обращений, нуждающихся в стационарной помощи, исходя из числа населения.

При наличии данных о количестве нуждающихся в стационарном обслуживании и функции больничных мест, количество мест можно определить по простой формуле, в целом по больницам или некоторым специалистам.

$$K = R/F,$$

Здесь, K – необходимое количество мест; R – количество нуждающихся в стационаре (%); F – функция мест (местообмен).

Метод определения потребности в местах родильного комплекса. Чтобы определить потребность в местах для родильных комплексов, можно найти количество людей, нуждающихся в родовспоможении в год (R) и обмене местами (F).

Охват рожениц родильными домами составляет 100%. Потребность в родах определяется с помощью показателя рождаемости (A) и численности населения (N).

$$R = A \cdot N / 1000.$$

Стратегическое и бизнес-планирование

В настоящее время в соответствии с реформами, осуществляемыми в системе здравоохранения, помимо государственных медицинских учреждений, в республике формируется и развивается система частных медицинских учреждений.

Большое значение для дальнейшего развития имеет планирование развития частных медицинских учреждений. Поскольку любая организация должна знать, что она хочет сделать, осуществляя свою деятельность, и выбрать наиболее удобный, эффективный путь к достижению поставленной цели. Поэтому цель и план должны полностью соответствовать друг другу, они неразрывно связаны между собой.

Цель организации заключается в том, чтобы отразить то, что она хочет достичь, или конечный результат.

План – это способ, деятельность, действие-программа достижения цели, которую ставит перед собой организация. Таким образом, под каждым организационным планом понимается программа, которая воплощает в себе цель организации и средства ее достижения.

Сущность стратегического планирования. Слово «strategos» происходит от греческого слова и означает «искусство генерала». Тот факт, что этот термин заимствован из военного слова, не должен удивлять читателя. Потому что именно стратегия позволила Александру Македонскому завоевать мир.

Стратегия – это комплексный план, созданный для обеспечения миссии организации и достижения ее цели.

Стратегическое планирование – это процесс определения альтернативных путей и ресурсов для достижения глобальной цели. Стратегическое планирование – это совокупность решений и действий по достижению цели, которую организация ставит перед собой.

Стратегическое планирование представляет собой неразрывное представление шаблонных чертежей и макетов выполняемых работ управленческой деятельности. Однако, опираясь на опыт многих предприятий и организаций, можно представить модель процесса планирования следующим образом:

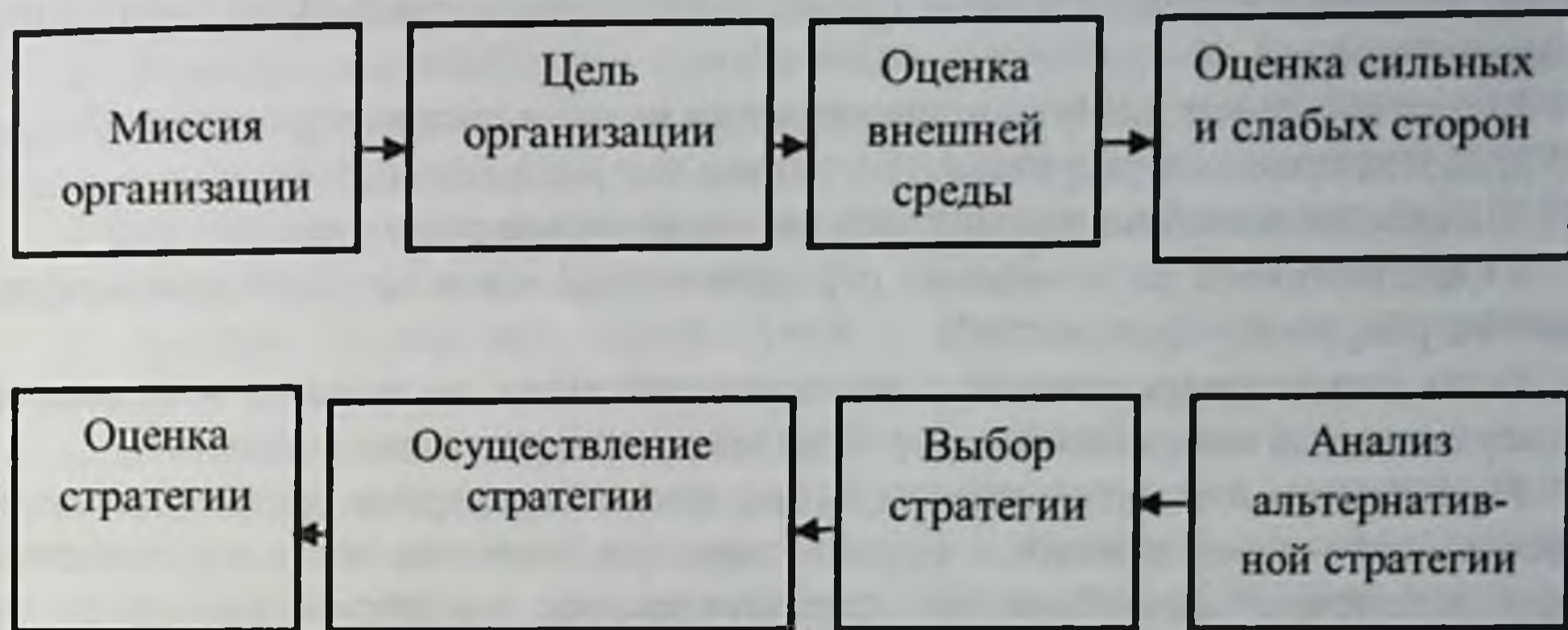


Рис 31.1. Процесс стратегического планирования

Выбор миссии и целей. Первый и самый важный этап или часть планирования—это выбор целей учреждения, так как все последующие действия будут зависеть именно от них. Основная общая цель учреждения, причина, ярко выражающая его существование, называется миссией, а цели разрабатываются для ее выполнения. Поэтому руководителям учреждений необходимо осторожно подходить к выражению миссии.

Процесс анализа и оценки внешней среды предполагает глубокое и всестороннее изучение и оценку факторов риска посредством анализа социальных, экономических, политических, технологических, международных, демографических, экологических, рыночных отношений.

Для определения сильных и слабых сторон организации проводится глубокий анализ состояния самой организации и системы её управления (качество управления, уровень централизации, организационная структура, планирование, информационная и контрольная система, квалификация персонала), состояние системы финансирования, маркетинговая служба (работа с населением, удовлетворенность услугами населения, виды и качество услуг).

Анализируя и выбирая альтернативную стратегию, следует обратить внимание на то, какие стратегии в этом году предусматривает организация: ограниченный рост (ограничение роста с удовлетворением полученными результатами), рост (значительное увеличение показателей относительно прошлого года), сокращение (т. е. сокращение некоторых видов услуг, которые не были столь эффективны, закрытие некоторых объектов или изменение деятельности), и на чем эти стратегии основываются.

Для реализации стратегического плана составляются тактико-оперативные планы, которые будут четко реализованы во времени и пространстве.

Для этого определяются соответствующие виды услуг, правила и большое значение придается эффективному использованию всех ресурсов.

Оценка-контроль стратегического плана является важным инструментом управления реализацией стратегического плана.

Для оценки правильности и своевременности реализации целей и задач, поставленных в стратегическом плане, необходимо ответить на следующие четыре вопроса:

1. Соответствует ли принятая стратегия возможностям учреждения?
2. Достаточно ли ресурсов, доступных для реализации плана?
3. Были ли внешние возможности и риски полностью учтены?
4. Обеспечивает ли принятый стратегический план эффективное использование ресурсов учреждения?

Если структурированный стратегический план полностью отвечает на вышеуказанные вопросы, то этот план можно оценить как хороший.

Применение стратегического плана улучшает контроль над результатами деятельности учреждения, организации и мотивацию сотрудников. Сосредоточение внимания на стратегическом планировании позволит предотвратить резкое воздействие внешних факторов, улучшить обмен информацией руководителя с сотрудниками, установить правильную и конкретную цель.

Бизнес-планирование

Это программа, которая позволяет организации в кратчайшие сроки (1 или 2 года) определить свои конкретные задачи, эффективно использовать имеющиеся возможности для достижения поставленной цели.

Бизнес-планирование помогает повысить качество и эффективность оказания медицинских услуг даже в первичном звене учреждений здравоохранения.

Основная цель бизнес-планирования служит достижению главной цели учреждения или организации – качественно и эффективно удовлетворять потребности населения в оказании конкретных видов медицинских услуг.

Бизнес-планирование в здравоохранении дает возможность эффективно использовать имеющиеся ресурсы и организовать платные услуги, а также получить дополнительный потенциал. Суть бизнес планирования заключается в том, чтобы избежать несоответствий и добиться успеха.

Бизнес-план – это программный документ, обеспечивающий эффективность определения основной деятельности учреждений с эффективным использованием рабочей силы, материальных и финансовых ресурсов в течение определенного периода времени.

Бизнес-план является важным источником информации о направлении деятельности организации. Он также включает в себя расчеты по обоснованию мер по повышению качества медицинского обслуживания и его эффективности. Бизнес-план используется для разработки концепции и стратегии деятельности учреждения, определения плана на ближайшую и относительно долгосрочную перспективу, оценки результатов, достигнутых учреждением в течение определенного периода времени, своевременного принятия мер для повышения эффективности и производительности труда,

дальнейшего улучшения деятельности учреждения, выявления и привлечения дополнительных источников средств.

Качественно структурированный бизнес-план поможет:

1. Чётко сформулировать цели и задачи организации, а также определить способы ее достижения;
2. Определить состав и показатели оказываемой медицинской помощи;
3. Оценить возможность привлечения финансовых и материальных ресурсов к намеченной цели для определения соответствия уровня знаний и квалификации существующих специалистов установленным целям и задачам;
4. Организовать оказание эффективной медицинской помощи, содействие здоровому образу жизни и другие меры;
5. Заранее определить препятствия и риски на пути к достижению поставленной цели.

Основные положения по разработке бизнес-плана

Бизнес-план, как правило, составляется на один год, мероприятия и показатели должны быть разделены на короткий период, то есть ежемесячно. Индикаторы обычно даются в виде таблицы. Это позволяет постоянно анализировать темпы выполнения запланированных мероприятий и своевременно принимать необходимые меры в случае каких-либо непредвиденных обстоятельств.

При разработке некоторых мероприятий и показателей целесообразно использовать статистические данные. Данные по району, в котором расположено медицинское учреждение, в некоторых случаях сопоставимы со средними показателями другого района, для относительной оценки также могут использоваться показатели области.

При разработке бизнес-плана необходимо иметь все нормативно-правовые акты и правильно их использовать. Особое внимание нужно уделять решениям, приказам, распоряжениям вышестоящих организаций, касающимся деятельности учреждения.

Основные разделы бизнес-плана:

Титульный лист:

- название учреждения;
- руководители учреждения – начальник отдела и менеджер должны указывать фамилию, имя, отчество, образование и категорию по специальности;
- дата создания учреждения, тип и описание деятельности, которая указывается;
- месяц и дата составления бизнес-плана.

Содержание:

- общая информация об учреждении, его цели и задачи;
- описание обслуживаемого населения;
- план производства (оказываемой услуги);
- управленческая и организационная работа;
- финансовый план;
- приложение.

Контрольные вопросы

1. С какой целью проводится планирование системы здравоохранения?
2. На какие виды делится планирование в зависимости от срока?
3. Основные принципы планирования здравоохранения?
4. Какие методы используются в планировании здравоохранения?
5. Какие нормативные показатели используются в планировании здравоохранения?
6. Что входит в основные критерии здравоохранения?
7. Как планируется и рассчитывается потребность во врачебной должности?
8. Важность использования койко-дней больницы при планировании деятельности учреждения и как это анализируется?
9. Как определяется потребность населения в стационарной помощи и коечного фонда?
10. Как определяется потребность коек в родильном комплексе?
11. В чем заключается суть стратегического планирования?
12. Для чего необходим бизнес-план?
13. Какие правила следует соблюдать при разработке бизнес-плана?

Глава 32. ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ)

Государственный бюджет Республики Узбекистан в общем понятии представляет собой план доходов и расходов государства на текущий год, составленный в форме баланса и имеющий силу закона.

Государственный бюджет в любой стране – это основная часть финансовой системы, налогов, государственных расходов и государственных кредитов, которые едины в движении основных финансовых категорий.

Под государственным бюджетом понимается централизованный фонд государственных денежных средств (в том числе средств государственных целевых фондов), в котором предусматриваются источники доходов и поступления от них, а также направления и объемы расходования средств, выделяемых на конкретные цели в течении финансового года. Под государственными целевыми фондами понимаются фонды, аккумулируемые в составе государственного бюджета, для каждого из которых предусматриваются источники средств, нормы и условия поступления средств из каждого источника, а также цели, к которым могут быть использованы эти средства в соответствии с законодательством.

Структура государственного бюджета. Организационные принципы структуры бюджетной системы, ее структура, взаимодействие входящих в нее бюджетов определяют структуру бюджета государства.

Государственный бюджет:

1) под республиканским бюджетом понимается часть государственного бюджета, используемая для финансирования общегосударственных мероприятий, в которой предусматриваются источники доходов и объемы поступлений от них, а также направления и объемы расходования средств, выделяемых на конкретные цели в течение финансового года. Под финансовым годом понимается период, включающий время с первого января по тридцать первого декабря;

2) бюджет Республики Каракалпакстан и местные бюджеты. Под бюджетом Республики Каракалпакстан понимается часть государственного бюджета, составляющая фонд денежных средств Республики Каракалпакстан, в котором предусматриваются источники доходов и объемы поступлений от них, а также направления и объемы расходования средств, выделяемых на конкретные цели в течение финансового года. Под местным бюджетом понимается часть государственного бюджета, составляющая соответствующий областной, районный, городской фонд денежных средств, в котором предусматриваются источники доходов и объемы поступлений от них, а также направления и объемы расходования средств, выделяемых на конкретные цели в течение финансового года.

В составе государственного бюджета также аккумулируются государственные целевые фонды. В государственные целевые фонды входят Республиканский дорожный фонд, специальный расчетный лист

Государственного комитета Республики Узбекистан по управлению государственным имуществом и поддержке предпринимательства, государственный Фонд содействия занятости и внебюджетный Пенсионный фонд Республики Узбекистан.

В бюджет Республики Каракалпакстан входят республиканский бюджет Республики Каракалпакстан и бюджеты районов и городов, подчиненных республике (Каракалпакстан). Бюджет области включает в себя областной бюджет, бюджеты районов и городов, входящих в состав области. Бюджет города, разделенного на районы, включает в себя городской бюджет и бюджеты районов, входящих в состав города. Бюджет района, находящегося в подчинении района, включает в себя районный бюджет и бюджеты городов, входящих в состав района.

Руководство бюджетной системой. Руководство бюджетной системой Республики Узбекистан осуществляется Олий Мажлисом Республики Узбекистан, Кабинетом Министров Республики Узбекистан и Министерством финансов Республики Узбекистан.

Бюджетная классификация доходов и расходов государственного бюджета. Доходы и расходы государственного бюджета группируются по тем же признакам и называются его подразделениями. Разделы, абзацы, главы и статьи считаются подразделами бюджетной классификации.

Бюджетная классификация разрабатывается и утверждается Министерством финансов Республики Узбекистан в порядке, установленном законодательством. Бюджеты всех уровней формируются и исполняются в рамках показателей единой бюджетной классификации, то есть группируются доходы и расходы по кодам группирования, присвоенным объектам классификации.

Бюджетная классификация:

- классификация доходов бюджета;
- классификация бюджетных расходов по целевому назначению;
- организационная классификация бюджетных расходов;
- экономическая классификация бюджетных расходов;
- классификация источников финансирования дефицита государственного бюджета.

Под классификацией доходов государственного бюджета понимается группировка их по видам и источникам в соответствии с законодательством.

Под функциональной классификацией расходов государственного бюджета понимается группировка расходов по основным задачам, выполняемым органами государственного управления, органами государственной власти на местах, а также другими бюджетными организациями.

Под организационной классификацией расходов государственного бюджета понимается группировка расходов по хозяйствующим субъектам и видам деятельности, отражающая распределение средств, выделяемых из бюджета, непосредственно между их получателями.

Под экономической классификацией расходов государственного бюджета понимается группировка расходов по экономической функции и видам платежей.

Под классификацией источников финансирования дефицита государственного бюджета понимается группировка дефицита государственного бюджета по внутренним и внешним источникам финансирования источников финансирования.

Под дефицитом бюджета понимается сумма расходов бюджета за определенный период, превышающая доходы бюджета.

Расходы государственного бюджета в рамках финансирования (ассигнований) из утвержденного бюджета осуществляются в формах:

1. Текущие расходы получателей бюджетных средств;

2. Текущие бюджетные переводы;

3. Капитальные расходы:

а) приобретение и повторное производство основных фондов и средств (в том числе связанных с ними работ и услуг) для государственных нужд;

б) покупка земли и другой недвижимости для государственных нужд за рубежом;

в) на приобретение права на землю и других нематериальных активов для государственных нужд;

г) создание государственных резервов;

4. Бюджетные трансферты юридическим лицам для покрытия капитальных расходов;

5. Бюджетные ссуды юридическим лицам-резидентам и иностранным государствам;

6. Под дотациями бюджета и бюджетными ссудами, предоставляемыми государственным целевым фондам. Под дотацией бюджета понимаются денежные средства, выделяемые из верхнего бюджета в нижний бюджет, для покрытия разницы между расходами нижнего бюджета и его доходами в случае отсутствия собственных доходов и других средств, регулирующих бюджет. Под бюджетной ссудой понимается бюджетная ссуда: от высшего до нижнего бюджета или от республиканского бюджета к юридическому лицу-резиденту или иностранному;

7. В форме платежей по возврату и обслуживанию государственного долга и иных расходов, не запрещенных законодательством.

Описание основных систем финансирования на национальном уровне

Медицинское обслуживание стоит дорого, и далеко не каждый знает, сколько денег ему нужно, чтобы заплатить за всю медицинскую помощь, которая ему нужна в течение всей своей жизни (об этом говорилось в первой теме, когда была рассмотрена специфика медицинского обслуживания). Но группа людей или целое общество могут объединиться и собрать определенную сумму средств. И, если человек болен, то за счет этих средств будут возмещены все расходы, связанные с получением медицинской помощи. Люди могут объединяться в группы на уровне отдельных крупных предприятий или отраслей экономики (например, угольная промышленность), они могут объединяться в группы по профессиям (например, учителя). Если население всей страны объединится, то появится национальная система здравоохранения.

Оплата медицинских услуг может быть произведена из нескольких источников.

1. За счет общих налогов с юридических и физических лиц. За счет них формируются доходы государственного бюджета. Объем социальных программ, финансируемых из государственного бюджета, зависит от показателей валового внутреннего продукта страны; от того, сколько частей этого продукта будет уделено общественным функциям государства; от экономической и социальной политики государства; от конкретных аспектов и уровня развития финансовой системы страны. Общие налоги являются надежным и крупнейшим источником поступления денег в государственный бюджет. Кроме того, государство может брать как внутренние, так и внешние долги для пополнения своих доходов.

2. Взносы на социальное страхование представляют собой платежи за расходы, связанные с медицинскими услугами. Эти целевые налоги выплачиваются работодателями либо в виде социальных отчислений из фонда заработной платы, либо в виде социальных отчислений от индивидуальной заработной платы работников. Они накапливаются в фондах социального медицинского страхования отдельно от государственного бюджета и поэтому называются внебюджетными фондами.

3. Взносы на частное медицинское страхование являются целевыми взносами, такими как социальное медицинское страхование, или выплаты страховщику за предусмотренные медицинские расходы. Но в отличие от социального страхования, личное страхование является добровольным. Каждый человек платит взносы независимо от того, когда он получает медицинскую помощь.

4. Прямые платежи или косвенные расходы потребителей на приобретение медицинских услуг. Это плата, которая осуществляется непосредственно из кармана пациента на момент получения медицинского обслуживания. Например, при приеме лекарства, выписанного врачом, пациент должен заплатить полную его стоимость (прямая покупка), всего 10% от полной стоимости (совместная страховка) или сто сумов за лекарство (совместная оплата).

В мире почти нет страны, которая использует только один вид финансирования здравоохранения, упомянутый выше. Во всех местах действуют смешанные системы, где-то преобладает тот или иной источник дохода.

Перечень медицинских услуг, гарантированных государством (или пакет основных услуг), определяется исходя из экономических, политических, социальных, экологических и других условий, существующих в каждой стране, и финансируется из государственного бюджета или социального страхования. Эти два источника называются общественными фондами.

Финансирование за счет государственного бюджета – система бесплатного медицинского обслуживания

Государство обеспечивает гарантированное, бесплатное первичное медико-санитарное обслуживание населения в следующих случаях:

- экстренная, скорая помощь;
- оказание услуг в первичном звене здравоохранения и ряде государственных лечебно-профилактических учреждений, в первую очередь в сельской местности;

– вакцинация и иммунизация населения против ряда инфекционных заболеваний;

– оказание специализированной помощи больным социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (лица, страдающие туберкулезом, раком, психическими, наркологическими и эндокринными заболеваниями, а также профессиональными заболеваниями);

– обследование и лечение детей (кроме платных больниц);

Обследование и лечение подростков 15–17 лет, лиц призывного возраста (18–27 лет), прибывших по направлению призывной комиссии;

– родовые услуги (кроме платных учреждений);

– лечение льготников (инвалидов, участников войны, сирот). К ним относятся специализированные городские, областные и республиканские медицинские учреждения.

Смешанное финансирование применяется в следующих случаях:

- для обследования и лечения больных (кроме льготных лиц), не предназначенных для оказания бесплатной медицинской помощи (в клиниках медицинских и научно-исследовательских институтов, многопрофильных лечебно-профилактических учреждениях, городских районных больницах).

- для лечения лиц с ограниченными возможностями (инвалиды, участники войны, сироты).

- для некоторых многопрофильных детских больниц.

- для проведения практических научных исследований в области санитарии и фармакологии.

- для подготовки медицинских работников сверх установленной суммы государственного гранта.

За медицинские услуги, не определенные государственным грантом, физическим и юридическим лицам оказывается платная услуга. Финансовые средства платных медицинских услуг могут быть сформированы путем прямых платежей физических и юридических лиц или оплаты через систему медицинского страхования (свободное медицинское страхование).

Частное финансирование.

Частное финансирование медицинских услуг, предоставляемых негосударственными медицинскими учреждениями, в том числе врачами, занимающимися частной практикой. Основную часть его составляют платежи физических лиц за медицинские услуги, полученные непосредственно. Частное финансирование также может быть сформировано через систему свободного медицинского страхования.

Принципы финансирования государственных медицинских учреждений. В соответствии с государственной программой реформирования системы здравоохранения предусматривается перевод учреждений первичной медико-санитарной помощи на принцип подушевого финансирования. Основной особенностью такого принципа финансирования является то, что медицинские учреждения финансируются в зависимости от численности прикрепленного населения (в фиксированных суммах на каждого населения). Выделяемые средства не будут зависеть от некоторых показателей медицинского

учреждения: (категории, количества обращений в штаты и др.). Это, в свою очередь, дает право населению равного доступа к медицинской помощи.

В зависимости от установленных на душу населения норм, возрастной структуры населения или географического положения медицинского учреждения могут устанавливаться дополнительные коэффициенты.

Учреждения ПМСП могут потратить средства на приобретение оборудования, медикаментов, расширение ассортимента услуг для учреждения, сохраняя при этом собственные средства, которые он вложил в экономику учреждений. В штат СВП района входит штат финансовых менеджеров с целью эффективного использования финансовых средств для составления бизнес-плана и корректного определения масштабов оказания медицинской помощи. Они являются заместителями руководителей сельских врачебных пунктов.

Учреждения государственной системы здравоохранения в основном финансируются из государственного бюджета.

При планировании финансовых расходов, направленных на поддержание здоровья общества, следует учитывать в основном следующие показатели:

– доля расходов на здравоохранение в расходной части государственного бюджета.

– изменение показателей этих расходов на душу населения;

– рост выделяемых средств для развития новых лечебно-профилактических учреждений;

– увеличение средств, выделяемых на проведение мероприятий, направленных на здравоохранение и функционирование медицинских учреждений, – это размер расходов, выделяемых на подготовку медицинского персонала и развитие медицинской науки и др.

Каждый год государственный бюджет утверждается на сессии Олий Мажлиса и вступает в силу как закон.

Методы составления бюджета здравоохранения

Бюджет представляет собой доходы и расходы, выраженные в денежном выражении за определенный период, в сумах: год, квартал, месяц и т.д. Бюджет для системы здравоохранения области, города, района составляется отдельно по каждому абзацу. Например, бюджет города А состоит из:

1. Больниц-диспансеров городских и рабочих поселков;

2. Лечебно-оздоровительных пунктов;

3. Фельдшерских оздоровительных пунктов и др.

Этапы составления бюджета:

1) анализ отчетных данных за последний финансовый год;

2) оценка исполнения финансовых расходов в текущем году;

3) составление проекта бюджета на планируемый финансовый год.

Первый этап – «анализ» основан на оценке запланированных показателей и показателей финансовой отчетности в отрасли. Для этого лицо, составляющее бюджетный проект, должно быть заинтересовано не только в показателях развития отрасли, но и в вопросах роста больничных мест, врачебных амбулаторий, посещений амбулаторных поликлиник и др.), но и в вопросах текущей деятельности отрасли (среднегодовая занятость мест, возложение функции врачебной должности).

Второй этап – оценка исполнения бюджета, выделенного на текущий год, которая будет осуществляться путем изучения показателей отчетности за первое полугодие и 9 месяцев.

Фактически достигнутые показатели сравниваются с плановыми задачами на текущий год и определяются потенциальные возможности выполнения плана.

Основа бюджета на планируемый год во многом зависит от правильной оценки финансового плана, ожидаемого в текущем году.

Третий этап, который заключается в составлении бюджета на следующий год, представляет собой отчисления средств народного хозяйства по плановым показателям (число больничных коек, количество врачей), на основании которых составляются кадры развития и сопутствующие расходы. Методы расчета удержания средств по проекту бюджета можно рассмотреть, составив схему отдельно взятого лечебно-профилактического учреждения.

Способ составления больничной сметы.

Больничная смета – это планирование расходов, направленных на обеспечение деятельности больницы в одном финансовом году.

При составлении больничной сметы следует обратить особое внимание на следующее:

- а) строгое соблюдение экономического плана;
- б) хозяйственное и экономное использование бюджетных средств;
- в) максимальное использование резервов учреждения (внутренних ресурсов).

В настоящее время государственные медицинские учреждения финансируются на основе расходов, состоящих из 4 групп.

Первая группа: заработная плата и приравненные к ней выплаты (пособия семьям с детьми, материальная помощь малообеспеченным семьям, стипендии и т. д.);

Вторая группа: отчисления за счет заработной платы;

Третья группа: капитал (указывается в программе для государственных инвестиций, согласно перечню адресов);

Четвертая группа: другие расходы

К расходам четвертой группы относятся: продукты питания, лекарства, коммунальные услуги и другие расходы.

Нормы расходов. Одним из принципиальных аспектов планирования и финансирования деятельности учреждений здравоохранения является соблюдение установленных норм.

Норма основана на определенных условных единицах. Они могут быть выражены в виде материальных показателей или денег в соответствии с их характером.

Материальные стандарты включают стандарты питания пациентов, стандарты больничного оборудования и так далее.

Существует разница между обязательной (утверждаемой государством) и необязательной отчетностью. В обязательном порядке включаются нормы затрат на лекарства, питание, постельные принадлежности на 1 место; стандарты расчета основаны на затратах, понесенных за последние несколько лет, и согласованы с финансовыми органами.

Система оплаты медицинских услуг

Поскольку средства для финансирования системы здравоохранения накапливаются через несколько финансовых механизмов, специалисты сталкиваются с проблемой распределения этих средств между предприятиями и учреждениями, а также медицинскими работниками.

Методы распределения ресурсов на всех уровнях могут быть разнообразными и иметь различную совместимость. Для руководителей первичного звена здравоохранения самое главное – знать механизмы предоставления ресурсов медицинским учреждениям и оплаты труда персонала. Эти два действия имеют общий характер – они охватывают вопрос финансирования медицинских учреждений и их сотрудников в обмен на их функционирование. Поэтому в большинстве случаев они подчиняются одному принципу оплаты труда. В некоторых случаях передача средств и выплата вознаграждения объединяются в одно действие. Например, оплата работы врача, проходящего независимую практику.

Плата за услугу – это возмещение расходов работнику или учреждению при оказании какой-либо конкретной медицинской помощи (например, обращение к врачу, диагностическое обследование, хирургическое лечение). Принцип оплаты услуг может применяться как при предоставлении ресурсов учреждению, так и при оплате труда работника.

Оплата на основании диагноза или оплата по диагностическим группам (клинико-диагностическим или клинико-статистическим группам) – это такой механизм, при котором медицинское учреждение получает фиксированную сумму оплаты за лечение конкретного больного (например, сердечные заболевания, простуда, открытый перелом кости). Предоплата устанавливается для каждой диагностической группы. Он обычно равен средним расходам на лечение пациентов с таким диагнозом и не меняется по сравнению с фактическим обслуживанием, предоставленным пациенту. Поэтому медицинские учреждения берут на себя определенный риск, связанный с расходами на лечение – если фактические расходы на лечение конкретного диагностированного пациента выше установленной ставки оплаты, дополнительные расходы должны покрываться за счёт учреждения.

