

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Основные понятия. Классификации основных видов нарушений функций организма и степени их выраженности.

Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Инвалидность – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и вызывающая необходимость его социальной защиты

Социальная недостаточность – социальные последствия нарушения здоровья, приводящего к ограничению жизнедеятельности, невозможности (полностью или частично) выполнять обычную для человека роль в социальной жизни и обуславливающие необходимость социальной защиты.

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

Выделяют следующие нарушения функций организма:

- нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций)
- нарушения языковых и речевых функций (нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и не вербальной речи, нарушения голосообразования и пр.)
- нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
- нарушения статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений)
- висцеральные и метаболические нарушения (функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета)
- нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела)

На основе комплексной оценки различных параметров, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, с учетом их качественных и количественных значений выделяют четыре степени их выраженности:

1	степень	-	незначительные	нарушения
2	степень	-	умеренные	нарушения
3	степень	-	выраженные	нарушения
4	степень - значительно выраженные нарушения			

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека, выделяются 3 степени их выраженности:

- способность к самообслуживанию - способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены:

1 степень - способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема, с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц.

- способность к самостоятельному передвижению - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом:

1 степень - способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств

2 степень - способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств

3 степень - неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц

- способность к ориентации - способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения:

1 степень - способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств

2 степень - способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств

3 степень - неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц

- способность к общению - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации:

1 степень - способность к общению со снижением темпа и объёма получения и передачи информации; использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи;

2 степень - способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц.

- способность контролировать свое поведение - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм:

1 степень - периодически возникающее ограничение способности контролировать своё поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;

2 степень - постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;

3 степень - неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц;

- способность к обучению - способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми):

1 степень - способность к обучению, а также к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

2 степень - способность к обучению только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

3 степень - неспособность к обучению.

Наиболее важным в МСЭ является экспертиза способности человека к трудовой деятельности, при этом определяется:

- способность человека к воспроизведению специальных профессиональных знаний, умений и навыков в виде продуктивного и эффективного труда;
- способность человека осуществлять трудовую деятельность на рабочем месте, не требующем изменений санитарно-гигиенических условий труда, дополнительных мер по организации труда, специального оборудования и оснащения, сменности, темпов, объема и тяжести работы;
- способность человека взаимодействовать с другими людьми в социально-трудовых отношениях;
- способность к мотивации труда;
- способность соблюдать рабочий график;
- способность к организации рабочего дня (организации трудового процесса во временной последовательности).

Оценка показателей способности к трудовой деятельности производится с учетом имеющихся профессиональных знаний, умений и навыков. Критерием установления 1 степени ограничения способности к трудовой деятельности является нарушение здоровья со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к снижению квалификации, объема, тяжести и напряженности выполняемой работы, невозможности продолжать работу по основной профессии при возможности выполнения других видов работ более низкой квалификации в обычных условиях труда в следующих случаях:

- при выполнении работы в обычных условиях труда по основной профессии с уменьшением объема производственной деятельности не менее чем в 2 раза, снижением тяжести труда не менее чем на два класса;
- при переводе на другую работу более низкой квалификации в обычных условиях труда в связи с невозможностью продолжать работу по основной профессии.

Критерием установления 2 степени ограничения способности к трудовой деятельности является нарушение здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, при которых возможно осуществление выполнения трудовой деятельности в специально созданных условиях труда, с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц.

Критерием установления 3 степени ограничения способности к трудовой деятельности является нарушение здоровья со стойким, значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к полной неспособности к трудовой деятельности, в том числе в специально созданных условиях, или противопоказанности трудовой деятельности.

В зависимости от степени отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья определяется степень ограничения жизнедеятельности. В свою очередь, в зависимости от степени ограничения жизнедеятельности и степени нарушения функций организма устанавливаются группы инвалидности.

Критерии установления групп инвалидности.

Критерием для определения ПЕРВОЙ группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким, значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

- способности к самообслуживанию третьей степени;
- способности к передвижению третьей степени;
- способности к ориентации третьей степени;
- способности к общению третьей степени;
- способности контролировать свое поведение третьей степени.

Критерием для установления ВТОРОЙ группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

- способности к самообслуживанию второй степени;
- способности к передвижению второй степени;
- способности к ориентации второй степени;
- способности к общению второй степени;
- способности контролировать свое поведение второй степени;
- способности к обучению третьей, второй степеней;
- способности к трудовой деятельности третьей, второй степеней.

Критерием для определения ТРЕТЬЕЙ группы инвалидности является нарушение

здоровья человека со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению способности к трудовой деятельности 1 степени или ограничению следующих категорий жизнедеятельности в их различных сочетаниях и вызывающее необходимость его социальной защиты:

- способности к самообслуживанию первой степени;
- способности к передвижению первой степени;
- способности к ориентации первой степени;
- способности к общению первой степени;
- способности контролировать свое поведение первой степени;
- способности к обучению первой степени.

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

Категория «ребенок-инвалид» определяется при наличии ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), вызывающих необходимость социальной защиты.

Динамика основных показателей, характеризующих инвалидность.

Для характеристики инвалидности среди населения используются следующие показатели:

- 1). Абсолютное число инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты населения.
- 2). Абсолютное число детей-инвалидов (до 18 лет), получающих социальные пенсии.
- 3). Распространенность инвалидности среди населения - число инвалидов на 10000 населения.
- 4). Распространенность инвалидности среди детей - число детей-инвалидов на 10000 детей.
- 5). Структура инвалидности:
 - по возрасту;
 - по причинам инвалидности;
 - по группам инвалидности;
 - по классам заболеваний.
- 6) Первичный выход на инвалидность, или численность лиц, впервые признанных инвалидами, на 10000 соответствующего населения (на 10000 работающих).

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВОГО
ОБРАЗА ЖИЗНИ**

Определение профилактики. Виды профилактики.

Профилактика (от греч. prophylacticos - предохранение, предупреждение) - широкая и разносторонняя сфера деятельности, относящаяся к выявлению причин заболевания и повреждений, их искоренению или ослаблению среди отдельных людей, их групп и всего населения.

Выделяют следующие уровни профилактики: **индивидуальный** (личная профилактика) и **общественный** (семейная, коллективная, государственная профилактика).

Основными видами профилактики являются медицинская, медико-социальная, социальная, в числе мер - медицинские (вакцинация), психологические, гигиенические (соблюдение режима труда, отдыха, правил рационального питания, физической активности, преодоление вредных привычек) и социальные, социально-экономические (улучшение неблагоприятных бытовых, производственных, материальных условий, предотвращение нарушений санитарного законодательства).

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают три стадии профилактики.

Первичная профилактика - это система мер (эти меры направлены на непосредственную причину заболевания или повреждения), предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды и др.). К первичной профилактике относят социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитание и др.

Вторичная профилактика (в случаях воздействия на условия и факторы, способствующие развитию уже возникшего заболевания или повреждения) - это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

Третичная профилактика - комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности, имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем) реабилитацию.

Основные методы и формы профилактики.

С 01.01.89 года реорганизована служба санитарного просвещения и создана служба формирования здорового образа жизни.

Общую организацию и руководство пропагандой здорового образа жизни и гигиеническим воспитанием населения осуществляет МЗ России, в котором есть отдел профилактики и сектор здорового образа жизни.

Научно-медицинское руководство осуществляет ЦНИИ пропаганды здорового образа жизни. Главной задачей его является разработка научных и организационно-методических основ для дальнейшего развития этой службы в широкую межсекторальную службу формирования здоровья, а в более широком смысле в одну из служб социальной поддержки или защиты, обеспечивающей человеку среди прочих социальных гарантий его неотъемлемое право на здоровье.

В областях и городах имеются Центры медицинской профилактики. Структурная организация центров соответствует их функциям и включает следующие основные отделы: организационно-методический, организационно-пропагандистский, редакционно-издательский и консультационно-оздоровительный.

В Центре медицинской профилактики организованы кабинеты: рационального питания;

- физической культуры;
- психогигиены и гигиены умственного труда;
- гигиены быта;
- профилактики вредных для здоровья привычек;
- семейных отношений;
- генетики;
- профессионального ориентирования;
- релаксации (аутотренинга);
- фитологический кабинет.

В составе территориальных поликлиник, поликлинических отделений центральных районных (городских) больниц, медико-санитарных частей организуется отделение (кабинет) медицинской профилактики. Отделение профилактики организуется в городских поликлиниках, обслуживающих более 30 000 человек.

Организационно-методическое руководство деятельностью отделения осуществляет Центр медицинской профилактики совместно с главным врачом лечебно-профилактического учреждения. Отделение возглавляет врач (фельдшер), имеющий соответствующую подготовку в области медицинской профилактики. Заведующий отделением непосредственно подчинен главному врачу лечебно-профилактического учреждения.

В состав отделения профилактики входят:

- кабинет доврачебного приема;
- смотровой женский кабинет;
- кабинет организации и контроля за диспансеризацией населения и ведения централизованной картотеки лиц, состоящих на диспансерном учете;
- анамнестический кабинет, для выявления лиц с повышенным риском заболевания;
- кабинет санитарного просвещения и гигиенического воспитания населения или кабинет пропаганды здорового образа жизни;
- кабинет профилактических осмотров декретированных контингентов;
- кабинет функциональных (инструментальных) исследований;
- кабинет для взятия материала для экспресс-диагностики.

Основные задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики

- организационное обеспечение диспансеризации населения;
- организация и квалифицированное проведение предварительных и периодических профилактических осмотров населения;
- раннее выявление заболеваний и лиц, имеющих факторы риска;
- контроль и учет диспансеризации населения;
- подготовка и передача врачами медицинской документации на выявленных больных и лиц с повышенным риском заболевания для дообследования, диспансерного наблюдения и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий;
- санитарно-гигиеническое воспитание и пропаганда здорового образа жизни.
- организационно-методическое обеспечение деятельности медицинских работников лечебно-профилактического учреждения по выявлению факторов риска, коррекции образа жизни, пропаганде медицинских и гигиенических знаний и здорового образа жизни.
- осуществление информационного обеспечения специалистов и различных групп населения по вопросам охраны здоровья, в том числе и через средства массовой информации.
- изучение и оценка знаний вопросов профилактики здорового образа жизни у прикрепленного населения в соответствии с характером и особенностями работы различных отделений и кабинетов лечебно-профилактического учреждения.
- внедрение научно обоснованных мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний, медицинских проблем формирования здоровья, гигиеническому обучению и воспитанию населения с учетом показателей заболеваемости прикрепленного контингента.
- координация и обеспечение консультативно-оздоровительной деятельности по вопросам сохранения и укрепления здоровья прикрепленного населения.
- организация, контроль и анализ деятельности медицинских работников лечебно-профилактического учреждения по вопросам сохранения и укрепления здоровья, снижения преждевременной смертности и выхода на инвалидность, по выявлению факторов риска, коррекции образа жизни, пропаганде медицинских и гигиенических знаний.

