

Ожидаемая продолжительность жизни (показатель средней продолжительности предстоящей жизни) — важнейший интегральный демографический показатель, характеризующий уровень смертности населения.

Средняя продолжительность предстоящей жизни

специальный показатель, используемый для оценки состояния здоровья населения; выражается числом лет, которое в среднем предстоит прожить определенной совокупности лиц, родившихся или достигших данного возраста в данном календарном году, при условии, что на всем протяжении их жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой же, как в этом году

$M_x = D_x / P_x$, где M_x — по возрастной коэффициент смертности;

D_x — число умерших в течение изучаемого календарного года (года переписи) в возрастной группе (x, x⁺¹);

P_x — численность населения той же возрастной группы (x, x⁺¹), приходящаяся на середину календарного года.

Средняя продолжительность жизни в РК в 2016 году составила 70,4 года.

Международная практика установила следующие условные обозначения для таблиц смертности:

Возраст (в годах)	x
Число доживающих до возраста x лет из 100 000 одновременно родившихся	l_x
Число умерших в возрасте от x до x+1	d_x
Вероятность умереть в возрасте x, не дожив до следующего возраста	q_x
Вероятность дожить до следующего возраста x ⁺¹ (в кратких таблицах смертности — до возраста x ⁺⁵)	p_x
Число живущих в возрасте x лет	L_x
Число прожитых человеко-лет	T_x
Средняя продолжительность предстоящей жизни	e_x^0

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 августа 2012 года № 593

Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь

Общие положения

1. Настоящее Положение о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь разработано в целях совершенствования и обеспечения акушерско-гинекологической помощи с целью охраны репродуктивного здоровья женщин в организациях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (далее – АПО), независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

Акушерско-гинекологические отделения (кабинеты) в составе организаций здравоохранения ПМСП и КДП организуют акушерско-гинекологическую помощь женщинам вне и во время беременности, в послеродовом периоде, предоставляют услуги по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья, а также профилактику, диагностику и лечение гинекологических заболеваний репродуктивной системы путем:

- 1) диспансерного наблюдения беременных в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода с выделением женщин «по факторам риска»;
- 2) выявления беременных, нуждающихся в своевременной госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности родильных домов, профильные лечебные учреждения с экстрагенитальной патологией, с соблюдением принципов регионализации перинатальной помощи;
- 3) направления беременных, рожениц, родильниц для получения специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи (далее – ВСМП) в медицинские организации республиканского уровня;
- 4) проведения дородового обучения беременных по подготовке к родам, в том числе к партнерским родам, предоставления возможности посещения родовспомогательного учреждения беременными женщинами, в котором планируются роды, информирование беременных о тревожных признаках, об эффективных перинатальных технологиях, принципах безопасного материнства, грудного вскармливания и перинатального ухода;
- 5) проведения патронажа беременных и родильниц;

Акушерско-гинекологическая помощь оказывается в следующих АПО:

- 1) организации первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП):
 - поликлиника (городская, районная, сельская);
 - врачебная амбулатория, фельдшерско-акушерский пункт, медицинский пункт;
- 2) организации здравоохранения, оказывающие консультативно-диагностическую помощь (далее – КДП):
 - консультативно-диагностические центры/ поликлиники.

3. В организациях здравоохранения ПМСП доврачебная и квалифицированная медицинская помощь без круглосуточного медицинского наблюдения по охране репродуктивного здоровья женщин оказывается врачами общей практики, участковыми терапевтами/педиатрами, фельдшерами, акушерами и медицинскими сестрами.

В организациях здравоохранения КДП специализированная медицинская помощь без круглосуточного медицинского наблюдения по охране репродуктивного здоровья женщин оказывается врачами акушер-гинекологами и другими специалистами.