Оплата на душу населения – это такой способ оплаты, посредством которого учреждение получает фиксированную сумму, установленную каждому прикрепленному пациенту, которому должен быть обеспечено надлежащее медицинское обслуживание за каждый период времени (месяц, год). Оплата на душу населения может применяться как при финансировании учреждения, так и при оплате труда персонала. Денежная сумма, выделенная каждому, определяется заранее, и эта сумма не изменяется независимо от фактической стоимости медицинской услуги, предоставляемой человеку в течение периода.

Глобальный бюджет – это такой механизм финансирования, при котором медицинское учреждение получает общий бюджет за указанный период. Глобальный бюджет может использоваться только для передачи средств и определяется по различным принципам, например, в зависимости от стоимости услуг, предоставляемых в течение нескольких лет, в зависимости

от количества обслуживаемого населения и т.д. Глобальный бюджет может быть определен, например, как сумма платежей на душу населения всех людей, прикрепленных к учреждению, то есть на основе финансирования на душу населения.

Бюджет по статьям является одним из проявлений глобального бюджета. Под бюджетом по статьям понимается бюджет, предоставляемый медицинским учреждениям по определенным статьям расходов (заработная плата, коммунальные расходы, медикаменты и перевязочные материалы, текущий ремонт и др.). Уровень финансирования будет определяться с некоторыми корректировками, адаптированными к инфляции по сравнению с показателями предыдущего года.

Заработная плата – денежная сумма, заранее установленная за выполнение медицинским работником определенных обязанностей по оказанию медицинских услуг в определенном месте и в определенное время.

Временная оплата – это такой механизм оплаты, согласно которому медицинский работник получает заранее установленную сумму за каждый час работы в учреждении.

При выборе того или иного механизма оплаты (метода, способа) обращают внимание на то, в какой мере этот механизм побуждает медицинские учреждения и персонал работать лучше и чувствовать ответственность за свои недостатки.

Система финансирования первичного звена здравоохранения на душу населения

Мировой опыт использования различных методов финансирования медицинских учреждений показывает, что наиболее приемлемым механизмом оплаты для учреждений по оказанию ПМСП является оплата на душу населения или финансирование по принципу на душу населения для каждого прикрепленного жителя. Эта схема оплаты услуг первичного звена стимулирует всю систему финансирования медицинской помощи.

Его суть в том, что на уровне страны или отдельных регионов рассчитываются нормативы затрат на определенный набор медицинских услуг, которые получает один человек в год, или планируемая стоимость средних услуг, которые получает каждый человек на участке обслуживания в данном году. Бюджет учреждения определяется путем умножения этого норматива на численность прикрепленного населения.

Самый простой способ – это то же среднее количество на душу населения для всех регионов и для каждого отдельного медицинского учреждения. Но каждая территория имеет свои особенности. Есть районы, где эколого-эпидемиологическая ситуация хуже, чем в других районах, где очень велик удельный вес детей и пожилых людей, население удалено друг от друга, проживает в небольших населенных пунктах, а транспортная сеть развита слабо. Это говорит о том, что обслуживание одного человека в таких регионах обойдется дороже, чем в том месте, где такие условия благоприятны. Поэтому, в более сложной степени, норматив на душу населения учитывает

половую принадлежность и возрастной состав населения, географические и другие условия.

Модель финансирования и управления учреждениями ПМСП в районах республики предусматривает следующее:

1. Расчет единого норматива на душу населения для всех районов и учреждений. Он включает в себя текущие расходы—оплату труда всех сотрудников, начисление надбавок по заработной плате, административные и хозяйственные расходы, расходы на приобретение медикаментов, перевязочных материалов и медицинских приборов. Расходы на приобретение дорогостоящего оборудования, капитальный ремонт и капитальное строительство, выделение лекарств льготным слоям населения не включаются в норматив на душу населения.

2. Каждое учреждение ПМСП получает общий бюджет, то есть общую сумму средств, не распределенную по статьям расхода. Этот бюджет определяется путем умножения установленного норматива на душу населения на численность населения, прикрепленного к учреждению ПМСП.

Метод расчета норматива финансирования на душу населения. Наиболее ответственным моментом при внедрении нового механизма финансирования и управления в начале реформ является работа по определению подушевого норматива финансирования. Он рассчитывается на основании временного положения о финансировании учреждения ПМСП, на счет прикрепленного лица. В соответствии с этим положением, норматив финансирования на одного человека в год рассчитывается в среднем по области по формуле:

$$\text{НФДН} = \text{РБЗ} : \text{Население} \cdot \% \text{РУ}$$

здесь:

НФДН – норматив финансирования на душу населения;

РБЗ – региональный бюджет здравоохранения;

Население – население области;

%РУ – средняя доля расходов учреждений по оказанию ПМСП из бюджета районов на уровне отчетного года.

Оплата труда работников учреждения по оказанию ПМСП

Если не будет налаженной системы оплаты труда, стимулирующей качественную и интенсивную работу медицинского персонала, то трудно ожидать значительной выгоды от новой системы финансирования учреждения по оказанию ПМСП, какой бы справедливой и эффективной она ни была.

В настоящее время в системе здравоохранения республики в основном используются следующие механизмы (методы) формы вознаграждения или оплаты труда:

1. Оплата по окладу или тарифным ставкам.

2. Смешанные способы – тарифная ставка + надбавка и премия.

В основе этих форм лежит система оплаты труда работников, при которой каждому работнику устанавливается более или менее ежедневные обязанности и обязанности в определенном объеме, за выполнение которых назначается

соответствующая заработная плата. Размер соответствующей заработной платы (единая тарифная сетка) и график работы персонала (персонал, необходимый для выполнения всех возложенных на это учреждение задач) утверждаются руководителем учреждения по согласованию с вышестоящими организациями (для учреждений по оказанию ПМСП – начальником областного управления здравоохранения). Соответствующая зарплата по должности выплачивается по фактическому количеству отработанных дней.

Смешанный метод предполагает в основном применение доплаты в виде вознаграждения (премии) и различных доплат, которые могут быть выплачены из двух источников: общего фонда заработной платы и Фонда развития учреждения.

В учреждениях ПМСП применяется система оплаты или окладов по тарифным ставкам. Она основана на следующем:

- оплата труда согласно единой тарифной сетки (ЕТС), в которой указаны разряды оплаты труда (от нуля до двадцати двух) и тарифные коэффициенты (от 1,0 до 8,328). В разрядах оплаты труда медицинских работников по ЕТС указывается наименование должности и соответствующий ей разряд.

Эта система также предусматривает следующее:

- доплату за выполнение административной работы, наличие квалификационной категории и ученой степени, соответствующей занимаемой должности на основании графика.

- повышение зарплаты, соответствующей должности сотрудников за вредные условия труда.

- за непрерывную работу врачи СВП имеют право получать доплаты в размере, соответствующем окладу, соответствующей занимаемой должности.

В настоящее время каждая бюджетная организация (в медицине) имеет свой Фонд развития. В конце каждого отчетного периода сэкономленные (неиспользованные) бюджетные средства (за исключением средств, входящих в 3-ю группу) по согласованию с финансовыми организациями не возвращаются на счет организации, а передаются в Фонд развития бюджетной организации и расходуются в установленном порядке.

Объем финансирования бюджетной организации в следующем квартале не уменьшается за счет бюджетных средств, сэкономленных (неиспользованных) в предыдущем квартале.

Бюджетные организации, имеющие статус юридического лица, могут получить дополнительный доход за счет следующих источников финансирования:

- производство и продажа товаров (работ, услуг) по сфере деятельности;
- аренда помещений, зданий и другого государственного имущества (имущества), временно используемого для других организаций;
- за счет спонсорских и добровольных благотворительных взносов физических и юридических лиц.

За счет реализации товаров (работ, услуг), произведенных бюджетными организациями по сферам деятельности, и средств от их реализации, аренды временно неиспользуемых помещений, зданий, иного государственного имущества: до 40 процентов от поступивших средств (остальные 50%

зачисляются в местный бюджет бюджетной организацией), 10% в соответствующие центры комитета имущества) – добровольное спонсорство физических и юридических лиц, благотворительные взносы-средства Фонда развития материального стимулирования и развития бюджетной организации, в первую очередь осуществляются:

- приоритетное погашение существующих долгов кредитора;
- развитие материально-технической базы бюджетной организации;
- мероприятия по социальному развитию бюджетной организации и материальному стимулированию работников.

Если у бюджетной организации нет кредиторской задолженности, то средства Фонда развития (кроме спонсорских взносов) расходуются следующим образом:

- 50 процентов на пополнение расходов на производство и реализацию товара (работ, услуг) и развитие материально-технической базы;
- не более 50–15 процентов средств на мероприятия по социальной защите и стимулирование работников бюджетной организации;
- средства, поступившие от всех добровольных спонсорских и благотворительных взносов физических и юридических лиц (если они не были специально согласованы с спонсорами), расходуются на развитие материально-технической базы организации.

Дальнейшее совершенствование механизма финансирования медицинских учреждений

С 1 января 2006 года вступил в силу Закон Республики Узбекистан «Об исполнении государственного бюджета Республики Узбекистан за счет казначейства».

До вступления в силу вышеуказанного закона исполнение бюджета и внебюджетных средств бюджетных организаций регулировалось законом «О бюджетной системе», Налоговым кодексом и другими государственными законами.

Организация казначейского исполнения государственного бюджета осуществляется Центральным банком и Министерством финансов. Такая организация исполнения казны имеет некоторые недостатки, в том числе, разобщенность (невидимость) бюджетных средств, отсутствие порядка предварительного и текущего контроля за целевым расходованием бюджетных средств.

наряду с устранением вышеуказанных недостатков предусматривает:

- установление предварительного и текущего контроля за правильностью осуществляемых бюджетными организациями (органами казначейства) расходов, наличием расчетных счетов-фактур, накладных, договоров, действительностью статьи в нормах и нормах потребляемых товаров, работ и услуг;

- осуществление платежей, осуществляемых бюджетными организациями поставщикам товаров, путем обхода банковских счетов распределителей бюджетных ассигнований;

- осуществление своевременной оплаты расходов получателей бюджетных средств;

– улучшение качества отчетов об исполнении сметных расходов, сокращение времени их подготовки и сдачи.

Этот закон, наряду с регулированием отношений казначейства и государственного бюджета, вводит несколько новых понятий и терминов. В частности, казначейское исполнение государственного бюджета, казначейский учет, единый казначейский учет, единый бухгалтерский план счетов ведения казначейского учета государственного бюджета и другие.

В соответствии с пунктом 6 Постановления Президента Республики Узбекистан от 2 октября 2007 года №ПП-700 «О мерах по совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений Республики» Министерству финансов и Министерству здравоохранения поручены следующие задачи:

– разработка и утверждение нормативов численности работников финансовых бухгалтерских служб отделов (отделений) финансирования учреждений здравоохранения в структуре территориальных финансовых органов;

– разработка и утверждение распределения обязанностей между финансово-бухгалтерскими службами медицинских учреждений и территориальными финансовыми органами, предусматривающих разработку и утверждение сметы расходов на основе утвержденных нормативов медицинскими учреждениями, а также регистрацию в финансовых органах оплаты расходов медицинских учреждений осуществлять единичными подразделениями Министерства финансов Республики Узбекистан в соответствии с утвержденной сметой расходов;

– дополнить финансово-бухгалтерские услуги медицинских учреждений высококвалифицированными специалистами.

Приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 15 октября 2007 года №459 по согласованию с Министерством финансов разработаны и утверждены нормативы численности работников финансово-бухгалтерских служб учреждений здравоохранения Республики.

Этим приказом были образованы ликвидационные комиссии Министерства здравоохранения Республики Каракалпакстан, центральных бухгалтерий управлений здравоохранения областей и города Ташкента. Следует отметить, что Указом Президента Республики Узбекистан от 2 октября 2007 года № ПП-700 принят новый порядок совершенствования финансирования медицинских учреждений с учетом развития казначейского исполнения государственного бюджета в республике, что в свою очередь способствует:

–повышению независимости руководителей медицинских учреждений при утверждении смет расходов;

– обеспечению целевого и эффективного использования бюджетных средств, соблюдению бюджетной дисциплины в медицинских учреждениях, усилению контроля над медицинскими работниками с соблюдением требований усовершенствованной системы оплаты труда;

– осуществлению постоянного мониторинга за соблюдением договорной дисциплины, лимитов потребления и норм расхода;

– предоставлению возможности медицинским учреждениям, особенно сельским врачебным пунктам, усилить практическую и методическую помощь в составлении и утверждении штатных списков и смет расходов, организации бухгалтерского учета и составления отчетов.

Задачи и обязанности территориальных отделов (отделений) финансирования учреждений здравоохранения:

– рассмотрение и регистрация смет расходов медицинских учреждений, представление в казначейские подразделения одного экземпляра смет расходов, утвержденных и запечатанных должностным лицом территориального финансового органа;

– внесение в установленном порядке изменений в сметы расходов медицинских учреждений по согласованию с казначейскими подразделениями;

– предоставление годовой, квартальной и ежемесячной отчетности по исполнению смет расходов бюджетных средств и смет доходов и расходов внебюджетных средств медицинских учреждений;

– контроль над соблюдением сметы и бюджетной дисциплины медицинскими массами;

– участие в проверках финансово-хозяйственной деятельности медицинских учреждений, находящихся в соответствующем бюджете.

Задачи и обязанности секторов финансирования учреждений здравоохранения Министерства финансов Республики Каракалпакстан, управлений финансов города Ташкента и области, районных (городских) подразделений регулируются соответствующими приказами Министерства финансов Республики Узбекистан.

Бюджетная дисциплина. Бюджетная, финансовая дисциплина состоит в правильном планировании и использовании средств, выделенных на поддержание здоровья населения, и состоит в том, чтобы каждый, кто непосредственно связан с этим с точки зрения исполнения возложенных на него задач, правильно и полностью выполнял установленные требования и инструкции.

Конечно, это касается в первую очередь руководителей лечебно-профилактических учреждений, работников финансово-плановой и ревизионной служб.

Многолетний организационно-методический опыт руководства финансовой деятельностью многих учреждений системы здравоохранения позволяет объяснить основные требования бюджетной финансовой дисциплины для сотрудников финансово-плановых управлений следующим образом:

1. Оперативный план должен быть четким и соответствовать задачам плана народного хозяйства.

2. Финансовая смета должна быть составлена на основе плана оперативной деятельности учреждения в соответствии с утвержденным штатным расписанием и с учетом объема фактических необходимых расходов.

3. Количественные и качественные показатели учреждения должны быть выполнены своевременно и в полном объеме. Любые изменения показателей плана должны осуществляться только с разрешения вышестоящих организаций.

4. Перечисление средств в смете из одной статьи в другую нельзя производить без согласования с финансовыми органами и без разрешения вышестоящих организаций.

5. Финансирование учреждений и расходование ими средств должно осуществляться в рамках утвержденной сметы и в соответствии с практикой выполнения учреждением плановой работы и занятости штатов.

6. При расходовании доходов из специальных средств следует учитывать виды расходов и их количество, указанные в утвержденной смете.

7. Денежные средства следует использовать с максимальной экономией и соблюдением режима экономии, максимально используя внутренние возможности учреждения.

8. Бюджетные средства и специальные средства следует направлять на конкретные цели, указанные в утвержденной смете.

9. Руководители учреждений должны строго соблюдать принцип единства кассы, поэтому все денежные поступления должны быть переданы в банк в установленном порядке и в случае необходимости взяты у банка.

10. Нераспределенная денежная масса, полученная из специальных средств, а также от заработной платы, подлежащей выплате по авансовым ведомостям, сверх установленного лимита, в учреждении не может быть сохранена более чем на 3 дня.

Контрольные вопросы

1. Что понимается под государственным и местным бюджетами?
2. Как классифицируются доходы и расходы государственного бюджета?
3. Что входит в расходы государственного бюджета?
4. Из каких источников может производиться оплата медицинских услуг?
5. Что понимается под перечнем гарантированных государством медицинских услуг и как он финансируется?
6. В каких случаях государство предоставляет населению гарантированную бесплатную первичную медико-санитарную помощь?
7. В каких случаях используется смешанное финансирование медицинских услуг?
8. Как осуществляются подушевое финансирование?
9. На что должно уделяться внимание при составлении сметы больницы?
10. Какие механизмы оплаты труда медицинских работников существуют?
11. Какие функции и обязанности имеют территориальные отделы финансирования учреждений здравоохранения?

Глава 33. ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Деятельность медицинских работников и рациональное использование материально-технической базы здравоохранения влияют на рост национального дохода и поэтому связаны с социально-экономическими проблемами.

Труд медицинских работников непосредственно не создает каких-либо материальных благ, а косвенно направлен на удовлетворение потребностей населения в здоровье и лечении путем создания необходимых услуг для населения.

Экономика здравоохранения непосредственно связана с планированием и развитием народного хозяйства и здравоохранения.

Экономика здравоохранения с учётом её научно-практической деятельности занимается следующими проблемами:

- влияние динамики показателей здоровья населения (заболеваемость и др.) на фактический объем промышленного производства, в частности, экономический эффект от профилактики отдельных заболеваний;
- экономический эффект профилактических мероприятий, уровень удовлетворенности населения с учетом потребности в медицинской помощи и ее экономической и социальной значимости;
- определение состояния трудовых ресурсов, необходимых для оказания медицинской помощи с учетом затрат на оплату труда;
- эффективность капитальных вложений, обеспечивающих прирост базовых фондов в системе здравоохранения, анализ факторов, определяющих динамику капитальных вложений в здравоохранение, оптимизации необходимой формы основных фондов, норм капитального ремонта и эксплуатации с учетом физического и духовного износа оборудования;
- определение максимального объема расходов, необходимых для нормального функционирования системы здравоохранения;
- предложение медицинских услуг населению и научно обоснованный выбор наиболее эффективных форм оказания медицинской помощи (стационарная, амбулаторно-поликлиническая или координация оказания помощи на дому) с учетом тенденции к концентрации, специализации сети медицинских учреждений и разделения труда медицинского персонала, с учетом научной базы, с учетом характера расположения системы и социально-демографических особенностей;
- оценка значения диагностических и лечебных мероприятий, оказываемых лечебно-профилактическими учреждениями населению;
- внутренние резервы здравоохранения, их использование и др.

При решении экономических задач в здравоохранении необходимо иметь в виду, что полученный или вероятный эффект оценивается через социальные, медицинские или чисто экономические обстоятельства.

Социальный эффект здравоохранения определяется с такими показателями, как продолжительность жизни, демографические сдвиги (рождаемость, смертность, естественный прирост населения и др.).

Социальный эффект здравоохранения связан с удовлетворением потребностей населения в здоровье, и одновременно зависит от многих социально-экономических факторов в стране. Социальный эффект потенциально связан с экономическим эффектом, поскольку одним из его результатов является порождение рабочей системы.

Социальный эффект также может быть измеряться критерием выживаемости. Этот критерий в равной степени используется при измерении как социального, так и экономического эффекта (точнее, последнее желательно измерять в денежных единицах).

При изучении социального эффекта необходимо учитывать все спасённые жизни, независимо от их трудоспособности.

Под медицинской эффективностью здравоохранения понимается качественная и количественная характеристика степени достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Термин «медицинская эффективность» широко применяется при изучении лечебно-диагностических процессов, профилактики заболеваний, организации и проведении медицинских мероприятий. К ним относятся, в частности, укрепление здоровья детей и пожилых людей, лечение отдельных заболеваний с высоким уровнем медицины (онкологических, СПИДа и пр.) и другие аспекты медицинской деятельности.

Экономическая эффективность здравоохранения характеризует прямой и косвенный (опосредованный) вклад, вносимый здравоохранением в рост производительности труда, увеличение национального дохода, развитие производства. Экономическая эффективность в здравоохранении не может быть определяющим критерием, главным является медицинская и социальная эффективность мероприятий по охране здоровья. Часто медицинская эффективность является доминирующей, требующей значительных затрат, отдача от которых может иметь место в отдалённом будущем или вовсе исключается. Изучение экономической эффективности в здравоохранении не является единственной целью, но все же очень важно, поскольку позволяет использовать имеющиеся ресурсы по назначению. При изучении экономической эффективности, безусловно, основное внимание уделяется трудоспособности.

При анализе экономической эффективности здравоохранения важно определить: что оценивается (вся система здравоохранения, программа здравоохранения или учреждение), с какого аспекта производится эта оценка (из контекста понятия социального, медицинского или экономической эффективности) и по каким критериям.

В следующей таблице приведены возможности для оценки эффективности программ и мероприятий в области здравоохранения (Таблица 33.1).

При выборе индикаторов необходимо учитывать ряд требований, которые им соответствуют. К ним относятся:

1. Показатель должен отображаться с количественным измерением.
2. Он должен находиться в непосредственной связи с проведением оценки деятельности и быть достаточно чувствительным, чтобы обнаружить все ожидаемые изменения.

3. Для расчета показателя данные должны быть достаточными и доступными, и метод расчета не должен быть сложным (чем проще, тем лучше).

4. Показатель должен быть общепризнанным, и не должны появляться разные мнения.

5. Одна деятельность, при изучении разными исследованиями и в разных временах, должна давать аналогичные результаты.

6. Для выбора оптимального варианта показатель должен обеспечивать возможность сравнения результатов аналогичных и различных программ проводимых различными учреждениями в различных условиях.

7. Выбранный показатель должен обеспечивать комплексную оценку программы или деятельности.

Примером подтверждения экономической эффективности в здравоохранении могут служить соотношение получаемого эффекта и средства затраченные на реализацию лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности от отдельных заболеваний.

Методы оценки эффективности медико-социальных программ в здравоохранении

Общей чертой исследований, проведенных в последние годы, явилось определение стоимостных показателей различных аспектов деятельности лечебно-профилактических учреждений, а также расчет экономической эффективности в снижении заболеваемости и смертности населения по отдельным но зоологическим формам заболеваний.

При этом общая формула экономической эффективности в выглядит следующим образом:

$$\text{Экономическая эффективность} = \frac{\text{расходы} + \text{размер экономической эффективности}}{\text{расходы}}$$

Метод анализа эффективности затрат на использование существующего коечного фонда. Пустые койки в больницах не только снижают объем стационарной помощи, оказываемой населению, но и ухудшают качество медицинской службы в целом, приводят к значительным потерям. Это связано с тем, что расходы на обеспечение больничными койками (помимо расходов на питание и лекарства для больных) также ложатся на время эксплуатации внебольничных коек.

Способ расчета суммы экономических потерь в денежной форме предусматривает определение затрат на содержание стационара путем исчисления фактической (учетной) стоимости одного койко-дня путем деления ее на соответствующее число среднегодовых коек.

Разница между расчетными и фактическими значениями одного койко-дня позволяет определить величину экономических потерь в результате простоя коек. При этом количество койко-дней рассчитывается с учетом оптимальной занятости койки в течение всего года.

Например, центральной районной больнице района «N» (на 300 мест) оптимальное среднее время занятости составляло 325 дней, а практическая занятость койки в среднем – 320 дней, таким образом в течение года каждое место простояло по 5 дней. Число дней простоя коек в стационаре умножая на числу средней занятости койки в год, определяем общую числосвободных коек в больнице: 5 дней Ч 300 коек = 1500 койко-дней (Цифры в этом и следующих примерах являются условными).

Предположим, что текущие затраты (без учета продуктов питания и медикаментов) на обеспечение данной больницы в течение года составили 672 млн. сумов на 96 000 обслуживаемых койко-дней. Было подсчитано, что эта больница должна была обслуживать 97 500 койко-дней. (Среднегодовой рабочий день на 300 коек составляет по 325 дней).

По этим данным, экономические потери от простоя коек в районной больнице «N» рассчитываются следующим образом. Фактические затраты на одну койку = 672000000 сумов: 96000 койко-дней = 7000 сумов. Согласно расчету, стоимость коек в день = 672000000: 97500 коек в день = 6890 сумов 23 тийин. Разница между расчетными и фактическими значениями одного койко-дня составила: 7000 сумов – 6890 сумов 23 тийин = 109 сумов 77 тийин. Иными словами, каждый койко-день, согласно отчету, становился дороже на 109 сум 77 тийин. Экономические потери в результате простоя мест в течение всего года повсей больнице определяются следующим образом: 109 сум 77 тийин Ч 96000 койко-дней = 10537920 сум. Таким образом, в результате простоя коек в больнице в районе «N», годовые убытки составили 10537920 сумов.

В настоящее время особое значение приобретает работа, направленная на изучение эффективности лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение или предупреждение временной нетрудоспособности или инвалидности.

Большой интерес к экономическим аспектам временной нетрудоспособности очевиден и определяется двумя различными условиями: во-первых, при этом потери временной нетрудоспособности в стране могут нанести серьезный экономический ущерб, а во-вторых, возникающие в результате них экономические потери легко выявляются благодаря точному статистическому учету заболеваемости временной нетрудоспособностью.

Экономический эффект временной нетрудоспособности изучается через объем сэкономленного труда:

$$R = Q \cdot N$$

здесь: R – искомый экономический результат; Q – объем сэкономленного труда в течение года; N – годовой национальный доход, полученный в расчете на одного работника.

Например, в 2019 году 10 промышленных предприятий Узбекистана сээкономили 600 тысяч рабочих дней. Среднегодовой рабочий день на одного работника составляет 250 дней. Тогда: $Q = 600000 / 250 = 2400$ чел/ год.

В том же году средний годовой национальный доход на одного работника был условно равен 95000 сумов. В этом случае экономический эффект 10 промышленных предприятий за счет сэкономленных рабочих дней выглядит следующим образом:

$$R = Q \cdot N = 2400 \cdot 95000 = 228000000 \text{ сум.}$$

Аналитическая схема для оценки эффективности программ и мероприятий в области здравоохранения.

Что оценивается	По каким критериям оценивается эффективность?		
	Социальная эффективность	Медицинская эффективность	Экономическая эффективность
	Система критериев эффективности		
	А	Б	В
	Система показателей для изучения эффективности		
I. Здравоохранение как система	а) б) в) г) д)	а) б) в) г) д)	а) б) в) г) д)
	Система критериев эффективности		
II. Медико-социальная программа (например, проводится реабилитация больных после инфаркта миокарда)	А. Степень социально-трудовых потерь общества из-за инфаркта миокарда	Б. Состояние здоровья лиц с инфарктом миокарда	В. Положительное сальдо расходов на реабилитационную программу
	Система показателей для анализа эффективности		
	а) смертность населения от инфаркта миокарда б) частота инвалидности, вследствие инфаркта миокарда в) продолжительность потерь трудоспособности	а) частота летальности при инфаркте б) частота обострений в) частота повторных инфарктов г) тяжесть повторных инфарктов д) уровень хронической коронарной недостаточности е) показатели гемодинамики и др.	Стоимость медицинских услуг: а) пациенту до госпитализации б) больнице в) обслуживание на санаторно-курортных этапах г) стоимость платежей по социальному страхованию

Так, в 2019 году национальный доход в размере 228000000 сумов был получен за 600000 рабочих дней, которые были сэкономлены на счете 10 промышленных предприятий.

В другом аналогичном методе рекомендуется учитывать «экономленное время» и «дополнительный продукт предприятия» для изучения эффективности, получаемой за счет снижения временной нетрудоспособности. Соблюдается следующая схема расчетов:

S – время, сэкономленное за счет разницы в интенсивности заболеваемости на 100 работников в текущем (ТГ) и прошлом году (ПГ); R – среднегодовая численность сотрудников на предприятии; Q – количество человеко-дней, фактически произведенных рабочими в течение года.

Таким образом, «экономленное время» можно рассчитать по следующей формуле:

$$S = (ТГ - ПГ) \cdot R / Q.$$

Количество дополнительного продукта (КДП), получаемого предприятием, прямо пропорционально продукту (V), производимому средним работником в год и сэкономленному времени (S) и обратно пропорционально количеству фактических рабочих дней (G) на одного работника в год. Таким образом:

$$(КДП) = V \cdot S / G$$

С помощью этого метода можно точно рассчитать экономическую эффективность, получаемую от изменения временной нетрудоспособности на конкретном промышленном предприятии. Во многих случаях становится труднее определить ведущие медицинские и социально-экономические факторы, влияющие на здоровье населения. Однако в некоторых случаях можно будет определить важность медицинских мероприятий для улучшения экономических показателей того или иного предприятия.

Возможны два подхода к этому вопросу, в-первых, при экспериментальных условиях и для основных групп работников, имеющих одинаковые социально-гигиенические условия можно применить методику расчета потерь. Выявление потерь в основных и контрольных группах (в которых не проводились те или иные лечебно-профилактические мероприятия) позволяет говорить о рентабельности лечебно-профилактических мероприятий, а не об общем состоянии здоровья.

Метод «контрольной группы» может быть использован для определения экономической эффективности большинства лечебно-профилактических мероприятий промышленных предприятиях, имеющих сходные социально-экономические условия, различное количество лечебно-профилактических мероприятий или имеющих сходные промышленные предприятия. Даже если невозможно разделить «контрольную группу», эффективность лечебных и профилактических мероприятий можно определить, если рассчитать «ожидаемые» и «текущие» потери во время и после их реализации.

