

**ВАЖНЕЙШИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА:
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ, ПРОФИЛАКТИКА**

Важнейшие болезни и их медико-социальное значение.

Виды патологии с позиций потребности в медицинской помощи и их социальной значимости подразделяются на заболевания, которые:

- 1) являются основными причинами потери трудоспособности;
- 2) приводят к жизненным ограничениям, включая инвалидность;
- 3) заболевания вызывающие кратковременные расстройства здоровья, но в виду массовости случаев, наносящие значительный экономический ущерб.

Социально-гигиеническое значение заболевания определяется высоким уровнем распространения, тяжестью и опасностью заболевания (высокий уровень смертности), значительными экономическими потерями общества в результате временной утраты трудоспособности и инвалидности.

В структуре заболеваемости, инвалидности и причин смерти населения значительное место занимают сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, травматизм и туберкулез.

В рамках федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» на 2007-2011 годы предусматривается реализация мероприятий по:

- совершенствованию и внедрению методов профилактики, ранней диагностики, консультативной помощи, лечения, реабилитации при социально значимых заболеваниях (сахарный диабет, туберкулез, онкологические заболевания, ВИЧ/СПИД, вирусные гепатиты и др.);
- внедрению современных методов лечения, диагностики и реабилитации с учетом применения разрабатываемых отечественных лекарственных средств и медицинских изделий, диагностического и лечебного оборудования;
- совершенствованию контроля эффективности лечения заболеваний и их осложнений;
- строительству и реконструкции зданий и сооружений специализированных медицинских учреждений и оснащение их современным медицинским и техническим оборудованием.

Сердечно-сосудистые заболевания как медико-социальная проблема. Организация специальной кардиологической помощи населению.

В начале XXI века сердечно-сосудистые заболевания остаются основной проблемой медицинских, общественных и социальных организаций в индустриально развитых странах в связи с высокой заболеваемостью, инвалидностью и смертностью наиболее трудоспособной части населения. Актуальность данной проблемы обусловлена изменившейся структурой заболеваемости населения, в которой в современных условиях значительное место занимают сердечно-сосудистые заболевания; увеличением числа лиц пожилого возраста, у которых наиболее часто возникают ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь, постоянным увеличением числа лиц, занятых трудом, связанным с нервно-психическим напряжением, которому придается особое значение в возникновении и развитии сердечно-сосудистых заболеваний.

Эти болезни занимают первое место среди всех причин смерти в большинстве экономически развитых странах мира, в том числе и в России. В нашей стране болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин инвалидности. В структуре общей заболеваемости населения РФ сердечно-сосудистые заболевания занимают второе место.

В России в течение последних 10-15 лет наблюдался рост заболеваемости и инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний. Уровень заболеваемости на 100. тыс. населения в 2004 году составил 2518,9, в 2005 -, абсолютное число зарегистрированных заболеваний составляет 24,8 млн. человек. В структуре общей заболеваемости ведущая роль принадлежит артериальной гипертензии (31,8%), ишемической болезни сердца (25,3%) и цереброваскулярным болезням (24,9%).

Уровень смертности в 2004 году впервые с 1998 года снизился на 3,8% и составил 892,3 на 100 тыс. населения. Основными причинами смерти являются ишемическая болезнь сердца (47,6%) и цереброваскулярные болезни (36,5%).

Уровень распространенности сердечно-сосудистых заболеваний имеет заметные колебания в разных регионах. Это связано как с наличием различных факторов риска, так и с рядом социально-демографических показателей, которые отличаются на разных территориях.

При анализе показателей смертности в зависимости от пола и возраста следует отметить, что с возрастом смертность при всех сердечно-сосудистых заболеваниях возрастает. Уровень заболеваемости по данным обращаемости у женщин в 1,5 раза выше чем у мужчин, при этом показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин пре-имущественно ниже, чем среди мужчин.

Термин сердечно-сосудистые заболевания - собирательный, в него включается большая группа сердечно-сосудистой патологии, входящей в различные классы и рубрики МКБ.

К ним относятся:

- болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением;
- ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда);
- цереброваскулярные болезни;
- ревматизм;
- эндартериит, тромбангиит облитерирующий.

В статистике этих заболеваний можно сделать следующие выводы:

- с возрастом отмечается повышение уровня заболеваемости;
- у женщин уровень заболеваемости по данным обращаемости в 1,4 раза выше, чем у мужчин, кроме острого миокарда.

Основными факторами, способствующими возникновению и развитию болезней системы кровообращения, росту сердечно-сосудистой патологии, является:

- наследственность;
- возраст;
- возрастающий ритм жизни и связанная с ними нервно-психическая напряженность;
- малоподвижный образ жизни;
- недостаточные занятия физкультурой и спортом;
- нарушения в режиме труда, отдыха, питания;
- высокий уровень холестерина в крови;
- злоупотребление никотином и алкоголем.

Хотя некоторые из основных факторов риска (наследственность, возраст) не поддаются изменению, других факторов можно избежать путем изменения привычек и образа жизни. Среди основных изменяемых, т.е. управляемых факторов риска: табакокурение, высокий уровень холестерина в крови и физическая бездеятельность. Сахарный диабет, ожирение и стресс являются отягощающими факторами риска, которые в сочетании с другими факторами могут повысить вероятность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями при наличии одного фактора удваивается, а трех факторов риск заболеваемости возрастает в 10 раз.

По предварительной оценке ВОЗ, половину всех смертей, вызываемых ежегодно сердечно-сосудистыми заболеваниями, можно предотвратить. Стратегию профилактики сердечно-сосудистых заболеваний можно разделить на программы работы с населением в целом и на клинические вмешательства лицам из групп высокого риска. Специалисты ВОЗ подчеркивают, что самый практичный и наименее дорогостоящий путь профилактики - это не медицинский, а здоровый образ жизни. Среди изменений, в образе жизни, которые помогают в предотвращении основных болезней системы кровообращения, следующие:

- коронарная болезнь сердца - прекращение курения, низкое содержание солей в питании, обезжиренное питание, физические упражнения, контролирование массы тела;
- инсульт - прекращение курения, низкое содержание солей в питании, контролирование массы тела;
- повышенное кровяное давление - низкое содержание солей в питании, физические упражнения, контролирование массы тела, ограниченный прием спиртного.

В организации медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимо сочетание лечебных мероприятий и профилактики. Наилучшим образом такому требованию отвечает диспансерный метод. В некоторых регионах России организованы кардиологические диспансеры, основной задачей которых организация всей диспансерной работы с больными кардиологического профиля.

Основную роль в оказании амбулаторной помощи кардиологическим больным играют врачи поликлиник. В крупных городских поликлиниках работают кардиологические кабинеты, их функции:

- анализ динамики заболеваемости, инвалидизации и смертности населения;
- анализ качества и эффективности диспансеризации и противорецидивного лечения;
- разработка плана лечебно-профилактических мероприятий, направленных на дальнейшее улучшение медицинской помощи населению.

В задачи врачей кардиологических кабинетов входит:

- оказание консультативной помощи участковым врачам-терапевтам по выявлению и лечению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- диспансерное наблюдение наиболее сложных больных.
- контроль и анализ работы с больными с сердечно-сосудистой патологией.

Помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на дому, в поликлинике и в стационаре предусмотрена гарантированным перечнем видов медицинской помощи, то есть программой по обязательному медицинскому страхованию. Среди ограниченной группы мероприятий по профилактике заболеваний по этому перечню и программам ОМС относится диспансеризация больных, перенесших острый инфаркт миокарда и острые нарушения мозгового кровообращения.

В 2001 году Правительством Российской Федерации была утверждена Федеральная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», рассчитанная на 2002-2008 годы, в ходе реализации которой улучшилась материально-техническая база учреждений первичного звена здравоохранения, оказывающих помощь кардиологическим больным, повысился уровень квалификации врачей терапевтов и кардиологов, увеличилось число обращений в ЛПУ лиц с повышенным артериальным давлением. В стране получила широкое развитие наиболее эффективная форма профилактической работы с пациентами – Школа здоровья для больных с артериальной гипертонией, задачами которой являются информирование больных о риске, связанном с артериальной гипертонией, положительных результатах постоянного лечения с достижением целевых уровней артериального давления, немедикаментозных методах воздействия на артериальную гипертонию, обучение навыкам самоконтроля за артериальным давлением.

Злокачественные новообразования и организация медицинской помощи при них.

Второй острой проблемой современной медицины является злокачественные новообразования. Специалисты называют злокачественные новообразования «убийцей No 2», отмечая тем самими, что во многих странах мира злокачественные новообразования занимают второе место (после заболеваний системы кровообращения) среди причин смерти. Прежде всего этим, а также высокими потерями вследствие преждевременной смертности и инвалидизации объясняется социально-гигиеническое значение таких заболеваний. Кроме того, злокачественные новообразования характерны фатальной обреченностью для больных при многих локализациях. Если в начале XX века среди всех причин смерти в экономически развитых странах злокачественные заболевания составляли 3-7%, то в настоящее время на их долю приходится 14-20%.

В значительной мере это объясняется более полным выявлением заболеваний в связи с улучшением врачебной диагностики и увеличением в составе населения доли лиц пожилого возраста, преимущественно поражаемых злокачественными новообразованиями.

Численность контингентов больных находящихся на диспансерном учете возрастает в значительно большей мере, чем число ежегодно вновь выявленных больных. При использовании материалов о заболеваемости и болезненности злокачественными новообразованиями, а также о смертности от них обращает на себя внимания рост как абсолютного числа впервые заболевших, хронически больных и умерших, так и относительных величин. Увеличение числа больных с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями определяется главным образом изменениями возрастного состава населения, улучшением диагностики заболеваний и более полным учетом заболевших. Это, а также расширение сети онкологических учреждений, более раннее выявление больных и улучшение качества их лечения объясняет рост численности больных злокачественными новообразованиями.

Показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями составил в 2004 году 326,3 на 100 тыс. населения, что на 12,7% выше уровня 1994 года, показатель распространенности по сравнению с 1994 годом вырос на 31,3% и составил 1617,1 на 100 тыс. населения. В 2005 впервые в жизни выявлено 469195 случаев злокачественных новообразований, показатель первичной заболеваемости составил 328,8 на 100 тыс. населения. Максимальные уровни заболеваемости отмечены в Ивановской (411,7 на 100 тыс. жителей), Новгородской (408,2) и Ярославской (394,6) областях, городе Санкт-Петербурге (392,9), минимальные – в республиках Ингушетия (103,2), Дагестан (131,0) и Тыва (158,0). Максимальные значения показателя распространенности в 2004 году зафиксированы в Краснодарском крае (2207,0), Санкт-Петербурге (2097,4), Саратовской области (2069,4), минимальные – в республиках Тыва (429,8) и Дагестан (484,8).

Общее число лиц, состоящих на диспансерном учете в онкологических учреждениях, составляет более 2 млн. человек (около 1,5% всего населения страны), доля сельских жителей около 20%.

И уровень, и структура смертности от злокачественных новообразований находятся в тесной зависимости от пола и возраста. У мужчин в структуре смертности первое место занимает рак органов дыхания, второе - рак желудка и третье - пищевода. У женщин: первое место - рак желудка, второе - молочной железы, третье - рак шейки матки. Смертность от рака у мужчин значительно выше, чем у женщин. Показатель смертности от злокачественных новообразований интенсивно растут с увеличением возраста, что отражает возрастные особенности заболеваемости.

Более высокий уровень смертности мужчин как в целом, так и в отдельных возрастных группах (за исключением 30-ти летних) объясняется, прежде всего, более высоким уровнем заболеваемости раком мужчин, а главное тем, что у мужчин чаще, чем у женщин встречается рак внутренних органов: пищевода (в 2 раза чаще), желудка, трахеи, легких (в 7,2 раза чаще), т.е. таких локализаций, где ранняя диагностика до настоящего времени представляют серьезные трудности. У женщин значительную часть составляют опухоли молочной железы, половых органов, т.е. локализаций, при которых имеется большой шанс свое-временного выявления.

Большой интерес представляет вопрос о динамике смертности от злокачественных новообразований. Смертность от таких заболеваний по данным ВОЗ растет повсеместно. Однако, большинство ученых, занимающихся вопросами эпидемиологии злокачественных новообразований, считают, что при анализе динамики смертности от таких заболеваний необходимо учитывать некоторые обстоятельства: за последние десятилетия во всем мире улучшилось качество диагностики рака; появилось достаточное количество специалистов онкологов, качественные изменения произошли в гистологическом, рентгенологическом исследовании опухолей, совершенствуется статистический учет таких заболеваний, изменение возрастной структуры населения в сторону его постарения.

Главным звеном в осуществлении специализированной помощи являются онкологические диспансеры. Такие диспансеры, которые оказывают все виды специальной помощи в том числе, и стационарной помощи, организованы в областных центрах и крупных городах. При ЦРБ, в других городах и в городских районных поликлиниках организованы онкологические диспансерные отделения или кабинеты.

Онкологические диспансеры имеют следующие задачи:

- организация раннего выявления больных;
- высококвалифицированное и специализированное лечение; организованно-методическое руководство по вопросам онкологии всеми лечебно-профилактическими учреждениями на территории деятельности диспансера;
- внедрение наиболее эффективных методов диагностики и лечения рака в практику лечебных учреждений;
- контроль за лечением больных в лечебных учреждениях;
- изучение и анализ случаев позднего выявления больных;
- организация профилактических осмотров населения;
- оказание помощи органам здравоохранения в разработке планов противораковой борьбы.

Все контингенты онкологических больных, подлежащих диспансеризации делят на следующие группы учета:

1а	–	больные	с	подозрением	на	рак;
1б			-			предрак;
2	-	больные,	подлежащие	специальному		лечению;
2а	-	больные,	подлежащие	радикальному		лечению;
3		-		практически		здоровые;
4	-	больные	в	запущенные	стадии,	требующие
						интенсивного
						лечения.

Онкологические диспансеры являются ведущими, но не единственными учреждения-

ми в лечении онкологических больных, большой успех достигается там, где имеет место раннее выявление таких больных, а это возможно лишь при активном участии всех лечебно- профилактических учреждений и, прежде всего, поликлиник. Для раннего выявления злокачественных новообразований имеется две предпосылки: особая онкологическая настороженность врачей всех специальностей и населения, организация и проведение целевых медицинских осмотров населения.

Обязательным разделом работы с онкологическими больными любого лечебного учреждения является анализ запущенных случаев выявления рака. Изучение причин позднего выявления таких больных свидетельствует, что такими являются в 40-50% позднее обращение больного за медицинской помощью; в 35-40% - скрытое, асимптоматическое течение заболевания; до 20% - неправильная диагностика.

Важным показателем работы с онкологическими больными является показатель одно- годичной летальности, т. е. смерти больных раком в первый же год выявления заболевания (на 100 больных). В течение последних десяти лет наметилась положительная тенденция к снижению этого показателя (1994 год – 38,1%, 2004 – 33,2%).

Существуют два основных принципа профилактики рака:

1) изучение канцерогенных веществ и устранение контакта человека с ними - ликвидация профессиональных вредностей на производстве, мероприятия против загрязнения окружающей среды, строгий санитарно-гигиенический контроль воды и продуктов питания.

2) раннее выявление и радикальное лечение предопухолевых заболеваний.

Туберкулез. Организация специализированной противотуберкулезной помощи населению.

Среди заболеваний, относящихся к социальным болезням, особое место занимает туберкулез. Социальная природа туберкулеза известна давно. Еще в самом начале века эту болезнь называли "сестрой бедности", и пролетарской болезнью.

Материалы ВОЗ показывают, что имеются резкие колебания уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза в зависимости от общественного, классового положения отдельных групп населения. В слабо развитых странах уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза значительно выше, чем в экономически развитых странах. В мире смертность от туберкулеза входит в первую десятку, занимая 5-8 место в разных странах. Социально-гигиеническое значение проблемы туберкулеза определяется уровнем эпидемических показателей; тяжестью и длительностью заболевания, большими сроками нетрудоспособности и инвалидности; особенностями организации медицинской помощи и борьбы с туберкулезом, требующими дорогостоящих государственных лечебно-профилактических мероприятий.

Последние несколько лет характеризуются определенной стабилизацией эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России. Реализация Федерального Закона «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ» (от 18.06.01 № 77-ФЗ), мероприятий, предусмотренных приказом Минздрава России «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ» (от 23.05.03 №109) позволяют рассчитывать на дальнейшую стабилизацию показателей заболеваемости туберкулезом.

Однако в целом ситуация с туберкулезом продолжает оставаться весьма напряженной. Хотя заболеваемость туберкулезом населения России за период с 2000 по 2004 годы снизилась на 8,4% (до 83,1 на 100 тыс. населения), по сравнению с 1991 годом ее уровень выше в 2,5 раза. Особенно неблагоприятно обстоит дело с туберкулезом в учреждениях пенитенциарной системы, где показатель заболеваемости выше более чем в 20 раз. Наиболее высокие показатели заболеваемости населения туберкулезом в 2005 году зафиксированы в Корякском автономном округе (444,6 на 100 тыс. населения), Республике Тыва (250,0) и Приморском крае (164,8).

Отмечается возрастно-половые особенности заболеваемости туберкулезом. Самый низкий уровень заболеваемости туберкулезом наблюдается в возрасте до одного года, затем он заметно повышается у детей в возрасте 7-14 лет. Показатель заболеваемости в городах выше в возрасте от 20 до 49 лет, а в сельской местности в возрасте - от 20 до 59 лет.

Несколько иная возрастная характеристика по показателю смертности от туберкулеза. Самый низкий уровень смертности отмечается у городских и сельских жителей в возрасте от 3-х до 19-ти лет. Сравнительно невысоки показатели смертности в возрасте от 25-ти до 29-ти лет. С 30-ти лет они начинают возрастать, достигая максимума в возрасте 50-ти лет. Все показатели выше у мужчин.

Для медицинского обслуживания больных туберкулезом создана сеть специализированных лечебно-профилактических учреждений. К ним относятся: противотуберкулезные диспансеры, больницы, кабинеты поликлиник, туберкулезные санатории.

Наиболее эффективным лечебно-профилактическим учреждением по работе с туберкулезными больными является противотуберкулезный диспансер. В зависимости от территории обслуживания диспансер бывает районным, городским, областным.

В структуре противотуберкулезного диспансера основной частью является амбулаторное звено. Противотуберкулезный диспансер работает по территориально-участковому принципу. Вся территория обслуживания разделена на участки, а к каждому участку врач-фтизиатр. В зависимости от местных условий (число состоящих на учете лиц и очагов туберкулезной инфекции, наличие крупных промышленных предприятий и т.д.) население на одном фтизиатрическом участке может составить от 20-30 тыс. до 60 тыс. Важно, чтобы границы нескольких терапевтических участков поликлиники и одного фтизиатрического участка совпадали, чтобы участковый врач-фтизиатр работал в тесном контакте с определенными врачами-терапевтами, педиатрами, врачами общей практики.

Другими структурными подразделениями диспансера являются бактериологическая лаборатория и рентгеновский кабинет, при некоторых диспансерах действуют флюорографические станции. Кроме того, в структуре противотуберкулезного диспансера может быть стационарное отделение.