В соответствии с основными задачами отделение (кабинет) медицинской профилактики осуществляет взаимодействие с Центром медицинской профилактики по вопросам:

- подготовки сотрудников ЛПУ по разделу здорового образа жизни и гигиенического обучения и воспитания, а также усовершенствования знаний и внедрения новых методов профилактики заболеваний;
- приобретения и распространения инструктивно-методических документов по сохранению и укреплению здоровья, наглядных пособий санитарно-просветительного характера (включая видеофильмы) среди работников и населения (организованного и неорганизованного);
- организации и проведения акций профилактической направленности среди прикрепленного населения;
- создания банка санпросвет литературы, лекций, бесед, статей медицинского профиля из периодической печати и т. д. для использования в работе;
- внедрения новых методов профилактической направленности в деятельность ЛПУ при работе с населением;
- организация лекториев, школ, семинаров для различных групп населения по вопросам охраны здоровья;
- рецензирования текстов лекций, бесед, викторин и др. материалов, подготовленных медицинскими работниками ЛПУ.

Проводит работу с сотрудниками ЛПУ:

- обобщает индивидуальные планы работы по вопросам, входящим в задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики;
- оказывает организационно-методическую и консультативную помощь при подготовке радиопередач, лекций, бесед и т. д.;
- контролирует и анализирует деятельность медицинских работников с населением по разделу гигиенического обучения, воспитания, сохранения и укрепления здоровья;
- принимает отчеты о проделанной работе, составляет сводный статистический отчет по ЛПУ, результаты доводит до сведения главного врача;
- сдает годовой отчет в Центр медицинской профилактики в установленные сроки.

Проводит работу с пациентами лечебно-профилактического учреждения:

- инструментальные исследования (антропометрия, измерение артериального давления, взвешивание и пр.);
- сбор анамнестических данных для выявления факторов риска, а также тестирование; выдачу рекомендаций по коррекции здорового образа жизни;
- организует учет профилактических осмотров, а также осуществляет учет и контроль
- за проведением профилактических прививок;
- разъясняет целесообразность проведения прививочной кампании;
- организует лектории, школы, семинары для различных групп населения по вопросам
- охраны, сохранения и укрепления здоровья, обеспечивает их проведение как в организационно-методическом плане, так и санитарно-просветительной литературой.

Основным методом профилактики считается диспансеризация - комплекс различных диагностических, лечебных, социальных и собственно профилактических функций, к которым относятся: активное систематическое наблюдение за состоянием здоровья, выявление ранних форм заболеваний, своевременное направление больных на лечение, проведение профилактических мероприятий по предотвращению возникновения и прогрессирования заболевания (перевод на другую работу, изменение условий труда и быта).

Главным лицом в организации диспансерного обслуживания в поликлинике является участковый врач-терапевт. Участковый терапевт - ведущий специалист амбулаторно-поликлинического учреждения, осуществляющий руководство медицинским обслуживанием населения участка, координирующей деятельность медицинского персонала поликлиники по профилактике, диагностике и лечению заболеваний. Этим вопросом занимаются врачи всех специальностей, но только участковый врач-терапевт отвечает за организацию диспансерного обслуживания населения своего участка.

В условиях реформирования первичного звена медицинского обслуживания главной фигурой профилактики становится врач общей практики, семейный доктор. Врач общей практики (семейный врач) - это специалист широко ориентированный в основных врачебных специальностях и способный оказать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях. Знание условий, и образа жизни пациентов и их семей позволит ему предметно, конкретно заниматься профилактикой и гигиеническим воспитанием.

В стационарах с коечным фондом менее 100 работу по пропаганде может проводить врач-терапевт. За выполнение указанной работы врачу-терапевту может устанавливаться надбавка за интенсивность труда. Учет работы по пропаганде ЗОЖ проводится в каждом отделении в соответствующей форме №038/У-90 (форма месячного графика-плана и журнала учета работы по пропаганде здорового образа жизни).

Рычагом профилактики является гигиеническое воспитание и санитарное просвещение. Санитарное просвещение - это раздел здравоохранения, содержанием которого является гигиеническое обучение и воспитание населения.

Здоровый образ жизни и его формирование.

Формирование здорового образа жизни, в частности, осуществление первичной профилактики, требует совместных усилий государственных, общественных организаций, медицинских учреждений, самого населения. Формирование здорового образа жизни - это основное направление первичной профилактики.

С образом жизни связывают и такие понятия, как «уклад жизни», «уровень жизни», «качество жизни», «стиль жизни». Эти термины получили самое широкое распространение, некоторые из них могут применяться при условии их правильного, научно обоснованного толкования. Образ жизни включает, обобщает 4 категории: экономическую - «уровень жизни», социологическую - «качество жизни», социально-психологическую - «стиль жизни» и социально-экономическую - «уклад жизни».

Уровень жизни характеризует размер национального дохода, приходящийся на душу населения, общий объем благ и услуг, потребляемых населением за год, долю питания в структуре потребления. Уровень жизни характеризует жизнедеятельность людей лишь в сфере потребления.

Под укладом жизни обычно понимают порядок общественной жизни, быта, культуры, в рамках которых проходит жизнедеятельность людей. Термин «стиль жизни», как правило, относят к индивидуальным особенностям поведения как одного из проявлений жизнедеятельности, активности. Сюда же; причисляют и индивидуальные особенности образа мыслей, стиля мышления.

Термин «качество жизни» широко используется в современной литературе. При использовании этого термина следует иметь в виду качественную сторону условий жизни - качество жилищных условий, питания, уровень комфорта, удовлетворенность работой, общением и т.д.

В самом широком понимании выделяют две основные сферы деятельности; производственная и внепроизводственная, каждая из которых включает целый ряд показателей.

В структуру образа жизни входят:

- Трудовая деятельность, условия труда, профессиональная и социальная активность работающих.
- Хозяйственно-бытовая деятельность, вид жилища, жилая площадь, бытовые условия, затраты времени на бытовую деятельность и др.
- Рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой.
- Социализаторская деятельность в семье (уход за детьми, престарелыми родственниками).
- Планирование семьи и взаимоотношения членов семьи.
- Медико-социальная активность (отношение к здоровью, установка на здоровый образ жизни).

Здоровый образ жизни - это такие способы активной биосоциальной деятельности людей, которые в максимальной и непосредственной степ укрепляют здоровье населения при наличии благоприятных материальных и общественных условий.

Международный терминологический словарь «Санитарное просвещение» дает такое понятие: «здоровый образ жизни» - гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

ВОЗ выделяет 10 приоритетных норм здорового образа жизни (по существу, гигиенического поведения). Среди них: соблюдение правил гигиены - труда и техники безопасности; приемы психогигиенической и психотерапевтической самопомощи; отказ от курения; достаточная физическая активность; сбалансированное питание; неупотребление алкоголя; активное участие в диспансеризации; своевременное обращение за медицинской помощью; умение оказать первую доврачебную помощь.

Существуют два направления формирования здорового образа жизни:

1. Создание, развитие, усиление, активизация позитивных для здоровья условий, факторов, обстоятельств, по существу, формирование потенциала общественного здоровья (Health promotion).
2. Преодоление, уменьшение факторов риска здоровью.

Цель пропаганды здорового образа жизни - формирование поведения населения, базирующегося на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение и укрепление здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

Для реализации этой цели должны быть решены следующие задачи:

- обеспечение необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;
- стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;
- вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;
- организация всенародного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах.

Повышение уровня санитарной культуры населения, проведение мероприятий, способствующих сохранению и укреплению здоровья, должны основываться на следующих принципах:

- научность (пропаганда тех сведений, тех положений, которые являются научным знанием, прочно установленным и утвержденным в науке);
- правдивость и объективность;
- дифференцированность и целенаправленность;
- массовость;
- систематичность и последовательность;
- комплексность (то есть пропаганда здорового образа жизни должна вестись не только медиками, но и психологами, социологами и т. п.);
- связь с жизнью общества, профильность.

Важнейшими направлениями воспитания санитарно-гигиенических навыков, пропаганды санитарно-гигиенических медицинских знаний, формирования здорового образа жизни можно считать следующие:

- 1). Пропаганда факторов, способствующих сохранению здоровья: гигиена труда, рациональное питание, гигиена отдыха, оптимальный двигательный режим, физкультура и спорт, гигиена супружеских отношений, закаливание, личная гигиена, медико-социальная активность, психогигиена, гигиена окружающей среды.
- 2). Пропаганда профилактики факторов, пагубно влияющих на здоровье: злоупотребление спиртными напитками, наркотиками, курение, соблюдение некоторых этнических обрядов и привычек, религиозно-культурные отправления.

Пропаганда медицинских знаний бывает трех типов:

- 1) массовая,
- 2) групповая,
- 3) индивидуальная.

Существуют три основных метода ведения пропаганды: устный, печатный, изобразительный (наглядный) и их комбинации.

К средствам метода устной пропаганды относятся: популярная лекция (эпизодическая, цикловая), агитационно-информационное выступление, беседа (групповая, индивидуальная), вечер (час) вопросов и ответов, дискуссия, викторина, конференция, занятие (курсовое, кружковое), инструктаж вводный.

Метод печатной пропаганды предоставляет большие возможности для пропаганды санитарно-гигиенических знаний, методов индивидуальной и групповой профилактики заболеваний, оздоровления окружающей среды и т. д. среди широких слоев населения:

- а) средства печатной пропаганды, создаваемые силами собственного коллектива медицинских работников (рукописные лозунги, доски вопросов и ответов, санитарные стенные газеты, санитарные бюллетени, статьи и заметки в периодических изданиях);
- б) печатная продукция (печатный лозунг, брошюра, памятка, листовка, газетные и журнальные публикации).

МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ КЛАССИФИКАЦИИ

История создания международной классификации болезней.

Попытки систематизации болезней предпринимались еще в глубокой древности. Первой научной классификацией болезней можно считать созданную в 18 веке классификацию Морганьи, в основу которой положен патолого-анатомический принцип локализации болезненных процессов.