В этом случае эффективность оздоровительных мероприятий можно рассчитать следующим образом:

$$R = L \cdot (A - S + K) / Dn$$

где: R – расчет эффективности; L – количество рабочих дней, потерянных из-за болезни или травмы; A – сумма производственных затрат; S – стоимость продуктов труда предыдущего года; K – размер дохода; D – среднегодовая численность сотрудников; n – количество рабочих дней в году.

Теперь определяется следующее:

- а) ожидаемые потери от фактического уровня заболеваемости – P_1 ;
- б) фактические потери после реабилитации и снижения заболеваемости – P_2 ;
- в) разница между ожидаемыми и фактическими потерями или экономический эффект (ЭЭ) конкретного лечебно-профилактического мероприятия:

$$\text{ЭЭ} = P_1 - P_2$$

В данном случае речь идет не об экономическом эффекте в самом широком смысле, а только о прямом экономическом результате, связанном с проведением того или иного лечебного мероприятия. В этом методе ведущую роль играют не социально-экономические факторы, а адресные лечебно-профилактические мероприятия, потому что социально-экономические факторы не приводят к резким колебаниям заболеваемости.

Экономическая эффективность лечебных мероприятий также может быть изучена в зависимости от изменения числа отдельных нозологических форм заболевания.

Такой подход является наиболее объективным, так как точное количество заболеваний является конечным результатом тех или иных оздоровительных мероприятий. Кроме того, количество болезней, которые можно четко учесть, также легко сопоставить с потерями в производстве национального продукта.

Разница между скорректированной и текущей производительностью труда указывает на величину производительности труда одного работника в результате снижения (потери) заболеваемости, отношение скорректированной производительности труда к фактической определяет процент ее роста. Формула расчета выглядит следующим образом:

$$\text{ПСТ} = (П + Н) / Ч : П / Ч \cdot 100$$

здесь: ПСТ – прирост скорректированной производительности труда; П – доход; Н – необработанный продукт вследствие нетрудоспособности; Ч – среднегодовая численность работников промышленного предприятия.

Метод оценки экономической эффективности сохранения человеческой жизни. Потери в национальной экономике из-за преждевременной смерти ($U_{см}$) рассчитываются путем определения размера национального дохода, который не был произведен за счет лет, не дожитых до пенсионного возраста:

$$U_{см} = Д \cdot Пг \cdot Ч_{см}$$

здесь: Д – национальный доход, полученный одним работником в течение года, сум; Пг – среднее число лет, в течение которых один умерший человек не

мог дожить до пенсионного возраста по причине; Чсм – число лиц, умерших, не достигнув пенсионного возраста.

При таком методе расчета сумма национального дохода, полученного за счет потерь, полученных в отчетном году, по отношению к эффекту, достигнутому за счет снижения преждевременной смертности, сравнивается с доходом в базовом году. Но конкретный экономический эффект, достигаемый обществом в результате сохранения человеческой жизни, проявляется в добавленной стоимости продуктов, которые могут быть произведены за годы труда.

Оценка экономического эффекта снижения инвалидности. Потери связанные с инвалидностью, с полной утратой трудоспособности, в народном хозяйстве состоят из следующих основных элементов: национальный доход, не произведенный в результате инвалидности (расходы, продукты); пособия по социальному обеспечению в годы инвалидности; дополнительные расходы на оказание дополнительной медицинской помощи инвалидам; расходы на обучение по изменению квалификации инвалидности и др. Если инвалид продолжает работать по специальности с частичным сохранением трудоспособности и получает заработную плату не ниже прежней, то потери в народном хозяйстве из-за инвалидности не учитываются. Если инвалид переходит на более низкооплачиваемую работу в результате частичной потери трудоспособности, произведенный им национальный доход (чистый продукт) уменьшается до такой степени, что годовая заработная плата оказывается ниже предыдущей.

Для расчета экономических потерь ($Уи$) от инвалидности можно использовать следующую формулу:

$$Уи = (Дн + Псо + Ли) \cdot И \cdot и$$

где: $Дн$ – среднегодовая сумма национального дохода (чистого продукта), не произведенная 1 работником в результате инвалидности, сум; $Псо$ – среднегодовой размер пособия по инвалидности, сум; $Ли$ – средние дополнительные расходы на медицинские услуги для 1 инвалида в течение года, сум; $И$ – количество инвалидов; $и$ – это среднее количество лет работы, потерянных из-за инвалидности.

Экономическая эффективность снижения инвалидности рассчитывается путем суммирования понесенных экономических потерь:

$$Еи = Уиб - Уир$$

где: $Уиб$ – потери в народном хозяйстве в результате нетрудоспособности в базовый период; $Уир$ – потери в народном хозяйстве в результате инвалидности за отчетный период.

Определение условной экономии бюджетов больниц за счет сокращения времени лечения. Важным экономическим аспектом здравоохранения является повышение эффективности использования средств, выделяемых медицинским учреждениям. Как известно, расходы, покрывающие незанятые места, составляют 3/4 стоимости обеспечения занятых мест. Совер-

шенствование использования коечного фонда также является актуальным вопросом, так как стоимость 1 койко-дня имеет тенденцию к увеличению.

При экономическом описании деятельности объектов больницы важно проанализировать выполнение плановой производительности коек в течение года (плановое количество дней). Экономические потери, связанные с невыполнением стационаром плана (US), можно рассчитать по следующей формуле:

$$Ус = (Б - ПМ) \cdot 1 - КФ/Кп$$

где: Б – бюджет больницы, сум; ПМ – сумма затрат на питание и лекарства; Кп – количество запланированных мест (или плановое использование койки); Кф – количество активных дней (или фактическая работа 1 койки).

Для приблизительных упрощенных расчетов:

$$Ус = 0,75 \cdot Б \cdot 1 - КФ/Кп$$

где: 0,75 – коэффициент, отражающий среднее отношение стоимости незанятых коек к стоимости занятых.

Задача (условная). Бюджет больницы – 100.000.000 сум, в том числе расходы на питание и медикаменты – 25.000.000 сум, плановая занятость 1 койки в течение года – 340 дней, на практике 1 койка занята 330 дней, то есть доля выполнения плана – 0,96.

$$Ус = (100.000.000 - 25.000.000) \cdot (1 - 0,96) = 300.000 \text{ сум, или} \\ Ус = 10.000.000 \cdot 0,75 \cdot 0,04 = 3.000.000 \text{ сум}$$

Стоимость лечения одного пациента также снижается за счет сокращения средней продолжительности пребывания пациента. Одновременное сокращение продолжительности лечения позволяет больницам оказывать стационарную помощь большему количеству пациентов за счет той же суммы. В этом случае государственные средства используются более эффективно. Такая ситуация называется условной экономией бюджета. Условная экономия бюджета больниц (E_s) рассчитывается по следующей формуле:

$$Эс = Б/Кп \cdot (б - p) \cdot Ч$$

где: Б – больничные расходы; Кп – количество запланированных дней; б – средняя продолжительность пребывания пациентов в базовом (прошедшем) периоде; p – средняя продолжительность пребывания пациентов за отчетный период; Ч – количество пролеченных в течение отчетного периода больных.

Если средняя продолжительность стационарного лечения за отчетный период увеличится, то произойдет относительное увеличение затрат.

Расчет эффекта, достигаемого в народном хозяйстве за счет сокращения сроков лечения. Большое экономическое значение имеет сокращение сроков лечения пациентов за счет внедрения в практику здравоохранения более прогрессивных методов лечения и улучшения работы медицинских

учреждений. При этом эффект не ограничивается экономией средств медицинских учреждений.

Экономическая эффективность, достигаемая в народном хозяйстве за счет сокращения сроков лечения, характеризуется снижением потерь народного хозяйства от заболевания:

$$\mathcal{E} = Y_b - Y_p$$

где: \mathcal{E} – экономический эффект, достигаемый за счет сокращения сроков лечения больных; Y_b – ущербы в народном хозяйстве от заболеваемости за отчетный период; Y_p – ущербы в народном хозяйстве от заболеваемости с учетом продолжительности лечения в базовом (прошедшем) периоде.

Ущерб от заболеваемости в народном хозяйстве (Y) определяются по следующей формуле:

$$Y = O_n + B + L$$

где: O_n – новая стоимость, не произведенная из-за больничных (национальный доход); B – выплаты по больничному листу при временной нетрудоспособности за счет социального страхования; L – расходы на лечение, а также другие виды медицинских услуг: стационар – L_c или амбулатория – L_a .

Стоимость стационарного лечения рассчитывается путем умножения стоимости 1 койко-дня (K) на среднюю продолжительность пребывания пациентов (t).

Стоимость амбулаторного лечения рассчитывается путем умножения на среднюю стоимость (M) одной посещения к среднему количеству посещений амбулаторных больных к врачам амбулаторно в поликлинике и к визитам врачей на дому (A). Таким образом:

$$L = L_c + L_a = K \cdot t + A \cdot M$$

Общая рентабельность, связанная с сокращением продолжительности лечения, будет зависеть от сокращения продолжительности лечения в расчете на одного среднего пациента и общего количества пролеченных пациентов. Данные, приведенные в таблице 33.2, используются для расчетов.

Как видно из таблицы, все данные получены только за отчетный период, но средние показатели продолжительности лечения получены как за отчетный, так и за базовый (предыдущий) годы. Стоимость одного койко-дня будет зависеть от типа, размера и специализации больницы. Поэтому стоимость койко-дня рассчитывается за этот период именно по определенному стационару. Если трудно определить значение некоторых показателей, то можно воспользоваться информацией, опубликованной в медицинских источниках, с учетом типа и мощности лечебного учреждения.

Таблица 33.2.

Данные, необходимые для расчета экономической эффективности сокращения сроков лечения

№	Показатели	2018 г.	2025 г.
I. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни			
1.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (оба пола) (в годах)	73,7 (2017 г.)	75,0
2.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении у мужчин (в годах)	71,3 (2017 г.)	72,1
3.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении у женщин (в годах)	76,1 (2017 г.)	77,8
II. Совершенствование системы организации и управления здравоохранением			
1.	Доля сотрудников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и его территориальных органов управления с высшим образованием в области управления в общественном секторе, делового администрирования, экономики здравоохранения, государственной политики, развития системы здравоохранения (%)	0	20,0
2.	Процент доступных международных индикаторов здоровья, определяемых в соответствии с международными стандартами	<50	75,0
3.	Процент свидетельств о смерти с причинами смерти, записанных в электронном виде в соответствии с международными стандартами	<50	75,0
4.	Процент больниц, в которых внедряется не менее 10 «пакетов безопасности для пациентов», чтобы свести к минимуму случаи заражения инфекцией в стационарах и непредвиденных событий	0	50,0
5.	Процент удовлетворенности работников здравоохранения своей деятельностью	Нет данных	50,0
6.	Процент амбулаторных учреждений с клиническими информационными системами, которые позволяют им контролировать результаты для своих пациентов по группе или состоянию болезни и которые используют их для целей улучшения качества	0	50,0
7.	Административно-управленческий персонал всех звеньев системы здравоохранения, прошедший подготовку, переподготовку и повы-	70,0	100

Контрольные вопросы

1. Решением каких проблем занимается экономика здравоохранения?
2. В чем проявляется социальная эффективность здравоохранения?
3. Что подразумевается под медицинской эффективностью здравоохранения?
4. Что подразумевается под экономической эффективностью здравоохранения?
5. Какие требования следует учитывать при выборе показателей эффективности в здравоохранении?
6. Как анализируется экономическая эффективность использования коечного фонда?
7. Как рассчитывается экономическая эффективность предотвращения временной нетрудоспособности?
8. Как рассчитывается экономическая эффективность сохранения человеческих жизней?
9. Как можно объяснить экономическую эффективность от снижения инвалидности?
10. Как рассчитать эффективность, получаемую в народном хозяйстве за счет сокращения сроков лечения?

Глава 34. КОМПЛЕКСНЫЕ МЕРЫ ПО КОРЕННОМУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

В рамках реализации мер по реформированию системы здравоохранения в республике удалось достичь определенных результатов в формировании современной системы оказания медицинской помощи населению.

За истекший период усовершенствована система оказания первичной медико-санитарной помощи путем организации сельских врачебных пунктов, городских и сельских семейных поликлиник, повышена ее доступность населению. Создана единая централизованная система экстренной медицинской помощи, совершенствуется сеть республиканских специализированных научно-практических медицинских центров, оказывающих высокотехнологичные медицинские услуги гражданам, в том числе на местах.

Реализован ряд целевых национальных программ по укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матери и ребенка. Организованы Республиканский и региональные скрининг-центры, обеспечивающие предупреждение рождения детей с наследственными и врожденными заболеваниями.

В результате этого за период 1991 – 2017 гг. коэффициент общей смертности уменьшился на 20 процентов, материнской и младенческой смертности – в 3,1 раза. Продолжительность жизни с 1995 года увеличилась на 4,6 года и составила 73,7 года.

Вместе с тем, накопившиеся за последние годы системные недостатки и проблемы в организации деятельности здравоохранения препятствуют эффективному решению задач по дальнейшему совершенствованию системы охраны здоровья граждан. В их числе:

первое, отсутствуют концепция и стратегические цели в планировании и управлении сферой здравоохранения, в результате чего проводимые реформы носят фрагментарный характер и не позволяют оправдать ожидания и запросы населения по качеству здравоохранения;

второе, система сметного финансирования сферы здравоохранения основана на устаревших, не соответствующих международной практике механизмах, что приводит к неэффективному использованию финансовых ресурсов и хроническому недофинансированию отрасли;

третье, низкая эффективность работы по профилактике и раннему выявлению заболеваний, патронажу и формированию здорового образа жизни является причиной увеличения обращений граждан за специализированной медицинской помощью;

четвертое, слабо развита преемственность между различными уровнями и этапами оказания медицинской помощи населению, включая восстановительное лечение и реабилитацию;

пятое, осуществляемая кадровая политика не позволяет прогнозировать перспективы обеспечения специалистами на всех уровнях оказания меди-

цинской помощи, особенно первичного звена, а также подготовки организаторов и управленческого персонала системы здравоохранения;

шестое, слабая интеграция медицинской практики с образованием и наукой на фоне низкого инновационного потенциала специализированных центров отражает неудовлетворительный уровень внедрения передовых достижений медицины в лечебно-диагностический процесс;

седьмое, отсутствуют единые стандарты в сфере электронного здравоохранения, не внедрены современные программные продукты, обеспечивающие интеграцию и эффективное управление медицинскими услугами, существующие информационные системы и технологии разрознены и носят узконаправленный характер.

Указом Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года в целях формирования концептуально новых моделей организации и финансирования здравоохранения, обеспечивающих кардинальное повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи населению, внедрения современных достижений медицинской науки и технологий, а также в соответствии с задачами Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017–2021 годах:

1. Считать важнейшими направлениями реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан:

- совершенствование законодательства в сфере здравоохранения путем его унификации и принятия законов прямого действия, направленных на повышение качества медицинских услуг и защиту прав пациентов, а также усиление ответственности и защищенности медицинских работников;

- формирование современной системы управления и «кластерной» модели организации здравоохранения регионов, обеспечивающей интеграцию лучших практик менеджмента и управления качеством медицинских услуг на основе международных стандартов, внедрение системы аккредитации медицинских и фармацевтических организаций, лицензирования врачебной и фармацевтической деятельности;

- совершенствование системы финансирования здравоохранения, определение объемов гарантированной государством бесплатной медицинской помощи, внедрение системы оплаты медицинских услуг за «пролеченный случай» по клинико-затратным группам и новых механизмов подушевого финансирования, а также поэтапное внедрение обязательного медицинского страхования;

- повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи, поддержку здорового образа жизни и профилактику заболеваний, в том числе путем формирования системы медицинской стандартизации, внедрения высокотехнологичных методов диагностики и лечения, эффективных моделей патронажа и диспансеризации;

- совершенствование системы охраны материнства и детства на основе развития медицинской генетики, экстренной и специализированной медицинской помощи женщинам и детям, внедрения современных программ скрининга, создания в регионах многопрофильных медицинских комплексов и информационных систем «Мать и дитя»;

- развитие частного здравоохранения, государственно-частного партнерства и медицинского туризма, создание благоприятных условий и улучшение конкурентной среды для широкого привлечения инвестиций в сферу здравоохранения;

- дальнейшее развитие фармацевтической отрасли, совершенствование механизмов ценообразования, расширение объемов и номенклатуры производства лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

- формирование эффективной системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров, развития медицинской науки, в том числе на основе сертификации (аккредитации) медицинских научных и образовательных учреждений по международным стандартам, внедрения современных образовательных программ, методов и технологий;

- широкое внедрение системы «электронного здравоохранения», создание комплекса информационных систем и баз данных, интегрированных на основе единых национальных стандартов.

Утверждена Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019 – 2025 годы, а также Программа мер по реализации Концепции развития системы здравоохранения Республики Узбекистан в 2019 – 2021 годах.

КОНЦЕПЦИЯ

развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019 – 2025 годы

I. Современное состояние здравоохранения Республики Узбекистан

Создание в стране качественной системы здравоохранения, обеспечивающей сохранение и улучшение здоровья населения, формирование условий для воспитания здорового поколения, является приоритетным направлением государственной политики.

Благодаря принимаемым мерам в стране обеспечено повышение эффективности, качества и доступности медицинского обслуживания населения, достигнуты основные параметры Целей развития тысячелетия ООН.

За годы независимости международным сообществом была дана положительная оценка достижениям страны в сфере здравоохранения. Так, продолжительность жизни населения увеличилась на 4,6 лет – с 69,1 лет в 1995 году до 73,7 лет в 2017 году.

Показатель материнской смертности уменьшился в 3,1 раза и составил 21 случай на 100 тысяч живорожденных, а младенческой смертности – в 3,1 раза и составил 11,5 случаев на 1000 живорожденных. Степень охвата вакцинацией и профилактическими мероприятиями против наиболее часто встречающихся заболеваний у детей уверенно поддерживается на уровне 96 – 98 процентов.

Внедрение комплекса профилактических, противозидемических и санитарно-гигиенических мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями позволило обеспечить полную защиту от случаев возникновения особо опасных инфекций (чума, холера), полиомиелита, дифтерии, столбняка

новорожденных, местных случаев малярии, кори и краснухи. Получены сертификаты Всемирной организации здравоохранения об элиминации дикого штамма полиомиелита (2002 г.), кори и краснухи (2017 г.), малярии (2018 г.).

Вместе с тем в организации здравоохранения сохраняются отдельные проблемные вопросы и негативные явления, препятствующие эффективному решению задач по дальнейшему совершенствованию системы охраны здоровья граждан.

В частности, отсутствие комплексного правового регулирования отрасли, значительное преобладание подзаконных и ведомственных актов, в первую очередь в сфере профилактики и социальной защиты населения от заболеваний, являющихся ведущими в индексе смертности и инвалидности, не позволяют обеспечивать стабильность системы здравоохранения. Неурегулированность таких востребованных направлений, как трансплантология, вспомогательные репродуктивные технологии, телемедицина, приводит к отставанию национальной системы здравоохранения от современных достижений медицинской науки и практики.

До сих пор не созданы условия для внедрения системы обязательного медицинского страхования, в результате чего финансирование здравоохранения по-прежнему осуществляется преимущественно за счет бюджетных средств. В республике не разработаны клиничко-затратные группы (система DRG), тесно связанные с клиническими рекомендациями (протоколами) и стандартами медицинских услуг.

Остается неудовлетворительной эффективность профилактической, патронажной и своевременной лечебно-диагностической работы первичного звена здравоохранения, включая амбулаторное долечивание, в результате чего дорогостоящая стационарная помощь выступает в качестве основного уровня в системе охраны здоровья населения.

Отмечается низкий уровень патронажа населения, особенно детей и женщин фертильного возраста (72 – 77%), а квалификационный уровень знаний и навыков врачей общей практики не позволяет в полном объеме обеспечивать медицинскую помощь матерям и детям.

Имеющиеся барьеры для активного привлечения динамично развивающегося частного сектора здравоохранения к партнерству с государственными медицинскими организациями не позволяют эффективно использовать дополнительные финансовые ресурсы на здравоохранение.

Экстенсивно развиваются клиники медицинских высших образовательных учреждений, недостаточно используется их потенциал, где работают 70 процентов докторов медицинских наук. Слабая интеграция медицинской практики с образовательным процессом и наукой на фоне низкого инновационного потенциала специализированных центров свидетельствует о не удовлетворительном уровне внедрения передовых достижений медицины в лечебно-диагностический процесс.

Наряду с этим, отставание в имплементации современных систем подготовки и переподготовки медицинских кадров, и как следствие

недостаточный уровень профессиональных знаний врачей и среднего медицинского персонала негативно влияют на качество оказываемых медицинских услуг.

Низкий уровень социально-материальной защищенности медицинских работников, несоответствие их социально-правового положения степени возлагаемой ответственности создают условия для оттока квалифицированных кадров и коррупционных проявлений.

Слабое внедрение информационно-коммуникационных технологий в систему здравоохранения, чрезмерные объемы ведения медицинской документации в бумажном виде не позволяют оперативно отслеживать ход и обеспечивать эффективную реализацию принимаемых решений, а также являются причиной излишней бюрократизации и высоких издержек.

Вышеперечисленные недостатки не позволяют оправдать возрастающие запросы населения к качеству здравоохранения, оперативно реагировать на накопившиеся проблемы на местах и обеспечить достижение положительных изменений в сфере медицинского обслуживания.

В связи с этим, назрела необходимость формирования концептуально новой модели здравоохранения посредством успешной реализации Концепции развития здравоохранения Республики Узбекистан на 2019 – 2025 годы, предусматривающей следующие цели, задачи и основные направления.

II. Цели и задачи дальнейшего развития системы здравоохранения Республики Узбекистан

Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019 – 2025 годы (далее – Концепция) разработана в соответствии с нормативно-правовыми актами Республики Узбекистан, регулирующими деятельность в сфере здравоохранения, а также международными договорами в области охраны здоровья населения в рамках региональной политики Здоровье–2020 и Целей устойчивого развития 2030.

Концепция содержит в себе подходы, основанные на рекомендациях Всемирной организации здравоохранения, а также опыте передовых стран, достигших больших успехов в реформировании системы здравоохранения.

Цели Концепции:

1. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни путем улучшения результатов профилактики и лечения заболеваний и состояний, служащих причиной большинства случаев преждевременной смертности и инвалидности.

2. Реформирование системы финансирования и организации здравоохранения для обеспечения равного доступа к медицинской помощи, финансовой защищенности населения и справедливого распределения ресурсов.

3. Усиление потенциала органов управления здравоохранением, повышение роли и ответственности их руководителей для реализации задач Концепции и улучшения качества медицинской помощи населению республики.

Задачи Концепции:

1. Обеспечение комплексного правового регулирования отрасли с имплементацией международных стандартов и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения.

2. Развитие механизмов эффективного межведомственного взаимодействия и сотрудничества в сфере охраны здоровья граждан, включая решение проблем, негативно влияющих на социальные и экономические детерминанты здоровья, развитие здоровой и безопасной окружающей среды, улучшение водоснабжения и санитарии, здорового питания, в том числе младенцев и детей, а также формирование здорового образа жизни.

3. Укрепление системы общественного здравоохранения, в том числе развитие санитарно-эпидемиологической службы, совершенствование системы контроля инфекционных и неинфекционных хронических заболеваний, внедрение и выполнение Международных медико-санитарных правил.

4. Реформирование районного звена здравоохранения для обеспечения эффективной интеграции медицинских учреждений первичного и вторичного уровней здравоохранения, экстренной медицинской помощи, укрепление охраны здоровья матери и ребенка, совершенствование специализированной и развитие паллиативной медицинской помощи.

5. Совершенствование системы финансирования и организации здравоохранения, законодательное закрепление гарантированного государством объема бесплатной медицинской помощи и поэтапное внедрение обязательного медицинского страхования.

6. Развитие частного здравоохранения, государственно-частного партнерства и медицинского туризма, создание благоприятных условий и улучшение конкурентной среды для широкого привлечения инвестиций в сферу здравоохранения.

7. Совершенствование организационной структуры системы здравоохранения, центрального аппарата Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и его территориальных органов управления с четким разграничением функциональных задач и сфер ответственности.

8. Поэтапное внедрение системы аккредитации медицинских и фармацевтических организаций, а также лицензирования врачебной и фармацевтической деятельности.

9. Дальнейшее развитие фармацевтической отрасли, гармонизация процедур регистрации новых лекарственных средств и изделий медицинского назначения и медицинской техники с международными стандартами, совершенствование механизмов ценообразования, расширение объемов и номенклатуры производства лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, внедрение систем их маркировки и трекинга.

10. Формирование эффективной системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров, развития медицинской науки, в том числе на основе сертификации (аккредитации) научных и образовательных медицинских учреждений по международным стандартам, внедрения современных образовательных программ, методов и технологий.

11. Широкое внедрение систем «электронного здравоохранения», создание комплекса информационных систем и баз данных, интегрированных на основе единых национальных стандартов.

III. Основные направления дальнейшего развития системы здравоохранения Республики Узбекистан

1. Совершенствование законодательства в сфере здравоохранения

1. Совершенствование нормативно-правовой базы путем унификации национального законодательства в сфере здравоохранения и принятия законов прямого действия.

2. Кодификация действующих законодательных актов в сфере здравоохранения в едином акте с целью достижения их согласованности и обеспечения удобств для применения, принятие Кодекса здравоохранения Республики Узбекистан.

3. Правовое закрепление гарантированного государством объема бесплатной медицинской помощи.

4. Разработка и принятие нормативно-правых актов в сфере обязательного медицинского страхования.

5. Совершенствование законодательства в области охраны материнства и детства, в том числе регулирующего порядок вакцинации, диспансеризации и гарантированного бесплатного медицинского обслуживания матерей и детей, имплементация норм Международного кодекса о маркетинге заменителей грудного молока и принятие Национальной программы о питании младенцев и детей раннего возраста.

6. Совершенствование правовых механизмов регулирования маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и других международных организаций, а также стимулирования занятий физической культурой и вовлечения широких слоев населения в спортивные мероприятия.

7. Совершенствование механизмов обеспечения соблюдения медицинскими работниками профессиональных обязанностей, предупреждения конфликта интересов и коррупционных явлений, в том числе принятие Этического кодекса медицинских работников и страхование их профессиональной ответственности.

8. Дальнейшее совершенствование законодательства в сфере социальной защиты населения, особенно уязвимых категорий и повышение адресности социальной помощи.

2. Совершенствование системы организации и управления здравоохранением

1. Совершенствование структуры центрального аппарата Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и региональных органов управления здравоохранением путем внедрения современных форм государственного управления, основанных на широком использовании инновационных идей, разработок и технологий.

2. Совершенствование системы организации здравоохранения регионов на основе «кластерного» подхода, предусматривающего интеграцию разноуровневых и узкоспециализированных медицинских организаций,

взаимодополняющих и усиливающих друг друга, под единую систему управления для обеспечения необходимой этапности и преемственности медицинской помощи.

3. Разработка классификатора категорий медицинских организаций по уровням, объему и видам оказания медицинской помощи, а также нормативов их строительства, материально-технического и кадрового обеспечения из расчета на душу населения, с учетом его плотности и развития транспортной инфраструктуры.

4. Разработка и поэтапное внедрение с учетом передового зарубежного опыта механизмов аккредитации медицинских и фармацевтических организаций и организаций, деятельность которых связана с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, а также лицензирования врачебной и фармацевтической деятельности.

5. Внедрение современных систем менеджмента и управления качеством медицинских услуг на основе международных стандартов, а также механизмов оценки удовлетворенности населения качеством здравоохранения.

6. Внедрение современных механизмов оплаты труда и социального обеспечения медицинских работников, дифференцированных в зависимости от их квалификации, объема, степени сложности и качества оказываемой медицинской помощи, включая введение взамен применяемой отраслевой тарифной сетки базовых должностных окладов и переменной (премиальной) ставки по оплате труда, выплачиваемой по результатам деятельности медицинского работника по соответствующим критериям клинико-затратных групп и подушевого финансирования.

7. Разработка программ материального стимулирования и социальной поддержки медицинских работников учреждений первичной медико-санитарной помощи, особенно сельской местности.

8. Совершенствование системы государственного санитарно-эпидемиологического надзора, повышение их роли и ответственности в осуществлении надзора за соблюдением санитарных правил, норм и гигиенических нормативов, обеспечением безопасности здоровья граждан, внедрение новых технологий лабораторной и экспресс-диагностики патогенных факторов.

9. Внедрение единых механизмов и стандартов определения потребности медицинских организаций в оборудовании, расходных материалах и запасных частях, создание информационной системы их учета.

10. Образование региональных служб технического обслуживания и метрологической поверки медицинского оборудования на условиях государственно-частного партнерства.