Всю работу с туберкулезом в районе деятельности диспансер проводит по комплексному плану, в котором кроме медицинских учреждений очень важно участие и других ведомств. Основную часть комплексного плана составляют санитарно-профилактические мероприятия:

- организация своевременного выявления больных и ревакцинация неинфицированных;
- организация своевременного выявления больных и массовых целевых профосмотров;
- оздоровление очагов туберкулезной инфекции, жилищное устройство бациллоносителей;
- рудовое устройство больных;
- санитарно-просветительная работа.

Значительное место в комплексном плане занимают новые методы диагностики и лечения больных, стационарное и санаторное лечение, подготовка врачей по фтизиатрии. Противотуберкулезный диспансер - это учреждение закрытого типа, т.е. больного туда направляет врач, который выявляет такое заболевание. При выявлении туберкулеза в любом медицинском учреждении в противотуберкулезный диспансер по месту жительства больного направляют «Извещение о больном с впервые в жизни установленном диагнозом,

диагнозом активного туберкулеза» (№ 089/у).

Врач противотуберкулезного диспансера организует тщательное обследование и при уточнении диагноза ставит больного на диспансерный учет. Все лица, взятые на учет в противотуберкулезном диспансере, делятся на группы учета, каждая из которых имеет свою длительность наблюдения и периодичность диспансерных явок:

- I. Активный туберкулез (I А и I В).
- II. Затихающий туберкулез.
- III. Клинически излеченный туберкулез (III А и III В).
- IV. Контакты.
- V. Внелегочный туберкулез.
- VI. Группы для детей.
- VII. Повышенный риск или рецидив.
- VIII. Туберкулезные изменения в легких при необходимости уточнения их активности.

Профилактика проводится туберкулеза в двух направлениях:

1). Санитарная профилактика - меры, направленные на предупредительные заражения туберкулезом здоровых; на улучшение эпидемиологической обстановки, в том числе текущая и заключительная дезинфекции, воспитание гигиенических навыков туберкулезных больных.

2). Специфическая профилактика - вакцинация и ревакцинация, химиопрофилактика.

Травматизм и организация медицинской помощи при травмах.

Одной из важнейших социально-гигиенических проблем в настоящее время является травматизм. На протяжении всего XX века актуальность проблемы травматизма росла, причем особое беспокойство вызывает не просто рост травматизма в России (особенно в последние годы), а то обстоятельство, что отмечается рост травматизма со смертельным исходом, с переходом на инвалидность, с временной утратой трудоспособностью. Сегодня в экономически развитых странах мира травмы занимают 3-е место среди причин смерти населения, причем травмы уносят жизни людей наиболее молодого трудоспособного возраста. Среди мужчин в возрастных группах от 1 года до 44 лет смертность от травм занимает 1-е место.

Многие исследователи рассматривают травматизм как современную "новую эпидемию". Самым социально значимым является автотранспортный травматизм из-за большого числа и тяжести несчастных случаев. По далеко не полным подсчетам ВОЗ, число пострадавших на дорогах достигает ежегодно более 10 млн. человек, из которых 250 тыс. погибает. Во всех странах мира уровень травматизма значительно выше среди мужчин, чем среди женщин. Кроме большого личного несчастья, с травматизмом связан огромный общественный и экономический ущерб. Но не только травмы на дорогах, в быту и на производстве требуют усиленного внимания общества. Война обрекает миллионы людей на самую страшную из всех эпидемий - эпидемию травматизма. Таким образом, проблема травматизма затрагивает многие стороны общественной жизни и не может быть решена только врачами, эта проблема международного и общегосударственного характера и должна решаться комплексно, совместно органами здравоохранения, просвещения, охраны общественного порядка, социального обеспечения, транспортными и промышленными ведомствами.

На протяжении последних лет сохраняется рост показателя распространенности травм, отравлений и других несчастных случаев. Из каждых 100 человек в настоящее время в течение календарного года 9-10 человек получают травмы и нуждаются в оказании медицинской помощи, квалифицированном и специализированном лечении. Показатель травматизма колеблется в различных регионах России, при уровне среднероссийского показателя 91,6 на 1000 населения, в Астраханской области этот показатель равен 46,7 на 1000 населения, а в г. Санкт-Петербурге – 127,2 на 1000 населения. Распространенность травм среди различных возрастных групп имеет существенные различия. Наиболее подвержены травмам подростки, показатель травматизма у подростков на 12% превышает аналогичный показатель у взрослых и на 6% у детей. Уровень травматизма у детей колеблется от 20,1 (Карачаево-Черкессия) до 168,1 на 1000 детей (г. Москва), в подростковом возрасте варьирует от 30,7 (Калининградская область) до 187,0 (Приморский край) на 1000 подростков.

В структуре травматизма среди взрослого населения подавляющее большинство составляют травмы, не связанные с производством, - 91,7%, производственные травмы составляют 8,3%. Среди непрофессиональных преобладают бытовые и уличные травмы, их удельный вес составляет 72,7% и 19,9% соответственно. У детей и подростков первое место в структуре травм занимают бытовые травмы (50,4%), второе – уличные травмы (33,5%), школьные травмы составляют 7,2%.

В структуре травм по характеру повреждений около трети составляют поверхностные травмы, на долю открытых ран приходится 19,2%, удельный вес вывихов и растяжений 11,4%. В структуре непрофессиональных травм со смертельным исходом на долю бытовых травм приходится 45-48%, на долю дорожно-транспортных – 25-30%. Дорожно- транспортные травмы самые тяжелые, 25% пострадавших нуждаются в стационарном лечении (при других видах – 8%).

Травматизм у мужчин в 1,5-2 раза выше, чем у женщин. Это объясняется не только профессионально-производственными особенностями мужчин, т.к. непрофессиональный травматизм также у мужчин в 2 раза выше, чем у женщин.

Значительное место травмы занимают в заболеваемости с ВУТ. Из каждых 100 работающих 6,4 временно теряют трудоспособность в среднем на 21,2 дня. Определенную долю занимают травмы в госпитализированной заболеваемости, занимая, например, 1-е место среди всех госпитализированных в больницы, работающих в режиме больниц скорой медицинской помощи. При этом в последнее время отмечается тенденция к увеличению доли лиц, госпитализированных с тяжелыми комбинированными и множественными травмами, что в значительной степени связано с ростом количества автотранспорта. Под травматизмом понимают совокупность травм, возникающих за определенный промежуток времени у различных групп населения.

В зависимости от цели изучения травматизма используются различные принципы в классификации травм:

- 1) по обстоятельствам несчастного случая:
 - производственный: промышленный, сельскохозяйственный;
 - непроизводственный: бытовой, транспортный, уличный;
- 2) по контингентам населения: по возрасту, полу, образованию, профессии, а также в связи с состоянием опьянения;
- 3) по характеру травм: ушиб, сотрясение, ранение, перелом;
- 4) по локализации травм: травмы головы, туловища, конечностей;
- 5) по месту оказания медицинской помощи: больница, поликлиника, травмпункт;
- 6) по последствиям травм: без потери трудоспособности, с временной потерей трудоспособности, инвалидность, смертность.

Наибольшую долю в статистике травматизма занимает производственный травматизм. Различают следующие причины промышленного травматизма:

- технического характера;
- организационного характера;
- санитарно-гигиенического порядка;
- факторы личного порядка.

Как правило, 60-70% производственных травм возникает в результате организационных причин, устранение которых не требует материальных затрат. В исследовании травматизма нельзя не обратить внимания на экономическую сторону проблемы. В связи с травматизмом довольно серьезный ущерб наносится экономическому потенциалу общества. При этом, каждая травма влечет за собой разнообразные виды материального ущерба, связанного с расходами по оказанию медицинской помощи, выплатами по социальному страхованию, а также стоимость несозданной продукции (недополученного дохода). Профилактика травматизма на производстве характеризуется следующими особенностями:

- плановостью проведения мероприятий по регистрации расследования причин травм и их устранения;
- плановостью проводимых мероприятий;
- ответственностью за все случаи производственного травматизма;
- проведением обязательного инструктажа по технике безопасности. Непроизводственный травматизм занимает значительную долю среди травм, характеризуется многообразием и трудностью учета, сложностью организации профилактики.

Наиболее актуальной социально-гигиенической проблемой является детский травматизм. Несчастные случаи с детьми являются не только горем данного ребенка и его семьи, но и приносят большой ущерб как современному, так и будущему обществу. Различают следующие виды детского травматизма:

- 1) бытовой;
- 2) транспортный;
- 3) спортивный;
- 4) школьный.

Бытовой травматизм у детей составляет 63% от всех травм, частота травм у мальчиков в 2-3 раза выше, чем у девочек. Опасность несчастного случая в быту возрастает в связи с использованием в квартирах новейших технологических приспособлений, электрических и газовых приборов. Исследования показали, что наибольшее число бытовых травм происходит в квартирах. Доказано, что число травм, происходящих у неорганизованных детей гораздо выше числа травм у детей из организованных коллективов. Спортивный травматизм у детей разделяется на травматизм при организованном и неорганизованном занятии спортом. Для борьбы с детским травматизмом необходимы комплексные профилактические мероприятия, охватывающие условия жизни детей в школах, ПТУ, во дворах и на улицах. Борьба с детским травматизмом должна вестись общими усилиями медиков, педагогов, органов милиции. Особое внимание должно быть обращено на условия и организацию проведения досуга детей во дворах.

Рациональная организация травматологической помощи основана на нескольких принципах: приближение первой помощи к месту происшествия, этапность оказания помощи при травмах (выделяют 4 этапа):

1	-		первая	помощь;
2	-	врачебная	внебольничная	помощь;
3	-			стационар;
4	-		восстановительное	лечение.

Из общего числа пострадавших 90-95% нуждаются только в амбулаторной помощи, а из числа лиц с травмами, получивших стационарную помощь практически все после выписки из больниц направляются на амбулаторное лечение.