Франсуа Босье де Лакруа (1706 – 1767), более известный под именем Соваж, впервые предпринял попытку расположить болезни систематически. Обширный труд Соваж вышел под названием “Методика нозологии”. Современником Соважа был выдающийся естество-испытатель – систематизатор Карл Линней (1707 – 1778), один из трудов которого назывался “Роды болезней”. В начале XIX века наиболее широко применялась классификация болезней Уильяма Куллена (1710 – 1790), которая была опубликована в 1785 году под названием “Краткий обзор методики нозологии”.

Уильям Фарр (1807 – 1883) – первый медицинский статистик созданного в 1837 году Управления записи актов гражданского состояния Англии и Уэльса не только смог наилучшим образом использовать несовершенные в то время классификации болезней, но и стремился разработать улучшенные их варианты и добиться международного единообразия в их применении.

Необходимость единой классификации причин смерти настолько остро сознавалась участниками первого Международного статистического конгресса, состоявшегося в Брюсселе в 1853 году, что уже на следующем Конгрессе, проходившем в Париже в 1855 году, был принят список болезней, состоящий из 139 рубрик, созданный на основе компромисса между классификациями, предложенными У.Фарром и Марком де Эспином. В 1864 году эта классификация была пересмотрена на основе модели, предложенной У.Фарром. Его схема заключалась в том, что для всех практических и эпидемиологических целей статистические данные о болезнях должны быть сгруппированы следующим образом:

- эпидемиологические болезни;
- органические или системные болезни;
- местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации;
- болезни, связанные с развитием;
- травмы.

Первый Международный перечень причин смерти, который содержал 161 рубрику, был предложен Жаком Бертильоном, начальником статистической службы Парижа, врачом по образованию, в 1893 году. Данная классификация причин смерти получила общее признание и была принята для использования несколькими странами, на ее основе в 1900 году на Международной статистической конференции в Париже была принята международная классификация (перечень) причин смерти, состоявшая из 179 рубрик. Учитывая прогресс медицинской науки, приводящий к изменению научных взглядов на происхождение и патогенез многих заболеваний, на конференции было принято решение пересматривать международную классификацию каждые 10 лет.

После того как название Классификации стало отражать ее содержание и цели, а так- же позволило расширять ее рамки, включая не только болезни и травмы, была принята известная сейчас аббревиатура – МКБ, в 1948 году на первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 6 пересмотра. Международная классификация с полным перечнем включенных рубрик и их содержанием была введена вместе с формой Медицинского свидетельства о причине смерти, правилами классификации и специальными перечнями для статистических разработок в «Руководство по Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти» и состояло из двух томов.

В России первые попытки создания номенклатуры и классификации болезней принадлежат известным врачам М. Я. Мудрову и И.Е. Дядьковскому и относятся к началу 19 ве- ка. В 1899 году на VII съезде русских врачей в память Н.И. Пирогова впервые был принят проект номенклатуры и классификации болезней. Эта статистическая классификации, получившая название пироговской, была построена в основном по этиологическому принципу и содержала 20 классов и 458 рубрик.

Кроме пироговской в России существовала также официальная государственная классификация. Параллельное существование двух классификаций приводило к расхождению между всероссийской и земской отчетностью о заболеваемости. Это положение было устранено в 1918 году после отмены официальной и приданию статуса государственной действующей пироговской классификации. В этот же период началась работа по ее пересмотру и сближению с международной классификацией. В 1924 году была утверждена номенклатура и классификация болезней, которая в последующем неоднократно пересматривалась. В 1965 году впервые в нашей стране введена в действие МКБ седьмого пересмотра.

Работа по десятому пересмотру МКБ началась в 1983 году, когда в Женеве состоялось Подготовительное совещание по МКБ-10. Было ясно, что расширяющееся использование МКБ делало необходимым переосмысливание ее структуры и осуществление попытки создать стабильную и гибкую классификацию, которая не требовала бы фундаментального пересмотра в течение многих последующих лет.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра была одобрена Международной конференцией по в 1989 году и принята Сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (вступила в силу с января 1993 года). Российская Федерация осуществила переход на МКБ-10 с 1 января 1999 года.

Цель и области применения МКБ.

МКБ – это система группировки болезней и патологических состояний в соответствии с установленными критериями, принятыми медицинской наукой на данном этапе ее развития. МКБ является основным нормативным документом при изучении здоровья населения в странах – членах Всемирной организации здравоохранения.

Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах в разное время.

МКБ используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

МКБ можно использовать для классификации болезней и других проблем, связанных со здоровьем, зарегистрированных в различных типах документации, связанной со здоровьем и естественным движением населения.

Благодаря этому МКБ может быть использована для классификации данных, которые имеются в разнообразных медицинских документах, откуда извлекаются статистические данные и др. виды информации о здоровье, внесенных в такие графы, как

- “диагноз”;
- “причина госпитализации”;
- “состояния, по поводу которых проводилось лечение”;
- “причина обращения за медицинской помощью”.

В МКБ представлены дополнительные классификации (классификация внешних причин заболеваемости и смертности, классификация факторов, влияющих на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения - класс XX и XXI), что делает возможным изучение качества жизни и зависимость заболеваемости от диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Имеются также специальные перечни для статистической разработки данных смертности и заболеваемости (общая смертность, младенческая смертность и т.д.).

В МКБ патологические состояния группируются таким образом, чтобы обеспечить ее максимальную приемлемость при использовании для общих эпидемиологических целей и для оценки качества медико-санитарной помощи.

Общие принципы классификации МКБ и базовая структура.

Международная классификация болезней построена по 4 принципам. Первый принцип - принцип этиологии. По нему построен первый класс – «Инфекционные и паразитарные болезни» и семнадцатый класс – «Несчастные случаи, отравления, травмы». Второй принцип - принцип патогенеза. По нему построен второй класс – «Новообразования». Третий принцип - принцип локализации. По нему построено большинство классов: болезни органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы и др. Четвертый принцип - принцип общности особых состояний, пример класс – «Осложнения беременности, родов и послеродового периода».

Эти	принципы	четко	видны	в	структуре	классов	МКБ	–	10:
Класс	I.	Некоторые	инфекционные	и	паразитарные	болезни.			
Класс		II.				Новообразования.			
Класс	III.	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм.							
Класс	IV.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.							
Класс	V.	Психические расстройства и расстройства поведения.							
Класс	VI.	Болезни нервной системы.							
Класс	VII.	Болезни глаза и его придаточного аппарата.							
Класс	VIII.	Болезни уха и сосцевидного отростка.							
Класс	IX.	Болезни системы кровообращения.							
Класс	X.	Болезни органов дыхания.							
Класс	XI.	Болезни органов пищеварения.							
Класс	XII.	Болезни кожи и подкожной клетчатки.							
Класс	XIII.	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.							
Класс	XIV.	Болезни мочеполовой системы.							
Класс	XV.	Беременность, роды и послеродовой период.							
Класс	XVI.	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде.							
Класс	XVII.	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения.							
Класс	XVIII.	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках.							
Класс	XIX.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.							
Класс	XX.	Внешние причины заболеваемости и смертности.							
Класс	XXI.	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения.							

Сердцевиной классификации является трехзначный буквенно-цифровой код, являющийся обязательным уровнем кодирования данных о смертности, которые отдельные страны предоставляют ВОЗ, а также при проведении основных международных сравнений. Четырехзначные рубрики, хотя и не являются обязательными для отчетов на международном уровне, рекомендованы для многих целей и составляют неотъемлемую часть МКБ-10, как и специальные перечни для статистических разработок.

В МКБ-10 использован буквенно-цифровой код с буквой в качестве первого знака и цифрой во втором, третьем и четвертым знаке кода. Четвертый знак следует за десятичной точкой. МКБ 10 состоит из трех томов.

Первый том включает специальный перечень для статистической разработки, а также здесь представлены:

- отчет о Международной конференции по десятому пересмотру;
- собственно классификация на уровне трех - и четырехзначных рубрик; классификация морфологии новообразований;
- специальные табулированные перечни для разработки данных заболеваемости и смертности
- определения и номенклатурные положения.

Второй том представляет собой сборник инструкций:

- предписания по оформлению медицинских свидетельств;
- инструктивные материалы и рекомендации по использованию т.1;
- по табулированным перечням и планированию использования МКБ;
- исторические материалы.

Третий том содержит алфавитный указатель, снабженный введением и подробной инструкцией по его использованию.

Блок (“семейство”) классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Существуют две основные группы классификаций. Первая охватывает данные, относящиеся к диагнозам и состоянию здоровья, и строятся непосредственно на основе МКБ путем использования специальных перечней для статистических разработок, рекомендованных для международных сравнений и публикаций. Эта группа также включает классификации, адаптированные для узких специалистов, которые объединяют разделы и рубрики МКБ, относящиеся к конкретной медицинской специальности (например, МКБ - Онкология).

Вторая группа охватывает аспекты, относящиеся к нарушениям здоровья, которые не вписываются в формальные диагнозы известных в настоящее время состояний, а также другие классификации, касающиеся медицинской помощи (международная классификация процедур в медицине, международная классификация нарушений, снижение трудоспособности и социальной недостаточности).

1) Краткие (специальные) перечни для статистических разработок.

Специальные перечни для статистических разработок вытекают непосредственно из основной классификации и используются для представления данных и облегчения анализа сведений о состоянии здоровья и его динамики на международном уровне. Специальные перечни для статистических разработок, рекомендованные для международных сравнений и публикаций, включены в т.1, ч.2 (с. 601-624).

2) Адаптации (специализированные варианты) для отдельных областей медицины.

Специализированный вариант объединяет в одном компактном томе те разделы или рубрики МКБ, которые относятся к конкретной специальности. В таком томе сохраняются четырехзначные подрубрики. Имеется также и алфавитный указатель соответствующих терминов.

3) Информационная поддержка первичной медико-санитарной помощи.

4) Международная номенклатура болезней (МНБ)

Главная цель МНБ – дать каждой нозологической единице одно рекомендованное название. Основными категориями выбора этого названия должны быть:

- специфичность (применимость к одной и только одной болезни);
- однозначность (чтобы название, насколько это возможно, само указывало на суть болезни, как можно большая простота, кроме того, название болезни должно быть основано на ее причине);
- вместе с тем многие широко распространенные названия, которые не полностью отвечают приведенным выше критериям, сохранены как синонимы при условии, что они не являются неправильными, не вводят в заблуждение и не противоречат рекомендациям международных специализированных организаций;
- рекомендуется избегать экономических терминов, поскольку они не раскрывают суть болезни, однако широко распространенные названия (болезнь Ходжкина, болезнь Паркинсона) должны быть сохранены;
- каждой болезни или синдрому с рекомендованным названием дается однозначное и по возможности краткое определение. После каждого определения приводится перечень синонимов.