Тургазин А
207 группа

Рабочие и служащие промышленных предприятий, строительства и транспорта, пользуясь правом преимущественного оказания лечебно-профилактической помощи, могут получить квалифицированную медицинскую помощь как в учреждениях по месту работы (производственный принцип), так и по месту жительства в медицинских учреждениях общей территориальной сети (территориальный принцип).

Основным лечебно-профилактическим учреждением является медико-санитарная часть (МСЧ) – больнично-поликлинический комплекс, в котором функционируют поликлиника, стационар, здравпункты и другие лечебно-оздоровительные структурные элементы (профилактории, диетстоловые).

СТРУКТУРА МСЧ.

Поликлиника: Цеховые участки. Специализированные отделения.
Стационар на 400-600 коек.
Санаторий, профилакторий.
Диетстоловая.
Детские оздоровительные учреждения.
Здравпункты (врачебные, фельдшерские).

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ.

• **Лечебно-вспомогательные отделения (кабинеты):** лаборатория, рентгеновский, физиотерапевтический, прочие.
• **Профилактические отделения (кабинеты):** подростковый, комната гигиены женщины, ночной и дневной профилакторий, диетстоловая, комната психологической разгрузки, прочие.

ЗАДАЧИ МСЧ.

- Квалифицированная, специализированная медицинская помощь как в поликлинике, так и в стационаре.
- Диспансеризация в соответствии с Базовой программой медицинского страхования.
- Организация и проведение, совместно с ЦСЭН, предварительных, при поступлении на работу, и периодических профилактических медицинских осмотров.
- Экспертиза временной нетрудоспособности.
- Учет и анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности, проф. заболеваний, инвалидности, травматизма.
- Мероприятия по реабилитации больных и инвалидов (совместно с администрацией), включая рекомендации о переводе на другие участки работы.
- Медицинский отбор нуждающихся по состоянию здоровья в направлении в санаторий, профилакторий, на диетпитание.
- Выявление и госпитализация в установленном порядке инфекционных больных и проведение, совместно с ЦСЭН, противозидемических мероприятий.
- Участие в разработке совместно с администрацией и профсоюзом комплексного плана санаторно-оздоровительных мероприятий и проведение совместного контроля за его выполнением.
- Проведение санитарно-профилактических мероприятий совместно с отделением промышленной гигиены ЦСЭН.
- Подготовка и руководство общественно-санитарным активом, проведение санитарно-просветительной работы.
- Участие в работе инженерно-врачебных бригад.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ПРИКАЗ от 17 октября 2003 года N 760

**О ДАЛЬНЕЙШЕМ СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Организации, оказывающие амбулаторно - поликлиническую помощь детям, организуются в целях обеспечения детей, не нуждающихся в госпитализации, доступной и качественной первичной медико - санитарной, квалифицированной и специализированной помощью, направленной на профилактику, снижение уровня заболеваемости, детской инвалидности, младенческой и детской смертности.

Амбулаторно - поликлиническая помощь детям со дня выписки из родильного дома до 14 летнего возраста включительно (до 14 лет 11 месяцев 29 дней) осуществляется в:

- 1) детской городской поликлинике, детском отделении городской поликлиники;
- 2) детской консультации центральных районных больниц (городских поликлиник);
- 3) в амбулаториях сельских участковых больниц (СУБ), сельских врачебных амбулаториях (СВА), семейных врачебных амбулаториях, фельдшерско - акушерских пунктах (ФАП) и фельдшерских пунктах (ФП);
- 4) детской областной, городской (региональной) консультативно - диагностической поликлинике (центра), детском отделении одноименной поликлиники;
- 5) специализированных медицинских организациях, ведущих амбулаторный прием детей;
- 6) медицинских пунктах (кабинетах) организаций образования и других ведомств.

Основными задачами организаций, оказывающих амбулаторно - поликлиническую помощь детям, являются:

- 1) профилактика заболеваний среди детей, включая внутриутробный период их развития;
- 2) раннее выявление и своевременное начало лечения заболеваний, соблюдение преемственности на всех этапах лечения и осуществление его до самого выздоровления;
- 3) профилактика инвалидности и предотвращение смертности среди детей;
- 4) воспитание здорового ребенка с целью обеспечения его полноценного психофизического развития.