3. Совершенствование системы финансирования здравоохранения

1. Поэтапное внедрение системы оплаты медицинских услуг за «пролеченный случай» по клинико-затратным группам и новых механизмов подушевого финансирования, предусматривающей:

- проведение мероприятий по выравниванию региональной бюджетной обеспеченности первичной медико-санитарной помощи за счет внедрения единого подушевого норматива финансирования с дифференцированными поправочными коэффициентами, учитывающих региональные особенности, тип учреждений, плотность населения и другие факторы;

- переход на современные способы оплаты услуг специализированной медицинской помощи за «пролеченный случай» по клинико-затратным группам в республиканских, областных и районных (городских) лечебно-профилактических учреждениях;

- переход к системе заключения контрактов на оказание медицинских услуг по программам гарантированной государством бесплатной медицинской помощи с государственными и частными поставщиками медицинских услуг.

2. Создание национальной системы счетов здравоохранения с целью учета расходов на здравоохранение и организации доказательной базы для принятия обоснованных стратегических решений, а также поддержки внедрения программ обязательного медицинского страхования.

3. Создание Фонда обязательного медицинского страхования, аккумулирующего и распределяющего финансовые средства по программам обязательного медицинского страхования.

4. Внедрение специальных программ обязательного медицинского страхования для целевых контингентов пациентов и целевых видов медицинской помощи во всех регионах республики на основе расчета гарантированных объемов медицинских услуг и формирования клинико-затратных групп.

5. Введение программ мотивации граждан, обеспечивающих рациональное использование медицинских ресурсов и заинтересованность в сохранении и укреплении собственного здоровья.

6. Поэтапное обеспечение всеобщего охвата граждан республики обязательным медицинским страхованием.

4. Повышение качества и доступности медицинской помощи, поддержка здорового образа жизни, профилактика и борьба с инфекционными и неинфекционными заболеваниями

1. Повышение доступности высококачественных медицинских услуг на местах путем создания крупных многопрофильных лечебных учреждений, в том числе за счет объединения узкопрофильных специализированных медицинских организаций (их филиалов).

2. Разработка и внедрение национальных клинических стандартов (протоколов, руководств, рекомендаций) по основным и наиболее часто встречающимся заболеваниям и состояниям, основанных на доказательной медицине и гармонизированных с международными стандартами.

3. Создание единого реестра медицинских услуг в сфере здравоохранения, предусматривающего описание технологии оказания услуги, необходимые кадровые ресурсы, лекарственные средства и расходные материалы.

4. Разработка и внедрение схем маршрутизации пациентов, обеспечивающих рациональную последовательность и преемственность этапов оказания медицинской помощи.

5. Дальнейшее развитие клиник высших медицинских образовательных учреждений, укрепление их материально-технической базы, кадрового потенциала, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения, в том числе их модернизация до 4-го уровня на основе принципа единства связи «образование – практика – наука».

6. Внедрение в практическое здравоохранение малоинвазивных высокотехнологичных хирургических вмешательств в соответствии с международными стандартами (радиохирургия, микрохирургия, роботизированная хирургия, шунтирование и др.), развитие краткосрочной однодневной амбулаторной хирургической помощи («хирургии одного дня»).

7. Создание в медицинских организациях системы экстренного реагирования на изменения показателей здоровья амбулаторных пациентов групп риска, зафиксированных с помощью индивидуальных электронных устройств.

8. Дальнейшее развитие службы экстренной и скорой медицинской помощи, укрепление ее материально-технической базы (оснащение автомобилями высокой проходимости, реанимобилями и авиационной техникой), установление тесного взаимодействия с другими службами экстренного и чрезвычайного реагирования.

9. Развитие регенеративной медицины, в том числе основанной на биомедицинских клеточных, аддитивных и других новых технологиях.

10. Развитие предиктивной медицины (профилактика наследственной предрасположенности), внедрение современных методов молекулярно-генетической диагностики, скрининга и мониторинга состояния здоровья.

11. Раннее выявление факторов развития неинфекционных заболеваний, в том числе путем внедрения диспансеризации и скрининг-исследований среди пациентов группы риска в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, эффективных моделей патронажа и диспансеризации, развития реабилитационной медицины, расширения услуги «стационар на дому».

12. Создание современной модели долговременной медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста, повышение качества и доступности геронтологической помощи, предусматривающей социальное и медицинское обслуживание на дому и ряд других мер.

13. Дальнейшее развитие системы общественного здравоохранения, широкая пропаганда здорового образа жизни и правильного питания, воспитание граждан в духе ответственности за свое здоровье и здоровье окружающих, а также повышение их культуры и медицинской грамотности.

14. Предупреждение распространенности антимикробной устойчивости, в том числе строгое соблюдение рациональных схем и регламентов антимикробной терапии, развитие методов и расширение микробиологической диагностики при назначении антибактериальной терапии, разработка новых видов антибактериальных препаратов.

5. Совершенствование системы оказания медицинской помощи матерям и детям

1. Расширение и повышение качества медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста и детям, в том числе путем организации:

кабинетов репродуктивного здоровья и безопасного материнства, пренатальной диагностики (скрининг матери), а также детских отделений в центральных районных (городских) многопрофильных поликлиниках;

круглосуточной неотложной медицинской помощи детям за счет расширения педиатрических бригад скорой медицинской помощи и экстренных постов в детских стационарных учреждениях;

приемных детских отделений, отделений детской реанимации и интенсивной терапии в районных (городских) медицинских объединениях.

2. Совершенствование системы диагностики, лечения и реабилитации детей с наследственными, генетическими, первичными иммунодефицитными (орфанными), врожденными и приобретенными заболеваниями, в том числе путем организации центров реабилитации детей с врожденными, хроническими заболеваниями и инвалидностью.

3. Реализация программ ранней помощи детям из группы риска, имеющим предрасположенность к наследственным заболеваниям.

4. Реализация национальных проектов, направленных на снижение детской смертности и инвалидности, включая программы: «Интегрированное ведение болезней детского возраста», «Детский травматизм и жестокое обращение с детьми», «Здоровье новорожденных», «Здоровье подростков», «Физическое развитие и спорт», «Формирование здоровой школьной среды», способствующие физическому и психосоциальному благополучию подростков.

5. Широкое использование современных методов и программ исследований детей школьного возраста, применяемых Всемирной организацией здравоохранения, присоединение Узбекистана в Европейскую сеть взаимодействия «Обследование поведения детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) и Европейскую сеть эпидемиологического надзора за детским ожирением (COSI).

6. Дальнейшее совершенствование специализированной высокотехнологической, в том числе микрохирургической и малоинвазивной медицинской помощи матерям и детям.

7. Поэтапное создание крупных многопрофильных медицинских центров «Мать и дитя» на условиях государственно-частного партнерства, в том числе путем объединения малоэффективных и узкопрофильных государственных медицинских организаций.

6. Развитие частного здравоохранения, государственно-частного партнерства и медицинского туризма

1. Разработка стратегии развития частного здравоохранения, предусматривающей:

- определение перспективных направлений развития амбулаторных и стационарных медицинских услуг для негосударственных медицинских организаций с учетом региональных потребностей;

- привлечение инвестиций, в том числе иностранных, в развитие отдельных направлений медицины, где имеются высокие потребности населения;

- широкое применение механизмов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения;

- усиление роли негосударственных некоммерческих организаций и общественных объединений в сфере здравоохранения, а также создание на их базе единой диспетчерской службы (Call-центра) для информационного

сопровождения по основным направлениям развития частного здравоохранения.

2. Внедрение государственно-частного партнерства в сферу здравоохранения в следующих формах:

- предоставление земельных участков в постоянное пользование на безвозмездной основе для строительства зданий частных медицинских организаций;

- предоставление на безвозмездной основе земельных участков для строительства объектов частных медицинских организаций с условием реконструкции и оснащения существующих государственных медицинских организаций;

- предоставление в аренду существующих государственных медицинских организаций с низким коэффициентом загруженности или требующих реконструкции либо капитального ремонта (переоснащения);

- выделение земельного участка для строительства или реконструкции здания, оснащения на основе концессии;

- реализация в установленном законодательством порядке по «нулевой» выкупной стоимости пустующих объектов государственной собственности, в том числе зданий нефункционирующих государственных медицинских организаций;

- передачи субъектам предпринимательства отдельных функций или услуг государственных медицинских организаций на основе аутсорсинга;

- других формах, определяемых Правительством Республики Узбекистан.

3. Разработка стратегии развития въездного медицинского туризма в Республике Узбекистан и «дорожной карты» по ее реализации, направленной на кардинальное повышение туристского потенциала отечественных медицинских организаций.

4. Создание в крупных государственных медицинских организациях специальных структурных подразделений по маркетингу и развитию медицинского туризма, ответственных за продвижение медицинских услуг как внутри страны, так и за рубежом, организацию приема и обслуживания иностранных граждан, а также сопровождающих их лиц.

5. Разработка региональных программ развития въездного медицинского туризма, организация медицинского обслуживания иностранных граждан в комплексной взаимосвязи с культурно-просветительскими мероприятиями, привлечение иностранных инвестиций, а также кредитов и грантов международных финансовых институтов и других организаций в развитие туристской инфраструктуры медицинских организаций.

6. Широкая пропаганда потенциала ведущих научно-практических медицинских центров и предоставляемых ими услуг, в том числе возможностей эстетической хирургии, кардиологии, нейрохирургии, урологии и др., путем организации PR-компаний в средствах массовой информации, конференций, семинаров и «круглых столов».

7. Дальнейшее развитие фармацевтической отрасли

1. Внедрение информационной системы маркировки и мониторинга движения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предоставляющей возможность:

- прослеживания движения каждой упаковки лекарственных средств и изделий медицинского назначения с момента производства или импорта до ее конечного потребителя;

- профилактики и одномоментного изъятия из оборота на всей территории республики недоброкачественных и контрафактных лекарственных средств и изделий медицинского назначения;

- мониторинга ценообразования на социально-значимые лекарственные средства и изделия медицинского назначения;

- оперативное планирование и управление запасами и резервами лекарственных средств и изделий медицинского назначения на всех уровнях;

- проверки потребителями легальности приобретаемых (получаемых) лекарственных средств и изделий медицинского назначения с помощью мобильного приложения.

2. Формирование регистров пациентов, требующих проведения дорогостоящей лекарственной терапии.

3. Внедрение процедуры ускоренной регистрации иммунобиологических препаратов, имеющих преквалификацию Всемирной организации здравоохранения.

4. Совершенствование законодательства в области регистрации лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, его гармонизация с международными требованиями.

5. Поэтапное внедрение референтного ценообразования на лекарственные средства, изделия медицинского назначения и медицинской техники на основе положительного опыта развитых стран.

6. Стимулирование фармацевтических организаций к внедрению систем менеджмента качества и надлежащей производственной практики (GMP и др.).

7. Разработка и совершенствование методологии формирования перечня лекарственных средств, возмещаемых за счет бюджетных средств для обеспечения граждан при амбулаторном и стационарном лечении.

8. Разработка технологий культивирования лекарственных растений, произрастающих на территории республики, с созданием их плантаций, а также широкая поддержка отечественных производителей лекарственных средств на основе растительного сырья.

9. Реализация крупных инвестиционных проектов по созданию новых фармацевтических предприятий по производству готовых лекарственных средств и субстанций на территории специализированных фармацевтических свободных экономических зон.

8. Формирование эффективной системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров, а также развития медицинской науки

1. Совершенствование образовательных стандартов и учебных программ высшего и послевузовского образования путем поэтапного внедрения кредитно-модульной системы обучения и увеличения практической составляющей в них.

2. Оптимизация сроков подготовки высококвалифицированных медицинских кадров в магистратуре и в клинической ординатуре

(резидентуре), исходя из сложности овладения клинической специальностью сроком от 1 до 5 лет согласно международным стандартам.

3. Широкое сотрудничество с зарубежными медицинскими образовательными учреждениями, в том числе открытие их филиалов и факультетов, а также внедрение системы двойного дипломирования.

4. Расширение образовательных возможностей за счет использования ресурсов зарубежных университетов путем сетевого взаимодействия и использования открытых курсов при реализации образовательных программ, а также разработка электронных национальных платформ медицинского образования и формирование электронной образовательной среды.

5. Усиление роли клиник и учебных баз медицинских высших образовательных учреждений в интеграции передовых научных разработок и технологий в практическое здравоохранение.

6. Повышение роли профессорско-преподавательского состава медицинских высших образовательных и научных учреждений в подготовке высококвалифицированных кадров, внедрении новых научных разработок и технологий путем их материального стимулирования за участие в лечебно-диагностическом процессе.

7. Совершенствование системы переподготовки и повышения квалификации медицинских работников, обеспечивающей непрерывность образования путем внедрения:

- базальной (накопительной) системы обучения;
- проблемно-ориентированных модульных учебных программ;
- программ дистанционного обучения;
- интерактивного портала для содействия в организации непрерывного медицинского образования.

8. Повышение эффективности системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров, развития медицинской науки на основе сертификации (аккредитации) медицинских научных и образовательных учреждений по международным стандартам, в том числе по стандарту GCP (Good clinical practice).

9. Создание симуляционных центров в медицинских образовательных учреждениях, обеспечивающих обучение в условиях дополненной и виртуальной реальности, на медицинских тренажерах и манекенах.

10. Обеспечение базового и программно-целевого финансирования медицинских научных и образовательных учреждений, адресной государственной поддержки медицинских и научных коллективов для осуществления трансфера инновационных разработок и технологий, внедрение их в практическое здравоохранение.

11. Обеспечение проведения признанными международными организациями, в том числе Ассоциацией Школ общественного здравоохранения Европейского региона (ASPHER – The Association of Schools of Public Health in the European Region), аккредитации образовательных программ кафедр медико-профилактического направления высших медицинских учебных заведений.

9. Широкое внедрение информационно-коммуникационных технологий и «электронного здравоохранения»

1. Внедрение системы «электронного здравоохранения», создание комплекса информационных систем и баз данных, интегрированных на основе единых национальных стандартов, предусматривающих возможность:

а) для населения:

- получения информации о медицинских организациях и оказываемых медицинских услугах;

- получения информации о квалификации врачей, стаже работы, времени приема, а также организации «электронной очереди», включая возможность дистанционного ее резервирования;

- оценки качества оказываемых услуг, в том числе деятельности медицинского персонала;

- доступа к системе через мобильные приложения;

б) для медицинских организаций и органов управления здравоохранением:

- переход учреждения к инновационному социально-ориентированному типу развития;

- реализации системы стандартизации в области здравоохранения;

- оптимизации рабочего процесса путем внедрения электронного документооборота (заполнение медицинских карт и историй болезней, выдача «электронных рецептов»);

- учета и мониторинга медицинского персонала, лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, расходных материалов;

- осуществление и мониторинг финансовых операций по программам гарантированной государством бесплатной медицинской помощи, оценку будущих расходов медицинских организаций, а также анализ возможных рисков;

- ведение медицинской статистики, учета и отчетности, а также поддержка системы национальных счетов здравоохранения;

- интеграции с информационными системами других медицинских организаций и обмен информацией;

2. Использование информационно-коммуникационных технологий в качестве основополагающего механизма мониторинга показателей работы медицинских организаций и состояния развития отрасли.

3. Развитие телемедицины для обмена информацией между медицинскими организациями и проведения дистанционных медицинских и образовательных услуг (консультаций, консилиумов, операций, мастер классов и т.д.).

IV. Ожидаемые результаты от реализации Концепции

В результате реализации Концепции ожидается:

- достижение национальных целей и задач в области устойчивого развития;

- имплементация стандартов и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, других авторитетных международных организаций в национальное законодательство, реализация Международных медико-санитарных правил;

- обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения, повышение доступности квалифицированной, специализированной и высо-

котехнологичной медицинской помощи, развитие системы охраны материнства и детства;

- законодательное определение объемов гарантированной государством бесплатной медицинской помощи;

- поэтапный охват граждан республики программами обязательного медицинского страхования;

- увеличение финансирования здравоохранения, эффективность использования бюджетных ассигнований в предоставлении медицинских услуг, обеспечение достойной оплаты труда медицинских и фармацевтических работников;

- достижение полной и равномерной обеспеченности медицинскими и фармацевтическими кадрами регионов республики;

- развитие системы общественного здравоохранения и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан;

- развитие системы оказания реабилитационной и медико-социальной помощи населению;

- увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет;

- снижение на 15 процентов показателя материнской смертности;

- снижение на 30 процентов смертности новорожденных и детей в возрасте до пяти лет;

- сокращение преждевременной смертности на 15 процентов среди населения от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, сахарного диабета и хронических респираторных заболеваний;

- снижение уровня заболеваемости населения туберкулезом, ВИЧ, гепатитом и другими инфекционными заболеваниями;

Степень достижения результатов и их эффективность будут оцениваться на основе постоянного мониторинга реализации мер, предусмотренных Концепцией, индикаторы которой представлены в ниже:

**Индикаторы для определения эффективности реализации Концепции
развития системы здравоохранения Республики Узбекистан
на 2019 – 2025 годы**

№	Показатели	2018 г.	2025 г.
I. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни			
1.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (оба пола) (в годах)	73,7 (2017 г.)	75,0
2.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении у мужчин (в годах)	71,3 (2017 г.)	72,1
3.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении у женщин (в годах)	76,1 (2017 г.)	77,8
II. Совершенствование системы организации и управления здравоохранением			
1.	Доля сотрудников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и его территориальных органов управления с высшим образованием в области управления в общественном секторе, делового администрирования, экономики здравоохранения, государственной политики, развития системы здравоохранения (%)	0	20,0
2.	Процент доступных международных индикаторов здоровья, определяемых в соответствии с международными стандартами	<50	75,0
3.	Процент свидетельств о смерти с причинами смерти, записанных в электронном виде в соответствии с международными стандартами	<50	75,0
4.	Процент больниц, в которых внедряется не менее 10 «пакетов безопасности для пациентов», чтобы свести к минимуму случаи заражения инфекцией в стационарах и непредвиденных событий	0	50,0
5.	Процент удовлетворенности работников здравоохранения своей деятельностью	Нет данных	50,0
6.	Процент амбулаторных учреждений с клиническими информационными системами, которые позволяют им контролировать результаты для своих пациентов по группе или состоянию болезни и которые используют их для целей улучшения качества	0	50,0
7.	Административно-управленческий персонал всех звеньев системы здравоохранения, прошедший подготовку, переподготовку и повы-	70,0	100

	шение квалификации по менеджменту (%)		
8.	Доля (%) поставщиков/поликлиник первичной медико-санитарной помощи, детских отделений районных (городских) медицинских объединений, которые обеспечивают интегрированное ведение болезней детского возраста	Отсутствует	100
9.	Показатель успешности лечения МЛУ-ТБ (%)	57,0	65,0
10.	Время отклика скорой помощи, % с временем отклика ≤ 10 минут в городской местности	Нет данных	50,0
11.	Время отклика скорой помощи, % с временем отклика ≤ 30 минут в сельской местности	Нет данных	50,0
12.	Послеоперационная летальность при экстренных и неотложных состояниях, %	0,2	0,1
13.	Внедрение высоких технологий диагностики и лечения в оказании специализированной медицинской помощи населению во всех медицинских организациях (%)	20,6	50,0
III. Совершенствование системы финансирования здравоохранения			
1.	Государственные расходы на здравоохранение в % от общих государственных расходов	15,4	15,4
2.	Государственные расходы на здравоохранение в % от ВВП	2,9	5,0
3.	Доля расходов на закупку лекарственных средств и изделий медицинского назначения в общих расходах на здравоохранение (%)	9,6	12,0
4.	Подушевое финансирование учреждений первичной медико-санитарной помощи (амбулаторно-поликлиническое звено) в территориях (%)	0	100
5.	Финансирование стационарных учреждений по пролеченному случаю (%)	4,5	100
6.	Охват граждан республики программой обязательного медицинского страхования (%)	0	90,0
7.	Участие частных медицинских организаций в оказании медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования (%)	0	30,0
8.	Снижение уровня прямых платежей населения (%)	45,3	30,0

IV. Повышение качества и доступности медицинской помощи, поддержка здорового образа жизни, профилактика и борьба с инфекционными и неинфекционными заболеваниями			
1.	Заболеваемость кишечными инфекциями (на 100 тыс. населения)	137,7 (2017 г.)	80,0
2.	Заболеваемость острым вирусным гепатитом А (на 100 тыс. населения)	98,1 (2017 г.)	60,0
3.	Заболеваемость анемией (на 100 тыс. населения)	5439	4587,8
4.	Заболеваемость, обусловленная дефицитом йода (на 100 тыс. населения)	184,3	156,6
5.	Доля детей в возрасте до пяти лет с задержкой роста (%)	8,7 (2017 г.)	7
6.	Доля детей в возрасте до пяти лет с недостаточным весом (%)	2,6 (2017 г.)	2,0
7.	Доля детей в возрасте до пяти лет с избыточным весом (%)	4,6 (2017 г.)	< 4
8.	Заболеваемость наркологическими болезнями (на 100 тыс. населения)	23,6	20,3
9.	Смертность от дорожно-транспортных травм (на 100 тыс. населения)	7,6 (2017 г.)	7,0
10.	Доля населения в возрасте 45 – 64 лет с 3 или более факторами риска по НИЗ (ежедневные курильщики, употребление менее 5 порций фруктов и овощей, недостаточная физическая активность, ИМТ \geq 25, повышенное кровяное давление) (%)	44,6 (2016 г.)	40,0
11.	Новые заражения ВИЧ на 100 тыс. населения, всего, по полу, возрасту	12,4 (2017 г.)	10,0
12.	Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. населения	44,7 (2017 г.)	37,0
13.	Заболеваемость гепатитом В на 100 тыс. человек	0,8 (2017 г.)	0,2
14.	Доля вакцин в национальном графике иммунизации, оплачиваемая государством (%)	95,0 (2017 г.)	100
15.	Охват вакциной девочек-подростков в возрасте 9 – 12 лет против ВПЧ (%)	0	100
16.	Показатель смертности среди населения в возрасте 30 – 69 лет от сердечно-сосудистых заболеваний (%)	40,9	34,5
17.	Показатель смертности среди населения в возрасте 30 – 69 лет от онкологических	72,5	67,6

	заболеваний (%)		
18.	Показатель смертности среди населения в возрасте 30 – 69 лет от сахарного диабета (%)	73,2	58,5
19.	Показатель смертности среди населения в возрасте 30 – 69 лет от хронических респираторных заболеваний (%)	45,4	20,2
20.	Доля населения в возрасте 40 – 64 лет с риском сердечно-сосудистых заболеваний \geq 30% (%)	20,0 (2014 г.)	12,0
21.	Доля населения с повышенным артериальным давлением (САД \geq 140 и / или ДАД \geq 90), которые в настоящее время не получают лечение (%)	22,0 (2014 г.)	15,0
V. Совершенствование системы оказания медицинской помощи матерям и детям			
1.	Охват женщин репродуктивного возраста (15 – 49 лет) современными контрацептивными средствами (%)	47,4 (2017 г.)	55,0
2.	Показатель рождаемости среди девушек-подростков (в возрасте от 15 до 19 лет) на 1000 женщин в данной возрастной группе	19,2 (2017 г.)	7,0
3.	Коэффициент материнской смертности на 100 тыс. живорожденных	21,0 (2017 г.)	15
4.	Коэффициент неонатальной смертности на 1000 живорожденных	7,8 (2017 г.)	5,0
5.	Коэффициент младенческой смертности на 1000 живорожденных	11,5 (2017 г.)	7,5
6.	Коэффициент смертности детей до 5 лет на 1000 живорожденных	15,4 (2017 г.)	9,8
7.	Доля детского населения, охваченная иммунизацией всеми вакцинами, включенными в национальные программы (%)	>99,0 (2017 г.)	100
VI. Развитие государственно-частного партнерства и медицинского туризма			
1.	Количество представителей частного сектора, функционирующих на основе государственно-частного партнерства (%)	0	35,0
2.	Доля частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи (%)	0	20,0

3.	Годовой доход от медицинского туризма (в \$ ППС)	Нет данных	0,6 млн
4.	Количество иностранных пациентов, получивших медицинские услуги в клиниках республики	>15000	100000
VII. Дальнейшее развитие фармацевтической отрасли			
1.	Доля потребления лекарственных средств и изделий медицинского назначения, производимых отечественными производителями (%)	24,0	35,0
2.	Доля отечественных производителей лекарственных средств и изделий медицинского назначения, сертифицированных по стандарту ВОЗ «Надлежащая производственная практика производства» (%)	6,0	40,0
3.	Доля экспорта отечественных лекарственных средств и изделий медицинского назначения (%)	-	10,0
VIII. Широкое внедрение информационно-коммуникационных технологий и «электронного здравоохранения»			
1.	Обеспечение медицинских, медико-социальных и фармацевтических организаций компьютерной и оргтехникой (%)	20,0	100
2.	Наличие локальной вычислительной сети, сети интернет	15,0	100
3.	Компьютерная грамотность медицинских и фармацевтических работников	38,0	100
4.	Количество медицинских и фармацевтических организаций, осуществляющих электронный документооборот (%)	10,0	100
5.	Процент государственных медицинских учреждений с полностью функциональными электронными системами регистрации пациентов	10,0	100
IX. Формирование эффективной системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических кадров, а также развития медицинской науки			
1.	Процент образовательных программ, аккредитованных согласно международным стандартам	0	50,0
2.	Процент программ додипломного высшего	50,0	90,0

	медицинского образования, прошедших реформирование с учетом международных стандартов		
3.	Процент программ последипломного медицинского специализированного образования, прошедших реформирование с учетом международных стандартов	50,0	90,0
4.	Процент медицинских учебных заведений с программами для медицинских сестер, обновленными (прошедшими реформирование) согласно международным стандартам	50,0	90,0
5.	Процент медицинских программ для фармацевтов, обновленных (прошедших реформирование) согласно международным стандартам	40,0	80,0
6.	Процент внедрений достижений медицинской и фармацевтической науки в практическое здравоохранение	45,0	70,0
7.	Развитие международного сотрудничества в сфере научных исследований (количество совместных грантов)	4,0	15,0
8.	Процент острепенности сотрудников медицинских организаций	35,0	50
9.	Высшие медицинские образовательные учреждения, имеющие клинику и лаборатории, участвующие в проведении научных исследований в области медицины и фармации	72,0	100

Контрольные вопросы

1. Какие результаты были достигнуты за годы независимости в республике в рамках реализации мер по реформированию системы здравоохранения и формированию современной системы оказания медицинской помощи населению?
2. Какие факторы на сегодняшний день препятствуют эффективному решению задач, направленных на дальнейшее совершенствование системы здравоохранения?
3. Какие направления являются наиболее важными для реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан согласно Указу Президента Республики Узбекистан №ПФ-5590 «О мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года?
4. Каково сегодняшнее состояние здравоохранения в Республике Узбекистан?
5. Каковы цели и задачи дальнейшего развития системы здравоохранения Республики Узбекистан?
6. В каких направлениях необходимо совершенствовать законодательство в области здравоохранения согласно Указу Президента Республики Узбекистан №ПФ-5590 «О мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года,?
7. Какую работу планируется провести по совершенствованию системы финансирования здравоохранения в соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан №ПФ-5590 «О мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года?
8. Какие меры принимаются для улучшения системы медицинского обслуживания матери и ребенка?
9. Какие проблемы помогает решить система «электронное здравоохранение»?
10. Каких результатов планируется достичь за счет реализации Концепции развития системы здравоохранения Республики Узбекистан в 2019-2025 годах и что было достигнуто?

Глава 35. ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Внедрение принципов и механизмов рыночной экономики в Республике Узбекистан требует радикальных перемен в организации здравоохранения, т.е. перехода к методам экономического управления системой здравоохранения.

Следует отметить, что медицинское страхование является одним из приоритетов Государственной программы реформирования системы здравоохранения в Узбекистане.

«Медицинское страхование – это форма социальной защиты интересов населения в сфере здравоохранения» (Зелькович Р.М и др., 1994).

Медицинское страхование – это форма социальной защиты, гарантирующая гражданам получение медицинской помощи при наступлении страхового случая (болезни или обращения за медицинской помощью) за счет накопленных средств (взносов).

При этом основной задачей медицинского страхования является обеспечение гражданам гарантии на получение медицинской помощи за счет накопленных средств, то есть медицинское страхование облегчает финансовое бремя, связанное с неблагоприятными изменениями в персональном здоровье, и гарантирует им доступ к системе здравоохранения.

В самом общем виде механизм функционирования медицинского страхования следующий: страховая медицинская организация собирает страховые взносы (страховые премии) работников и работодателей, выступающих в качестве страхователей. Формируется фонд для компенсации затрат, возникающих при наступлении страхового случая, то есть при оказании застрахованному лицу медицинской помощи. Поскольку за медицинской помощью обращаются не все застрахованные, осуществляется так называемое распределение рисков между застрахованными. Это распределение осуществляется между лицами с разными потребностями в медицинской помощи. Общее правило здесь таково: чем больше участников, тем больше возможности распределения рисков среди более значительного числа людей с разной вероятностью обращения за медицинской помощью. Появляется возможность большего числа больных на большее число здоровых.

Следовательно, медицинское страхование – модель, соответствующая природе рынка медицинских услуг, то есть модель системы здравоохранения, соответствующая нынешнему направлению реформ системы здравоохранения Республики Узбекистан.

Основной задачей медицинского страхования является сохранение, восстановление или укрепление здоровья застрахованных граждан. Медицинское страхование призвано гарантировать гражданам получение медицинской помощи при возникновении страхового случая (болезнь и/или иная причина обращения в медицинское учреждение) за счет накопленных средств (страховых взносов).