В зависимости от численности населения территориальная амбулаторная травматологическая помощь может быть организована по-разному. В городах с небольшой численностью населения, пострадавшие для получения амбулаторной помощи обращаются в хирургический кабинет поликлиники, а в часы, когда поликлиника не работает, в приемное отделение стационара. Такая организация по целому ряду причин не является оптимальной. Поэтому при наличии возможности в поликлинике выделяют отдельные травматологические приемы - травматологические кабинеты.

Наиболее оптимальной формой организации травматологической помощи является организация травматологических пунктов, которые открывают обычно при поликлиниках, но могут быть изредка открыты и вне поликлиники, в приспособленном помещении. Важно, чтобы такой пункт работал круглосуточно и круглосуточно при нем действовал рентгеновский кабинет. Часто больные получают там первую помощь и направляются в стационар, а подавляющее большинство больных получают в травматологическом пункте не только первую квалифицированную помощь, но и полное лечение до выздоровления. Организация травматологических пунктов является наиболее оптимальной формой амбулаторной помощи пострадавшим с травмами. Открывают травматологические пункты в городах или административных районах города с населением 150-200 тыс. человек.

Важной медико-социальной задачей является организация восстановительного лечения и реабилитация больных и инвалидов вследствие несчастных случаев.

СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ

Право на социальное обеспечение и его функции.

Одним из неотчуждаемых и основных социально-экономических прав человека является право на социальное обеспечение. Оно закреплено в ряде международных актов, в частности в ст. 26 Всеобщей декларации прав человека 1948 года и статьях II Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах 1996 года, а также в Конституции Российской Федерации.

В соответствии со ст.39 Конституции РФ каждому гражданину «гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом». Данная статья закрепляет за государством обязанность оказывать социальную поддержку гражданам, оказавшимся в результате ухудшения здоровья или потери трудоспособности в тяжелой жизненной ситуации, а также осуществлять правовое регулирование отношений, возникающих в связи с предоставлением денежных средств и услуг в целях удовлетворения потребностей нетрудоспособных граждан.

Основная сущность социального обеспечения проявляется в его функциях: социально- реабилитационной, экономической, политической, демографической и других.

1. Социально-реабилитационная функция направлена на поддержание и восстановление общественного статуса граждан, являющихся наиболее социально слабой группой населения.
2. Экономическая функция заключается в полной или частичной компенсации утраченного источника средств существования, оказании минимальной денежной и натуральной помощи малоимущим гражданам, а также в предоставлении бесплатных медицинских, транспортных и других социальных услуг.
3. Политическая функция способствует ослаблению социальной напряженности в обществе, которая возникла в результате увеличения социальной дистанции между различными группами населения и чрезмерными отличиями в уровне жизни.

Социальное обеспечение – система мер по материальному обеспечению и обслуживанию престарелых, нетрудоспособных граждан, семей с детьми, а также лиц, нуждающихся в социальной помощи.

Для осуществления своих функций в этой области государство создало целую систему социальной защиты населения, которая включает в себя выплату пенсий, пособий, компенсаций, оказание медицинских и других социальных услуг, руководит созданием финансовой базы и организационных структур, необходимых для реализации конституционного права каждого гражданина на социальное обеспечение.

Виды социального обеспечения.

К основным видам социального обеспечения следует отнести: пенсионное обеспечение; систему пособий; систему льгот нуждающимся категориям населения (инвалидам, ветеранам и др.); систему профессионального обучения, трудоустройства и протезно- ортопедической помощи инвалидам; социальное обслуживание престарелых, инвалидов и лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации; социальную помощь семье и детям.

Важнейшей функцией социального обеспечения является выплата гражданам пенсий – ежемесячных денежных выплат нетрудоспособным гражданам в связи с их прошлой трудовой или иной общественно полезной деятельностью.

Основным видом **пенсионного обеспечения** являются трудовые пенсии, которые назначаются в связи с трудовой или иной общественно полезной деятельностью.

К трудовым пенсиям относятся пенсии по старости (по возрасту), по инвалидности, по случаю потери кормильца, за выслугу лет. Пенсия по старости назначается в связи с достижением определенного возраста при наличии требуемого стажа работы. Пенсия по инвалидности устанавливается в связи с длительной или постоянной фактической утратой трудоспособности (инвалидностью). Пенсия за выслугу лет назначается при наличии определенного специального стажа, независимо от возраста и фактического состояния трудоспособности, а пенсия по случаю потери кормильца назначается нетрудоспособным членам семьи умершего, которые находились ранее на его иждивении.

Следующим видом **социального обеспечения** являются страховые пособия. Законодательство различает страховые пособия: по болезни, по беременности и родам, в связи с рождением ребенка, на период отпуска по уходу за ребенком до полутора лет, по безработице, на санаторно-курортное лечение и др.

Пособие по временной нетрудоспособности – это выплата, предоставляемая в случаях, когда выполнение работы или иной деятельности невозможно в связи с краткосрочным ухудшением здоровья, в размерах, пропорциональных заработку, иному доходу или в твердой сумме. Пособие по временной нетрудоспособности выдается при заболевании, при санаторно-курортном лечении, при болезни члена семьи и необходимости ухода за ним, при карантине, при временном переводе на другую работу в связи с заболеванием туберкулезом или профессиональным заболеванием, при протезировании с помещением в стационар протезно-ортопедического предприятия, в связи с беременностью и родами.

Пособие по безработице – это выплата, предоставляемая в течение установленного законом срока лицам, признанным безработными, в размере, пропорциональном утраченному заработку или твердой сумме. Решение о признании лица безработным принимается органами службы занятости по месту его жительства не позднее 11 дней со дня предъявления паспорта и необходимых документов.

Для поддержания и оказания помощи семье в содержании и воспитании детей законодательством предусмотрены следующие виды государственных пособий: единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинские учреждения в ранние сроки беременности; единовременное пособие при рождении ребенка; пособие по беременности и родам; ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им 1,5 лет; ежемесячное пособие на ребенка. Предоставление пособий регламентируется ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» от 19.05.95 г. С внесенными изменениями, Постановлением Правительства РФ «Об утверждении Положения о порядке назначения и выплаты государственных пособий гражданам, имеющим детей» и другими нормативными актами.

Комплекс мер по улучшению демографической предусматривает предоставление дополнительных мер государственной поддержки в виде материнского (семейного) капитала в сумме 250 тыс. рублей женщинам, родившим (усыновившим) после 1 января 2007 года второго ребенка, третьего или последующего ребенка.

Лица, получившие государственный сертификат на материнский (семейный) капитал, смогут, начиная с 1 января 2010 года (то есть после достижения ребенком возраста трех лет либо истечения трех лет со дня его усыновления), направить сумму материнского (семейного) капитала, либо ее часть на следующие направления:

- получение образования;
- приобретение жилья на территории Российской Федерации;
- формирование накопительной части трудовой пенсии женщины.

Следующим видом социального обеспечения является оказание страховых услуг, к которым, в частности, относится бесплатная медицинская и лекарственная помощь, в рамках Федеральной и территориальных программ государственных гарантий, а также финансирование профилактических мероприятий. Медицинское страхование осуществляется в двух видах (обязательном и добровольном) и регулируется ФЗ «О медицинском страховании граждан в РФ» в редакции ФЗ от 02.04.93 г. (с последующими изменениями) и другими нормативными актами.

Следующей организационной формой социального обеспечения является **государственная социальная помощь**. Финансирование социальной помощи осуществляется за счет бюджетов всех уровней, а также федерального и региональных фондов социальной поддержки. Законодательством определен круг лиц, имеющих право на социальную помощь, ее виды и размеры.

Основными получателями государственной социальной помощи являются лица, которые по уважительным, не зависящим от них причинам, не работали и не платили обязательные страховые взносы и не имеют средств для существования в объеме прожиточного минимума.

Основными видами государственной **социальной помощи** являются: социальные пенсии, социальные пособия и социальные услуги.

Социальная пенсия – это гарантированная государством минимальная помощь, предоставляемая в связи с достижением установленного возраста, инвалидностью или потерей кормильца лицам, не имеющим других средств существования, независимо от трудового вклада и уплаты страховых пенсионных взносов. Получателями социальных пенсий являются: мужчины, достигшие 65 лет, женщины 60 лет, инвалиды 1 и 2 группы, инвалиды детства, инвалиды 3 группы, дети-инвалиды до 18 лет.

Видами **социальных пособий** являются единовременные пособия на погребение, беженцам и вынужденным переселенцам, а также компенсационные выплаты на оплату жилья и коммунальных услуг.

Оказание **социальных услуг** осуществляется в рамках целой системы социального обслуживания, которая представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке населения, оказанию социально-бытовых, социально-правовых, психолого-педагогических, социально-медицинских услуг, проведение социальной адаптации и реабилитации граждан, попавших в трудную жизненную ситуацию. Социальное обслуживание населения проводится в соответствии с ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10.12.95 г., ФЗ «О социальной защите инвалидов» от 24.11.95 г., ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2.08.95 г. и другими нормативными актами.

Социальное обслуживание – это совокупность социальных услуг, оказываемых гражданам, не способным к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, инвалидностью, а также лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации. В ней могут оказаться граждане в связи с безработицей, стихийными бедствиями, катастрофами, пострадавшие в результате различных конфликтов, включая семейные, межэтнические и др.

Основными видами **социального обслуживания** являются: социальное обслуживание на дому, стационарное социальное обслуживание, обеспечение средствами передвижения, протезирование, погребение и другие услуги.

Социальное обслуживание на дому включает в себя доставку продуктов, уборку помещения, приобретение медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости, содействие в получении медицинской помощи и других гарантированных услуг, предусмотренных Федеральным перечнем.