5) Другие классификации, имеющие отношение к здоровью.

- Международная классификация нарушений, снижение трудоспособности и социальной недостаточности (МКНСТ и СН).

Это руководство по классификации, касающееся последствий болезни (включая травмы и нарушения) было опубликовано ВОЗ на английском языке в 1980 году. В дальнейшем оно было переведено на множество языков.

МКНСТ и СН содержит три отличающиеся друг от друга классификации, каждая из которых относится к различным последствиям болезни.

Нарушения (код I) включает потерю или аномалию психологической, физиологической или анатомической структуры или функции. В принципе, нарушение представляет расстройства на уровне конкретного органа.

Снижение трудоспособности (код D) отражает последствия нарушений в виде любого ограничения или отсутствия способности осуществить деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека, таким образом, снижение трудоспособности отражает расстройства на уровне отдельного человека (личности).

Социальная недостаточность (код H) – это недостаток данного индивида, вытекающий из нарушения или снижения трудоспособности, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или не может совсем выполнять обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от пола, возраста, социального и культурного положения); социальная недостаточность, таким образом, отражает несоответствие между реальными возможностями и ожиданиями самого человека или групп лиц, к которой он принадлежит.

- Процедуры, применяемые в медицине.

Международная классификация процедур в медицине (МКПМ) была опубликована ВОЗ в двух томах в 1978 году. Она включает диагностические, профилактические, терапевтические, рентгенорадиологические, медикаментозные, хирургические и лабораторные процедуры.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ РОСПОТРЕБНАДЗОРА.

САНИТАРНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РФ

Основные понятия

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения - состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека, и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности;

Среда обитания человека - совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяющая условия жизнедеятельности человека;

Факторы среды обитания - биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные), химические, физические (шум, вибрация, ультразвук, ионизирующие и иные излучения), социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха) и иные факторы среды обитания, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений;

Вредное воздействие на человека - воздействие факторов среды обитания, создающее угрозу жизни или здоровью человека либо угрозу жизни или здоровью будущих поколений;

Благоприятные условия жизнедеятельности человека - состояние среды обитания, при котором отсутствует вредное воздействие ее факторов на человека, и имеются возможности для восстановления нарушенных функций организма человека;

Безопасные условия для человека - состояние среды обитания, при котором отсутствует опасность вредного воздействия ее факторов на человека;

Санитарно-эпидемиологическая обстановка - состояние здоровья населения и среды обитания на определенной территории в конкретно указанное время;

Гигиенический норматив - установленное исследованиями допустимое максимальное или минимальное количественное и (или) качественное значение показателя, характеризующего тот или иной фактор среды обитания с позиций его безопасности и (или) безвредности для человека;

Государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы - нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования, несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний;

Социально-гигиенический мониторинг - государственная система наблюдений за состоянием здоровья населения и среды обитания, их анализа, оценки и прогноза, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания;

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор - деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях охраны здоровья населения и среды обитания;

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия - организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию;

Ограничительные мероприятия (карантин) - административные, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на предотвращение распространения инфекционных заболеваний и предусматривающие особый режим хозяйственной и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов, товаров и животных;

Инфекционные заболевания - заболевания человека, возникновение и распространение которых обусловлено воздействием на человека биологических факторов среды обитания (возбудителей инфекционных заболеваний) и возможностью передачи болезни от заболевшего человека, животного к здоровому человеку;

Инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих - заболевания человека, характеризующиеся тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидности, быстрым распространением среди населения (эпидемия);

Массовые неинфекционные заболевания (отравления) - заболевания человека, возникновение которых обусловлено воздействием физических, и (или) химических, и (или) социальных факторов среды обитания.

Нормативное регулирование обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благо-приятную окружающую среду обеспечивает федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» 30.03.1999 № 52-ФЗ.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается посредством:

- профилактики заболеваний в соответствии с санитарно-эпидемиологической обстановкой и прогнозом ее изменения;
- контроля за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обязательным соблюдением гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарных правил как составной части осуществляемой ими деятельности;
- создания экономической заинтересованности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в соблюдении законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- государственного санитарно-эпидемиологического нормирования;
- государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- сертификации продукции, работ и услуг, представляющих потенциальную опасность для человека;
- лицензирования видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека;
- государственной регистрации потенциально опасных для человека химических и биологических веществ, отдельных видов продукции, радиоактивных веществ, отходов производства и потребления, а также впервые ввозимых на территорию РФ отдельных видов продукции;
- проведения социально-гигиенического мониторинга;

- научных исследований в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- мер по своевременному информированию населения о возникновении инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), состоянии среды обитания и проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях;
- мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения и пропаганде здорового образа жизни;
- мер по привлечению к ответственности за нарушение законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Граждане в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения имеют право:

- на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воздействия на человека;
- получать информацию о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд,
- потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг;
- осуществлять общественный контроль за выполнением санитарных правил;
- вносить предложения об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- на возмещение в полном объеме вреда, причиненного их здоровью или имуществу вследствие нарушения другими гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарного законодательства, а также при осуществлении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

Обязанности граждан:

- выполнять требования санитарного законодательства, а также постановлений, предписаний и санитарно-эпидемиологических заключений осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор должностных лиц;
- заботиться о здоровье, гигиеническом воспитании и об обучении своих детей;
- не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

Ограничительные мероприятия (карантин) вводятся в пунктах пропуска через Государственную границу РФ, на территории РФ, территории соответствующего субъекта РФ, муниципального образования, в организациях и на объектах хозяйственной и иной деятельности в случае угрозы возникновения и распространения инфекционных заболеваний. Ограничительные мероприятия (карантин) вводятся (отменяются) на основании предложений, предписаний главных государственных санитарных врачей и их заместителей решением Правительства РФ или органа исполнительной власти субъекта РФ, органа местного самоуправления, а также решением уполномоченных должностных лиц федерального органа исполнительной власти или его территориальных органов, структурных подразделений, в ведении которых находятся объекты обороны и иного специального назначения. Порядок осуществления ограничительных мероприятий (карантина) и перечень инфекционных заболеваний, при угрозе возникновения и распространения которых вводятся ограничительные мероприятия (карантин), устанавливаются санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами РФ.

Производственный контроль, в том числе проведение лабораторных исследований и испытаний, за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в процессе производства, хранения, транспортировки и реализации продукции, выполнения работ и оказания услуг осуществляется индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами в целях обеспечения безопасности и (или) безвредности для человека и среды обитания таких продукции, работ и услуг.

Больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями лица, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению и в случае, если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством РФ.

Лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных заболеваний, если они могут явиться источниками распространения инфекционных заболеваний в связи с особенностями производства, в котором они заняты, или выполняемой ими работой, при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения инфекционных заболеваний. При невозможности перевода на основании постановлений главных государственных санитарных врачей и их заместителей они временно отстраняются от работы с выплатой пособий по социальному страхованию.

Все случаи инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) подлежат регистрации организациями здравоохранения по месту выявления таких заболеваний (отравлений), государственному учету и ведению отчетности по ним органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Порядок ведения государственного учета указанных случаев заболеваний (отравлений), а также порядок ведения отчетности по ним устанавливается федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

В целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и профессиональных заболеваний работники отдельных профессий, производств и организаций при выполнении своих трудовых обязанностей обязаны проходить предварительные при поступлении на работу и периодические профилактические медицинские осмотры.

В случае необходимости на основании предложений органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, решениями органов государственной власти субъектов РФ или органов местного самоуправления в отдельных организациях (цехах, лабораториях) могут вводиться дополнительные показания к проведению медицинских осмотров работников.

Индивидуальные предприниматели и юридические лица обязаны обеспечивать условия, необходимые для своевременного прохождения медицинских осмотров работниками.

Работники, отказывающиеся от прохождения медицинских осмотров, не допускаются к работе. Данные о прохождении медицинских осмотров подлежат внесению в личные медицинские книжки и учету лечебно-профилактическими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Порядок проведения обязательных медицинских осмотров, учета, ведения отчетности и выдачи работникам личных медицинских книжек определяется федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Профилактические прививки проводятся гражданам в соответствии с законодательством РФ для предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор включает в себя:

- контроль за выполнением санитарного законодательства, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предписаний и постановлений должностных лиц, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор;
- санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через Государственную границу РФ;
- меры пресечения нарушений санитарного законодательства, выдачу предписаний и вынесение постановлений о фактах нарушения санитарного законодательства, а также привлечение к ответственности лиц, их совершивших;
- контроль за санитарно-эпидемиологической обстановкой;
- проведение санитарно-эпидемиологических расследований, направленных на установление причин и выявление условий возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений);
- разработку предложений о проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- статистическое наблюдение в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения на федеральном уровне, государственный учет инфекционных заболеваний, профессиональных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) в связи с вредным воздействием факторов среды обитания в целях формирования государственных информационных ресурсов.

Для оценки, выявления изменений и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания, установления и устранения вредного воздействия на человека факторов среды обитания осуществляется социально-гигиенический мониторинг. Социально-гигиенический мониторинг проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в порядке, установленном Правительством РФ.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор осуществляют органы и учреждения, представляющие собой единую федеральную централизованную систему.

Система государственного санитарно-эпидемиологического надзора включает в себя:

- федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в РФ;
- территориальные органы, созданные в установленном законодательством РФ порядке для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах РФ, муниципальных образованиях и на транспорте;
- учреждения, структурные подразделения федеральных органов исполнительной власти по вопросам обороны, внутренних дел, безопасности, юстиции, контроля за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор соответственно в Вооруженных Силах РФ, других войсках, воинских формированиях, на объектах обороны и оборонного производства, безопасности и иного специального назначения;
- государственные научно-исследовательские и иные учреждения.

Организацию государственного санитарно-эпидемиологического надзора осуществляет руководитель федерального органа исполнительной власти - Главный государственный санитарный врач РФ, а также руководители его территориальных органов - главные государственные санитарные врачи по субъектам РФ, городам, районам и на транспорте, главные государственные санитарные врачи федеральных органов исполнительной власти.