Формы (виды) медицинского страхования

Осуществляются следующие виды медицинского страхования:

- обязательное
- добровольное (частное)

Обязательное медицинское страхование

Основным различием между обязательным и добровольным страхованием является то, что первая модель (обязательное медицинское страхование) основывается на принципах обязательного и равноправного членства и, как правило, обеспечивает стабильное поступление средств – страховых взносов.

Обязательное страхование проводится только в силу закона, согласно которому устанавливаются виды, условия и порядок проведения страхования.

Как показывает опыт многих стран (Германия, Франция, Япония, Южная Корея, Мексика, Филиппины, страны Восточной и Центральной Европы, а так же страны бывшего Советского Союза) переход к обязательному медицинскому страхованию происходит по одному из двух общих путей.

Первый путь развития (в большей степени присущ развитым странам), является переходом от специальных схем страхования, в том числе и добровольного для работающего населения, к постепенному объединению с обязательной (государственной) системой по мере роста благосостояния страны (Германия, Франция, Япония, Корея, Мексика).

Второй путь – это переход от финансируемой и обеспечиваемой государством национальной системы здравоохранения к системе, финансируемой за счёт медицинского страхования. Этот путь наиболее часто выбирают страны с переходной экономикой (страны Восточной и Центральной Европы и бывшего Советского Союза). Особенностью этого пути развития является параллельное функционирование обязательного медицинского страхования и существующей системы бюджетного финансирования с основной целью обеспечить дополнительное финансирование здравоохранения.

Добровольное (частное) медицинское страхование

Модель добровольного медицинского страхования основывается на принципах добровольности и свободы выбора объёма страховой защиты в соответствии с индивидуальными требованиями каждого застрахованного.

Иными словами, в основе добровольного медицинского страхования лежит свободное волеизъявление сторон в договоре, заключаемом для осуществления страхования, а виды, условия и порядок проведения данной формы страхования устанавливаются страховой организацией в соответствии с действующим законодательством.

Добровольное страхование обычно играет 3 роли в контексте медицинского страхования:

1) страхование лиц, не подлежащих обязательному страхованию, если государственное (обязательное) страхование не обеспечивает универсальный охват (Китай, США);

2) страхование лиц, не включённых в программу обязательного страхования (Венгрия, Германия);

3) дополнительное страхование для получения услуг, не включённых в программу обязательного страхования (Канада, Франция, Япония, Англия). Наряду с этим можно выделить несколько типов добровольного (частного) медицинского страхования по взаимодействию с государственной системой здравоохранения.

Отличительные особенности добровольного и обязательного медицинского страхования

1. Обязательного медицинского страхования (ОМС) регулируется специальным законом, который определяет участников системы, размеры страховых взносов, порядок их уплаты, объем и порядок страхового возмещения, а также другие наиболее важные моменты. При добровольном медицинском страховании (ДМС) все это определяется договорами между участниками страхования.

2. Страхователями в системе обязательного медицинского страхования обычно выступают:

- государство;
- работодатели;
- граждане (застрахованные).

При добровольном страховании страхователями могут быть:

- работодатели (коллективное страхование);
- граждане (индивидуальное страхование).

3. При обязательном медицинском страховании страхователь обязан заключать договор со страховой компанией, а при добровольном страховании договор заключается только на добровольной основе.

4. Размер страховых взносов при обязательном медицинском страховании устанавливается законодательно и определяется в процентном отношении от заработной платы застрахованных. Например, в Германии страховой взнос составляет 13,5% от заработной платы (половину этой суммы выплачивает застрахованный, половину – его работодатель).

Такой подход обеспечивает действие основополагающего принципа обязательного медицинского страхования – «принципа солидарности», в соответствии с которым медицинская помощь оказывается всем застрахованным в равном объеме независимо от абсолютной величины страховых взносов.

При добровольном медицинском страховании действует другой принцип – «эквивалентности», при котором объем предоставляемой помощи напрямую связан со стоимостью страховки (размером страховых взносов).

5. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые медицинскими учреждениями, при обязательном медицинском страховании определяются на территориальном уровне специальной тарифной комиссией, в которую входят представители страховых компаний, органов государственного управления, а также профессиональных медицинских организаций.

При добровольном страховании тарифы на медицинские услуги устанавливаются по соглашению между страховой компанией и медицинской организацией.

Механизм функционирования систем (моделей) медицинского страхования

Функционирование системы обязательного медицинского страхования

Механизм функционирования системы обязательного медицинского страхования во многих странах различен, но его моделям присуще много общего.

Главными составляющими механизма функционирования системы обязательного медицинского страхования являются:

- граждане и члены их семей (застрахованные);
- государство, работодатели и люди, работающие не по найму (страхователи);
- фонды обязательного медицинского страхования;
- страховые компании (страховщики);
- производители медицинских услуг (поликлиники, стационары, частнопрактикующие врачи, частные клиники и другие учреждения, независимо от форм собственности, осуществляющие медицинские услуги).

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование во многие страны вносятся пропорционально доходу по единой процентной ставке, установленной законом. Часть взносов платит работодатель, а часть работающий. Соотношение оплаты работодатель / работающий определяется законом. Если доход работающего, ниже установленного законом минимума, работодатель оплачивает 100% страхового взноса (Германия).

Лица, занимающиеся предпринимательством, и лица свободных профессий выплачивают 100% страховых взносов сами.

Во многих странах государство (местно-территориальные органы) выплачивает страховые взносы на одиноких, неработающих, домохозяек, инвалидов и других социальных категорий, определённых законом. Часть расходов берут на себя социальные фонды (Германия, Япония).

Страховые взносы во многих странах аккумулируются в фондах медицинского страхования (в том числе и страховых компаний), задачей которых является перераспределение собранных средств по группам риска и формирование из собранных средств специального рискового фонда.

Платежи страховщиков зависят от риска застрахованного контингента по потреблению медицинских услуг, т.е. от прогнозируемых затрат на медицинскую помощь.

Поставщики медицинских услуг оказывают медицинскую помощь в рамках утверждённой базовой программы обязательного медицинского страхования по тарифам в соответствии со стандартным уровнем и качеством лечения. Тарифы в соответствии с принятым в конкретной стране законодательством могут ежегодно утверждаться правительством или иным уполномоченным органом.

Многие государства, принимая и регулируя законодательно-правовую базу, выступают в качестве гаранта и регулятора функционирования системы обязательного страхования.

Функционирование системы добровольного (частного) медицинского страхования

Основными составляющими механизма функционирования системы добровольного медицинского страхования являются:

- граждане (застрахованные);
- страховые компании (страховщики);
- производители медицинских услуг (поликлиники, стационары, частнопрактикующие врачи, частные клиники и другие учреждения, независимо от форм собственности, осуществляющие медицинские услуги).

Выплата страховых взносов при добровольном медицинском страховании производится застрахованными гражданами и/или их работодателями. Расчет ставки страховых взносов производится страховой компанией для каждого индивидуального лица на основе вероятности страхового риска по справедливым актуарным сметам (или тарифам). Справедливость актуарных оценок (или тарифы) регулируется на законодательной основе. Страховые компании платят производителям медицинских услуг за предоставленные застрахованным медицинские услуги в соответствии с договором на страхование по законченному случаю (т.е. при завершении лечения).

Условия эффективного функционирования систем медицинского страхования

Эффективное функционирование систем медицинского страхования возможно лишь при определенных условиях. Мировая практика показывает, что наиболее приемлемы для многих стран следующие условия:

- принятие жестко регламентированной законодательно-правовой базы медицинского страхования;
- создание инфраструктуры медицинского страхования;
- разработка механизма внедрения медицинского страхования;
- информационная обеспеченность внедрения моделей (систем) медицинского страхования;
- обеспечение финансовой устойчивости медицинского страхования;
- создание кадрового потенциала и системы управления медицинским страхованием.

Преимущества и недостатки медицинского страхования

Преимущества медицинского страхования

Медицинское страхование возникло как важный элемент социальной защиты общества, направленной на обеспечение доступа к медицинской помощи на случай возникновения у членов общества трудностей (отсутствия работы или потери доходов). Однако его дальнейшее развитие привело к тому, что этот вид страхования стал мощным методом финансирования медицинских услуг, а во многих странах и главным источником финансирования здравоохранения.

Наряду с финансированием здравоохранения, внедрение медицинского страхования способствует решению ряда важных проблем как самой системы здравоохранения, так и политики в области охраны здоровья в целом.

Как показывает анализ международного опыта стран с различным экономическим развитием, при введении медицинского страхования:

- во-первых, усиливается личная ответственность самих граждан в финансировании охраны собственного здоровья, что кардинально меняет отношение общества к здравоохранению и к собственному здоровью;
- во-вторых, создается прозрачность системы медицинского страхования для общественности;
- в-третьих, проводится государственное регулирование системы медицинского страхования (законодательная база гарантий и прав в области страховой защиты, уровня выплат и качества услуг);
- в-четвертых, с государства снимается значительное бремя затрат на здравоохранение;
- в-пятых, отменяется монополизация производителей медицинских услуг, создается рынок медицинских услуг и конкуренция среди производителей медицинских услуг;
- в-шестых, создается возможность привлечения дополнительных инноваций.

Внедрение медицинского страхования может также привести и к ряду серьезных проблем, связанных с обеспечением универсального охвата населения страны; высокой стоимостью административного аппарата самой системы медицинского страхования и соответственно повышением стоимости медицинских услуг.

Трудности, связанные с переходом на медицинское страхование, сопряжены в первую очередь с потерей контроля над расходами на медицинское обслуживание. Введение медицинского страхования в странах, перешедших с централизованного (государственного) финансирования на медицинское страхование (Чехия, Словакия и Венгрия), привело к существенному росту расходов на медицинское обслуживание.

Не меньшие сложности вызывает возникновение структурного дефицита в финансировании медицинской помощи при введении медицинского страхования. Так, в ряде стран (Чехия, Эстония, Хорватия, Словакия и Венгрия) на начальных этапах перехода на медицинское страхование финансирование здравоохранения осуществлялось за счет государственного бюджета. Фонды медицинского страхования постоянно получали субсидии из государственного бюджета для покрытия дефицита. Основной причиной его образования является несоответствие расходов на медицинское обслуживание пенсионеров и безработных уровню уплачиваемых ими страховых взносов. Усилия по применению методов дефицитного финансирования со стороны правительства для сбалансированного бюджета фонда медицинского страхования приводит к образованию постоянного дефицита. Образованию дефицита способствует также рост взносов на медицинское страхование. В результате роста платежей по взносам на медицинское страхование у многих государственных предприятий и частных предпринимателей накапливались крупные задолженности по обязательствам в отношении медицинского и других видов социального страхования.

Необходимость введения медицинского страхования

Анализ внедрения медицинского страхования, как в развитых странах, так и странах с переходной экономикой, в том числе СНГ, свидетельствует о том, что ожидаемые результаты внедрения страховой медицины должны соответствовать следующим наиболее значимым критериям:

- привлечение дополнительных ресурсов в систему здравоохранения;
- повышение эффективности использования ресурсов;
- улучшение качества медицинских услуг.

Привлечение дополнительных ресурсов в систему здравоохранения. Во многих странах государство финансирует бесплатное медицинское обслуживание в рамках гарантированного объёма медико-санитарных услуг. Финансирование гарантированного пакета основывается на фиксированном бюджете. Медицинские услуги сверх гарантированного пакета оказываются на платной основе. Следовательно, использование медицинского страхования как метода финансирования медицинских услуг в качестве основного и дополнительного механизма может быть важным источником статьи доходов.

Эффективное использование ресурсов. Медицинское страхование, как внебюджетная структура может аккумулировать ресурсы и распределять ресурсы медицинской помощи лечебно-профилактическим учреждениям без разбивки на многочисленные статьи расходов (единой строкой). Такая финансовая структура создаёт условия, необходимые для осуществления рациональной оплаты медицинских услуг, оказанных лечебно-профилактическими учреждениями, а не просто финансирует содержание зданий и мощностей, что при системе жёсткого фиксированного государственного бюджета практически невозможно.

Улучшение качества медицинских услуг. Медицинское страхование предоставляет широкие возможности, как для оказания медицинских услуг лучшего качества, так и их организации, в частности, предоставляя пациентам право самим выбирать производителей медицинских услуг (принцип свободного выбора); юридическое право требовать (через страховую компанию) получение медицинской помощи в полном объёме; возможность контроля производителей медицинских услуг со стороны страховых организаций за качеством оказываемых услуг и их тарифами; возможность сочетания собственного риска со взаимной поддержкой; представляя собой стабильный источник доходов; полномочия и возможности аккумулировать ресурсы; возможности чётко прослеживать приток доходов.

В целях внедрения медицинского страхования в нашей стране 12 ноября 2021 года Президентом Республики Узбекистан было принято Постановление № ПП-4890 «О мерах по внедрению новой модели организации системы здравоохранения и механизмов государственного медицинского страхования в Сырдарьинской области».

В целях повышения качества, эффективности и общедоступности оказания медицинской помощи населению, расширения масштаба первичной медико-санитарной помощи, поэтапного внедрения системы медицинского

страхования в данную сферу, создания современной конкурентной среды на рынке медицинских услуг, расширения на данной основе возможности получения населением гарантированной и качественной медицинской помощи:

Было выдвинуто предложение Министерства здравоохранения о реализации на основе рекомендаций Всемирной организации здравоохранения пилотного проекта по внедрению новой модели организации системы здравоохранения и механизмов государственного медицинского страхования в Сырдарьинской области (далее — пилотный проект).

В рамках пилотного проекта:

- в учреждениях первичной медико-санитарной помощи создаются медицинские бригады, состоящие из семейного врача, средних медицинских работников, оказывающих ему помощь в направлениях терапия и педиатрия, а также патронажных медицинских сестер и акушеров;

- на уровне каждого медицинского учреждения разрабатывается пакет бесплатных медицинских услуг и лекарственных средств, гарантированный государством (далее – гарантированный пакет);

- гарантированный пакет предоставляется учреждениями первичной медико-санитарной помощи и больницами гражданам Республики Узбекистан, иностранным гражданам и лицам без гражданства, постоянно проживающим в Республике Узбекистан. При этом семейный врач выдает направления к врачам узкого профиля и при необходимости в больницы районного, областного и республиканского уровня в соответствии с объемом медицинских услуг и клиническими протоколами по видам каждого учреждения. Направления в больницы республиканского уровня утверждаются областным управлением здравоохранения. Также в случаях не соблюдения данного порядка медицинские услуги, не включенные в гарантированный пакет, оказываются на платной основе;

- ведение мониторинга показателей, связанных со здоровьем населения, закрепление его за медицинскими учреждениями, ведение истории болезни, выдача рецепта для лекарственных средств и направление в медицинские учреждения в соответствии с гарантированным пакетом осуществляются посредством единой электронной платформы;

- разрабатываются важнейшие показатели эффективности медицинских работников учреждений первичной медико-санитарной помощи, ведется мониторинг их достижения с осуществлением им дополнительных поощрительных выплат по результатам;

- на основе гарантированного пакета поэтапно внедряются механизмы государственного медицинского страхования, направленные на финансирование оказания качественной и полноценной медицинской помощи всем слоям населения.

Совместно с Министерством здравоохранения, Министерством финансирования и Министерством экономического развития и сокращения бедности реализован ряд пилотного проекта до 1 февраля 2021 года:

- объем медицинских услуг и лекарственных средств, включаемых в гарантированный пакет;

- критерии оценки деятельности и порядок поощрения медицинских работников учреждений первичной медико-санитарной помощи.

В пилотный проект включены следующие мероприятия, которые предусматривают систему медицинской профилактики и патронажа:

- разделение населения на группы риска исходя из имеющихся факторов риска;

- обеспечение прохождения населением, входящим в группы со средним и высоким уровнем риска, медицинских осмотров в установленные сроки с периодическим наблюдением его здоровья;

- установление постоянного наблюдения за больными, входящими в группу с высоким уровнем риска и не имеющими возможности самостоятельного посещения медицинских учреждений, оказание им медицинской помощи с выездом на дом;

- проведение целевых скрининговых осмотров по определенным болезням с учетом специфики региона вместо профилактических осмотров;

- оптимизация патронажных осмотров, внедрение новой целевой системы патронажа.

Министерству здравоохранения:

- организовать учебные курсы по обучению медицинских работников учреждений первичной медико-санитарной помощи Сырдарьинской области вновь внедряемой системе медицинской профилактики и патронажа;

- внося в Кабинет Министров предложение по распространению по итогам пилотного проекта системы, предусмотренной в настоящем пункте, на другие регионы республики.

Государственный фонд медицинского страхования (далее - Фонд) образован 1 декабря 2020 года и установлена предельная численность управленческого персонала его исполнительного аппарата в количестве 46 единиц.

При этом расходы на содержание штатных единиц Фонда покрываются за счет средств, в последующем высвобождаемых в результате оптимизации штатных единиц органов государственной власти и управления.

Основными задачами Фонда являются:

- внедрение и управление системой государственного медицинского страхования, а также обеспечение межведомственного сотрудничества в реализации единой государственной политики в данной сфере;

- внедрение системы стратегических закупок медицинских услуг в целях обеспечения всех слоев населения качественной и необходимой медицинской помощью в рамках гарантированного пакета;

- организацию аккумулирования, управления, целевого и эффективного расходования средств, выделяемых из Государственного бюджета в целях финансирования гарантированного пакета в рамках пилотного проекта;

- по результатам пилотного проекта реализацию необходимых мер по поэтапному внедрению системы государственного медицинского страхования в других регионах республики.

Устанавливается порядок, в соответствии с которым начиная с 1 июля 2021 года в рамках пилотного проекта:

- средства Государственного бюджета, направляемые на финансирование учреждений системы здравоохранения Сырдарьинской области (за исключением средств, выделяемых на целевые программы капитальных вложений, развития науки и научных изысканий, вакцинации и другие) поэтапно перечисляются на отдельные лицевые казначейские счета фонда и одной строкой указываются в классификации расходов;

- фонд финансирует деятельность медицинских организаций путем заключения с ними договоров. При этом часть средств, выделяемых больницам районного (городского) и областного уровня в размере не менее 10 процентов, определяется исходя из количества пролеченных случаев и объема выполненных работ;

- негосударственные медицинские организации также могут привлекаться к оказанию медицинских услуг на основе гарантированного пакета;

- фонд осуществляет постоянный мониторинг эффективности и результативности выделяемых бюджетных средств;

- определение гарантированного пакета, оценка качества оказываемой медицинской помощи и ведение его мониторинга и контроля в соответствии с утвержденными стандартами осуществляется Министерством здравоохранения.

КОНЦЕПЦИЯ

внедрения в порядке эксперимента системы государственного медицинского страхования в Сырдарьинской области

Концепция определяет основные направления внедрения и апробации в порядке эксперимента системы государственного медицинского страхования при оказании гарантированной государством медицинской помощи и ее финансировании.

При этом предусматривается проведение апробации системы государственного медицинского страхования в период с 1 июля 2021 года до конца 2022 года в Сырдарьинской области, начиная с 2023 года – поэтапное внедрение его положительных результатов в других регионах республики.

Действующая система финансирования здравоохранения оказывает отрицательное влияние на повышение социально-экономической эффективности выделяемых средств, в частности:

- доля неэффективных расходов в системе здравоохранения достигает 40 процентов;

- уровень прямых платежей населения за медицинские услуги сохраняется и составляет около 40 – 45 процентов;

- свыше 60 процентов всех средств, выделяемых сфере здравоохранения из Государственного бюджета, составляют расходы на оказание стационарной лечебно-профилактической помощи;

- основная часть средств, выделяемых учреждениям первичной медико-санитарной помощи, расходуется на оплату труда, на оказание населению медицинской помощи направляется лишь 10 процентов данных средств;

- отсутствие равных условий для государственных и частных медицинских учреждений и конкурентной среды в направлении оказания медицинской помощи населению является препятствием в повышении качества медицинских услуг;

- не обеспечивается в полной мере финансовая самостоятельность медицинских учреждений, вследствие чего ограничиваются возможности внедрения современных методов управления и достойной оплаты труда работникам этих учреждений;

- средний коэффициент совместительства действующих врачей в медицинских учреждениях превышает 2,0 (средний показатель по республике – 1,4), более 700 штатных единиц врачей остаются вакантными.

Основная цель и задачи Концепции

Основной целью Концепции является проведение апробации новых моделей оказания медицинских услуг и финансирования здравоохранения в Сырдарьинской области посредством внедрения в порядке эксперимента системы государственного медицинского страхования в данном регионе (далее – пилотный проект) в период с 1 июля 2021 года до конца 2022 года.

В рамках реализации Концепции требуется реализация следующих основных задач:

- внедрение в практику эффективных механизмов финансирования здравоохранения и новых моделей оказания медицинских услуг;

- внедрение механизма осуществления платежей за медицинские услуги посредством методов финансирования, ориентированных на конечный результат (подушевого финансирования, за «пролеченный случай», по результатам выполненных работ);

- разработка методологии проведения стратегического закупа медицинских услуг в рамках гарантированной государством медицинской помощи;

- создание современных клинических и экономических механизмов управления в амбулаторно–поликлинических и стационарных лечебно-профилактических учреждениях всех уровней;

- укрепление кадрового потенциала в области управления и финансирования здравоохранения, а также в сфере оказания медицинских услуг путем обучения, переподготовки и повышения квалификации специалистов;

- создание интегрированной информационной системы и ресурсов в сфере оказания медицинских услуг в рамках пилотного проекта, а также обеспечение их бесперебойного функционирования.

Основные направления реализации пилотного проекта

Совершенствование модели оказания медицинских услуг с учетом усиления роли первичной медико-санитарной помощи:

- совершенствование клинической практики в области лечения инфекционных заболеваний на основе международных стандартов, исходя из вида болезней и уровня заболеваемости;

- пересмотр объема медицинской помощи, оказываемой учреждениями первичного звена системы здравоохранения и стационарными медицинскими учреждениями, на основе доказательной медицины и международных стандартов;

- повышение роли и расширение задач медицинских сестер и врачей общей практики в раннем выявлении заболеваний и наблюдении за больными;
- усиление механизмов обеспечения взаимного сотрудничества между медицинскими работниками и последовательности при оказании медико-профилактических услуг.

Внедрение современных механизмов управления здравоохранением

- обеспечение взаимного тесного сотрудничества и повышение эффективности координации всех лечебно-профилактических учреждений;
- усиление роли первичной медико-санитарной помощи в определении маршрута, выдаче направлений и наблюдении за больными, осуществлении контроля за качеством медико-профилактической помощи и приближении медицинской помощи к населению;
- организация внутренних сетей в районных медицинских объединениях с участием медицинских учреждений, входящих в их состав, а также объединений областных стационарных медицинских учреждений в качестве основных структур по заключению договоров на оказание и предоставление медицинских услуг.

Внедрение новых механизмов финансирования здравоохранения

- внедрение механизмов смешанного финансирования, применяемых к сетям и объединениям поставщиков медицинских услуг при организации закупок медицинских услуг;
- разработка финансовых и нефинансовых показателей оценки деятельности медицинских объединений, медицинских учреждений и медицинских работников с точки зрения стимулирования эффективной медицинской профилактики, а также практики наблюдения за больными и сокращения на этой основе показателей пользования стационарными медицинскими услугами;
- пересмотр состава бюджета здравоохранения на основе средств общего бюджета;
- справедливое распределение ресурсов здравоохранения по принципу территориальности с учетом состава и показателей заболеваемости населения;
- разработка универсального пакета гарантированных государством медицинских услуг с определением конкретных льгот для населения.

Создание интегрированной информационной системы здравоохранения в рамках проводимых реформ в направлении финансирования здравоохранения и оказания медицинских услуг

- создание информационной системы, предоставляющей возможность сбора и анализа необходимой информации, проведения мониторинга пилотного проекта, оценки состояния оказания медицинских услуг и финансирования здравоохранения, а также определения основ развития для долгосрочных перспектив в данной сфере;
- обеспечение эффективного и прозрачного обмена информацией между уровнями оказания медицинских услуг и участниками системы, расширение доступа к медицинским услугам отдаленных сельских районов;
- регистрация всего населения на местах в Национальной интегрированной информационной системе здравоохранения (НИИСЗ)

посредством персонального идентификационного номера физического лица (ПИНФЛ);

- разработка и утверждение Национального классификатора медицинских услуг;

- создание новых систем кодирования и классификации, необходимых для эффективного внедрения механизмов стратегического закупа медицинских услуг, обеспечивающих стандартизацию медицинской информации и деятельности;

- использование современных информационно-коммуникационных технологий и их широкое внедрение;

- создание информационно-коммуникационной инфраструктуры, необходимой для развития соответствующей информационной системы пилотного проекта и обеспечение участников данной системы необходимым компьютерным оборудованием.

Ожидаемые результаты

В результате реализации Концепции и в рамках пилотного проекта будет достигнуто:

- поэтапное сокращение доли неэффективных расходов в системе здравоохранения;

- обеспечение открытости и прозрачности на рынке медицинских услуг и снижение уровня непосредственных платежей населения за медицинскую помощь;

- увеличение доли первичной медико-санитарной помощи в общем объеме средств, выделяемых на систему здравоохранения;

- усиление финансовой независимости медицинских учреждений и расширение механизмов материального стимулирования медицинских работников;

- повышение уровня обеспеченности качественными медицинскими услугами социально уязвимых слоев населения;

- создание условий для развития конкурентной среды на рынке медицинских услуг путем привлечения частных медицинских организаций к оказанию гарантированной государством медицинской помощи населению.

Фонд Государственного медицинского страхования

В своей деятельности фонд руководствуется Конституцией Республики Узбекистан, законами Республики Узбекистан, решениями палат Олий Мажлиса, указами, постановлениями и распоряжениями президента Республики Узбекистан, постановлениями и распоряжениями Кабинета Министров, иными законодательными актами, решениями Наблюдательного совета, а также настоящим уставом.

Фонд отчитывается о своей деятельности перед Наблюдательным советом фонда.

Фонд осуществляет свою деятельность во взаимодействии с государственными органами и другими организациями.

Фонд является государственным учреждением, имеет самостоятельный баланс, личные казначейские счета, круглую печать, штампы и бланки с изображением государственного герба Республики Узбекистан и наименованием которого написано.

Содержание исполнительного аппарата фонда осуществляется за счет средств государственного бюджета и иных источников, не запрещенных законом.

Основные цели, задачи и функции Фонда

Основной целью Фонда является обеспечение полного охвата населения гарантированной государством медицинской помощью, повышение ее качества и объема, а также внедрение и управление системой государственного медицинского страхования в целях развития рынка медицинских услуг на основе современных требований.

Основными задачами фонда являются следующие:

- внедрение, управление системой государственного медицинского страхования и обеспечение межведомственного взаимодействия при реализации единой государственной политики в этой сфере;
- реализация системы государственного медицинского страхования в Сырдарьинской области в период с 1 июля 2022 года по 2021 год опытно-испытательный проект (в последующих местах – опытно-испытательный проект);
- внедрение системы стратегических закупок медицинских услуг, входящих в объем гарантированной государством медицинской помощи, в целях оказания качественной и необходимой медицинской помощи всем слоям населения;
- финансирование оказания качественной и полноценной медицинской помощи всем слоям населения в гарантированных государством объемах в рамках пилотного проекта;
- в рамках пилотного проекта осуществляется накопление, управление средствами, выделяемыми из государственного бюджета с целью покрытия гарантированных объемов медицинской помощи, организация их целенаправленного и эффективного расходования;
- создание единой информационной системы, базы данных и других информационных ресурсов государственного медицинского страхования, обеспечивающих их надлежащее функционирование;
- по результатам пилотного проекта осуществлена реализация необходимых мероприятий по поэтапному внедрению системы государственного медицинского страхования в других регионах Республики.

Для выполнения возложенных на него задач Фонд осуществляет следующие функции:

- внедряет и управляет системой государственного медицинского страхования;
- финансирует оказание гарантированной государством медицинской помощи всем слоям населения;

- разрабатывает среднесрочные и долгосрочные прогнозы доходов и расходов Фонда, а также ежегодно формулирует бюджет сбережений совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами;

- собирает и распоряжается средствами, выделяемыми из государственного бюджета на цели финансирования гарантированной государством медицинской помощи, и иными поступлениями в соответствии с законодательством;

- участвует в разработке государственных программ медицинского страхования и финансирует деятельность по их реализации в установленном порядке;

- разрабатывает стратегические закупки медицинских услуг и осуществляет оплату медицинских услуг, включенных в гарантированный государством объем медицинской помощи;

- организует рациональное и целевое использование накопительных средств участниками государственной системы медицинского страхования, осуществляет контроль за выполнением условий договора на оказание медицинских услуг в рамках государственной программы медицинского страхования;

- управляет единой электронной информационной системой и ресурсами государственного медицинского страхования и обеспечивает их непрерывное функционирование, а также определяет порядок использования этой информационной системы и ресурсов;

- участвует в разработке программ развития потенциала медицинских кадров, в том числе в организации подготовки и повышения квалификации специалистов финансового менеджера и клинического менеджера для медицинских учреждений;

- участвует в разработке и совершенствовании пакета медицинских услуг, входящих в объем гарантированной государством медицинской помощи;

- разрабатывает предложения по совершенствованию и расширению государственной системы медицинского страхования и принять меры по их реализации;

- координирует деятельность органов государственного и хозяйственного управления в области государственного медицинского страхования;

- осуществляет международные связи в области государственного медицинского страхования, изучать зарубежный опыт и разрабатывает предложения по внедрению передового опыта.