Основным направлением деятельности организаций, оказывающих амбулаторно - поликлиническую помощь детям, является профилактическая работа, осуществляющаяся путем:

- 1) проведения дородового патронажа беременных женщин;
- 2) учета детского населения и диспансеризации здорового и больного ребенка соответственно возрасту, особенностям развития, состоянию здоровья с комплексной оценкой, согласно приложению 8 к настоящему Положению;
- 3) вакцинации детей;
- 4) подготовки детей к поступлению в дошкольные и общеобразовательные организации образования, согласно приложениям 6 и 7 к настоящему Положению;
- 5) предупреждения инфекционных заболеваний;
- 6) санитарно - просветительной работы с целью гигиенического воспитания и прививания навыков по рациональному питанию, уходу, закаливанию, оздоровлению и пропаганде здорового образа жизни среди детей, их родителей и членов семьи, согласно приложению 5 к настоящему Положению;
- 7) внедрения программы Всемирной Организации Здравоохранения (далее - ВОЗ) по интегрированному ведению болезней детского возраста.

Под качеством медицинской помощи (КМП) обычно понимается совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки, а доступности медицинской помощи – это реальная возможность получения населением необходимой медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания. Иными словами, качественная медицинская помощь – это своевременная медицинская помощь, оказанная квалифицированными медицинскими работниками и соответствующая требованиям нормативных правовых актов, стандартов оказания медицинской помощи (протоколов ведения больных), условиям договора или обычно предъявляемым требованиям

К основным критериям КМП принято относить следующие ее характеристики:

1. **Доступность медицинской помощи** — это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров.

Доступность медицинской помощи, декларируемая в конституциях различных стран, регламентируется национальными нормативно-правовыми актами (НПА), определяющими порядок и объемы оказания бесплатной медицинской помощи, и обусловлена рядом объективных факторов: сбалансированностью необходимых объемов медицинской помощи населению с возможностями государства, наличием и уровнем квалификации медицинских кадров, наличием на конкретных территориях необходимых медицинских технологий, возможностью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации, имеющимися транспортными возможностями, обеспечивающими своевременное получение медицинской помощи, уровнем общественного образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний.

Адекватность. По мнению экспертов ВОЗ [25], адекватность медицинской помощи — показатель соответствия технологии медицинского обслуживания потребностям и ожиданиям населения в рамках приемлемого для пациента качества жизни. По мнению ряда авторов [23, 25, 26], адекватность включает характеристики доступности и своевременности медицинской помощи, которая понимается как возможность получения потребителем необходимой ему помощи в нужное время, в удобном для него месте, в достаточном объеме и с приемлемыми затратами.

Преemptивность и непрерывность медицинской помощи – это координация деятельности в процессе оказания пациенту медицинской помощи в разное время, различными специалистами и лечебными учреждениями. Преemptивность при оказании медицинской помощи в значительной степени обеспечивается стандартными требованиями к медицинской документации [18], техническому оснащению, процессу и персоналу. Такая координация деятельности медработников гарантирует стабильность процесса лечения и его результата [22].

4. **Эффективность и действенность** — соответствие фактически оказанной медицинской помощи оптимальному для конкретных условий результату. Эффективное здравоохранение должно обеспечивать оптимальную (при имеющихся ресурсах), а не максимальную медицинскую помощь, т. е. соответствовать стандартам качества и нормам этики. Согласно определению ВОЗ, оптимальная медицинская помощь – это должное проведение (согласно стандартам) всех мероприятий, которые являются безопасными и приемлемыми в смысле затраченных средств, принятых в данной системе здравоохранения [15].