Структура органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, их задачи, функции, порядок осуществления деятельности устанавливаются положением, утвержденным Правительством РФ.

Деятельность органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечивают федеральные государственные учреждения, структура, задачи, функции, порядок деятельности которых утверждаются федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в РФ.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека – Роспотребнадзор.

Уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка является федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека находится в ведении Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека осуществляет следующие полномочия:

- осуществляет надзор и контроль за исполнением обязательных требований законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и в области потребительского рынка, в том числе:

- государственный санитарно-эпидемиологический надзор за соблюдением санитарного законодательства;
- государственный контроль за соблюдением законов и иных нормативных правовых актов РФ, регулирующих отношения в области защиты прав потребителей;
- контроль за соблюдением правил продажи отдельных предусмотренных законодательством видов товаров, выполнения работ, оказания услуг;
- санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через государственную границу РФ;

- выдает лицензии на осуществление:

- деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний;
- деятельности в области использования источников ионизирующего излучения;

- регистрирует:

- впервые внедряемые в производство и ранее не использовавшиеся химические,

- биологические вещества и изготавливаемые на их основе препараты, потенциально опасные для человека (кроме лекарственных средств);
- отдельные виды продукции, представляющие потенциальную опасность для человека (кроме лекарственных средств);
- отдельные виды продукции, в том числе пищевые продукты, впервые ввозимые на территорию РФ;
- лиц, пострадавших от радиационного воздействия и подвергшихся радиационному облучению в результате Чернобыльской и других радиационных катастроф и инцидентов;

- устанавливает причины и выявляет условия возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений);
- информирует органы государственной власти РФ, органы государственной власти субъектов РФ, органы местного самоуправления и население о санитарно-эпидемиологической обстановке и о принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- готовит предложения о введении и об отмене на территории РФ, субъектов РФ ограничительных мероприятий (карантина) в порядке, установленном законодательством РФ;
- организует в установленном порядке ведение социально-гигиенического мониторинга;
- организует деятельность системы государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ;
- осуществляет в установленном порядке проверку деятельности юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан по выполнению требований санитарного законодательства, законодательства РФ в области защиты прав потребителей, правил продажи отдельных видов товаров;
- обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих государственную тайну;
- организует прием граждан, обеспечивает своевременное и полное рассмотрение обращений граждан, принимает по ним решения и направляет заявителям ответы в установленный законодательством РФ срок;
- взаимодействует в установленном порядке с органами государственной власти иностранных государств и международными организациями в установленной сфере деятельности.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в целях реализации полномочий в установленной сфере деятельности имеет право:

- организовывать проведение необходимых исследований, испытаний, экспертиз, анализов и оценок, в том числе научных исследований по вопросам осуществления надзора в установленной сфере деятельности;
- запрашивать и получать сведения, необходимые для принятия решений по отнесенным к компетенции службы вопросам;
- привлекать в установленном порядке для проработки вопросов установленной сферы деятельности научные и иные организации, ученых и специалистов;
- пресекать факты нарушения законодательства РФ в установленной сфере деятельности, а также применять предусмотренные законодательством РФ меры ограничительного, предупредительного и профилактического характера, направленные на недопущение и (или) ликвидацию последствий нарушений юридическими лицами и гражданами обязательных требований в установленной сфере деятельности;
- осуществлять контроль за деятельностью территориальных органов службы и подведомственных организаций;
- создавать совещательные и экспертные органы (советы, комиссии, группы, коллегии) в установленной сфере деятельности.

Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека возглавляет руководитель, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Правительством РФ по представлению Министра здравоохранения и социального развития. Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека является главным государственным санитарным врачом РФ.

Деятельность системы государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ.

Деятельность по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения осуществляют территориальные управления Роспотребнадзора по субъектам РФ и федеральные государственные учреждения здравоохранения - центры гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ.

Для примера рассмотрим порядок взаимодействия данных субъектов при регистрации и расследовании случаев инфекционных и неинфекционных заболеваний (отравлений).

Территориальное управление получает информацию о каждом впервые выявленном случае инфекционного, паразитарного, профессионального заболевания, пищевого отравления, а также организует, контролирует и принимает участие в проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в установленном законодательством РФ порядке.

Территориальное управление организует проведение мероприятий по устранению причин и условий возникновения и распространения инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) людей, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека:

- организует и проводит расследование заболеваний (отравлений);
- определяет перечень и объем необходимых для расследования мероприятий, выполняемых Центром гигиены и эпидемиологии, осуществляет контроль за их исполнением;
- принимает решения по результатам расследования;
- представляет внеочередные донесения в Роспотребнадзор и органы исполнительной власти в соответствии с установленным порядком.

При возникновении профессиональных заболеваний Территориальное управление осуществляет следующие мероприятия:

- прием, регистрацию и учет извещений об установлении заключительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания (отравления), его уточнения или отмены по установленной форме;
- участвует в комиссии по расследованию профессионального заболевания (далее - комиссия);
- поручает Центру гигиены и эпидемиологии (при необходимости) принять участие в работе комиссии;
- участвует в составе комиссии в написании акта о случае профессионального заболевания;
- утверждает акт о случае профессионального заболевания в установленном порядке;
- осуществляет контроль за выполнением предписаний главного государственного санитарного врача по субъекту РФ;
- осуществляет государственный учет профессиональных заболеваний;
- ведет журнал учета профессиональных заболеваний по установленной форме;
- ведет регистрацию и пополнение базы данных профессиональных заболеваний и карт учета профессиональных заболеваний (отравлений) по установленной форме;
- составляет статистическую форму государственной отчетности по профессиональным заболеваниям;
- организует и участвует в проведении анализа профессиональной заболеваемости на территории.

Центр гигиены и эпидемиологии:

- на основании поручения Территориального управления участвует в проведении обследования, проводит лабораторные и инструментальные исследования и измерения, составляет проект санитарно-гигиенической характеристики условий труда, который представляет в территориальное управление на бумажном и электронном носителе в течение 14 дней после завершения работы;
- проводит учет проведенных обследований, лабораторных и инструментальных исследований в установленном порядке;
- по поручению Территориального управления принимает участие в работе комиссии по исследованию профессионального заболевания (отравления), составляет проект акта о случае профессионального заболевания в пределах компетенции Роспотребнадзора, представляет его в Территориальное управление в течение трех дней после окончания расследования;
- по поручению Территориального управления участвует в проведении анализа профессиональной заболеваемости.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Принципы здравоохранения в России.

Основные принципы развития национальных систем оказания медицинской помощи были сформулированы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ):

1. Провозглашение ответственности государства, общества за охрану здоровья граждан.
2. Организация рациональной подготовки кадров здравоохранения и осознание всеми медицинскими работниками своей высокой социальной ответственности перед обществом.
3. Развитие здравоохранения в первую очередь на основе широкого проведения мер, направленных на развитие общественной и индивидуальной профилактики.
4. Обеспечение всему населению страны наивысшего возможного уровня квалифицированной, общедоступной профилактической и лечебной помощи.
5. Широкое использование в стране достижений медицинской науки и практики здравоохранения.
6. Санитарное просвещение и привлечение к участию в проведении всех программ широких кругов населения, являющееся выражением личной и коллективной ответственности всех членов общества за охрану здоровья людей.

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

Основные принципы охраны здоровья в РФ определены в статье 2 «Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан»:

1. Соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.
2. Приоритет профилактических мер в области охраны здоровья.
3. Доступность медико-социальной помощи.
4. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.
5. Ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Виды медицинской помощи.

Термин «медицинская помощь» обозначает совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых по определенной технологии при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах лицами, имеющими медицинское (высшее или среднее) образование с целью достижения конкретных запланированных результатов. В широком значении словосочетание «медицинская помощь» является обобщающим названием всех видов медицинской помощи как лечебного, так и профилактического назначения, включая диспансеризацию, патронаж, обсервацию и оздоровительные мероприятия среди взрослых и детей.

Результатами оказания медицинской помощи могут быть динамика состояния пациента после проведенного курса лечения, состояние здоровья определенных контингентов после проведения врачом диспансерных мероприятий и выполнения комплексных профилактических программ, а также удовлетворенность пациента процессом оказания медицинской помощи и результатами проведенных лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий.

Все виды медицинской помощи, включая мероприятия лечебного и профилактического значения, в зависимости от места оказания помощи, квалификации лиц, ее оказывающих, условий для ее оказания и особенностей ее организации, подразделяются на:

- первую медицинскую помощь (самопомощь, взаимопомощь, помощь санинструктора) как простейший вид в системе оказания медицинской помощи;
- доврачебную (фельдшерскую) помощь, оказываемую средним медицинским работником (фельдшером);
- первую врачебную помощь, включающую простейшие (основные) врачебные лечебно-профилактические и санитарно-гигиенические мероприятия;
- квалифицированную медицинскую помощь, включающую сложные врачебные манипуляции терапевтического (консервативного) или хирургического (оперативного) профиля, осуществляемую врачом-специалистом с применением соответствующего медицинского оснащения в условиях, позволяющих ее оказать (квалифицированная терапевтическая и квалифицированная хирургическая помощь);
- специализированную медицинскую помощь, оказываемую врачами (“узкими” специалистами) в специально предназначенных для этих целей лечебных учреждениях.

Доврачебную (фельдшерскую) помощь имеет право оказывать медицинский работник, имеющий среднее профессиональное образование по специальности “лечебное дело” и квалификацию по диплому “фельдшер общей практики” или “фельдшер”. Первую врачебную помощь компетентен оказывать выпускник лечебного (педиатрического) факультета медицинского ВУЗа, имеющий диплом “врача-лечебника” или “врача-педиатра”. Для оказания квалифицированной медицинской помощи требуется дополнительная послевузовская подготовка в интернатуре или клинической ординатуре по выбранной специальности, или прохождение цикла специализации (для стажированных врачей) и получение сертификата специалиста.

Организация системы охраны здоровья граждан в РФ.

Лечебно-профилактическая помощь в РФ - это государственная система обеспечения населения всеми видами профилактической и лечебной помощи, которые регламентируются Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (приняты Верховным Советом РФ 22 июля 1993г.):

В соответствии с разделом VIII «Гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам» медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, в том числе учрежденных физическими лицами, независимо от формы собственности, организационно-правовой формы и ведомственной подчиненности, получивших лицензию на медицинскую деятельность. Медицинская помощь оказывается также лицами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии у них лицензии на медицинскую деятельность.