Стационарное социальное обслуживание предполагает помещение некоторых категорий граждан (с учетом возраста, состояния здоровья и других факторов) в специальные учреждения (детские дома и приюты, интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты и др.). Лица, проживающие в стационарных учреждениях, имеют право на уход, медико-санитарную и стоматологическую помощь, свободное посещение родственниками и другие услуги.

Система социального обслуживания включает в себя различные учреждения. В их число входят: комплексные центры социального обслуживания; территориальные центры социальной помощи семье и детям; центры социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов; социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних; центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей; социальные приюты для детей и подростков; центры психолого-педагогической помощи населению; центры экстренной психологической помощи по телефону; центры (отделения) социальной помощи на дому; дома ночного пребывания; специальные дома для одиноких и престарелых; стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома-интернаты для умственно-отсталых детей, дома-интернаты для детей с физическими недостатками); геронтологические центры; кризисные центры и иные учреждения.

Социальное обслуживание по желанию граждан пожилого возраста и инвалидов может осуществляться на постоянной или временной основе. Особо востребованной формой социального обслуживания является надомное. Наряду с надомными службами, система социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов включает в себя полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания, срочное социальное обслуживание, социально-консультативную помощь и стационарное социальное обслуживание.

Из нестационарных учреждений наибольшее развитие в последние годы получили муниципальные центры социального обслуживания. Они занимаются выявлением граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в таком обслуживании, определяют необходимые для них виды социальных услуг, обеспечивают их предоставление, осуществляют срочное социальное обслуживание, а также оказывают населению социально-консультативную помощь.

На оказание разносторонней социально-бытовой помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении, направлено стационарное социальное обслуживание. Одной из новых форм социального обслуживания является развитие сети специальных жилых домов для одиноких пожилых граждан и супружеских пар с комплексом служб социально-бытового назначения.

Важным видом социального обеспечения является система льгот. Социальные льготы – это дополнительные права и преимущества для отдельных категорий граждан, не имеющих возможности реализовать общую для всех правовую норму по независящим от них причинам, либо для лиц, имеющих особые заслуги перед государством.

Специалисты по социальному праву классифицируют льготы:

- по субъектам (пенсионеры, инвалиды I и II групп, бывшие узники фашизма, Герои СССР и РФ, лица, подвергшиеся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС и пр.);
- по содержанию (бесплатный проезд на транспорте, бесплатное получение лекарств, освобождение от оплаты жилья и коммунальных услуг, бесплатная установка телефона и др.);
- по источникам финансирования (государственные внебюджетные фонды социально- го страхования, бюджеты различных уровней) и другим признакам.

Профессиональное обучение и трудоустройство инвалидов как вид социального обеспечения имеет особую значимость. Государство предоставляет инвалидам гарантии трудовой занятости. В соответствии с Федеральным Законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» предусмотрен целый комплекс мер, направленных на повышение их конкурентоспособности на рынке труда:

- осуществление льготной финансово-кредитной политики в отношении специализированных предприятий, применяющих труд инвалидов, а также предприятий, учреждений, организаций, общественных объединений инвалидов;
- установление квот для приема на работу инвалидов и минимального количества специальных рабочих мест для них. Организациями, независимо от их организационно- правовых форм и форм собственности, численность работников в которых составляет более 30 человек, устанавливается квота для приема на работу инвалидов в процентах к численности работников, но не менее трех процентов;
- резервирование рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов;
- стимулирование создания предприятиями, учреждениями, организациями дополнительных рабочих мест, в том числе специальных, для трудоустройства инвалидов;
- создание инвалидам условий труда в соответствии с их индивидуальными программами реабилитации.

Протезно-ортопедическая помощь инвалидам направлена на обеспечение их необходимыми протезами, личными средствами передвижения дома и на улице, а также ортрезами, то есть аппаратами и корсетами, необходимыми для жизни (ортопедическая обувь и др.). Личными средствами передвижения инвалидов являются специальные вело- и мотоколяски, автомашины с ручным управлением. Инвалиды имеют право на изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий (кроме зубных протезов из драгоценных металлов) за счет средств бюджета, они также обеспечиваются необходимыми средствами телекоммуникационного обслуживания, специальными телефонными аппаратами, в том числе для абонентов с дефектами слуха.

Социальное страхование.

Финансовыми источниками социального обеспечения являются: налоговые поступления в государственный бюджет, внебюджетные обязательные страховые платежи, благотворительные средства. По мере становления в нашей стране рыночных механизмов хозяйствования обязательное государственное социальное страхование становится основным финансовым источником, покрывающим расходы на социальное обеспечение. Главным образом через систему государственного социального страхования реализуются права человека на обеспечение в случае старости, потери трудоспособности, болезни, несчастного случая, безработицы, потери кормильца и др.

Социальное страхование – это система мер по созданию особых денежных фондов, формируемых за счет страховых взносов предприятий, организаций, граждан и государственных средств, направляемых на материальное обеспечение нуждающихся лиц, а также выплаты сумм возмещения имущественного и другого ущерба. В формировании страховых взносов, прежде всего, участвуют работодатели. Пенсионное обеспечение военнослужащих и приравненных к ним граждан осуществляется за счет средств, ассигнуемых в Пенсионный фонд страны из государственного бюджета. Платежи на медицинское страхование неработающего населения осуществляют органы исполнительной власти опять же за счет бюджетных средств.

Многообразие форм государственного социального страхования определяется характером его направленности. К числу основных форм государственного социального страхования можно отнести: пенсионное; медицинское; страхование на период временной нетрудоспособности, беременности, родов, по уходу за ребенком, на осуществление оздоровительно-профилактических мероприятий; страхование на случай безработицы; страхование, связанное с возмещением имущественного и иного ущерба. В нашей стране некоторые категории работников обеспечиваются за счет средств государственного социального страхования пенсиями и за выслугу лет.

Государственному социальному страхованию подлежат индивидуальные предприниматели, наемные работники и другие лица, круг которых определен законом. Страховыми случаями могут быть: безработица, болезнь, инвалидность, старость, смерть кормильца и другие, которые устанавливаются законом. Выплаты осуществляются за счет страховых взносов, которые аккумулируются в определенном фонде. И хотя в организационно- правовом плане и в источниках формирования средств фонда они схожи, тем не менее существуют и отличия. Так, не одинаков страховой тариф; полностью не совпадает круг выплат, на которые начисляются страховые взносы; также существует некоторая разница в применении штрафных санкций за неуплату страховых взносов и сокрытие денежных сумм, на которые должны начисляться взносы.

Уплата страховых взносов в социальные фонды автоматически наделяет граждан правом на получение выплат, которыми являются трудовые пенсии и страховые пособия, а так- же на получение страховых услуг.

Право гражданина на многие виды социального обеспечения напрямую зависит от его трудовой или иной общественно-полезной деятельности, т. е. от трудового стажа. Трудовой стаж – это продолжительность трудовой, иной общественно-полезной деятельности (военной и приравненной к ней службе), а также других периодов, с которыми связано приобретение права на все виды трудовых пенсий и некоторые виды пособий. Трудовой стаж имеет две основных характеристики: количественную (продолжительность в годах) и качественную (выраженную в специфике условий труда, климатических зон и территорий, в которых осуществлялась трудовая деятельность).

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Основные виды медицинской экспертизы.

Основопологающим документом, регламентирующим вопросы проведения медицинской экспертизы, являются «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

Основными видами медицинской экспертизы являются:

- 1). Экспертиза временной нетрудоспособности.
- 2). Медико-социальная экспертиза.
- 3). Военно-врачебная экспертиза.
- 4). Судебно-медицинская экспертиза.
- 5). Судебно-психиатрическая экспертиза.
- 6). Независимая медицинская экспертиза.

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 федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится лечащими врачами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, которые единолично выдают гражданам листки нетрудоспособности сроком до 30 дней, а на больший срок листки нетрудоспособности выдаются врачебной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения.

При экспертизе временной нетрудоспособности определяются необходимость и сроки временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принимается решение о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности.

При оформлении листка нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания с целью соблюдения врачебной тайны вносятся с согласия пациента, а в случае его несогласия указывается только причина нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина).

Медико-социальная экспертиза устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан.

Целью **судебно-медицинской экспертизы** является решение вопросов, требующих специальных познаний в области судебной медицины. Видами судебно-медицинской экспертизы являются освидетельствование живых лиц, исследование трупов, экспертиза вещественных доказательств по материалам дела.

Судебно-психиатрическая экспертиза проводится для установления наличия или отсутствия психических расстройств, имеющих юридическое значение для определения судом вменяемости или дееспособности лиц, а также вреда, причиненного здоровью граждан.

При несогласии граждан с заключением медицинской экспертизы по их заявлению производится **независимая медицинская экспертиза**. Экспертиза признается независимой, если производящие ее эксперт либо члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы.

Экспертиза временной нетрудоспособности.

Основной задачей экспертизы временной нетрудоспособности является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможность осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Временная нетрудоспособность - состояние здоровья, когда функциональные нарушения, вызванные заболеванием, травмой, другими социальными и медицинскими причинами, предусмотренными законодательством по социальному страхованию, носят обратимый характер, т.е., невозможность выполнения человеком работы вообще или по конкретной специальности, носит кратковременный характер.

Полная временная нетрудоспособность - состояние, когда пациент временно не может и не должен работать в связи с медицинскими или социальными причинами.

Частичная временная нетрудоспособность - состояние, когда пациент не может выполнять работу по своей специальности или должности, но без ущерба для здоровья может выполнять другую, более легкую работу.

Медицинскими документами, удостоверяющими утрату трудоспособности пациента, является листок нетрудоспособности и в некоторых случаях - справка.