Фонд может также осуществлять иные функции в соответствии с законодательством в целях выполнения возложенных на него обязанностей.

Права и обязанности Фонда

Фонд имеет следующие права в рамках выполнения возложенных на него задач и функций:

- получение информации о системе государственного медицинского страхования от участников этой системы в установленном порядке;

- подготовка бюджетных заказов и составление бюджетных заявок на финансирование из государственного бюджета;

- размещение накопительных средств в установленном порядке;
- если законодательством не предусмотрен иной порядок, определение порядка разработки и использования методических документов, отчетов и форм заявлений, учетных регистров, актов и иных документов в сфере государственного медицинского страхования;
- организация консультационной, издательской и преподавательской деятельности в соответствии с законодательством Республики Узбекистан;
- приобретение оборудования, инвентаря, товаров и услуг в установленном порядке;
- получение необходимой информации от государственных органов, органов местного самоуправления, органов самоуправления граждан, а также иных организаций и учреждений в рамках их компетенции;
- привлечение иностранных и местных экспертов и консультантов на договорной основе в области государственного медицинского страхования;
- осуществление международного сотрудничества в пределах своей полномочий.

Фонд может также иметь иные права в соответствии с законодательством в рамках исполнения возложенных на него обязанностей и функций.

Фонд обязан:

- обеспечивать эффективное и целенаправленное использование средств Фонда;
- осуществлять закупки медицинских услуг в пределах объема средств, запланированных на соответствующий финансовый год;
- заключать договоры с медицинскими организациями и иными участниками, отвечающими установленным требованиям в отношении участников системы государственного медицинского страхования, на приобретение медицинских услуг, включенных в гарантированный государством объем медицинской помощи;
- хранить конфиденциальную информацию о пациентах в соответствии с требованиями закона, в том числе иную информацию, полученную при оказании им медицинской помощи;
- анализировать уровень удовлетворенности населения медицинскими услугами, входящими в объем гарантированной государством медицинской помощи;
- рассматривать обращения граждан в соответствии с законодательством Республики Узбекистан;
- формировать финансовую отчетность и иную отчетность по установленной форме и в сроки в соответствии с законодательством и представлять их в соответствующие государственные органы;
- регулярно повышать потенциал работников в сфере государственного медицинского страхования.

Фонд может также иметь иные обязательства в соответствии с законодательством в рамках исполнения возложенных на него обязанностей и функций.

Порядок формирования и использования средств Фонда

Формирование и исполнение бюджета фонда осуществляется в соответствии с законодательством.

Источниками формирования сберегательных фондов являются:

- средства из государственного бюджета;
- доходы от размещения временно свободных денежных средств по депозитам коммерческих банков;
- спонсорские пожертвования физических и юридических лиц;
- гранты международных финансовых институтов и иностранных организаций;
- другие источники, не запрещенные законом.

Средства фонда перечисляются на следующие цели в соответствии со сметой расходов, утвержденной Наблюдательным советом Фонда:

- закупка медицинских услуг у государственных и частных медицинских организаций в рамках гарантированной государством медицинской помощи;
- финансирование программы государственного медицинского страхования и обеспечения льготными лекарственными средствами;
- реализация целевых программ и иных мероприятий в рамках утвержденного бюджета Фонда;
- организация деятельности исполнительного аппарата Фонда, включая финансовое и материально-техническое обеспечение;
- оплата информационно-коммуникационных услуг;
- оплата банковских услуг;
- осуществление международного сотрудничества в области медицинского страхования.

Фонд ежегодно разрабатывает план необходимых средств для его реализации на основе прогнозов объема гарантированной государством медицинской помощи на следующие финансовые годы.

Бюджетная заявка готовится Фондом и представляется в Министерство Финансов в установленном порядке законом.

Деятельность Фонда ежегодно проводится внешним аудитом в порядке, установленном законодательством

Управление Фондом

Наблюдательный совет и исполнительный аппарат Фонда являются органами управления Фонда.

Наблюдательный совет Фонда является высшим органом управления Фонда, состав которого утверждается постановлением Кабинета Министров.

Исполнительный аппарат Фонда является рабочим органом Наблюдательного совета Фонда.

Заседания Наблюдательного совета Фонда проводятся не реже одного раза в квартал, на которых председатель Наблюдательного совета Фонда в отсутствие председателя Наблюдательного совета Фонда председательствует вместо него.

Заседание Наблюдательного совета Фонда, если в нем примут участие не менее двух третей его членов, будет правомочным (будет иметь кворум).

Решение Наблюдательного совета Фонда принимается простым большинством голосов его членов, присутствующих на заседании. В случае равенства голосов решающим является голос председателя Наблюдательного совета Фонда.

Наблюдательный совет Фонда:

- утверждает прогнозные параметры доходов и расходов Фонда, а также годовую смету расходов;
- согласовывает предложения по тарифам на медицинские услуги, включаемые в гарантированный государством объем медицинской помощи;
- Фонд заслушивает и утверждает отчеты исполнительного органа;
- заслушивает доклады органов государственного и хозяйственного управления, органов местного самоуправления и иных организаций по вопросам, относящимся к сфере государственного медицинского страхования;
- рассматривает кандидатуры на должности исполнительного директора Фонда и его правопреемников и вносит по ним представление в Кабинет Министров;
- утверждает документы, регламентирующие деятельность Фонда;
- определяет порядок использования свободных средств Фонда;
- утверждает порядок определения выплат надбавок и иных поощрений работникам исполнительного органа, окладов должностей по их основным должностям;
- осуществляет контроль за деятельностью исполнительного органа Фонда, в том числе за выполнением прогнозных параметров его доходов и расходов, целевым использованием средств;
- осуществляет иные полномочия в соответствии с законодательством.

Организация деятельности Фонда

Фонд организует и осуществляет свою деятельность в рамках полномочий, установленных законодательством Республики Узбекистан.

Фонд возглавляет исполнительный директор, который назначается на должность и освобождается от должности Кабинетом Министров по рекомендации Наблюдательного совета. Исполнительный директор несет персональную ответственность за выполнение возложенных задач и функций на Фонд.

Заместители исполнительного директора Фонда назначаются Кабинетом Министров по рекомендации Наблюдательного совета Фонда.

Статус исполнительного директора Фонда приравнивается к статусу первого заместителя министра по оплате труда, медицинских и транспортных услуг, а его заместители приравнены к заместителю министра.

Исполнительный директор фонда:

- руководит деятельностью Фонда;
- в рамках своих полномочий распределяет обязанности между заместителями исполнительного директора и руководителями структурных подразделений Фонда;

- в рамках своих полномочий издает приказы и инструкции по вопросам деятельности Фонда, дает поручения структурным подразделениям Фонда;
- утверждает уставы о структурных подразделениях Фонда, также при необходимости внести изменения в состав исполнительного аппарата Фонда в пределах общего ограниченного количества управленческого персонала и фонда оплаты труда;
- назначает и освобождает сотрудников исполнительного аппарата Фонда;
- организует учет денежных средств и материальных ценностей, подготовку статистической и бухгалтерской отчетности и их представление в соответствующие государственные органы в установленном порядке;
- участвует в заседаниях Наблюдательного совета Фонда с правом совещательного голоса;
- осуществляет иные полномочия в соответствии с законодательством.

Сотрудникам исполнительного аппарата Фонда ежемесячно выплачиваются надбавки за многолетний труд за счет средств Государственного бюджета в следующих размерах (в коэффициентах к заработной плате с учетом коэффициента поощрения): от 2 до 5 лет – 0,1; от 5 до 10 лет – 0,2; от 10 до 15 лет – 0,3; от 15 до 20 лет – 0,4; от 20 до 25 лет – 0,5; более 25 лет – 0,6. В этом случае многолетний стаж, дающий право на получение надбавки, осуществляется в порядке, утвержденном Наблюдательным советом Фонда.

На работников исполнительного аппарата Фонда распространяются условия оплаты труда работников органов государственного управления, а при определении их заработной платы на основе утвержденной оплаты труда по единому тарифному набору применяется тарифный коэффициент с повышением до 2,0 раза.

Фонд вправе привлекать высококвалифицированных специалистов на основании гражданско-правового договора в рамках фонда оплаты труда в области медицины, экономики, финансов, информационно-коммуникационных технологий и других областях, необходимых для выполнения возложенных на фонд обязанностей в соответствии с решением Наблюдательного совета.

Учет, отчетность и контроль

Исполнительный аппарат Фонда несет ответственность за оплату медицинских услуг, оказываемых в системе государственного медицинского страхования, и иных платежей в рамках утвержденного бюджета Фонда, а также за целевое использование средств.

Исполнительный орган Фонда в установленный срок представляет периодические отчеты в Министерство финансов.

Контроль за использованием денежных средств Фонда в установленном порядке осуществляет исполнительный аппарат Фонда.

Контроль за целевым и эффективным использованием средств Фонда осуществляется службой внутреннего аудита Фонда, а также Министерством финансов и Счетной палатой.

Реорганизация и ликвидация Фонда производятся в порядке, установленном законом.

Постоянные документы Фонда передаются в Государственный архив в установленном порядке в случае ликвидации Фонда.

Контрольные вопросы

1. Какие формы медицинского страхования различают?
2. На каких принципах и в каких странах действует механизм обязательного медицинского страхования?
3. В чем заключаются особенности добровольного медицинского страхования?
4. В чем сходство и различие между обязательным и добровольным медицинским страхованием?
5. Какие положительные и отрицательные стороны имеются в медицинском страховании?
6. Какие проблемы поможет решить внедрение медицинского страхования?
7. С какими препятствиями могут столкнуться страны при переходе на медицинское страхование?
8. Как влияет Медицинское страхование на качество медицинского обслуживания?
9. Что планируется сделать в рамках пилотного проекта по внедрению новой модели организации системы здравоохранения и механизмов государственного медицинского страхования?
10. Каковы основные цели и задачи Концепции пилотного проекта внедрения системы государственного медицинского страхования?
11. Какие новые механизмы финансирования здравоохранения планируется внедрить в рамках пилотного проекта новой модели организации системы здравоохранения и по внедрению механизмов государственного медицинского страхования?
12. Каких результатов планируется достичь за счет реализации Концепции пилотного проекта внедрения системы государственного медицинского страхования?
13. Укажите цели и задачи Фонда государственного медицинского страхования?
14. Какие права и обязанности имеет Фонд государственного медицинского страхования?
15. Из каких источников формируются средства Фонда государственного медицинского страхования?
16. Кто руководит и управляет Фондом государственного медицинского страхования?
17. Каковы задачи Наблюдательного совета Фонда государственного медицинского страхования?

**Глава 36. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ.
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Описание наиболее распространенных моделей здравоохранения в зарубежных странах

Социально-экономическая модель здравоохранения является главной чертой основных аспектов отрасли.

Существование любой социально-экономической системы здравоохранения в стране зависит от следующих факторов:

- общий уровень социально-экономического развития;
- социальная политика государства, направленная на охрану здоровья населения;
- исторические и национальные традиции, ценности.

Несмотря на большое разнообразие национальных и исторических особенностей, имеющих место в различных странах мира, выделяют пять устойчиво функционирующих моделей здравоохранения:

- модель здравоохранения без государственного регулирования;
- модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан;
- модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для большинства граждан;
- монополярная государственная модель здравоохранения;
- модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования.

Эти модели принципиально отличаются друг от друга: во-первых, степенью участия государства в управлении здравоохранением; во-вторых, формами собственности производителей медицинских услуг; в-третьих, степенью охвата населения программами государственной поддержки; в-четвертых, источниками финансирования здравоохранения.

Условно первую и вторую модели можно отнести к негосударственным (частным), а последние три – к государственным моделям здравоохранения. В странах с неустойчивыми политическими системами и переходной экономикой могут встречаться промежуточные формы (переходные модели), включающие элементы разных моделей.

Модель здравоохранения без государственного регулирования

Эта модель основана на простых законах потребительского рынка. Виды и объем медицинской помощи формируются путем саморегулирования спроса и предложения на медицинские услуги. Неимущие слои населения не имеют доступа к квалифицированной медицинской помощи. Для такой модели характерно отсутствие существенной государственной поддержки малоимущих категорий граждан. Производители медицинских услуг представлены врачами частной практики. Участие государства сводится

к обеспечению необходимых противоэпидемических мероприятий и минимальных санитарных условий в общественных местах. Государство также берет на себя обязанность по изоляции и лечению больных, представляющих опасность для общества (инфекционных, психических и т.п.).

В этой системе здравоохранения оплата медицинской помощи осуществляется непосредственно потребителями медицинских услуг – пациентами. Для нее характерны следующие признаки:

- основной источник финансирования медицинской помощи – личные средства граждан;
- свободные (нерегулируемые) цены на медицинские услуги;
- свободный выбор врача;
- высокие доходы врачей;
- ограниченная доступность медицинской помощи большинству граждан.

В развитых странах эта модель существовала до конца XIX века. Она сохраняется в ряде развивающихся стран Азии, Африки и Латинской Америки.

Модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан

Эта модель здравоохранения возникла в эпохе раннего капитализма. Ее появление было связано с развитием сложных медицинских технологий (хирургия, наркоз, рентген и тому подобное), потребовавших больших дополнительных материальных и финансовых затрат. Это, в свою очередь, поставило перед населением проблему оплаты дорогостоящего лечения.

Одним из решений проблемы стало создание больничных касс, развитие частного медицинского страхования. Страховые компании использовали принцип общественной солидарности, при котором богатый платит за бедного, молодой – за старого, здоровый – за больного. Это стало удобно для большинства пациентов. Механизм страхового дела оттачивался в течение десятилетий. Формировалась юридическая база для правового регулирования отношений между страховщиками (работодателями, частными лицами), страховыми компаниями, частными производителями медицинских услуг, адвокатскими конторами, которые регулировали спорные вопросы, и т.д.

В этот период стала постепенно усиливаться роль государства в формировании законодательной правовой базы, начали вводиться отдельные элементы обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан (программы для неимущих и инвалидов в США). Таким образом, появилась государственная поддержка отдельных категорий граждан в получении медицинской помощи. Однако эта поддержка государства не носила всеобщего характера.

При этой модели взаимоотношения между производящими, финансирующими, контролирующими и потребляющими субъектами основываются на свободном выборе, независимости и двусторонних договорных обязательствах. Для нее характерны следующие признаки:

- основным источником финансирования медицинской помощи служат личные средства граждан и прибыль (доход) юридических лиц;
- большой выбор медицинских учреждений, врачей, создающих конкурентную среду на рынке медицинских услуг;
- свободное (нерегулируемое) ценообразование на медицинские услуги;
- высокая доля национального дохода, выделяемого на здравоохранение;
- высокие доходы врачей, других медицинских работников;
- высокая стоимость медицинских услуг, ограниченная доступность 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;
- государственная поддержка отдельных категорий граждан.

Такая модель характерна для здравоохранения США, ряда арабских, африканских и латиноамериканских стран.

Модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для большинства граждан

Более прогрессивная и совершенная модель обязательного медицинского страхования зародилась в конце XIX века в Германии и получила развитие в период после Первой мировой войны в большинстве европейских стран. Основной характеристикой такой модели служит то, что государство с целью обеспечения гарантированной медицинской помощи для большинства населения (за исключением самых богатых) обязывает всех работодателей и самих граждан отчислять часть дохода на медицинскую страховку в рамках государственных нормативов по программе ОМС. Работодатели перечисляют деньги в страховые компании, т.е., в свою очередь, в лечебные учреждения, которые оказывают медицинскую помощь населению.

Основная роль государственных органов управления здравоохранением при этом сводится к выполнению функции экспертно-аналитических и арбитражных служб и контроля над санитарно-эпидемиологическим благополучием в стране.

Для этой модели здравоохранения характерны следующие положительные стороны:

- наличие нескольких основных источников финансирования (средства бюджетов, обязательные платежи по страхованию, осуществляемые как работодателями, так и самими работниками);
- высокая доля национального дохода, выделяемого на здравоохранение;
- 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;

- регулируемое ценообразование на медицинские услуги, многообразие форм и способов оплаты медицинской помощи;

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

Основной недостаток – неполный охват населения программами обязательного медицинского страхования.

В настоящее время данная модель наиболее развита в Германии и Франции и называется регулируемой системой страхования здоровья.

Монопольная государственная модель здравоохранения

В странах бывшего Союза сложилась монопольно-государственная модель здравоохранения. Эта модель ориентирована на высокий уровень централизации управления отраслью. Организация материально-технического и лекарственного обеспечения производится на основе государственного заказа и фондового снабжения по фиксированным ценам. Формирование и развитие медицинских учреждений производится в соответствии с государственными нормативами по штатам, ресурсам, заработной плате и т.п. Монопольная государственная модель здравоохранения имеет ряд неоспоримых преимуществ:

- высокая степень социальной защищенности граждан путем установления всеобщих гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи;

- строгий государственный контроль условий оказания медицинской помощи;

- воздействие на заболеваемость управляемыми инфекциями путем иммунизации населения;

- высокая степень мобилизационной готовности при чрезвычайных ситуациях.

В то же время к существенным недостаткам этой модели следует отнести:

- низкоэффективную бюрократическую систему управления;

- недостаток дополнительных платных и сервисных услуг и отсутствие конкурентной среды;

- низкую заработную плату медицинских работников;

- отсутствие экономических стимулов в работе медицинского персонала;

- отсутствие системы независимого контроля качества медицинской помощи;

- диспропорции в развитии стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи;

- низкая эффективность использования ресурсов в здравоохранении.

К 50-60-м годам XX века государственная система здравоохранения считались передовой национальной системой организации здравоохранения. Историческую роль государственной системы здравоохранения следует

определить следующим образом – бесплатное и общедоступное медицинское обслуживание для всех граждан находится в ведении и финансировании государства. Однако в условиях экономического кризиса и при увеличении потребностей граждан в различных медицинских услугах не представляется возможным полностью покрыть выделяемые государством расходы, и в этом случае для финансирования системы здравоохранения придется прибегнуть к внебюджетным средствам финансирования.

Основными негативными факторами монополистической государственной модели здравоохранения являются: финансирование деятельности здравоохранения по принципу баланса из государственного бюджета; бюджет не зависит от налоговых поступлений и реальных взносов, собираемых с каждого региона; является единственным заказчиком государственной медицинской помощи; управление сверху вниз. В этой модели не предусмотрено использование принципов ни обязательного, ни добровольного медицинского страхования (см. гл. 5).

Модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования

После Второй мировой войны ряд ведущих стран мира (Великобритания, Италия, Испания, Япония, Канада) заимствовали у Советского Союза положительные стороны монопольной государственной системы здравоохранения и построили принципиально новую модель государственного медицинского страхования.

Для этой модели здравоохранения, основанной на всеобщем государственном медицинском страховании, характерно то, что государство непосредственно координирует работу всех медицинских учреждений и само обеспечивает производство медицинских услуг всему населению страны. Система государственного страхования – наиболее экономичная и рациональная модель организации медицинского обслуживания населения. Фактически это модель XXI века для стран, которые стремятся ограничить расходы, не потеряв эффективность и качество медицинской помощи. Государственные органы планируют расходы и медицинское обслуживание.

В некоторых странах (Великобритания, Италия, Испания) бесплатная помощь оказывается только на определенных этапах курса лечения, а услуги типа удобства предоставляются на платной основе. Поэтому в таких странах, где помимо государственной системы медицинского страхования имеется негосударственная лечебная база, распространены программы добровольного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование менее развито в других странах (Канада).

Данная модель имеет ряд особенностей:

- невозможность перераспределения монополизированных территориальных лечебно-профилактических учреждений на основе рыночных отношений (сегментация);

- отсутствие конкуренции среди добровольных медицинских страховых компаний (5 компаний делят население одного района и распределяют свои полисы и платят ОМС по единому тарифу);

- возможность получения заказов на дополнительные услуги для застрахованных по дополнительной программе ДПМ-ДМС, действующих в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС);
- доступность платных услуг населению в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях;
- полная неразбериха в механизме использования производственных и человеческих ресурсов для того или иного вида деятельности из-за вмешательства системы ОМС, бюджета, ДМС и финансовых потоков от платных услуг в хозяйственную деятельность ДМС;
- возможность подбора контингентов компаниями ОМС по отраслям;
- наличие финансирования услуг «лучших практик» ДПМ, несмотря на то, что ДПМ ежегодно финансируется за счет строго утвержденного годового бюджета (в зависимости от результатов деятельности);
- утверждение гарантированной государством программы соблюдения и бесплатного поддушевого обслуживания, основанной на правах человека и конституционных нормах;
- отсутствие системы уполномоченных на обеспечение государственных и муниципальных заказов и структур управления.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ МИРА

Соединённые Штаты Америки. Конституция США не предусматривает государственного обеспечения медицинской помощью всех граждан, кроме социально незащищенных слоев населения. Система здравоохранения США характеризуется государственной частной моделью программ обязательного медицинского страхования.

У этой системы есть определенные недостатки: во-первых, медицинская помощь для населения не является общедоступной. Около 40 млн населения США не имеют страховых полисов. В финансовом отношении здравоохранение неодинаково в разных штатах и округах. Существует значительный дефицит медицинской помощи, особенно в сельской местности.

Во-вторых, с увеличением стоимости медицинских услуг увеличиваются страховые взносы, в результате чего возникают проблемы с финансированием отрасли.

В-третьих, низка эффективность выделяемых средств на здравоохранение. США занимает первое место по расходам на здравоохранение на душу населения (по сравнению с Германией и Францией – 2 раза, Японией – 2,5 раза, Великобританией – 3 раза больше).

В-четвертых, в деятельности отрасли «центр тяжести» приходится на лечение, а профилактика остается без внимания.

В США функционирует децентрализованная система здравоохранения. Каждый институт государства играет свою роль в достижении общих национальных целей в области здравоохранения. В США здравоохранением управляет департамент здравоохранения и социальных служб, однако его функции резко ограничены. В состав департамента входят и службы общественного здравоохранения.

Службы общественного здравоохранения возглавляет помощник секретаря министерства – главный врач.

Основные функции службы общественного здравоохранения:

- санитарная охрана границ;
- гигиена внешней среды;
- санитарная статистика;
- управление национальными институтами здравоохранения;
- медицинская служба гражданской обороны
- установление внешних медицинских контактов.

Служба общественного здравоохранения занимается организацией медицинской (амбулаторной и стационарной) помощи отдельным группам населения, участникам войны, личному составу вооружённых сил, государственным служащим и американским индейцам.

Департамент Здравоохранения состоит из 9 территориальных отделов, их возглавляет директор. Каждая территория включает в себя несколько штатов. Каждый штат имеет свой Департамент Здравоохранения. В его функции входят основные вопросы, касающиеся санитарно-противоэпидемической работы и лабораторной службы. К нижним эшелонам этого Департамента относятся организации по контролю, регистрации и демографическому контролю инфекционных болезней, туберкулеза, венерических болезней и малярии в городах и районах.

Из развитых стран только в США отсутствует государственная система страхования. Это указывает на то, что большая часть населения (50%) имеет частную медицинскую страховку. Из них 46% имеют страховку на рабочем месте и 13% приобретают личную страховку. Государственную программу медицинского страхования имеют 27% населения, из них 13% – страховку «Medicare» (для медицинской помощи пожилым людям после 65 лет), 10% – «Medicaid» (для помощи безработным, неимущим и инвалидам) и 4% – ветераны армии. 4% населения США не имеют никакого страхования.

В США существует более 1000 частных страховых компаний. Из них две самые крупные, занимающиеся только страхованием здоровья – «Синий крест» и «Синий Щит».

Многие страховые компании все больше внимания уделяют выявлению заболеваний, не влияющих на работу работников (принимаемых на работу), но требующих больших средств на лечение. Если работник или член семьи страдает от серьезной болезни, которая требует много денег, он или она может потерять работу. В США такая дискриминация почти легальна.

В дополнение к вышеперечисленному в США действует альтернативная система страхования. К ним относятся частные предприятия и поставщики медицинских услуг. Они могут налагать различные условия при страховании здоровых лиц, например, ограничивать выбор врача: запрещать пациентам обращаться к врачу до тех пор, пока их не осмотрит фельдшер или медсестра и т. д. Как правило, федеральное правительство не осуществляет надзор за деятельностью страховых компаний, за которую отвечают страховые комиссии отдельных штатов. В США существует 3 основных вида медицинского страхования: базовое больничное страхование, базовое

вое медицинское страхование и общее медицинское страхование. Базовая больничная страховка покрывает расходы на госпитализацию, но длительность лечения в больнице и общую стоимость лечения определяет сама страховая компания. Базовая медицинская страховка покрывает расходы на консультацию врача в больнице и стоимость медицинского обслуживания. Эта страховка ограничена с точки зрения оплаты, цены и времени. Общее медицинское страхование служит для покрытия дополнительных расходов, когда они выходят за рамки расходов, больничного страхования и базового медицинского страхования.

Государственные программы ориентированы на пожилых людей, инвалидов и некоторые бедные группы. Частные и государственные программы медицинского страхования различаются качеством и объемом предоставляемых пособий, источниками финансирования и размерами компенсаций, выплачиваемых поставщикам медицинских услуг и работникам здравоохранения. Между частными и общественными организациями существует много разногласий. Государственная помощь в оплате медицинских услуг предоставляется как государственными, так и частными благотворительными организациями. Основные государственные программы включают Medicare и Medicaid.

Программой обязательного социального страхования престарелых («Medicare») охватываются все граждане старше 65 лет, поэтому она считается более успешной. Однако престарелые пациенты вынуждены сами платить из своего кармана за первый день госпитализации, за посещение врачей в поликлинике и почти за всю долгосрочную помощь в домах сестринского ухода.

Многодетные семьи, престарелые и слепые, беременные не работоспособные могут иметь льготы по «Medicaid». В результате около 60% малоимущих, живущих за официальной чертой бедности, не включены в программу. «Medicaid» покрывает лечение острых заболеваний и долгосрочное медицинское обслуживание. Амбулаторная помощь в основном находится в руках частнопрактикующих врачей, которые составляют 70% врачей общей практики.

Германия. В Германии действует одна из наиболее развитых систем социального медицинского страхования. Она была введена в Европе в 1883 г. Бисмарком, и в настоящее время ею охвачено более 90% населения Система оказывает медицинскую помощь всем застрахованным лицам, в том числе работникам и их иждивенцам, представителям малого бизнеса, студентам и пенсионерам. Только 10% представителей высших слоев общества застрахованы частной страховкой, а около 3% включенных в систему ОМС имеют частную страховку, которая обеспечивает хорошие условия при госпитализации или выплату компенсации в случае болезни.

Германия имеет давние традиции здравоохранения. Он охватывает социальное страхование и социальное обеспечение – пенсии, страхование от несчастных случаев, страхование по безработице и страхование социальной помощи, и имеет сложную и запутанную структуру. Оно взаимосвязано и повторяется. Эта система признана во всем мире.

В Германии система управления страхованием включает 3 страховых накопительных фонда: профессиональные, региональные и национальные больничные кассы.

Территориальное управление (землеуправление) совместно с федеральным правительством устанавливает размер отчислений в больничные кассы, что в свою очередь усиливает контроль за количеством расходуемых денег. В рамках единой политики финансирования созданы региональные и федеральные ассоциации касс больниц, которые устанавливают национальные стандарты оказания медицинской помощи. Наряду с государственной системой медицинского страхования в Германии развиваются частные страховые компании.

В стране работают более 1000 самостоятельных компаний, из них 45% государственные и 55% частные компании. Большинство из этих компаний основана по профессиональному принципу: фермеры имеют свои сельско-хозяйственные страховые компании, моряки, шахтеры и т.д. – свои страховые компании.

Взносы в страховые фонды обязательны и составляют 6,5% от заработной платы (уплачиваются работниками) и 6,5% от фонда оплаты труда (уплачиваются предпринимателями). Около 80% всех взносов вносит государство. Его вклад в финансирование здравоохранения остается стабильным в течение последнего десятилетия. Страховые взносы оплачивают также пенсионеры, студенты оплачивают специальные студенческие страховые взносы. Безработным страховые взносы оплачивают Федеральное министерство труда и социального обеспечения. Их взносы основаны на предыдущей заработной плате и пособиях по безработице. В систему обязательного страхования не попадают лица, временно работающие и чей доход выше установленного законом уровня. В немецкой системе здравоохранения есть 2 типа профессиональных врачей. Первая категория лиц (*heilpraktiker* – стажеры) к практической деятельности не допускаются, но допускаются к оказанию медицинской помощи. Ко второй категории относятся квалифицированные специалисты по обслуживанию. «Оказание независимой помощи» (*sozialerfreiheit*) сейчас широко распространена в Германии.

Традиционной медицине амбулаторная помощь оказывается врачами общей практики (врачами 2-ой категории). Пациент сам выбирает врача и даёт ему сертификат страхования. В Германии повышается интерес к врачебной кооперации. Растёт доля групповой практики, помогающей собрать дорогое оборудование и нанять медсестер. В малых предприятиях – в групповой практике – работают 5-7 врачей и 10-20 сотрудников, состоящих из одного или разных специалистов.