Гражданам гарантируется оказание первичной медико-санитарной помощи (статья 38) в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом; скорой медицинской помощи (статья 39) при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях), которая осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу, и оказывается учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения; неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, которая оказывается медицинским персоналом амбулаторно-поликлинических учреждений муниципальной системы здравоохранения; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (статья 40), оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий, осуществляется врачами-специалистами лечебно-профилактических учреждений.

Отдельно регулируются вопросы оказания медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (статья 41) и медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (статья 42).

Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется Правительством РФ, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях. Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, перечень которых определяется Правительством РФ, медико-социальная помощь оказывается в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Номенклатура лечебно-профилактических учреждений.

Процесс развития лечебно-профилактической помощи отражается в первую очередь на совершенствовании номенклатуры учреждений, на дифференциации функционирующих и создании их новых типов.

В настоящее время существует номенклатура лечебно-профилактических учреждений, утвержденная приказом Минздравсоцразвития РФ от 07.10.2005 № 267 «Об утверждении Единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения»:

1). Лечебно-профилактические учреждения:

1.1. Больничные учреждения:

1.1.1. Больницы, в том числе:

- участковая;
- городская, в том числе детская;
- городская скорой медицинской помощи;
- центральная (городская, районная);
- областная, в том числе детская (краевая, республиканская, окружная).

1.1.2. Специализированные больницы, в том числе:

- гинекологическая;
- инфекционная, в том числе детская;
- офтальмологическая.

1.1.3. Госпиталь.

1.1.5. Дом (больница) сестринского ухода.

1.1.6. Хоспис.

1.2. Диспансеры:

- кожно-венерологический;
- онкологический;
- противотуберкулезный.

1.3. Амбулаторно-поликлинические учреждения:

1.3.1. Амбулатория.

1.3.2. Поликлиники, в том числе:

- городская, в том числе детская;
- центральная районная;
- стоматологическая, в том числе детская.

1.4. Центры, в том числе научно-практические:

- восстановительной медицины и реабилитации;
- по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями;
- консультативно-диагностический, в том числе для детей.

1.5. Учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови:

1.5.1. Станция скорой медицинской помощи.

1.5.2. Станция переливания крови.

1.6. Учреждения охраны материнства и детства:

1.6.1. Перинатальный центр.

1.6.2. Родильный дом.

1.6.3. Женская консультация.

1.7. Санаторно-курортные учреждения:

1.7.2. Грязелечебница.

1.7.5. Санаторий-профилакторий.

2). Учреждения здравоохранения особого типа:

2.1. Центры:

- медицинской профилактики;
- медицины катастроф;
- медицинский информационно-аналитический.

2.2. Бюро:

- медицинской статистики;
- патологоанатомическое;
- судебно-медицинской экспертизы.

2.3. Контрольно-аналитическая лаборатория.

3). Учреждения здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека:

- 3.1. Центры гигиены и эпидемиологии.
- 3.2. Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора.
- 4). Аптечные учреждения:
 - 4.1. Аптека.
 - 4.2. Аптечный пункт.

Организация первичной медико-санитарной помощи.

Термин “первичная медико-санитарная помощь” появился в период подготовки и проведения под эгидой ВОЗ в 1978 году в Алма-Ате Международной конференции. На этой конференции были сформулированы основные принципы организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Система ПМСП должна обеспечивать не только лечебную, но и профилактическую работу, а также организацию медицинской помощи прикрепленному населению на всех этапах. Эта помощь приближена к населению, важна как первое звено контакта человека с медицинской помощью, реальна по своей профилактической направленности и возможности вовлечения населения в службы здравоохранения, важна по возможности взаимодействия с социальной службой, доступна общественному контролю, справедлива по распределению ограниченных ресурсов здравоохранения. Развитие ПМСП занимает одно из основных мест в реформе здравоохранения России.

Порядок организации оказания первичной медико-санитарной помощи утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 29.07.05 № 487.

Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Первичная медико-санитарная помощь, в т.ч. медицинская помощь женщинам в период беременности, во время и после родов оказывается учреждениями муниципальной системы здравоохранения преимущественно по месту жительства амбулаторно-поликлиническими учреждениями: амбулатория, центр общей врачебной (семейной) практики, районная (в том числе центральная), городская поликлиника, детская городская поликлиника, женская консультация. В оказании первичной медико-санитарной помощи могут также участвовать учреждения государственной и частной систем здравоохранения на основе договоров со страховыми медицинскими организациями.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими работниками данных учреждений: терапевтами участковыми, педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными), акушерами-гинекологами, другими врачами-специалистами, а также специалистами со средним медицинским и высшим сестринским образованием.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Амбулаторно-поликлиническая помощь включает:

- оказание первой (доврачебной, врачебной) и неотложной медицинской помощи больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях;
- проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, абортот, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска;
- диагностику и лечение различных заболеваний и состояний; восстановительное лечение;
- клинико-экспертную деятельность по оценке качества и эффективности лечебных и диагностических мероприятий, включая экспертизу временной нетрудоспособности;
- диспансерное наблюдение больных, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- диспансеризацию беременных женщин, родильниц; диспансеризацию здоровых и больных детей;
- динамическое медицинское наблюдение за ростом и развитием ребенка;
- организацию питания детей раннего возраста;
- организацию дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, в том числе обеспечение необходимыми лекарственными средствами; установление медицинских показаний и направление в учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных видов медицинской помощи; установление медицинских показаний для санаторно-курортного лечения, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг; медицинское обслуживание обучающихся, воспитанников образовательных учреждений общего и коррекционного типов; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, вакцинопрофилактики в установленном порядке;

- осуществление санитарно-гигиенического образования, в том числе по вопросам формирования здорового образа жизни;
- врачебную консультацию и медицинскую профориентацию;
- медицинское обеспечение подготовки юношей к военной службе.

Стационарная помощь, предоставляемая населению муниципальных образований в больничных и стационарно-поликлинических учреждениях, включает:

- оказание неотложной медицинской помощи больным при острых заболеваниях,
- травмах, отравлениях и других неотложных состояниях;
- диагностику, лечение острых, хронических заболеваний, отравлений, травм, состояний при патологии беременности, в родах, в послеродовом периоде, при абортах и прочих состояний, требующих круглосуточного медицинского наблюдения или изоляции по эпидемическим показаниям;
- восстановительное лечение и реабилитацию.

Госпитализация в больничное (стационарно-поликлиническое) учреждение осуществляется по медицинским показаниям:

- по направлению врача лечебно-профилактического учреждения, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности;
- скорой медицинской помощью;
- при самостоятельном обращении больного по экстренным показаниям.

Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению.

Ведущая роль в оказании лечебно-профилактической помощи населению принадлежит амбулаторно-поликлиническим учреждениям, которые по объему работы, по ее содержанию и значению занимают главное место среди всех учреждений здравоохранения. Это самый массовый и общедоступный вид медицинской помощи, обеспечивающий высококвалифицированное медицинское обслуживание населения.

Основным учреждением, осуществляющим амбулаторно-поликлиническую помощь городскому населению, является городская поликлиника, самостоятельная или входящая в состав городской поликлиники. Приоритетными задачами городской поликлиники (поликлинического отделения городской больницы) являются:

- оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению обслуживаемого района непосредственно в поликлинике и на дому;
- организация и проведение комплекса профилактических мероприятий среди населения обслуживаемого района и работников прикрепленных промышленных предприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности;
- организация и осуществление диспансеризации населения (здоровых и больных);
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения.

В основе организации амбулаторно-поликлинической помощи лежит участковый принцип, заключающийся в том, что обслуживаемая поликлиникой территория делится на участки с определенным количеством населения. К каждому из этих участков прикрепляются врачи и медицинские сестры, которые оказывают помощь населению.

Порядок организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 04.08.06 № 584.

Участковый принцип организации медицинского обслуживания населения, обеспечивающий доступность и качество медицинской помощи, является основной формой организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению муниципальных образований.

Органы управления здравоохранением муниципальных образований осуществляют организацию медицинского обслуживания населения по участковому принципу с учетом критериев территориальной (в т. ч. транспортной) доступности доврачебной помощи, врачебной помощи, скорой медицинской (неотложной) помощи.

Установление зон обслуживания и закрепление населения за амбулаторно-поликлиническими и стационарно-поликлиническими учреждениями производится органами управления здравоохранением муниципальных образований в целях соблюдения принципа оказания первичной медико-санитарной помощи по месту жительства с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей территорий.

Распределение населения по врачебным участкам осуществляется руководителями амбулаторно-поликлинических или стационарно-поликлинических учреждений в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан.

Руководители амбулаторно-поликлинических или стационарно-поликлинических учреждений в целях обеспечения права граждан на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения прикрепляют граждан, проживающих вне зоны обслуживания амбулаторно-поликлинического учреждения или стационарно-поликлинического учреждения, к врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения, не превышая численности населения на одну должность участкового врача более чем на 15% от нормативной.

В амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждениях могут быть организованы врачебные участки:

- терапевтический;
- педиатрический;
- врача общей практики; семейного врача;
- комплексный терапевтический участок.
Обслуживание населения на врачебных участках осуществляется:
- врачом-терапевтом участковым, медицинской сестрой участковой на терапевтическом участке;
- врачом педиатром-участковым, медицинской сестрой участковой на педиатрическом участке;
- врачом общей практики (семейным врачом), помощником врача общей практики, медицинской сестрой врача общей практики на участке врача общей практики (семейного врача);
- врачом-терапевтом участковым, фельдшером (акушеркой), медицинской сестрой участковой на комплексном терапевтическом участке.

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

на терапевтическом участке - 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

на педиатрическом участке - 800 человек детского населения 0-17 лет включительно;

на участке врача общей практики - 1500 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

на участке семейного врача - 1200 человек взрослого и детского населения;

на комплексном терапевтическом участке - 2000 и более человек взрослого и детского населения

Комплексный терапевтический участок формируется из населения врачебного участка амбулаторно-поликлинического или стационарно-поликлинического учреждения с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом амбулатории, и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими пунктами).

Врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи), фельдшеры, медицинские сестры участковые, медицинские сестры врача общей практики в рамках своей компетенции осуществляют ведение паспорта врачебного участка, информационной (компьютерной) базы данных состояния здоровья обслуживаемого населения.

Положение об организации деятельности врача-терапевта участкового утверждено приказом Минздравсоцразвития России от 07.12.05 № 765.