Функциями листка нетрудоспособности являются:

1. Медицинская функция - указывается вид нетрудоспособности и лечебно-охранительного режима.

- Юридическая функция - удостоверяет освобождение от работы на период временной нетрудоспособности.
- Финансово-страховая функция - дает право на получение материального пособия из фонда социального страхования.
- Статистическая функция - на основании листков о временной нетрудоспособности заполняется отчет о временной нетрудоспособности и проводится анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Выдача листка нетрудоспособности предусмотрена следующим категориям граждан:

- гражданам РФ, иностранным гражданам, в т.ч. стран СНГ, лицам без гражданства, беженцам, вынужденным переселенцам, работающим на предприятиях, организациях, учреждениях РФ, независимо от формы собственности и находящихся на штатных, сезонных или временных работах,
- неработающим гражданам, у которых нетрудоспособность наступила в течение одного месяца после увольнения с работы по уважительным причинам,
- безработным, состоящим на учете в территориальных органах труда и занятости населения,
- бывшим военнослужащим при наступлении нетрудоспособности в течение одного месяца после увольнения со срочной службы из вооруженных сил РФ.

Гражданам, находящимся вне постоянного места жительства, листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом, установившим факт нетрудоспособности, с разрешения администрации ЛПУ с учетом дней, необходимых для проезда к месту жительства.

При оказании медицинской помощи в рамках договоров с гражданами или организациями на платной основе листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях в установленном порядке.

Справки о нетрудоспособности служат юридическим документом для освобождения от работы или учебы и являются документом для анализа заболеваемости. Справки выдаются:

- студентам высших и средних специальных учебных заведений, учащимся профессионально-технических училищ, докторантам и аспирантам,
- военнослужащим,
- независимой экспертизы.
- в случаях анонимного лечения,
- гражданам, самостоятельно обратившимся за консультативной медицинской помощью, гражданам, проходящим обследование в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях по направлению военных комиссариатов, следственных органов, прокуратуры, суда,
- при прохождении судебно-медицинской экспертизы в случае отсутствия признаков нетрудоспособности,
- по уходу за больным взрослым и ребенком в случаях, когда выдача листка нетрудоспособности не предусмотрена.

Право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, имеют:

- лечащие врачи государственных, муниципальных и частных лечебно-профилактических учреждений, имеющие диплом о высшем медицинском образовании и сертификат специалиста (осуществляют экспертизу временной нетрудоспособности на основании лицензии, выданной учреждению);
- лечащие врачи, занимающиеся частной групповой или индивидуальной медицинской практикой вне учреждения здравоохранения, при наличии у них диплома о высшем медицинском образовании, лицензии на основной вид медицинской деятельности и проведения экспертизы временной нетрудоспособности, а также свидетельства (удостоверения) об окончании курсов повышения квалификации по экспертизе временной нетрудоспособности;
- средние медицинские работники в исключительных случаях (труднодоступные сельские районы, Крайний Север) по решению местных органов управления здравоохранения.

При заболеваниях и травмах лечащий врач выдает листок нетрудоспособности единолично и одновременно на срок 10 календарных дней и продлевает его единолично на срок до 30 календарных дней. Средний медицинский работник, имеющий право выдавать листок нетрудоспособности, единолично и одновременно выдает его на срок до 5 календарных дней и продлевает до 10 календарных дней, в исключительных случаях после консультирования с врачом ближайшего ЛПУ, на срок до 30 календарных дней.

Не имеют права на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, медицинские работники станций скорой помощи, переливания крови, учреждений судебно-медицинской экспертизы, бальнеогрязелечебниц, домов отдыха, туристических и спортивных баз, учреждений Роспотребнадзора, приемных отделений больниц, параклинических подразделений (физиотерапевты, врачи-лаборанты, рентгенологи).

Основными уровнями экспертизы временной нетрудоспособности в лечебном учреждении являются лечащий врач и врачебная комиссия медицинской организации.

Лечащий врач определяет вид и сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях, выдает документ, удостоверяющий нетрудоспособность, своевременно направляет пациента на консультацию во врачебную комиссию для продления листка нетрудоспособности и решения других экспертных вопросов, при наличии у пациента признаков стойкой утраты трудоспособности подготавливает документы во врачебную комиссию для направления его на медико-социальную экспертизу.

Порядок организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.03.2007 г. №170.

Врачебная комиссия создается в медицинских организациях, независимо от ее организационно-правовой формы, формы собственности и ведомственной принадлежности, с целью принятия решений по вопросам диагностики, лечения, реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников, иным медико-социальным вопросам, а также осуществления контроля качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе оценки обоснованности и эффективности назначения лекарственных средств. Врачебная комиссия состоит из председателя, одного или двух заместителей, секретаря и членов комиссии. Председателем врачебной комиссии является руководитель медицинской организации или один из заместителей руководителя медицинской организации, имеющий высшее медицинское образование.

Персональный состав врачебной комиссии утверждается руководителем медицинской организации. Членами врачебной комиссии являются врачи-специалисты (в том числе врач - клинический фармаколог) как из числа штатных сотрудников, так и других медицинских организаций. Секретарем врачебной комиссии является медицинский работник, имеющий среднее медицинское образование, обеспечивающий деятельность врачебной комиссии.

Врачебная комиссия осуществляет следующие функции:

- выдачу листков нетрудоспособности сроком более чем на 30 дней;
- экспертизу временной нетрудоспособности с целью определения необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу;
- принятие решения о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности;
- выдачу медицинского заключения о характере и степени тяжести повреждения здоровья лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- осуществляет проверку обоснованности назначения и выписки лекарственных средств гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, и проводит плановые еженедельные или внеплановые проверки медицинской документации;
- осуществление совместно с лечащим врачом медицинского отбора и направления на санаторно-курортное лечение граждан, в том числе детей, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;
- выдачу заключений о показанности или противопоказанности санаторно-курортного лечения гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, другим категориям граждан - в сложных и конфликтных ситуациях;
- осуществление медицинского отбора больных после острого инфаркта миокарда, операций на сердце и магистральных сосудах, острого нарушения мозгового кровообращения, операций по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, панкреатита (панкреонекроза), после удаления желчного пузыря, беременных женщин групп риска, а также больных, пролеченных по поводу нестабильной стенокардии, по поводу сахарного диабета, направляемых на долечивание (реабилитацию) непосредственно после стационарного лечения в специализированные санатории (отделения);

- выдачу заключений о нуждаемости ребенка в обучении на дому по медицинским показаниям;
- выдачу заключений о возможности предоставления студентам академического отпуска по медицинским показаниям;
- выдачу заключений о проведении государственной (итоговой) аттестации выпускников IX, XI (XII) классов, обучавшихся по состоянию здоровья на дому, в оздоровительных образовательных учреждениях санаторного типа, для детей, нуждающихся в длительном лечении, находившихся в лечебно-профилактических учреждениях более 4 месяцев, и детей-инвалидов, в обстановке, исключающей влияние негативных факторов на состояние их здоровья, и в условиях, отвечающих физиологическим особенностям и состоянию здоровья выпускника;
- рассматривает обращения граждан по вопросам качества лечебно-диагностических мероприятий.

Врачебная комиссия проводит заседания на основании плана-графика заседаний врачебной комиссии, утвержденного руководителем медицинской организации. Внеплановые заседания проводятся по решению председателя врачебной комиссии, согласованному с руководителем медицинской организации.

Решение врачебной комиссии считается принятым, если его поддержало большинство членов врачебной комиссии из числа присутствующих на заседании. Решение врачебной комиссии вносится в первичные медицинские документы.

По требованию лица, в отношении которого принято решение врачебной комиссии, выдается справка о решении врачебной комиссии, которая подписывается председателем (в случае его отсутствия - заместителем председателя) врачебной комиссии и удостоверяется печатью медицинской организации.

Различают следующие виды временной нетрудоспособности: при заболеваниях и травмах, при санаторно-курортном лечении и медицинской реабилитации, по уходу за больным членом семьи (взрослым или ребенком), здоровым ребенком до трех лет, при карантине, при беременности и родах, при искусственном прерывании беременности, при протезировании.

Правила выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность при отдельных ее видах, отличаются. Регламентированы максимальные сроки выдачи листков нетрудоспособности и имеются нормативные документы, содержащие ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при некоторых наиболее часто встречающихся заболеваниях и травмах.

Медико-социальная экспертиза.

Медико-социальная экспертиза проводится в целях определения в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений 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.

Медико-социальная экспертиза производится федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, к которым относятся Федеральное бюро медико-социальной экспертизы и главные бюро медико-социальной экспертизы в регионах России, имеющие филиалы - бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах.

Функциями бюро медико-социальной экспертизы являются:

- 1). Определение состояния трудоспособности, постоянной (стойкой) или длительной ее утраты.
- 2). Установление группы инвалидности впервые или при переосвидетельствовании.
- 3). Определение причины стойкой нетрудоспособности.
- 4). Определение времени фактического наступления инвалидности.
- 5). Установление степени утраты трудоспособности вследствие несчастного случая на производстве (в процентах).
- 6). Определение для инвалидов условий и видов труда, работ и профессий, доступных им по состоянию здоровья, а также условий и методов, с помощью которых нарушенная трудоспособность может быть восстановлена или повышена.
- 7). Направление на переобучение (переквалификацию).
- 8). Проверка правильности выполнения работодателем заключений комиссий по созданию условий труда и использованию инвалидов на работе.

9). Содействие укреплению здоровья населения путем предупреждения инвалидности (санкционирование долечивания при длительной временной нетрудоспособности, участие в профилактических программах).

10). Изучение совместно с органами управления здравоохранения, медицинскими учреждениями, администрацией предприятий, учреждений, организаций и профсоюзными органами причин стойкой утраты трудоспособности (инвалидности) и участие в разработке мероприятий по профилактике инвалидности и восстановлению трудоспособности.

Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу учреждением здравоохранения или органом социальной защиты населения.

На медико-социальную экспертизу направляются лица, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите, в следующих случаях:

1). При очевидно неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности - сразу после его установления, но не позднее 4-х месяцев нетрудоспособности.

2). При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при непрерывной нетрудоспособности по одному и тому же заболеванию или травме - в срок не позднее 10 месяцев временной утраты трудоспособности (12 месяцев в отдельных случаях - туберкулез) для решения вопроса о продолжении лечения или установления группы инвалидности.

3). При необходимости изменения трудовых рекомендаций работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза.

4). В тех случаях, когда после заключения бюро медико-социальной экспертизы о долечивании у больного ухудшается течение заболевания, и нарастают функциональные нарушения организма, обуславливающие сомнительность клинического и трудового прогноза, больной должен быть повторно направлен на медико-социальную экспертизу независимо от того, сколько времени прошло с момента его первичного освидетельствования.

Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами. В направлении учреждения здравоохранения указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

Орган социальной защиты населения может направлять на медико-социальную экспертизу лицо, имеющее признаки ограничения жизнедеятельности и нуждающееся в социальной защите при наличии у него медицинских документов, подтверждающих нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

Медико-социальная экспертиза лица проводится по его письменному заявлению либо письменному заявлению его законного представителя. Заявление подается на имя руководителя учреждения. К заявлению прилагаются направление учреждения здравоохранения органа социальной защиты населения, медицинские документы, подтверждающие нарушение здоровья гражданина.

Специалисты учреждения, проводящего медико-социальную экспертизу, рассматривают представленные сведения (клинико-функциональные, социально-бытовые, профессионально трудовые, психологические данные), проводят личный осмотр гражданина и оценивают степень ограничения жизнедеятельности.

Решение о признании лица инвалидом либо об отказе в установлении инвалидности принимается полным составом специалистов простым большинством голосов. Решение объявляется гражданину, проходившему медико-социальную экспертизу, или его законному представителю руководителем учреждения в присутствии всех специалистов, принимающих это решение.

Датой установления инвалидности считается день поступления в учреждение заявления гражданина о признании его инвалидом с прилагаемыми к нему документами.

Данные медико-социальной экспертизы лица и решение специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, заносятся в протокол заседания и акт освидетельствования лица, которые подписываются руководителем учреждения, специалистами, принимавшими решение, и заверяются печатью учреждения. Заключение консультанта, привлекаемого к проведению медико-социальной экспертизы, перечень документов и основные сведения, послужившие основанием для принятия экспертного решения, заносятся в акт освидетельствования или приобщаются к нему.

Выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, направляется в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, в трехдневный срок со дня установления инвалидности.

Лицу, признанному в установленном порядке инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, а также индивидуальная программа реабилитации. Лицу, не признанному инвалидом, по его желанию выдается справка о результатах освидетельствования.

Лицу, имеющему документ о временной нетрудоспособности и признанному инвалидом, группа инвалидности и дата ее установления отмечаются в листке временной нетрудоспособности или в справке, удостоверяющей временную нетрудоспособность.

Гражданин или его законный представитель в случае несогласия с экспертным решением бюро медико-социальной экспертизы может обжаловать его на основании письменного заявления, подаваемого в учреждение, проводившее освидетельствование, или в главное бюро медико-социальной экспертизы, или в соответствующий орган социальной защиты населения.

Бюро медико-социальной экспертизы, проводившее освидетельствование, в трехдневный срок со дня получения заявления направляет это заявление со всеми имеющимися документами в главное бюро медико-социальной экспертизы. Главное бюро медико-социальной экспертизы не позднее одного месяца со дня поступления заявления проводит медико-социальную экспертизу лица и на основании полученных результатов выносит решение. Решение главного бюро медико-социальной экспертизы может быть обжаловано в месячный срок в орган социальной защиты населения субъекта РФ.

В случае несогласия гражданина с решением главного бюро медико-социальной экспертизы орган социальной защиты населения может поручить проведение медико-социальной экспертизы любому составу специалистов необходимого профиля указанного учреждения. Решение учреждения может быть обжаловано в суд гражданином или его законным представителем в порядке, установленном законодательством РФ.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К
ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В
СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Проблема качества в медицине и здравоохранении

Формирование и развитие эффективных систем обеспечения качества медицинской помощи (КМП) остается одной из наиболее актуальных проблем современного отечественного и зарубежного здравоохранения.

На разных этапах развития здравоохранения проблемы КМП являлись наиболее важными, так как они оказывали определяющее влияние на организационные, экономические и правовые механизмы системы медицинского обеспечения.

Наибольшее развитие вопросы обеспечения КМП получили в XX веке. С конца 50-х годов внимание к КМП становится всеобщим и начинает носить интернациональный характер. Создаются национальные, международные организации, а ВОЗ публикует ряд программных документов и докладов, связанных с обеспечением КМП. Всемирная организация здравоохранения в своем докладе «Задачи по достижению здоровья для всех» поставила цель, чтобы к 2000 году все государства - члены имели соответствующие структуры и механизмы для обеспечения непрерывного повышения качества медико-санитарной помощи и совершенствования соответствующего развития и использования технологии здравоохранения.

К 70-м годам в большинстве развитых стран мира были приняты концепции и программы повышения качества, разработаны критерии КМП.

В конце 80-х – начале 90-х годов в процессе новейших реформ здравоохранения в Европе особое внимание уделялось программам повышения КМП и внедрению эффективных форм медицинской помощи, что потребовало реструктуризации работы больниц и повышения потенциала сектора первичной медико-санитарной помощи. Возникло «движение за повышение результативности медицинской помощи», основанное на понимании существования значительных пробелов в знаниях об эффективности методов лечения, а также на отсутствии информации о доказательно подтвержденных данных и их применении в лечебно-диагностическом процессе. Оценив влияние прогресса в области медицинских технологий, врачи все чаще стали приходить к выводу, что современные технологии не всегда эффективны. Возникло противоречие между технологическим прогрессом и медицинской эффективностью.

Социально-экономическое содержание медицинской деятельности.

Создание эффективных моделей и методик обеспечения КМП не возможно без понимания социально-экономической сущности медицинской деятельности. Медицинская деятельность в своем роде уникальна, не сравнима с обычным производством и требует создания особой системы обеспечения КМП.

Специфика медицинской деятельности, заключается в следующем:

- продукт медицинской деятельности формируется в процессе оказания медицинской услуги;
- медицинская деятельность направлена на изменение состояния специфического биологического объекта, которым является человек;
- задача медицинской деятельности – не создать какое-либо благо, которое может быть присвоено, а изменить неблагоприятное состояние человека, до такого, которое индивидум или общество может считать благом.

Продукт медицинской деятельности, реализуемой в форме услуги, также имеет следующие специфические характеристики.

Неопределенные потребительские свойства. В момент обращения пациента за медицинской помощью его потребность зачастую имеет форму нужды (боль, слабость). С социально-экономической точки зрения именно диагностика (установлением соответствующей нозологической формы) представляет собой процесс дифференциации нужды до уровня потребности в лечебных мероприятиях, направленных на устранение патологического состояния пациента.

Активное участие потребителя в процессе оказания медицинской услуги. Отношение человека к своему здоровью, адекватность исполнения им врачебных назначений и рекомендаций в огромной степени определяют КМП, получаемой им. Для сохранения и поддержания здоровья человеку требуется больше собственных усилий, осмысленной инициативы.

Технологическое противоречие при производстве медицинских услуг. С одной стороны, современная медицина использует архаичные методики, формировавшиеся в течение всей истории её развития. С другой стороны, предпочтение отдается тем технологиям диагностики и лечения, при выполнении которых используется совершенное медицинское оборудование.

Неосвязаемость. Медицинская услуга не имеет материальной формы.

Несохраняемость. Медицинская услуга существует только в течение того периода времени, в процессе которого она оказывается.

Неотделимость от источника. Выполнение медицинской услуги представляет собой единство производства и потребления.

Непостоянство качества. Одна и та же услуга, произведённая одним и тем же специалистом в одинаковых условиях в разные периоды времени, может иметь различные качественные характеристики.

Отсутствие товарной формы. Отдельные медицинские услуги носят уникальный характер и не могут иметь товарной формы, так как выступают в виде общественных благ. Медицинские услуги профилактического характера не имеют индивидуальных потребительских свойств, а выступают в виде общественного блага.

Подходы к определению качества. Признаки качественной медицинской услуги.

На практике сложилось неоднозначное понимание терминов «качество продукции» и, соответственно, «качество медицинской помощи».

С философской точки зрения **качество** представляет собой категорию, выражающую неотделимую от бытия объекта его существенную определенность, благодаря которой он является именно этим, а не другим объектом. Качество отражает устойчивое взаимоотношение составных элементов объекта, наличие существенных признаков, свойств, особенностей, которые определяют его специфику и дают возможность отличать один объект от других. Вместе с тем, качество выражает и то общее, что характеризует весь класс однородных объектов.

С общехозяйственной точки зрения (производителя) **качество** - это совокупность характеристик объекта, удовлетворяющих установленные и предполагаемые требования.

С точки зрения потребителей **качество** - это свойство товара или услуги (в том числе и медицинской помощи как социально-экономической категории) удовлетворять их определенные потребности (в здравоохранении - пациентов).

ВОЗ предлагает следующее определение КМП: «С ее помощью каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам, в соответствии с уровнем медицинской науки и такими биологическими факторами, как его возраст, заболевание, сопутствующий вторичный диагноз, реакция на выбранное лечение и другие родственные факторы. При этом для достижения такого результата должны быть привлечены минимальные средства; риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности в результате лечения должен быть минимальным; пациент должен получать максимальное удовлетворение от процесса оказываемой помощи; максимальными должны быть и взаимодействие пациента с системой медицинской помощи, а также получаемые результаты».