В конце 70-х годов прошлого столетия в Германии в групповой практике работали 20% врачей, а в конце 90-х годов этот показатель составил 65%. В зависимости от подчинения лечебные учреждения делятся на общественные (социальные), некоммерческие и частные. Некоммерческие учреждения подчиняются церквям и «Красному кресту». Частные лечебные учреждения работают по типу коммерческих организаций. В стране насчитывается

около 900 частных клиник. В Германии высшим органом здравоохранения является федеральное министерство здравоохранения.

Из-за социально-экономических трудностей, вызванных объединением Германии, расходы на социальное обеспечение были сокращены. В Германии высшей организацией здравоохранения является Федеральное министерство здравоохранения, которое занимается всеми вопросами здравоохранения: чистота воздуха, борьба с шумом, гигиена, качество питья и сточных вод, защита от ионизирующего излучения, защита потребителей от вредных лекарств, ответственность за продукты питания.

В последние годы система здравоохранения Германии претерпела значительные изменения. Закон об улучшении и обеспечении структуры больничного страхования («Закон о здравоохранении»), вступивший в силу в 1993 г., гарантирует стабильность фондов больничного страхования и членских взносов.

Франция. Для Франции характерна управляемая государством частная модель общего медицинского страхования. Во Франции высшим органом здравоохранения является Министерство здравоохранения и социального обеспечения.

В 1946 году было организовано социальное страхование, что способствовало охвату широких слоев населения медицинской помощью. В случае болезни наемных рабочих и работников аналогичной группы социальное страхование финансируется застрахованным лицом и работодателем. При этом предусмотрено участие правительства.

Во Франции существует несколько страховых систем. Самым большим среди них является общее социальное страхование. Оно охватывает 67 % населения страны: к ним относятся, наёмные работники торговой и промышленной отрасли, государственные работники, студенты, военные инвалиды, сироты войны и вдовы, а также врачи.

В общую систему социального страхования входят работники сельскохозяйственного сектора (18% населения) и работники специальных систем (5% населения). Крупнейшие из специальных систем включают Французскую национальную железнодорожную компанию, систему добычи полезных ископаемых, торговый флот, систему военного персонала и другие. Помимо страховых компаний, во Франции существует множество компаний взаимопомощи. Эти организации предоставляют обязательные и дополнительные виды страхования. Каждая группа взаимопомощи оказывает своим членам ряд услуг. Например, в национальной системе здравоохранения имеется сеть частных психиатрических клиник. Некоторые сообщества могут помочь в уходе за пожилыми людьми. Деятельность всех страховых систем контролируется национальной ассоциацией.

Государство не участвует в финансировании общей системы, платит только 2% сборов. Его участие в другой системе относительно велико. Специальная система страхования дает застрахованным большие преимущества, чем общая система страхования (только для лиц с большим стажем работы). Для системы, объединяющей наемных работников аграрного сектора, доля застрахованных в расходах на здравоохранение близка к величине, установленной общей системой социального страхования.

При обращении к врачу, госпитализации или получении другой медицинской помощи пациент оплачивает все расходы на услуги, а затем страховая компания возмещает застрахованному лицу лишние расходы. Однако срок ожидания выплат иногда продлевается из-за отсутствия денег в страховой компании. За это время стоимость обслуживания могут увеличиваться. В результате доход клиента оказывается меньше суммы, потраченной на лечение. Обязанность платить большие суммы денег за лечение и его стремительное подорожание вынуждают французов обращаться в частные страховые компании. В настоящее время 60% населения оформляют данный вид страхования.

Медицинская помощь населению Франции оказывается в 2 этапа: нестационарная и стационарная помощь. Нестационарная помощь оказывается врачами общей практики, заключившими договор с организацией социального страхования. В последние годы врачи стали больше заниматься групповой практикой. В эти группы входят специалисты как из одной, так и из разных дисциплин. Кроме того, нестационарную помощь населению оказывают общегосударственные больницы и поликлинические отделения (кабинеты) многопрофильных медицинских центров. Внебольничную специализированную медицинскую помощь оказывают государственные диспансеры (туберкулезный, венерический, психиатрический, онкологический), имеющие договора с организациями социального страхования. Стационарная помощь во Франции оказывается государственными и частными больницами. Государственные больницы делятся на три категории: 40 коечныхместные и сельские больницы, многопрофильные больницы с широким спектром медицинских услуг на 100 коекили клинические больницы с учебно-исследовательской базой. Большой университетский госпиталь в Париже рассчитан на 1300 коек, а самый большой центральный госпиталь рассчитан на 2830 коек.

Следует отметить, что государственный сектор испытывает недостаток в больницах, персонале и финансировании.

Деятельность частных больниц и государственных медицинских учреждений координируется на государственном уровне, строительство частных больниц осуществляется по плану. Применительно к государственному сектору койки в частных больницах предназначены для кратковременной госпитализации. В них хирургические операции и родовая помощь оказываются на платной основе. В то же время больные с заболеваниями, требующими дорогостоящих лекарств и оборудования, вынуждены лечиться в государственных больницах. Места в частных больницах составляют 30% от общего количества коек.

Государственные больницы должны оказывать населению все виды стационарной помощи, готовить и переподготовку врачей, участвовать в научных исследованиях в области медицины и фармакологии. Законодательно утверждена санитарная карта государства, которая разделена на районы и округа по оказанию медицинской помощи населению.

В настоящее время осуществляется подготовка врачей на медицинских факультетах в 33 университетах страны. Продолжительность учебы 7 лет:

1-й цикл – 2 года (изучение фундаментальных наук); 2-й цикл – 4 года (1 год доклиническая подготовка, 3 года период работы в больницах в качестве экстерна); 3-й цикл – 1 год в качестве интерна. После этого врачи могут на конкурсной основе проходить курсы специализации.

Великобритания. В Великобритании государственная модель здравоохранения основана на общей государственной системе здравоохранения. Кроме этого, функционирует также частная система страхования и платные медицинские услуги. Документ о создании государственной системы здравоохранения был принят в 1946 году после Второй мировой войны, но вступил в силу в 1948 году после того, как все практикующие врачи согласились работать в этой системе.

Национальная система здравоохранения Великобритании объединяет все государственные учреждения здравоохранения, финансирующие и контролирующие деятельность частных медицинских учреждений, которые обязуются действовать по правилам этой системы.

Создание и развитие национальной службы здравоохранения облегчит доступ к медицинской помощи для большинства населения и обеспечит контроль государства за деятельностью медицинских учреждений, что остановит удорожание лечения.

В Великобритании финансовое положение здравоохранения находится в ведении Министерства здравоохранения и территориальных органов управления здравоохранением. Финансирование со стороны государства осуществляется исходя из проводимых мероприятий, поэтому при оказании медицинской помощи лечебно-профилактические учреждения не имеют каких-либо лимитов и скидок на сметы расходов. Несмотря на преимущества системы здравоохранения Великобритании, за последние 10-15 лет она столкнулась с серьезными проблемами. По мнению экспертов, основной проблемой является неосведомленность населения о стоимости медицинских услуг с момента реализации государственной программы здравоохранения. Большинство населения покупает частную медицинскую страховку. Хотя медицинские учреждения пользуются популярностью у населения, существуют финансовые и нефинансовые барьеры для лечения в Великобритании. Размер бюджета здравоохранения, который является частью национального бюджета Великобритании, зависит от других государственных расходов. Неспособность государственной системы здравоохранения в полной мере решить вопрос оказания медицинской помощи населению привела к увеличению возможностей частного медицинского страхования по расширению платных медицинских услуг.

В Великобритании множество страховых компаний занимается частным медицинским страхованием. Лидером является Страховая ассоциация BUPA, которая была образована в 1947 году в результате слияния мелких страховых компаний и в настоящее время контролирует большую часть рынка медицинского страхования. Главный принцип BUPA – дополнительная поддержка здоровья населения. Является объектом страхования видов медицинской помощи, не покрываемых Национальной службой здравоохранения. Таким образом, деятельность по медицинскому

страхованию в определенной степени ограничена и охватывает платные медицинские услуги как в коммерческих, так и в государственных учреждениях. По своему правовому статусу BUPA является некоммерческой организацией, финансируемой государством. BUPA также пользуется налоговыми льготами. Фонд Ассоциации формируется за счет взносов учредителей – благотворительных фондов, религиозных организаций, государства, органов местного самоуправления. Главной особенностью его экономико-правового положения является то, что основные доходы расходуются только на развитие платной сферы здравоохранения. Все средства от страхования направляются на улучшение и расширение сети коммерческих медицинских учреждений (больниц, домов престарелых, диагностических центров, служб послебольничной помощи).

Размер страховых взносов пересматривается один раз в год, но остается стабильным в течение 1 года.

BUPA отвечает за ведение бухгалтерского учета в медицинском учреждении. Клиенту ассоциации нужно только проверить и подписать учетную запись, остальное осуществляет BUPA.

В правилах частного медицинского страхования указывается объем медицинских услуг, оказываемых застрахованным лицам. Лица со страховым полисом имеют право на получение медицинской помощи в любой из больниц, участвующих в программе страхования, в порядке очереди. Больному предоставляется отдельная палата, выплачиваются дополнительные пособия по болезни, очень широк спектр реабилитационных услуг.

Другие виды услуг частного медицинского страхования включают в себя консультации экспертов узкого круга высококлассных врачей. Для консультации специалиста необходимо направление от терапевта. Это уменьшит количество ненужных заявлений и скоординирует отношения между национальной службой здравоохранения и частным медицинским страхованием. Консультанты имеют право принимать отдельных пациентов в своих больницах только в нерабочее время. Соотношение оплачиваемой и неоплачиваемой деятельности строго контролируется администрацией.

Частный сектор здравоохранения ориентирован на состоятельных клиентов из высших слоев общества. Хотя преимущества платного медицинского обслуживания заключаются в его качестве, у него есть и недостатки. В частности, неэффективно используются материальные ресурсы, человеческие ресурсы и вакансии. Например, в то время, когда состоятельный человек находится на оплачиваемой должности в государственной больнице с менее тяжелым заболеванием, менее обеспеченный пациент с более тяжелым заболеванием находится в ожидании, не получая необходимого лечения.

В Великобритании существует централизованная система здравоохранения, находящаяся в ведении Министерства здравоохранения и социального обеспечения.

Услуги общей практики (амбулаторные) включают ВОП, стоматологов, офтальмологов и фармацевтов. Большинство населения Великобритании пользуется услугами ВОП, занимающего частной практикой. ВОП принимает пациентов бесплатно, независимо от пола, возраста и заболевания. Он

оказывает медицинскую помощь в пределах своих полномочий, занимается профилактикой, направляет больных на прием к врачам, которые занимаются узким кругом частной практики. Сумма сбора уплачивается в зависимости от количества пациентов, а не от оказанной услуги. ВОП получает заработную плату за оказание помощи постоянно и временно проживающим на ее территории, лицам старше 60 лет, работающим в ночное время и сверхурочно, работающим в отдаленных районах и сельской местности. На заработную плату врача также влияет стаж его работы. Хотя частнопрактикующие врачи различных направлений составляют 1% национальной системы здравоохранения, их услугами пользуется 10% населения.

В госпитальных службах работают врачи узкой специальности. Они работают по участковому принципу оказывает медицинский помощь по своей специальности в амбулаториях и стационарных условиях.

Медицинские работники являются наемными работниками. Около 95% больниц Великобритании является государственными. В нихотдельную роль играет первичная медико-санитарная помощь. 90% обращений по поводу медицинской помощи населению относятся к ВОП.

Каждый пациент самостоятельно выбирает ВОП. ВОП принимает пациентов по необходимости направляет к специалистам и на стационарное лечение. Такая система основана на разнице первичного и специализированного лечения. В первом случае лечения обеспечивается у ВОП, в во втором – в стационаре.

ВОП работает на основе договора национальной системой здравоохранения. В отличие от врачей, работающих в стационаре дополнительно могут расширять свою деятельность исходя из своих возможностей, по правилам ВОП получает высокий доход. Основная часть дохода ВОП зависит от количество обслуживаемых больных. В средней, на одного ВОП приходится около 2000 тысячи человек.

Национальная система здравоохранения в Великобритании долгое время являлась образцом для развитых стран, потому что впервые организована в экономических развитых странах общедоступная, бесплатная медицинская помощь, основанная государственной модели здравоохранения.

В настоящее время в Великобритании проводится реформа системы здравоохранения:

- необходимость эффективного использования имеющихся ресурсов;
- наличие очереди в госпитализации;
- низкий уровень профилактических работ;
- недостаток мотивации для ВОП, для оказания адекватной медицинской помощи, стал начальным условием реформы.

Основная цель реформы – создание в стране конкурентно способной системой медицинских услуг, действующей по законам рынка.

ВОП берет на себя финансовую ответственность за каждое принятое решение. Часть денег, выделенных врачу, используется в договоре с больницей на диагностические исследования, консультации, операции и т.д. ВОПощрается из средств экономии за качественные результаты и штрафуетс за неправильное лечение. Условие реформы состоит в том, что работник

должен стремиться к продуктивному труду и качественному обслуживанию, так как это увеличивает его доход. Реформа Национальной службы здравоохранения Великобритании предусматривает перестройку системы затрат, которые должны выплачиваться пациенту с учетом состояния его здоровья.

Здравоохранение в развивающихся странах

Для большинства развивающихся стран программа ОМС представляет собой государственную частную модель здравоохранения для некоторых слоев населения, тогда как для ряда менее развитых стран Азии и Африки она представляет собой негосударственную частную модель здравоохранения.

Для этих стран характерна региональная и многоуровневая система здравоохранения с развитой городской медико-санитарной помощью. Большинство восточных, средиземноморских и африканских стран имеют централизованные или частично децентрализованные системы здравоохранения, которыми управляет министерство. В его обязанности входит надзор за государственными медицинскими учреждениями, их проектирование, их укомплектование персоналом, международное сотрудничество, карантин и борьба с другими заболеваниями.

В странах Латинской Америки существует децентрализованная система здравоохранения.

Структура медицинской помощи имеет много общих закономерностей. В их основе лежит единая схема системы здравоохранения, предложенная ВОЗ в разные годы, прежде всего организация сети учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь сельскому населению, составляющему большинство населения. Однако, несмотря на наличие единой цели и задачи, этапы и уровни оказания медицинской помощи в этих странах не такие, как при строительстве учреждений первичной медико-санитарной помощи. Однако наименование лечебно-профилактических учреждений первичного звена (амбулатории, поликлиники, центры общественного здоровья и т. д.) намного больше, чем объемы выполняемых ими работ, количество обслуживаемых лиц, радиус обслуживания различен. В развивающихся странах различают следующие основные этапы организации системы здравоохранения:

1 этап – первичное звено. Медицинская помощь оказывается в медицинских пунктах, маленьких центрах, диспансерах. Основными задачами этих учреждений является оказание первичной доврачебной медицинской помощи, помощь при родах, организация противо-эпидемических мероприятий. В первичном звене работает один человек (медсестра или фельдшер). Медицинская помощь оказывается в 1 и более селах с радиусом обслуживания 5-10 км и населением около 1000 человек. Диспансеры размещены в приспособленных зданиях

2 этап – система здравоохранения. По данным ВОЗ, это местное учреждение системы здравоохранения, задачей которого является улучшение санитарно-гигиенических условий в населенных пунктах и оказание медицинской помощи, в том числе диагностика и лечение

заболеваний, борьба с инфекционными заболеваниями, родовспоможение, профилактическая и санитарная адвокатская деятельность, гигиена окружающей среды, медицинская статистика. Пункт возглавляет фельдшер со средним образованием и специальной подготовкой от 3 до 8 месяцев. Кроме того, в штат центра входят медицинские сестры, акушеры, медико-санитарные инспекторы, фельдшеры. В центрах располагается от 5 до 10 коек для госпитализации и родовспоможения.

Центр здоровья рассчитан на 60–70 тысяч человек. Однако в разных странах численность населения и радиус обслуживания различны. Например, в Кении – 15–80 тысяч человек, Танзании – 50–100 тысяч, Нигерии – 150–200 тысяч человек. Для сельского населения центры здоровья являются единственным учреждением, оказывающим медицинскую помощь. Однако маленький штат центрне может оказывать медицинскую помощь всему прикрепленному населению в радиусе 50 км и более.

Вторым крупным недостатком центра является отсутствие врачебного контроля и консультаций. Кроме того, у медперсонала очень большая загруженность. Например, на одного пациента уходит 2 минуты, женщины, рожавшие в стационарных условиях, не остаются в постели более 1 дня, а в большинстве центров стационарная помощь не оказывается. Все сотрудники работают в центре 2–3 дня в неделю, а в остальные дни проводят амбулаторные визиты на диспансерной базе в селах.

3 этап – сельские больницы, оказывающие первичную врачебную помощь. Количество прикрепленного населения составляет от 500 тысяч до 1,5 млн. человек. На разных территориях сельские больницы имеют от 10 до 100 коек. Из 2-х врачей в этих учреждениях один выполняет функции терапевта, другой – хирурга и акушера-гинеколога. Роль медицинских работников заключается в лечении и диагностике пациентов как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Врачи перегружены, нет диагностического и лечебного оборудования, нет лекарств, нет коек, больничных коек и отчетных документов, больной питается один раз в день, больной находится в палатах независимо от пола, есть случаи их выписки из стационара без разрешения врача.

4 этап – районный уровень объединяет все медицинские учреждения района, губернии и другой территориальной единицы. На этом этапе медицинскую помощь оказывает врач-специалист. Количество коек в больницах в среднем составляет 150–200 коек. В некоторых больницах работают десятки врачей, а в других всего один специалист. Помимо лечебной работы, на эти учреждения возложены диагностика, консультирование сельских больниц, борьба с эпидемиями, надзор за санитарно-гигиеническими мероприятиями.

5 этап – крупные специализированные медицинские учреждения, расположенные в столицах и предназначенные для оказания квалифицированной медицинской помощи. Среди вышеперечисленных медицинских учреждений они обладают лучшими финансовыми и человеческими ресурсами. Более половины бюджета здравоохранения страны направляется на развитие здравоохранения в столице. Здесь работают больше половины медицинских работников страны.

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

По окончании Второй мировой войны в июле 1946 г. в Нью-Йорке в соответствии с решением Международной конференции по здравоохранению было принято решение создать Всемирную организацию здравоохранения (World Health Organization, WHO). Устав ВОЗ был ратифицирован 7 апреля 1948 г., с тех пор этот день отмечается как «Всемирный день здоровья».

Всемирная организация здравоохранения – это специальное агентство Организации Объединенных Наций (ООН), состоящее из 192 государств-членов, основная задача которого заключается в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения мира. В состав ВОЗ принимаются государства-члены ООН, хотя возможен прием и не входящих в ООН стран.

Официальные языки ВОЗ – английский и французский, рабочие (кроме указанных) – русский, испанский, арабский, китайский, немецкий.

Структура ВОЗ. Деятельность ВОЗ осуществляется следующими уполномоченными органами: Всемирной Ассамблеей по здравоохранению, Исполнительным комитетом, Секретариатом.

Высший орган ВОЗ – Всемирная Ассамблея здравоохранения, которая состоит из делегатов, представляющих государства-члены ВОЗ. Сессии Ассамблеи созываются ежегодно.

Между сессиями высшим органом ВОЗ является Исполнительный комитет. Исполнительный комитет состоит из представителей 32 государств-членов и избирается каждые три года. Каждый год он обновляет 1/3 своего контента. Представители Российской Федерации, США, Великобритании, Франции и Китая регулярно переизбираются, но с перерывом в 1 год через 3 года. Исполнительный комитет рассматривает бюджет и программу организации, административные и юридические вопросы, связанные с деятельностью ВОЗ, отчеты Комитета, экспертов, исследовательской группы, выполняет решения Ассамблеи и готовит для нее рекомендации. Исполком имеет право принимать решительные меры в случае возникновения чрезвычайных ситуаций (эпидемий, катастроф и т. п.).

Центральный административный орган ВОЗ – Секретариат, возглавляемый Генеральным директором, который назначается Ассамблеей по представлению Исполнительного комитета сроком на 5 лет. Штаб-квартира секретариата находится в Женеве (Швейцария). У Генерального директора работают шесть помощников, один из которых – представитель Российской Федерации. Секретариат ВОЗ состоит из пяти отделов:

- 1) гигиены окружающей среды и санитарной статистики;
- 2) укрепления служб здравоохранения и охраны здоровья семьи;
- 3) неинфекционных болезней, развития кадров здравоохранения и лекарственных средств;
- 4) административного руководства и персонала;
- 5) бюджета и финансов.

Для оказания государствам адекватной помощи с учетом специфических

для данной страны проблем здравоохранения в рамках ВОЗ создано 6 региональных организаций. Каждая такая организация имеет региональный комитет, который состоит из представителей государств-членов ВОЗ, входящих в данный географический регион. Исполнительными органами этих организаций служат региональные бюро, которые находятся в следующих странах:

- Европейской – в Копенгагене (Дания).
- Американской – в Вашингтоне (США).
- Восточно-Средиземноморской (Средиземноморское) – в Александрии (Египет).
- Юго-Восточной Азии (Азиатское) – в Дели (Индия).
- Западной части Тихого океана (Тихоокеанское) – в Маниле (Филиппины).
- Стран Африки южнее Сахары (Африканское) – в Браззавиле (Конго).

Ежегодный бюджет ВОЗ составляет более 550 млн долларов, который формируется за счет взносов стран-членов.

Бюджет ВОЗ. Регулярный бюджет ВОЗ в 520 млн. формируется за счет взносов государств-членов ВОЗ. ВОЗ также финансируется Добровольным фондом укрепления здоровья, созданным в 1960 году. Фонд состоит из добровольных пожертвований и добровольных взносов государств-членов ВОЗ.

Основные направления деятельности ВОЗ:

- укрепление и совершенствование национальных служб здравоохранения;
- профилактика и борьба с неинфекционными и инфекционными заболеваниями;
- защита и улучшение окружающей среды;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- подготовка медицинских кадров;
- разработка международных стандартов, номенклатуры и классификации болезней;
- развитие медико-биологических исследований.

Укрепление и совершенствование национальных служб здравоохранения. Здравоохранение в разных странах организовано по-разному, но главная цель – получение максимальной пользы для населения за счет денежных и человеческих ресурсов. Поэтому региональные бюро пытаются обобщить опыт государств-членов ВОЗ посредством эпидемиологических исследований. Целью данного исследования является планирование и развитие здравоохранения на научной основе.

Профилактика и борьба с неинфекционными и инфекционными заболеваниями. ВОЗ разработала следующие программы: Программа борьбы с малярией; Программа борьбы с паразитарными заболеваниями; Программа контроля сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, ВОЗ занимается психическими и опухолевыми заболеваниями, наркоманией, защитой полости рта, ревматическими заболеваниями, уделяет большое внимание убийствами и многим другим.

Защита и улучшение окружающей среды. В 1978 г. была разработана общая программа ВОЗ по укреплению гигиены окружающей среды. Основ-

ное внимание уделяется коммунальному водоснабжению и обращению с отходами, экологическому мониторингу и оценке, улучшению медико-санитарных условий в населенных пунктах. Во многих промышленно развитых странах существуют проблемы с химическим загрязнением воды, почвы и воздуха в промышленности и сельском хозяйстве. ВОЗ уделяет больше внимания проблемам хозяйственного и промышленного вмешательства, радиационной защиты.

Охрана здоровья матери и ребенка. Национальная служба охраны материнства и детства развивалась на разных уровнях в разных странах. В развивающихся странах организации здравоохранения работают над снижением материнской и детской смертности и предоставляют услуги беременным женщинам. Материнская и детская смертность в развитых странах очень низкая, поэтому новые программы здравоохранения в этой области призваны улучшить состояние матерей и детей.

ВОЗ предоставляет рекомендации по планированию семьи и управлению временем между родами. В настоящее время расширенные программы иммунизации детей направлены на снижение смертности и заболеваемости корью, коклюшем, столбняком, корью, полиомиелитом и туберкулезом путем проведения иммунизации детей во всем мире. В развивающихся странах ежегодно рождается 80 миллионов человек, и только 10% младенцев полностью привиты.

Обучение медицинского персонала. ВОЗ сотрудничает со своими государствами-членами для анализа их учебных программ. Программы ВОЗ направлены на повышение эффективности работы не только врачей, но и всех медицинских работников.

Один из ключевых шагов в развитии здравоохранения – это стипендиальные программы. Одно только Европейское региональное бюро ежегодно обрабатывает более 2500 заявок на получение стипендий. Большинство из них поступают от кандидатов, рекомендованных региональными органами здравоохранения. Региональный офис отвечает за их размещение в университетах и других учебных заведениях по всему миру.

Стипендиальная программа ВОЗ помогла подготовить врачей, медсестер, инженеров, организаторов и других медицинских работников во многих странах. При принятии решений следует учитывать языковые трудности. Например, обучение эпидемиологии и статистике здравоохранения в настоящее время проводится на английском, французском и русском языках в Лондоне, Брюсселе и Братиславе. Система здравоохранения всех стран хорошо подготовлена, в том числе нуждается в высококвалифицированных медицинских сестрах. Сегодня это признано во всех странах, и для подготовки медицинских сестер организуются университетские и другие программы.

Развитие медико-биологических исследований. ВОЗ уделяет большое внимание исследованиям. Однако, поскольку у ВОЗ нет собственного научно-исследовательского учреждения, она организует исследования, заключая контракты со странами, имеющими научно-исследовательские учреждения, предоставляя им средства, оборудование и необходимые материалы. ВОЗ создает консультативные советы экспертов, комитеты экспертов и исследовательские группы для организации исследований.

Для обсуждения и консультаций ВОЗ привлекает известных специалистов-экспертов, которые готовят технические, научные и информационные материалы, организуют заседания экспертных советов. Широко представлена издательская деятельность ВОЗ, включающая отчеты Генерального директора о деятельности ВОЗ, статистические материалы, документы комитетов и совещаний, в том числе отчеты Ассамблеи, исполнительных комитетов, сборники резолюций и т.д. Также выпускаются журналы ВОЗ: «Бюллетень ВОЗ», «Хроника ВОЗ», «Международный форум здравоохранения», «Здоровье мира», «Ежегодник мировой санитарной статистики», монографии и технические доклады. С периодичностью приблизительно раз в 10 лет ВОЗ пересматривает и издает «Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем».

На сегодня ВОЗ определила следующие наиболее важные направления деятельности национальных систем здравоохранения: борьба с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, малярией, содействие безопасной беременности, охрана здоровья матери и ребенка, подростков, улучшение психического здоровья и др.

ВОЗ сотрудничает с большинством неправительственных международных организаций, в том числе с Лигой обществ Красного Креста, Международным обществом реабилитации, Всемирной медицинской ассоциацией, Советом международных медицинских научных организаций, Всемирной Федерацией помощи слепым и др.

Контрольные вопросы

1. От каких факторов зависит существование той или иной социально-экономической системы здравоохранения?
2. Какие модели здравоохранения различаются?
3. Какие особенности имеет частная модель здравоохранения, не управляемой государством?
4. Каковы преимущества и недостатки модели частного здравоохранения, не управляемой государством?
5. Какие положительные и отрицательные стороны имеются в монополизированной государственной модели здравоохранения?
6. Как организовать здравоохранение в рамках государственной модели здравоохранения, основанной на всеобщем медицинском страховании?
7. Где и как получают медицинскую помощь граждане США без медицинского страхования?
8. В чем заключаются особенности системы здравоохранения Германии?
9. В чем заключаются особенности системы здравоохранения Великобритании?
10. Какие функции выполняет Всемирная организация здравоохранения?

Глоссарий

Medicaid (Мэдикэйд) – государственная программа по оказанию медицинской помощи малообеспеченным семьям.

Medicare (Мэдикэр) – единственная программа помощи, предоставляемая государством для лиц, потерявших трудоспособность, и пожилым людям.

Абсолютный риск – показывает возможность развития исследуемого заболевания, когда проводятся профилактические мероприятия и когда эти мероприятия не проводятся, и рассчитывается отдельно для каждой градации факторов.

Бизнес-планирование – это программа организации, определяющая свои конкретные задачи в кратчайшие сроки (1 или 2 года), которая позволяет эффективно использовать имеющиеся возможности для достижения поставленной цели.

Вариационным рядом – называется ранжированный в порядке возрастания или убывания ряд вариантов с соответствующими размерами явлений и процессов.

Возложение полномочий – это распределение различных полномочий персонала, является одно из основных направлений управленческой деятельности.

Врач общей практики (ВОП) – обслуживание по принципу семейного врача.

Врач общей практики СВП – врач общий педиатр, врач общей практики-педагог, врач общий педиатр-педагог (в дальнейшем ВОП) – дипломированный специалист с высшим медицинским образованием по профилям «лечебное дело» («врач общей практики»), «педиатрическое дело», имеющий право проводить мероприятия по оказанию многопрофильной врачебной первичной медицинской помощи и профилактике заболеваний прикрепленному к СВП населению независимо от пола и возраста.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – крупнейшая международная медицинская организация. Основной целью его деятельности является достижение высокого уровня здоровья среди всех народов. В Уставе ВОЗ впервые было объявлено право каждого на здоровье на международном уровне, утвержден принцип ответственности правительства за здоровье своего народа, подчеркнута неразрывная связь между здоровьем и международной безопасностью, наукой и здоровьем.