На должность врача-терапевта участкового назначаются специалисты, имеющие высшее медицинское образование по специальности "Лечебное дело" или "Педиатрия" и сертификат специалиста по специальности "Терапия".

- Врач-терапевт формирует врачебный (терапевтический) участок из прикрепленного к нему населения;
- осуществляет санитарно-гигиеническое образование, консультирует по вопросам формирования здорового образа жизни; осуществляет профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска, организует и ведет школы здоровья;
- изучает потребности обслуживаемого им населения в оздоровительных мероприятиях и разрабатывает программу проведения этих мероприятий;
- осуществляет диспансерное наблюдение пациентов, в т.ч. имеющих право на получение набора социальных услуг, в установленном порядке;
- организует и проводит диагностику и лечение различных заболеваний и состояний, в т.ч. восстановительное лечение пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- оказывает неотложную медицинскую помощь пациентам при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- направляет пациентов на консультации к специалистам, в т.ч. для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
- организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке;
- проводит экспертизу временной нетрудоспособности в установленном порядке и оформляет документы для направления на медико-социальную экспертизу;
- выдает заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;
- взаимодействует с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями;
- организует совместно с органами социальной защиты населения медико-социальную помощь отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе;
- руководит деятельностью среднего медицинского персонала, осуществляющего первичную медико-санитарную помощь;
- ведет медицинскую документацию в установленном порядке, анализирует состояние здоровья прикрепленного населения и деятельность врачебного участка.

Положение об организации деятельности медицинской сестры участковой утверждено приказом Минздравсоцразвития России от 21.06.06 № 490.

На должность медицинской сестры участковой назначаются специалисты, имеющие среднее медицинское образование по специальностям "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело" и сертификат по специальности "Сестринское дело".

Медицинская сестра участковая, обеспечивающая оказание медицинской помощи на прикрепленном врачебном (терапевтическом) участке, в рамках своей компетенции:

- формирует совместно с врачом-терапевтом участковым врачебный (терапевтический) участок из прикрепленного к нему населения, ведет персональный учет, информационную (компьютерную) базу данных состояния здоровья обслуживаемого населения, участвует в формировании групп диспансерных больных; организует амбулаторный прием врача-терапевта участкового, подготавливает к работе приборы, инструменты, обеспечивает бланками рецептов, направлений;
- проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому воспитанию и образованию обслуживаемого населения, консультирует по вопросам формирования здорового образа жизни;
- осуществляет профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска, организует и ведет занятия в школах здоровья;
- изучает потребности обслуживаемого населения в оздоровительных мероприятиях и разрабатывает программу проведения этих мероприятий;
- осуществляет диспансерное наблюдение больных, в т.ч. имеющих право на получение набора социальных услуг в установленном порядке;
- организует проведение диагностики и лечения заболеваний и состояний, в т.ч. восстановительного лечения больных в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- проводит доврачебные осмотры, в т.ч. профилактические, с записью в медицинской карте амбулаторного больного;

- оказывает неотложную доврачебную медицинскую помощь больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- оформляет направление больных на консультации к врачам-специалистам, в т. ч. для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
- проводит мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний, организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке;
- оформляет документацию по экспертизе временной нетрудоспособности в установленном порядке и документы для направления на медико-социальную экспертизу;
- оформляет заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;
- взаимодействует с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями;
- организует совместно с органами социальной защиты населения медико-социальную помощь отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе;
- руководит деятельностью младшего медицинского персонала, осуществляющего первичную медико-санитарную помощь;
- обеспечивает врача-терапевта участкового необходимыми медикаментами, стерильными инструментами, спецодеждой;
- ведет медицинскую документацию в установленном порядке, анализирует состояние здоровья прикрепленного населения и деятельность врачебного (терапевтического) участка.

Порядок осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача) утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 17.01.05 № 84.

Врач общей практики, или семейный врач, - врач, прошедший специальную много-профильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста.

Врач общей практики (семейный врач) оказывает первичную медико-санитарную помощь контингенту, сформированному на основе свободного выбора врача пациентами.

Врач общей практики (семейный врач):

- формирует врачебный участок из прикрепившегося контингента; осуществляет санитарно-гигиеническое образование;
- консультирует членов семьи по вопросам формирования здорового образа жизни;
- осуществляет профилактическую работу, направленную на выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска путем диспансеризации прикрепившегося контингента в установленном порядке, в том числе детей, инвалидов, лиц старших возрастных групп;
- направляет больных на консультации к специалистам для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
- организует и проводит лечение пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- осуществляет патронаж беременных женщин и детей раннего возраста, в том числе новорожденных, в установленном порядке; организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке;
- выдает заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;
- взаимодействует с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями;

- имеет право осуществлять наблюдение за пациентом на всех этапах оказания медицинской помощи;
- организует совместно с органами социальной защиты медико-социальную помощь семье для социально незащищенных групп населения: одиноким, престарелым, инвалидам, хронических больным, нуждающимся в уходе;
- руководит деятельностью медицинского персонала, осуществляющего первичную медико-санитарную помощь по принципу общей врачебной практики (семейной медицины);
- ведет учет и представляет отчетность в установленном порядке.

Организация стационарной медицинской ПОМОЩИ.

Стационарная медицинская помощь оказывается при наиболее тяжелых заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения сложных инструментальных методов обследования и лечения, оперативного вмешательства, постоянного врачебного наблюдения и интенсивного ухода.

По виду, объему и характеру оказываемой медицинской помощи и системе организации работы стационары могут быть:

1. По административно-территориальному положению - областные (краевые, республиканские), городские, районные, участковые;
2. По профилю - многопрофильными или специализированными;
3. По системе организации - объединенными с поликлиникой или необъединенными;
4. По объему деятельности - различной категоричности (мощности).

Структура и функции больничных учреждений являются понятиями динамичными и зависят от задач, стоящих на данном этапе развития здравоохранения. Любое стационарное учреждение по функциональному назначению имеет, как правило, следующие подразделения:

- управление;
 - стационар;
 - поликлинику;
1. лечебно-диагностические отделения;
 2. административно-хозяйственную часть.

Каждая функционально-структурная часть больницы в свою очередь состоит из ряда подразделений. К административно-управленческому блоку, помимо главного врача и его заместителей (по лечебной работе, поликлинике, административно-хозяйственной части и др.), относятся канцелярия, кабинет (отделение) медицинской статистики, медицинский архив, бухгалтерия, библиотека и пр.; стационар состоит из приемного отделения (централизованное или децентрализованное), специализированных палатных отделений, операционного блока и др. Лечебно-диагностическая служба может быть единой для стационара и поликлиники и включает различного профиля лаборатории, кабинеты (ЭКГ, рентгеновский, физиотерапевтический, ЛФК, массажа и др.). В больницах как структурный элемент должны быть библиотека, патологоанатомическое отделение (морг). К административно-хозяйственной части относятся пищеблок, склады, прачечная, технический отдел, транспорт, дезинфекционная камера и т.д.

Больницы и другие стационарные учреждения в своей деятельности руководствуются положениями Минздрава РФ, и каждому типу учреждения соответствуют определенные функции.

Например, городские больницы предназначены для оказания высококвалифицированной специализированной стационарной (и поликлинической) помощи населению города или его района. Городская больница является лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим квалифицированное обслуживание населения на основе достижений современной медицинской науки и техники.

Больницы осуществляют:

- взаимосвязь и преемственность в лечении больных между поликлиникой и стационаром;
- внедряют в практику работы современные методы диагностики и лечения;
- совершенствуют организационные формы и методы работы; принимают широкое участие в осуществлении профилактических мероприятий, диспансеризации населения;
- систематически анализируют заболеваемость и смертность населения и его причины;
- изучают качество лечебно-диагностической помощи населению и др.

Помимо лечебно-диагностической, реабилитационной и профилактической деятельности, в больничных учреждениях проводится большая работа по подготовке и повышению квалификации медицинских кадров и проведению медицинских исследований. Если больница является базой для обучения студентов (не менее чем на 50%), то ее называют клинической.

По определению ВОЗ, функции современной больницы систематизируются на 4 группы:

- Восстановительные (диагностика и лечение заболеваний, реабилитация и неотложная помощь);
- Профилактические, особенно для больниц, объединенных с поликлиникой, (лечебно-оздоровительная деятельность, профилактика инфекционных и хронических заболеваний, инвалидности и др.);
- Учебные (подготовка медицинского персонала и их последипломная специализация);
- Научно-исследовательские.

Исходя из структуры и выполняемых функций стационарного учреждения, можно определить следующие характерные черты традиционной модели современной больницы:

- соответствие структуры и функции современному уровню развития медицинской науки и техники, задачам здравоохранения и потребностям населения в высококвалифицированной специализированной медицинской помощи;
- пропорциональное развитие больничных и внебольничных служб, взаимосвязь и преемственность между ними в оказании медицинской помощи больным, обеспечение синтеза профилактической и лечебной медицины;
- наличие в составе больницы крупных специализированных отделений по основным и узким профилям, взаимно связанных друг с другом структурных подразделений, не объединенных единым профилем больных (диагностическое, реанимационное, реабилитационное отделения и др.);
- интеграция лечебно-диагностических отделений и вспомогательных служб.

Современная система оказания больничной помощи должна осуществляться на основе развития специализации и внедрения, как правило, дорогостоящих новейших технологий, обеспечивающих высокое качество медицинской помощи.

Реформирование здравоохранения направлено на интенсификацию стационарной медицинской помощи, сокращение (на 20% и более) числа неполно используемых коек, сокращение сроков пребывания больных на койках, передачу части стационарной помощи амбулаторно-поликлиническим учреждениям, стационарам на дому и другим учреждениям нестационарного характера.

Внедрение экономических методов управления отраслью, введение системы ОМС и потребность в повышении конкурентоспособности ЛПУ способствуют структурной пере-стройке здравоохранения, в том числе стационарной медицинской помощи с учетом интенсивности лечебно-диагностического процесса:

1). Организация больниц (отделений) интенсивного лечения - стационаров, в которых оказывается экстренная медицинская помощь, например больным с острой травмой, с инфарктом миокарда и др. Эти больничные учреждения должны быть оснащены соответствующим медицинским оборудованием, иметь значительно более высокую обеспеченность медицинскими кадрами, лекарственными средствами, мягким инвентарем и др.

Потребность в таких стационарах составляет 9-10% от общей коечной мощности, средние сроки пребывания в них не длительные, необходимые только для купирования острых состояний, в дальнейшем больные должны переводиться в другие лечебные учреждения.