ВОЗ для определения качества использует четыре компонента (признака):

- выполнение профессиональных функций (техническое качество);
- использование ресурсов (эффективность);
- контроль степени риска (опасность травмы или заболевания в результате медицинского вмешательства);
- удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием.

Медицинская услуга может считаться качественной, если она удовлетворяет следующим 4 признакам:

- безопасность,
- адекватность,
- научно-технический и профессиональный уровень,
- экономичность и эффективность.

Безопасность. Первичный принцип медицины - не навреди (*nil nocere*). Вмешательство не должно приводить к более тяжелым последствиям, чем страдание, по поводу которого оно оказывается.

Адекватность означает соответствие оказываемой медицинской услуги потребности (нужде), имеющейся у пациента. Адекватность можно рассматривать, во-первых, как возможность получения медицинской услуги (доступность) и соответствие имевшихся у пациента ожиданий с фактически предложенными ему услугами (удовлетворенность), во-вторых, как соответствие патологического состояния, обнаруженного у пациента, и проводимых в связи с этим медицинских мероприятий, в-третьих, как степень достижения задач лечебно-диагностического процесса (результативность).

Научно-технический и профессиональный уровень. Уровень материально-технического, научно-технологического, кадрового и ресурсного обеспечения медицинской деятельности является важным критерием, позволяющим адекватно судить о КМП. В сознании потребителя сложилось представление о том, что медицинская помощь может быть качественной только в том случае, если в ее оказании участвуют новейшие приборы и устройства, что только достижения научно-технического прогресса могут обеспечить по-настоящему качественную медицинскую помощь.

Отдавая должное приведенным подходам, следует признать ограниченное значение описываемого признака. Одним из основных признаков качественной медицинской услуги, по мнению пациентов, является «внимательное отношение медицинского персонала». Кроме того, во врачебной деятельности присутствует нечто, отличающее ее от традиционного производства и роднящее с искусством - иногда врач принимает абсолютно правильные решения, руководствуясь не логикой, а интуицией, в основе которой лежит специфическая способность к врачебной деятельности.

Экономичность. При ограниченном количестве финансовых ресурсов, расходуемых на здравоохранение, медицинская помощь должна оказываться при оптимальных финансовых затратах с учетом получаемых результатов на основе применения эффективных медицинских технологий.

Методологические подходы к обеспечению качества медицинской помощи.

Под **управлением** в широком смысле понимается общая функция организованных систем (биологических, социальных), обеспечивающая сохранение их структуры, поддержание режима деятельности, реализацию ее цели.

Управление качеством представляет собой непрерывный процесс воздействия на производство путем последовательной реализации логически взаимосвязанных функций с целью обеспечения качества: взаимодействие с внешней средой, политика и планирование качества, обучение и мотивация персонала, организация работы по качеству, контроль качества, информация о качестве, разработка мероприятий, принятие решений и реализация мероприятий.

Контроль качества – это деятельность, включающая проведение измерений, экспертизы, испытаний или оценка одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями. **Контроль качества медицинской помощи** – установление соответствия реальных показателей лечебно–диагностического процесса утвержденным медицинским стандартам.

Оценка - строгая, однозначная, подчиняющаяся особым правилам трактовка, как правило, с применением параметрических критериев. Оценка производится ретроспективно и предполагает наличие обратной связи. Оценку КМП следует понимать как процедуру одно- значного определения ее приемлемости, либо неприемлемости, достаточности, либо недостаточности. Оценить медицинскую услугу - это не только удостовериться в ее качестве, но и воздать должное ее исполнителю. Признание заслуг медицинских работников и их стимулирование к достижению высоких результатов является составной частью менеджмента качества.

Обеспечение КМП означает создание необходимых условия для достижения запланированных показателей лечебно-диагностического процесса. Сюда относится разработка и утверждение медицинских стандартов и нормативов по обеспечению медицинской помощи требуемыми ресурсами, обеспечение необходимыми ресурсами в соответствии с утвержденными нормативами, четкая организация всей работы медицинского учреждения, анализ отзывов и обращений пациентов. Деятельность по обеспечению КМП предшествует процессу оказания медицинской помощи и продолжается на его протяжении.

Анализ разных подходов к обеспечению КМП показал, что наиболее приемлемой является методологическая схема А. Донабедиана, в основу которой положены три группы подходов к обеспечению КМП:

- структурный (ресурсный),
- процессуальный (технологический),
- результативный (на основе эффективности).

По сути, использован кибернетический принцип, по которому каждый объект (систему) следует рассматривать как совокупность условий на входе, внутри объекта (системы), т.е. условий его собственного функционирования, и условий на выходе.

Структурный критерий называют критерием предпосылки. Оцениваются потенциальные возможности имеющихся ресурсов конкретного медицинского субъекта для достижения поставленных перед ним целей при оказании медицинской помощи. Использование критерия основано на предположении, что совершенные ресурсы и надлежащий уровень обеспечения ими создают реальные предпосылки для соблюдения применяемых медицинских технологий с целью получения хороших результатов и гарантирует потребителям медицинских услуг определенное качество диагностики, лечения и реабилитации.

Экспертиза показателей структуры проводится лицензирующими органами на основе соответствующих стандартов (паспортов оснащенности). Структура оценивается как в целом по медицинскому учреждению, так и по отдельному подразделению, в котором оказывалась медицинская услуга. Важное значение имеет комплексный подход к оценке ресурсов.

При оценке структуры используют следующие элементы:

1) Материально-техническая база: здания и сооружения, в которых оказывается медицинская помощь, включая их материально-техническое и коммунальное обеспечение; медицинская техника, применяемая при оказании медицинской помощи; техника общего назначения, которая необходима при оказании медицинской помощи (хозяйственная и организационная техника).

2) Кадровый состав медицинского учреждения (оцениваются такие показатели как обеспеченность и укомплектованность кадрами, а также качественные характеристики персонала - стаж, специализация, квалификационная категория, наличие сертификата специалиста).

3) Ресурсное обеспечение: медикаменты и перевязочные средства; медицинский инструментарий; мягкий инвентарь и т.д. Показатели ресурсного обеспечения оцениваются путем сопоставления перечня нормативных запасов ресурсов, необходимых для оказания медицинской помощи, с фактической номенклатурой медицинского инструментария, медикаментов и других ресурсов.

Второй важнейший критерий КМП процессуальный или технологический, в основе которого обеспечение высокого уровня КМП за счет реализации надлежащих медицинских и организационных технологий лечебно-диагностического процесса.

Оценка собственно медицинской технологии, деятельности врача и других медицинских работников осуществляется как с применением стандартов (степени отклонения от стандартов), так и без их использования (на основе личного опыта квалифицированного врача) – экспертный метод оценки.

Для улучшения качества медицинских технологий необходимо проведение мероприятий, направленных на их постоянное совершенствование процесса оказания медицинской помощи, исследование обоснованности и эффективности мероприятий, профилактику возможных дефектов при оказании медицинской помощи.

Организационная (управленческая) технология – это технология, связанная с организацией лечебно-диагностического процесса и управлением медицинским учреждением. Организационные технологии представляют набор мероприятий по совершенствованию организации труда медицинских работников и повышению эффективности работы ЛПУ.

Для оценки **результативности** применяют абсолютные показатели (собственно результативности) и относительные – соотношения произведенных затрат и достигнутого результата – показатели эффективности.

Для оценки медицинской результативности используют 2 вида показателей: общие показатели и специальные показатели. Под общими показателями понимают показатели исходов: выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение, смерть; они оцениваются на основе статистических показателей. Специальные показатели отражают особенности оказания медицинской помощи по конкретной медицинской специальности или в подразделении медицинского учреждения (учреждения в целом), например, хирургические отделения – показатель послеоперационной летальности; для онкологии – выживаемость после постановки диагноза и т.д.

Экономическая результативность рассматривается в двух направлениях: во-первых, с точки зрения влияния здравоохранения на развитие общественного производства на национальном, региональном и муниципальном уровнях; во-вторых – эффективность использования различных видов ресурсов на уровне экономических агентов.

Макроэкономический анализ основан на учете выгод (предотвращенного ущерба), создаваемых здравоохранением, и суммарных затрат на медицинское обслуживание населения. Микроэкономический аспект анализируется при оценке деятельности конкретного медицинского учреждения, подразделения, врача (медицинского работника).

Экономическая эффективность в здравоохранении не может являться определяющей при выборе тех или иных средств профилактики, лечения, организационных форм оказания медицинской помощи. Однако, критерии экономической эффективности, наряду с медицинской и социальной эффективностью, могут помочь в установлении очередности и приоритетности медицинских мероприятий в условиях ограниченных ресурсов.

Показатели **социальной результативности** можно разделить на две группы: микросоциальные показатели (показатели удовлетворенности КМП); макросоциальные показатели (уровень смертности, уровень рождаемости, средняя

продолжительность предстоящей жизни и т.д.), с помощью которых выявляются результаты работы системы здравоохранения по социально-демографическим показателям.

Микросоциальные показатели оцениваются с помощью пассивного метода (изучение жалоб, письменных обращений в различные инстанции), недостаток которого в том, что он дает информацию только о крайних отклонениях в лечении больного, чаще об отрицательных результатах. Для оценки социальной результативности целесообразней использовать активные социологические методы – изучение удовлетворенности лечением в тех или иных лечебных учреждениях, пожеланий больных. Оценка социальной результативности на уровне общества в целом производится с помощью показателей санитарно-демографической статистики (общая и младенческая смертность, средняя продолжительность предстоящей жизни и др.).