Вторичная профилактика – комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений и осложнений заболеваний, а также комплекс мер по предотвращению снижения трудоспособности

Городская больница – это медицинское учреждение, предназначенное для оказания высококвалифицированной специализированной стационарной помощи населению.

Государственный бюджет – централизованный фонд государственных денежных средств (в том числе средств государственных целевых фондов), в котором предусматриваются источники доходов и размер прибыли от них, а также направления и объем расходования средств, выделяемых на конкретные цели в течение финансового года.

Демография (от греч. demos- народи grapho- пишу) – наука, изучающая население и закономерности его воспроизводства.

Деонтология – это совокупность принципов, правил в деятельности медицинского персонала, направленная на лечение пациента и профилактику заболеваний среди людей.

Динамический ряд – совокупность однородных статистических величин, показывающих изменение какого-либо явления на протяжении определенного промежутка времени.

Диспансеризация – комплекс мер, направленных на сохранение здоровья здоровых людей, профилактику заболеваний, выявление заболеваний на ранних стадиях, предупреждение потери трудоспособности.

Диспансерный метод – это синтез проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Договор медицинского страхования – письменное соглашение между страховщиком и страхователем/застрахованным, в соответствии с которым страховщик обязуется организовать и финансировать предоставленные застрахованному лицу медицинские услуги определенного объема и качества, а страхователь обязуется уплачивать в установленные сроки страховые взносы.

Доказательная медицина – это добросовестное, осмысленное и осознанное использование наилучших результатов клинических исследований с учетом клинического опыта и предпочтении пациента для решения проблем конкретного пациента (по Б.Маматкулову). Доказательная медицина – это проведение научных исследований с использованием современных статистических методов, предоставляющих достоверные данные для разработки эффективных мер по улучшению общественного здоровья (по Б.Маматкулову).

Дополнительный риск – (атрибутивный риск) – это величина, показывающая на вероятность снижения ожидаемого результата после устранения исследуемого фактора риска.

Естественное движение населения – основной демографический процесс – изменение численности населения в результате рождений и смертей.

Живорождения – полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или определенные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента.

Заболеваемость – это любое субъективное или объективное отклонение от нормального физиологического состояния организма.

Задача – это предписанная работа или часть работы (операции, процедуры), которая должна быть выполнена заранее установленным способом в заранее оговоренные сроки.

Заработная плата – денежная сумма, заранее установленная за выполнение медицинским работником определенных обязанностей по оказанию медицинских услуг в определенном месте и в определенное время.

Застрахованный – физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования.

Здоровое питание – это питание, обеспечивающее удовлетворение научно обоснованных потребностей различных групп населения в рациональном питании с учетом традиций, привычек и основанное на потреблении разнообразных продуктов питания, способствующих укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

Здоровый образ жизни – это совокупность поведения человека, направленная на сохранение здоровья, профилактику болезней и укрепление человеческого организма в целом.

Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (ВОЗ).

Здоровье населения (health of the nation) – это медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, психическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенных социальных общностей.

Инвалидность – нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Интенсивные показатели – характеризуют частоту (уровень, интенсивность – это все синонимы) распространения явления в среде, в которой оно происходит, то есть показывают распространенность.

Интересовать – это процесс мотивации работников или группы для достижения цели организации.

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 (Статья 45. Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан»).

Исследование случаев - контроль является одним из методов аналитического исследования и изучает взаимосвязь между изучаемой причиной и следствием.

Исчерпанная (истинная) заболеваемость – это общая заболеваемость по обращаемости, дополненная случаями заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах, и данными по причинам смерти.

Качественный систематический обзор – это обзор, в котором результаты оригинальных исследований рассмотрены, но статистически не объединены.

Качество жизни – это степень развития и полнота удовлетворения всего комплекса потребностей и интересов людей, проявляющихся как в различных видах деятельности, так и в самом жизнеощущении.

Качество медицинской помощи – совокупность свойств, признаков характеризующих медицинские технологии и результаты их выполнения.

Клиническая эпидемиология – наука, позволяющая осуществлять прогнозирование для каждого конкретного пациента на основании изучения клинического течения болезни с использованием строгих научных методов изучения.

Когорта – это наблюдение за группа людей, выделенная по какому-то общему признаку (этот признак может быть 1 или несколько).

Количественный систематический обзор – это интерпретация, обработанная и обобщенная статистическими методами исходных результатов оригинальных научных исследований.

Корреляция – слово латинского происхождения, обозначает связь, зависимость.

Материнская смертность – смертность, обусловленная беременностью (вне зависимости от ее продолжительности и локализации); смерть женщин, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее завершения от каких-либо причин, связанных с беременностью, отягощающих беременность или при ведении беременности, но не от несчастного случая.

Медицина – система научных знаний и практической деятельности, целями которой являются укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека.

Медицинская активность – это наиболее характерная, типичная для определенного исторического периода деятельность (активность) людей по отношению к своему (личному, персональному) и других людей (общественному) здоровью.

Медицинская помощь – совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах лицами, имеющими высшее и среднее медицинское образование.

Медицинская услуга – непосредственные осмотры, консультации, операции и уход за больным, обусловленные необходимостью оказания медицинской помощи.

Медицинская эффективность здравоохранения проявляется показателями, определяющими степень и характер заболевания, и его тенденциями, количеством больных и здоровых людей, показателями, характеризующими качество медицинского обслуживания.

Менеджер – это категория людей, которые квалифицированно осуществляют управленческую деятельность – руководитель.

Менеджмент – это эффективное использование и координация производительный, финансовый и человеческий, интеллектуальный ресурсов для достижения целей с максимальной эффективностью.

Мертворождения – это смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности; на смерть указывает отсутствие у плода любых других признаков жизни, таких как сердцебиение, пульсация пуповины или определенные движения произвольной мускулатуры.

Мета-анализ – статистический анализ количественных результатов нескольких исследований, посвященных одному и тому же вопросу (количественный систематический обзор).

Миграция – это движение населения внутри одного государства, или от одного государства к другому в механическом путем.

Модели здравоохранения:

- модель здравоохранения без государственного регулирования;
- модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования;
- модель здравоохранения с государственным регулированием;
- монополия государственная модель здравоохранения;

Мотивация – это процесс психической регуляции, влияющий на направленность деятельности человека. Он связан с удовлетворением определенной потребности. А потребность проявляется в причинах.

Недоедание – потребление малоколичества или низкого по качеству питательных веществ или отдельных его компонентов, не удовлетворение физиологической потребности калорийностью рациона питания.

Недоношенность, преждевременные роды – рождение ребенка (плода) менее чем через 37 недель беременности (или менее чем через 259 дней).

Неонатальный период начинается с рождения ребенка и включает 28 полных дней после рождения.

Образ жизни – это комплексное проявление поведения, деятельности людей, сложившееся в процессе исторического развития.

Общая заболеваемость – совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, выявленных в данном календарном году, или по другому называются распространенность.

Общественное здоровье – медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению национальной безопасности.

Общественное здоровье – важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа населения, обеспечивающий оптимальный уровень качества и безопасности жизни.

Объект страхования – жизнь, здоровье, трудоспособность граждан, имущество, материальные ценности, ответственность обязательства, имущественные и неимущественные права или интересы граждан и юридических лиц.

Оздоровительная услуга – наблюдения и уход за больным, выполнение диагностических процедур, обусловленные оказанием оздоровительной помощи.

Оплата услуги – это возмещение расходов работнику или учреждению при оказании определенной медицинской помощи (например, обращение к врачу, диагностическое обследование, хирургическое лечение).

Организация – это группа людей с общей целью.

Относительный риск оценивает силу связи между воздействием и заболеванием и указывает вероятность развития заболевания в группе, подвергшейся воздействию, по отношению к той группе, в которой не наблюдалось воздействия исследуемого фактора.

Охрана здоровья (от английского языка health protection – близко к понятию общественного здравоохранения) понимается совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-эпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья

каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Охрана материнства и детства – комплекс мер, направленных на активное участие женщин в производстве и общественной жизни, выполняя функции материнства и занимая воспитанием детей, укрепление здоровья женщин и детей.

Первичная заболеваемость – совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных и зарегистрированных среди населения заболеваний, рассчитанных на интенсивных показателях.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – медико-санитарная помощь, необходимая и доступная как для каждого человека в отдельности, так и для всего населения в целом, и предоставляемая на приемлемой для него основе, при его активном участии и при затратах, соответствующих возможностям населения и государства. Обеспечение населения первичной медико-санитарной помощью является государственной политикой и тактикой, и они должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые может себе позволить община и страна на каждом этапе своего развития в духе самостоятельности и самоопределения.

Первичная профилактика – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития заболеваний, общих для всего населения, его отдельных социальных групп, и индивидуумов по территории, возрастам, профессий и др.

Переедание – это систематическое чрезмерное потребление продуктов питания (например, соли, жира, сахара и др.) или не соответствие энергетическая ценность пищевого рациона на физическому спросу.

Перинатальный период – начинается с 22 недель (154 дней) беременности и заканчивается через 7 полных дней жизни новорожденного.

План – это программа действий и способов достижения поставленной цели перед организацией.

Под охраной здоровья понимается система мероприятий по охране, сохранению здоровья населения и профилактике заболеваний.

Поздняя материнская смерть – смерть женщины вследствие причин, прямо или косвенно связанных с родовспоможением, в период от 42 дней до 1 года после окончания беременности.

Показатели соотношения характеризуют численное соотношение двух не связанных непосредственно между собой показателей.

Показатель наглядности применяется для анализа однородных чисел (абсолютных чисел, относительных и средних величин), представленных в динамике.

Полис медицинского страхования – документ, который получает каждый застрахованный, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор сам.

Полномочия – это право, представительное право на занятие деятельностью от имени какого-либо лица, учреждения, организации, государства и так далее. Например, народный депутат получает от избирателей свои высокие полномочия.

Потребность – это мотивация, побуждающая людей к действию.

Программа ОМС для большинства граждан – вид социального страхования, представляющий систему мер, направленных на обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС.

Продолжительность беременности – исчисляется с первого дня последнего менструального цикла. Срок беременности выражается в полных днях или полных неделях (например, события, происходившие в период между 280-м и 286-м днями после начала последнего нормального менструального периода, считаются имевшими место при 40 неделях беременности).

Производители медицинских услуг – лечебно-профилактические, научно-исследовательские и медицинские институты, частнопрактикующие врачи, частные клиники и другие учреждения, независимо от форм собственности, осуществляющие медицинские, оздоровительные и сервисные услуги (имеющие лицензию для работы в системе добровольного медицинского страхования).

Профилактика заболеваний – это комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение или устранение причин, вызывающих заболевание.

Районное медицинское объединение – создается на базе центральной районной (городской) больницы, центральной районной многопрофильной поликлиники (в г. Ташкенте). Объединение в своей деятельности находится в двойном подчинении – хокимията соответствующей территории и территориального органа управления здравоохранения. Объединение является клинической учебной базой по подготовке, переподготовке и повышению квалификации медицинских кадров.

Рандомизация – это процесс случайного распределения участников клинического эксперимента по группам в целях снижения погрешности полученных результатов и для повышения надежности.

Рациональное питание – физиологически полноценное питание людей с учетом пола, возраста, характера труда и других факторов, способствующее сохранению здоровья, повышению сопротивляемости вредным факторам окружающей среды, а также высокой физической и умственной работоспособности, активному долголетию.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи является главным лечебным и научно-методическим учреждением, оказывающим экстренную и неотложную медицинскую помощь населению республики.

Сельский врачебный пункт (далее – СВП) является лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным для оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи сельскому населению соответствующей территории.

Семейная поликлиника – это медицинское учреждение, предназначенное для оказания первичной медицинской помощи населению до стационара.

Система здравоохранения – совокупность государственных и общественных мер социально-экономического медицинского характера, проводи-

мых с целью организации медицинской помощи, сохранения и повышения уровня здоровья населению.

Система подушевого финансирования – наиболее приемлемым механизмом оплаты для учреждений первичной медико-санитарной помощи является оплата за душу населения или финансирование по принципу на душу населения для каждого прикрепленного населения.

Систематический обзор (systematic review, systematic overview) – особый вид научного исследования, выполненный по специально разработанной методике, объектом которого являются результаты других, оригинальных научных исследований. Анализ и обобщение результатов исследований, включенных в обзор, можно проводить с применением статистических методов и без них. Систематические обзоры позволяют провести адекватное обобщение результатов научных исследований.

Скрининг – это проведение глубокого массовое обследования населения для формирования группы высокого риска по определенному заболеванию, и для выявления скрытых врожденных и наследственных заболеваний.

Смерть, связанная с беременностью, – смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от причины.

Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, – смерть в результате существовавшей ранее болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

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

Социальная эффективность здравоохранения определяется такими показателями, как продолжительность жизни, демографические сдвиги (рождение, смерть, естественный прирост населения и т. д.). Социальная эффективность здравоохранения связана с удовлетворением потребностей населения быть здоровым, в то же время он будет зависеть от изменения многих социально-экономических факторов в стране.

Средняя продолжительность предстоящей жизни – это число лет, которое в среднем предстоит прожить данному поколению родившихся в изучаемом году (при условии, что на протяжении всей последующей жизни в каждой возрастной группе коэффициент смертности будет таким же, каким он был у населения этого возраста в годы составления таблицы смертности).

Статистика – общественная наука, которая изучает количественную сторону качественно определенных массовых социально-экономических явлений и процессов.

Стратегическое планирование – это процесс определения альтернативных путей и ресурсов для достижения глобальной цели. Стратегическое планирование – это совокупность решений и действий по достижению поставленной цели перед организации.

Стратегия – это комплексный широко масштабный план, созданный для поддержания миссии и достижения цели организации.

Страхование – экономическая категория – вид гражданско-правовых отношений по защите интересов физических и юридических лиц при наступлении страховых случаев, предусмотренных договором страхования или действующим законодательством, за счет денежных фондов (страховых резервов), формируемых из уплаченных ими страховых взносов.

Страховая выплата – страховое возмещение или страховое обеспечение, выплачиваемое страховщиком лицам, указанным в договоре страхования при наступлении страхового случая.

Страховое событие – предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховой фонд – резерв материальных или денежных средств, формируемый за счет взносов (премий) страхователей, для обеспечения гарантированной возможности по осуществлению страховой выплаты по выданным страховым полисам.

Страховщиком признается юридическое лицо, являющееся коммерческой организацией, имеющее лицензию на осуществление страхования соответствующего вида и принимающее в соответствии с договором страхования обязательство осуществить выплату страхового возмещения (страховой суммы).

Структура организации – это логические взаимоотношения уровней управления и функциональных областей, построенные в такой форме, которая позволяет наиболее эффективно достигать целей организации. Типы организационных структур. В зависимости от характера связей между подразделениями организации различают следующие типы организационных структур: линейную, функциональную, линейно-функциональную (штабную) и матричную.

Третичная профилактика или реабилитация – это комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мер, направленных на восстановление социального, профессионального статуса, для предотвращения инвалидности и преждевременной смерти.

Управление персоналом – это наука, направленная на повышение эффективности организации и достижение целей путем воздействия на сотрудников.

Факторы риска – это группа факторов, имеющих биологического, генетического, экологического и социального характера связанных с внешней средой, условия трудой, образом жизни и представляющих опасность для здоровья человека, влияющих на возникновение и развитие заболеваний, также вызывающих плохие последствия.

Цель организации – это конечные состояния или желаемый результат, которого стремится добиться трудовой коллектив.

Экономическая эффективность в здравоохранении – это соотношение полученного эффекта и средств, затраченных на проведение лечебно-

профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости или смертности по отдельным заболеваниям.

Экстенсивные коэффициенты – характеризуют распределение явления на его составные части, его внутреннюю структуру или отношение частей к целому.

Эпидемиологией – с точки зрения изучения общественного здоровья, наука о причинах и закономерностях возникновения и распространения патологических процессов болезней или физиологических состояний в обществе, использующая эпидемиологические методы исследования.

Эпидемиологический анализ – метод изучения и оценки комплекса эпидемиологической информации с целью получения данных на определенной территории (в стране, области, районе, населенном пункте и др.) либо в группе населения и оценка эпидемической обстановки.

Эпидемиология инфекционных болезней – это система знаний о закономерностях эпидемического процесса и методах его изучения, а также совокупности противоэпидемических мероприятий и организации их проведения с целью предупреждения заболеваемости инфекционными болезнями.

Эпидемиология неинфекционных болезней – это наука, изучающая причины и условия возникновения и распространения неинфекционной заболеваемости среди населения для разработки и применения профилактических мероприятий.

Эпидемиология общественного здоровья – раздел дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение», изучающий закономерности распространения показателей общественного здоровья во времени, в пространстве, среди различных групп населения в связи с воздействием условий и образа жизни, факторов внешней среды.

Эпидемиология (epidemiology) – наука, изучающая закономерности возникновения и распространения любых патологических состояний среди людей и разрабатывающая меры борьбы и профилактики.

Эпидемия – массовое распространение инфекционного заболевания. Термин «эпидемиология» происходит от греческих слов ері (на) + demos (народ) + logos (наука), обозначая, таким образом, науку о том, что распространено среди народа, т. е. что с ним происходит.

Этика врача («этика» происходит от греческого «этос» – обычай, нрав) – это наука о поведении, привычке, интересах, совести, отношении врача, профессиональном долге в его деятельности, направленной на укрепление здоровья пациента.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

I. Нормативные–правовые документы

1. Указ Президента Республики Узбекистан № УП-2107 от 10 ноября 1998 года «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан».

2. Указ Президента республики Узбекистан № УП-3214 от 23 февраля 2003 года «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения».

3. Указ Президента Республики Узбекистан № УП-3923 от 19 сентября 2007 года «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации государственной программы развития здравоохранения».

Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-2221 от 1 августа 2014 года «О государственной программе по дальнейшему укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей, детей и подростков в Узбекистане на период 2014 – 2018 годы».

4. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-700 от 2 октября 2007 года «О мерах по совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений республики»

5. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-2857 от 29 марта 2017 года «О мерах по совершенствованию организации деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи республики Узбекистан».

6. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-2863 от 1 апреля 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию частного сектора здравоохранения».

7. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017 – 2021 годы».

8. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 718 от 13 сентября 2017 года «О дополнительных мерах по улучшению качества медицинских услуг, повышению ответственности за эффективность проводимых профилактических мероприятий в учреждениях первичной медико–санитарной помощи».

9. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-3494 от 25 января 2018 года «О мерах по ускоренному совершенствованию системы экстренной медицинской помощи».

10. Указ Президента Республики Узбекистан № УП-5325 от 2 февраля 2018 года «О мерах по коренному совершенствованию деятельности в сфере поддержки женщин и укрепления института семьи».

11. Указ Президента Республики Узбекистан № ПП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения республики Узбекистан».

12. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-4063 от 18 декабря 2018 года «О мерах по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения».

13. Указ Президента Республики Узбекистан № УП-4790 от 27 июля 2020 года «О мерах по организации деятельности службы санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья Республики Узбекистан».

14. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-4890 от 11 ноября 2020 года «О мерах по внедрению новой модели организации системы здравоохранения и механизмов государственного медицинского страхования в Сырдарьинской области».

15. Указ Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 11 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ».

II. Основная литература

1. Б.М.Маматкулов. “Жамоат саломатлиги ва соғликни сақлашни бошқариш.” Дарслик. Тошкент –Илм Зиё. 2013. 574 б.

2. Б.М.Маматкулов, Б.А.Умаров. “Ўзбекистон Республикасида санитария эпидемиология хизматини ташкил этиш асослари”, ўқув кўлланма. Тошкент. ТГА босмахонаси. 2011. – 212б.;

3. Маматкулов Б.М., Рахманова Н., Морт В.Ла. Клиническая эпидемиология: Основы доказательной медицины. –Ташкент: ТМА, 2011. – 225с.

4. Б.М. Маматкулов, Д.Қосимова. “Соғликни сақлаш менежменти ва иктисодиёти.”, Дарслик. Ворис нашриёти, Тошкент- 2015, 240 б.

5. Б.М. Маматкулов, Д.Қосимова. “Тиббий ёрдам сифатини ошириш асослари.” Ўқув кўлланма. Ворис нашриёти, Тошкент- 2019, 200 б.б.

Ю.П.Лиситсын. “Общественное здоровье и здравоохранение.” учебник. – 2-е изд. –М.: Geotar-Media, 2010 г. – 512 стр.

7. D.N.Raximova va b. “Zamonaviy menejment: nazariya va amaliyot.” Toshkent. G.Gulom nashriyot-matbaa ijodiy uyi. 2009. 792b.

8. В.А. Медик, М.С. Токмачёв “Руководство по статистике здоровья и здравоохранения.” – М. ОАО Издательство “Meditsina”, 2006. – 528 стр.;

9. Б. Маматкулов. “Тиббиёт статистикаси (биостатистика) асослари: тиббиёт академияси талабалари учун амалий машғулотлардан ўқув кўлланма.” Т. Гафур Гулом номидаги нашриёт-матбаа ижодий уйи. 2005 й. – 140б.

II. Дополнительная литература

1. R.R.Xasanov, N.X.Xaydarov, T.S.Malikov va b. “Moliyaviy boshqaruv.” Toshkent. G.Gulom nashriyot-matbaa ijodiy uyi. 2009 y. 840b.;

2. В.А.Минаева, Н.И.Вишнякова. “Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов.” 5-е изд., перераб. и доп. – М. МЕДпресс-информ, 2009 г. – 656 стр.;

3. М.Ахмедов, Р.Азимов, В.Алимова, Б.Речел. “Системы здравоохранения: времена перемен: Узбекистан, обзоры системы здравоохранения.” Том 9 №3, 2007 г. 281стр.;

4. G.Saidova, D.Asadov va b. "O'zbekiston inson taraqqiyoti to'g'risida ma'ruza." BMTTD nashriyoti. Toshkent. 2006. – 144b.;
5. Международная классификация болезней. Десятый пересмотр (МКБ-10): Русско-Узбекское издание. Tashkent, 2004 г. – 742стр.;
6. Т.Г.Тулчинский, Е.А.Варавикова. "Жамоат соғлиғини сақлаш: Янги фан асослари." 1-қисм. Тошкент китоб-журнал фабрикаси. Тошкент-2003 й, 464б.;
7. Т.Г.Тулчинский, Е.А.Варавикова. "Жамоат соғлиғини сақлаш: Янги фан асослари." 2-қисм. Тошкент китоб-журнал фабрикаси. Тошкент-2003 й, 504б.;
8. F.Kotler. Marketing menedjment: per.s angl.pod red.L.A.Volkovoy, Yu.N.Kapturevskogo. - SPb.: Piter, 2003. – 752str.;
9. М.Х.Мескон, М.Альберт, Ф.Хедоури. "Основы менеджмента" пер.с англ. - М. Дело, 2002 г. – 704 стр.;
10. Т.И.Искандаров, Б.Маматкулов. "Санитария-статистик ва ижтимоий-гигиеник тадқиқот услублари." Тошкент. 1994.-2006.;
11. Ю.П.Лиситсин. "Социальная гигиена и организация здравоохранения." Проблемные лекции. М. Медицина – 1992 г.-512стр.;
12. О.М.Хромченко, Г.И.Кутценко "Санитарно-эпидемиологическая служба." Медицина 1990 г.-271стр.;
13. А.Ф.Серенко, В.В.Ермаков. "Социальная гигиена и организация здравоохранения. М. Медицина. 1984 г. – 639 стр.;
14. Руководство к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения. Ред. Ю.П.Лиситцина, Н.Я.Копита – 2-е изд., перераб. И доп.-М. Медицина, 1984 г.-400стр.;
15. Lawrence F.Wolper. Health care administration: principles, practices, structure, and delivery. New York. 2nd ed. Aspen Publishers, Inc.1995 y. – 706 p.;
16. T.N.Iskandarov, B.M.Mamatkulov. "Sanitariya-statistik va ijtimoiy gigienika uslublari. Toshkent. 1994 y. 201s.;
17. Robert J.Taylor, Susan B.Taylor. "The AUPHA Manual of Health Services Management." Gaithersburg, Maryland. Aspen Publishers, Inc. 1994 y. – 652 p.;
18. Mary Louise Murtagh. "Supervisory Management for Healthcare Organizations." US. 4th ed. Wm.C.Brown Publishers. 1991 y. – 421 p.

Интернет ресурсы:

1. www.press-service.uz
2. www.gov.uz
3. www.lugat.uz,
4. www.glossaiy.uz
5. <http://www.bank.uz/uz/publislVdoc/>
6. www.press-uz.info
7. <http://www.uforum.uz/>
8. <http://www.assoc.uz/>
9. <http://www.xabar.uz>
10. www.ziyonet.uz
11. www.edu.uz

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	3
ЧАСТЬ I ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, МЕТОДЫ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ	4
Глава 1. Предмет «Общественное здоровье и управление здравоохранением», ее задачи	4
Глава 2. Общественное здоровье, основные понятия, факторы определяющие общественного здоровья	9
Глава 3. Медико-социальные аспекты демографических процессов	15
Глава 4. Заболеваемость населения: основные понятия, методы его изучения	43
Глава 5. Инвалидность населения	56
Глава 6. Физическое развитие	65
Глава 7. Охрана здоровья. формирование здорового образа жизни	71
Глава 8. Качество жизни связанное со здоровьем	85
Глава 9. Доказательная медицина	98
Глава 10. Основы медицинской статистики (Биостатистика)	106
Глава 11. Врачебная этика и медицинская деонтология	181
"ЧАСТЬ II. ВАЖНЕЙШИЕ НЕЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА"	198
Глава 12. Социально-гигиеническое значение сердечно-сосудистых заболеваний и их профилактика	201
Глава 13. Социально-гигиеническое значение злокачественных новообразований и их профилактика	205
Глава 14. Сахарный диабет как социально-гигиеническая проблема.....	210
Глава 15. Аллергические заболевания и хронические обструктивные заболевания легких как социально-гигиеническая проблема	214
Глава 16. Бронхиальная астма как социально-гигиеническая проблема.....	219
Глава 17. Туберкулёз как социально-гигиеническая проблема	223
Глава 18. Профилактика неинфекционных заболеваний, поддержка здорового образа жизни и повышение уровня физической активности населения в Республике Узбекистан.....	229
ЧАСТЬ III. ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ	240
Глава 19. Здравоохранение: основные понятия, номенклатура учреждений здравоохранения	240
Глава 20. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению	259

Глава 21. Организация стационарной медицинской помощи взрослому населению	280
Глава 22. Организация медицинской помощи сельскому населению	285
Глава 23. Охрана материнства и детства	303
Глава 24. Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи	327
Глава 25. Организация специализированных научно-практических центров	332
Глава 26. Развитие и совершенствование негосударственного сектора в системе здравоохранения	341
Глава 27. Анализ деятельности учреждений здравоохранения и контроль качества.....	349
Глава 28. Санитарно-эпидемиологическая служба Республики Узбекистан.	360
Глава 29. Социальное страхование, социальное обеспечение и врачебная экспертиза трудоспособности	380
Глава 30. Научные основы управления и руководства системой здравоохранения (управление здравоохранением и служба менеджмента.	403
Глава 31. Планирование здравоохранения	423
Глава 32. Финансирование системы здравоохранения	433
Глава 33. Экономика здравоохранения	448
Глава 34. Комплексных меры по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан	460
Глава 35. Основы медицинского страхования.....	483
Глава 36. Здравоохранение в зарубежных странах. Всемирная организация здравоохранения	503
Глоссарий	523
Использованная литература	533

ДЛЯ ЗАПИСЕЙ

БАХРОМЖОН МАМАТКУЛОВ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Учебник для студентов медицинских вузов

**Редактор:
Махмуд Бураонов**

**Технический редактор:
Игамбердиева Гулбахор**

Издательская лицензия № 7315. 2020-08-06

Издательство «QAMAR MEDIA», Ташкент,

**Подписано в печать 10.06.2023 г. Формат 70x100.
Гарнитура Times New Roman . Печать офсетная. Бумага офсет.
Тираж экз. 1000 шт. Заказ 61**

**Отпечатано в типографии ООО«QAMAR MEDIA»,
г. Ташкент, ул. Кушбеги 6.**

+998946727111



Бахромжон МАМАТКУЛОВ

Доктор медицинских наук, профессор, родился в Бешаранском районе Ферганской области. Окончил санитарно-гигиенический факультет Ташкентского государственного медицинского института. После окончания института работал стажером-исследователем, ассистентом и доцентом кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения Ташкентского государственного медицинского института, а также заместителем начальника Главного управления здравоохранения города Ташкента, деканом и заведующим кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Ферганского филиала Второго Ташкентского государственного медицинского института. В последние годы руководил кафедрой общественного здоровья, организация и управления здравоохранением, а также отделом магистратуры Ташкентской медицинской академии. Профессор Б. Маматкулов с 2006 года по настоящее время является директором Школы общественного здравоохранения при Ташкентской медицинской

ISBN 978-9943-8551-3-7



9 789943 855137

AMAR MEDICAL