5. **Ориентированность на пациента, его удовлетворенность** означает участие пациента в принятии решений при оказании медицинской помощи и удовлетворенность ее результатами. Этот критерий отражает права пациентов не только на качественную медицинскую помощь, но и на внимательное и чуткое отношение медперсонала и включает необходимость информированного согласия на медицинское вмешательство и соблюдение других прав пациентов.

6. **Безопасность процесса лечения** — критерий гарантии безопасности для жизни и здоровья пациента и отсутствия вредных воздействий на больного и врача в конкретном медицинском учреждении с учетом санитарно-эпидемиологической безопасности.

Своевременность медицинской помощи: оказание медицинской помощи по мере необходимости, т.е. по медицинским показаниям, быстро и при отсутствии очередности.

Своевременность оказания помощи конкретизирует и дополняет критерий ее доступности и в значительной степени обеспечивается высокоэффективными диагностическими процедурами, позволяющими своевременно начать лечение, высоким уровнем подготовки врачей, стандартизацией процесса оказания помощи и установлением требований к медицинской документации.

8. **Отсутствие (минимизация) врачебных ошибок**, затрудняющих выздоровление или увеличивающих риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, а также повышающих риск возникновения нового. Эта составляющая качественной медицинской помощи напрямую зависит от уровня подготовки врача, использования современных диагностических и лечебных технологий, а также установления критериев квалификации на конкретном рабочем месте в форме инструкций, лицензий, аккредитаций и обеспечения санитарно-гигиенических и метрологических требований.

9. **Научно-технический уровень.** Важнейшим компонентом качества медицинской помощи является научно-технический уровень применяемых методов лечения, диагностики и профилактики, что позволяет оценить степень полноты оказания помощи с учетом современных достижений в области медицинских знаний и технологий. Эта характеристика КМП иногда включается в критерий адекватности.

КОДЕКС РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

от 18.10.2009 г. № 193-IV

Настоящий Кодекс регулирует общественные отношения в области здравоохранения в целях реализации [конституционного права](#) граждан на охрану здоровья.

2. На правоотношения, урегулированные законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения, в части выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения затрат организациям здравоохранения, а также закупа лекарственных средств и изделий медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи не распространяется действие [законодательства](#) Республики Казахстан о государственных закупках.

Государственная политика в области здравоохранения проводится на основе принципов:

- 1) обеспечения равенства прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи;
- 2) солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья;
- 3) охраны материнства и детства;
- 4) обеспечения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- 5) приоритетности профилактической направленности в деятельности системы здравоохранения;
- 6) доступности медицинской помощи;
- 7) постоянного повышения качества медицинской помощи;
- 8) обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- 9) преемственности деятельности организаций здравоохранения при оказании медицинской помощи;
- 10) обеспечения непрерывности и преемственности медицинского и фармацевтического образования с использованием современных технологий обучения;
- 11) государственной поддержки отечественной медицинской науки, внедрения передовых достижений науки, техники и мирового опыта в области здравоохранения;
- 12) поощрения добровольного безвозмездного донорства;
- 13) государственной поддержки отечественных разработок и развития конкурентоспособной медицинской и фармацевтической промышленности;
- 14) участия общественных объединений в обеспечении прав граждан на охрану здоровья;
- 15) социальной ориентированности здравоохранения, направленной на удовлетворение потребностей, нужд населения и улучшение качества жизни;
- 16) содействия в формировании здорового образа жизни и здорового питания;
- 17) отнесения здоровья населения, безопасности, эффективности и качества лекарственных средств к факторам обеспечения национальной безопасности

Государственное регулирование в области здравоохранения осуществляют:

- 1) Президент Республики Казахстан;
- 2) Правительство Республики Казахстан;
- 3) уполномоченный орган;
- 4) иные центральные и местные исполнительные органы в пределах компетенции, установленной настоящим Кодексом, иными законами Республики Казахстан, актами Президента Республики Казахстан и Правительства Республики Казахстан.