2). Больницы (отделения), ориентированные на лечение плановых больных, средне-срочного пребывания по нозологическим группам. Соответственно стандарты оснащения, кадрового и иного обеспечения у таких стационаров иные, другие средние сроки пребывания больного на койке, нагрузка персонала. Примерная потребность в больничных учреждениях такого типа составляет 50-60% от общей коечной мощности.

3). Больницы (отделения) долечивания и медицинской реабилитации, в том числе для больных с последствиями травм, инсульта и других заболеваний. Потребность в этих видах медицинской помощи составляет около 20% от общей коечной мощности.

4). Медико-социальные больницы (отделения) - больницы сестринского ухода, хосписы. Направлять в такие учреждения могут органы и учреждения здравоохранения и социального обеспечения. Потребность в таких учреждениях составляет 10-20% от общей коечной мощности. Особое внимание в них должно быть уделено созданию лечебно-охранительного режима, обеспечению поддерживающего лечения и ухода.

Все перечисленные типы стационарных учреждений должны отличаться по материально-техническому, финансовому, кадровому обеспечению, нагрузка специалистов и оплата их труда также должны быть дифференцированными.

При этом будут развиваться федеральные, региональные центры специализированной медицинской помощи разных профилей, в которых будут применяться новейшие медицинские технологии при лечении и диагностике.

Основные резервы в повышении эффективности использования коечного фонда:

- преемственность в работе поликлиник и стационаров, соответствующая подготовка плановых больных к госпитализации в поликлинических условиях, широкое привлечение консультативно-диагностических центров, поликлиник, межрайонных диагностических лабораторий и т.п.;
- совершенствование системы консультативной помощи в стационаре; - улучшение технического оснащения лечебно-диагностических служб;
- хорошая организация и обеспечение соответствующего режима работы диагностических и лечебных служб больничных учреждений;
- создание системы дифференцированного стационарного обслуживания по тяжести состояния, объему и интенсивности лечения и ухода т.п.

В организации работы лечебно-профилактических отделений стационара существенную роль играет обеспечение ухода за больными. Успех лечения больных в стационаре в значительной мере зависят от качества ухода за ними - гигиенического режима, оптимальных условий окружающей среды. Общеизвестно, что режим больного является мощным лечебным и профилактическим фактором, способствующим эффективному лечению и предупреждению возможных осложнений. Это особенно относится к новорожденным и детям раннего детского возраста, больным с инфекционными и сердечно-сосудистыми болезнями, больным в послеоперационном периоде. Непосредственный уход за больными требует медицинских знаний и осуществляется подготовленными медицинскими сестрами.

Существуют две основные системы обслуживания больных - двухступенная и трехступенная.

При трехступенной системе больного обслуживают лечащий врач, медицинская сестра и санитарка. При этом обязанности сестры ограничиваются измерением температуры и выполнением назначений врача, весь же фактический уход за больным (туалет больного, одевание, смена белья, кормление и пр.) осуществляется санитаркой. Такое обслуживание часто не соответствует необходимым медицинским требованиям, т.к. все эти элементы ухода за больным требуют специальной подготовки и соответствующей квалификации, которые может обеспечить только сестринский уход.

При двухступенной системе врач и сестра образуют единое звено, которое проводит весь комплекс лечебных мероприятий. Сестра участвует в обходах, наблюдает за больными, кормит тяжелобольных, принимает и передает смену у койки больного, т.е. обеспечивает весь уход за больным. Врач сам проводит манипуляции, которые требуют его компетенции, дает подробные указания об изменениях в режиме и лечении. Функции санитарки ограничиваются только уборкой помещения, подачей судна и помощью сестре в уходе за больным.

При двухступенной системе обслуживания больных должности палатных медсестер в терапевтическом отделении устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на 18 коек, а при трехступенной системе - на 25 коек.

В последние годы широкое распространение в стационарах получила бригадная форма организации труда медицинского персонала, прежде всего, в целях медицинского ухода.

Возможен график, при котором одни медицинские сестры работают только в утренние и дневные смены, другие - в ночные, пользуясь после ночных дежурств двумя выходными днями. Однако не допускается длительная работа в ночной смене, так как отрыв от общения с врачами не способствует лучшей организации ухода за больными, ежедневно общаясь с врачами, медицинские сестры знают состояние больных, получают указания врачей в случаях, требующих индивидуального ухода.

Роль сестринского персонала в организации деятельности медицинской организации.

Старшая медицинская сестра отделения назначается из числа наиболее опытных и квалифицированных медицинских сестер. Она помогает заведующему отделением в организации работы медицинских сестер и младшего медицинского персонала, в решении административно-хозяйственных вопросов, в ведении учета и отчетности; она составляет графики работы среднего и младшего медицинского персонала, обеспечивает внедрение рациональных форм и методов их работы, наблюдает за санитарным состоянием отделения и больных, ведает снабжением отделения медикаментами и организацией питания больных.

В крупных отделениях имеются подчиненные старшей медицинской сестре сестры-хозяйки, непосредственно отвечающие за хозяйственное состояние отделения. В хирургических отделениях выделяются *старшие операционные медицинские сестры*.

В областных, городских и центральных районных больницах с 1963 г. введена должность главной медицинской сестры больницы, которая является непосредственной помощницей главного врача и его заместителя по медицинской части. Она организует, координирует и контролирует работу среднего и младшего медицинского персонала, с помощью врачей больницы организует мероприятия по повышению их квалификации. Главная медицинская сестра возглавляет совет медицинских сестер больницы.

Главная медицинская сестра обеспечивает осуществление (проведение) мероприятий по рациональной организации труда среднего медицинского и младшего медицинского персонала учреждений здравоохранения. Назначается и освобождается от должности главным врачом учреждения здравоохранения.

Непосредственно подчиняется главному врачу, а по вопросам организации лечения больных, контроля качества оказания медицинской помощи, обеспечения лечебного процесса - заместителю главного врача по лечебной работе.

Принимает активное участие (обязательно визирует приказы) в приеме на работу работников из числа среднего и младшего медицинского персонала учреждения, организует и обеспечивает контроль за работой среднего медицинского персонала в части выполнения им назначений врача, расходования и хранения медикаментов, особенно наркотиков, сильно- действующих и других материалов.

При отсутствии в штате помощника эпидемиолога осуществляет контроль за соблюдением требований санитарно-противоэпидемического режима.

Обязательно является членом аттестационной комиссии учреждения по присвоению разрядов в соответствии с ЕТС среднему, младшему и фармацевтическому персоналу.

Руководит Советом медицинских сестер.

Проводит работу по подготовке резерва младших медицинских сестер и сестер-хозяек.

Организует курсовую подготовку младших медицинских сестер по уходу за больными без отрыва от работы по утвержденной программе, в разработке которой главная медицинская сестра принимает активное участие. Вносит предложения по изменению и дополнению должностных инструкций работников из числа среднего и младшего медицинского персонала. Определяет круг работников из числа среднего и младшего медицинского персонала, с которыми, в соответствии с их функциональными обязанностями и должностными инструкциями, заключаются договора о материальной ответственности. Главным врачом согласовываются с главной медицинской сестрой все вопросы расторжения трудовых договоров с работниками из числа среднего и младшего медицинского персонала по инициативе администрации и наложения на них дисциплинарных взысканий.

Отвечает за своевременное направление работников из числа среднего медицинского и фармацевтического персонала учреждения на сертификационные курсы для подтверждения сертификата, т. е. права работать по избранной специальности (занимать определенную должность).

При отсутствии в штате учреждения здравоохранения фармацевта (или больничной аптеки) обеспечивает получение, хранение и распределение в соответствии с заявками старших медицинских сестер структурных подразделений медикаментов, в том числе медикаментов списка «А» являясь материально ответственным лицом в этой части (в этом разделе).

УТВЕРЖДЕНО Приказом Минздрава России от 13.09.2002 № 288

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА ПО УПРАВЛЕНИЮ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

1. Профессиональную деятельность в качестве специалиста по управлению сестринской деятельностью могут осуществлять лица, получившие высшее профессиональное образование по специальности 040600 - Сестринское дело и сертификат по специальности «Управление сестринской деятельностью».

3. Специалист по управлению сестринской деятельностью:

3.1. Обеспечивает управление средним и младшим медицинским персоналом в учреждении здравоохранения.

3.2. Разрабатывает управленческие решения по повышению эффективности деятельности сестринской службы и обеспечение их реализации.

3.3. Анализирует работу среднего и младшего медицинского персонала, оценивает потенциальные возможности развития сестринской службы учреждения.

3.4. Внедряет в практику новые организационные формы и ресурсосберегающие технологии деятельности сестринского персонала.

3.5. Разрабатывает стратегию и осуществляет программы непрерывного профессионального образования и повышения квалификации среднего и младшего медицинского персонала учреждения.

3.6. Обеспечивает в учреждении благоприятные и безопасные условия для лечения и реабилитации пациентов, путем улучшения качества и усиления профилактической направленности деятельности сестринского персонала.

3.7. Организовывает и обеспечивает квалифицированный уход за пациентами с использованием методологии сестринского процесса, оказывать доврачебную помощь при не-отложных состояниях.

3.8. Осуществляет социально-психологическое регулирование в трудовом коллективе, содействует созданию деловой, творческой обстановки и поддержки инициативы сотрудников.

3.11. Принимает решения в пределах своей компетенции, в том числе:

- вносит предложения руководству по совершенствованию организации и контроля за качеством медицинской помощи в учреждении;
- отдает распоряжения и указания подчиненным сотрудникам и контролирует их выполнение;
- инициирует меры общественного воздействия или рекомендует руководителю учреждения иные меры воздействия за нарушения в работе среднего и младшего медицинского персонала;
- ходатайствует перед администрацией о вынесении морального и (или) материально- го поощрения среднему и младшему медицинскому персоналу.

3.12. Осуществляет подбор кандидатов на должности медсестер-руководителей на основе современных подходов к формированию персонала учреждения и в соответствии с действующим законодательством.

3.13. Вносит предложения о дополнении и изменении функциональных обязанностей сестринского персонала в соответствии с коллективным договором и законодательством .

3.14. Внедряет современные формы и методы обучения и повышения квалификации среднего и младшего медицинского персонала на рабочих местах без отрыва от производства.

3.15. Участвует в работе медицинских ассоциаций и иных общественных организаций с целью продвижения идей и реализации программ развития сестринского дела.