**Лекция 1. Организация и структура системы первичной медико-санитарной помощи.**

1. Определение понятия медицинская помощь.

2. Виды медицинской помощи.

3. Первичная медицинская помощь.

4. Организация первичной медицинской помощи.

**1. Определение понятия медицинская помощь.**

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Источник: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724. (пункт 3 статьи 2)
 Медицинская помощь - совокупность лечебных и профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, беременности и родах, а также в целях предупреждения заболеваний и травм.

**2. Виды медицинской помощи.**

[**Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"**](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/)

**Статья 32. Медицинская помощь**

 Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.

 *К видам медицинской помощи относятся:*

1) [первичная](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/dd5b443a6d2c374dc77998bcc6ccad68c593488e/#dst100365) медико-санитарная помощь;

2) [специализированная](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/26a9c2e6bcf2a14056e195cba899945e2f179b8a/#dst100373), в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

3) [скорая](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/a04646def1108375265dd619f322e890e219fbda/#dst100382), в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;

4) [паллиативная](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/3630e99f8d74e0102bc5b34e9608b6acb75bcc95/#dst100393) медицинская помощь.

**Первая медицинская помощь** - комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых непосредственно на месте происшествия или вблизи него в порядке само - и взаимопомощи. Осуществляется людьми, не обязательно имеющими специальное медицинское образование. Уровень первой медицинской помощи не предполагает использования каких-либо специальных медицинских инструментов, лекарств или оборудования. Первая помощь направлена на поддержание жизни пострадавшего (больного) и предупреждение развития осложнений

**Доврачебная (первая) помощь** - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, проводимых до вмешательства врача, главным образом, силами средних медработников (фельдшер, медицинская сестра провизор, фармацевт). Это простейшие срочные меры, необходимые для спасения жизни и здоровья пострадавшим при повреждениях, несчастных случаях и внезапных заболеваниях. Имеет своей целью устранение и предупреждение расстройств (кровотечения, асфиксии, судорог и др.), угрожающих жизни пораженных (больных) и подготовку их к дальнейшей эвакуации. Доврачебная помощь оказывается на месте происшествия до прибытия врача или доставки пострадавшего в больницу.

**Первая врачебная помощь** - вид медицинской помощи, включающий комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами (как правило, на этапе медицинской эвакуации) и направленных на устранение последствий поражений (заболевания), непосредственно угрожающих жизни пораженных (больных), а также профилактику осложнений и подготовку пораженных (больных) при необходимости к дальнейшей эвакуации.

**Квалифицированная медицинская помощь** - вид медицинской помощи, включающий комплекс исчерпывающих лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами-специалистами различного профиля, в специализированных лечебных учреждениях с использованием специального оснащения, основными видами специализированной медицинской помощи, оказываемой при различных чрезвычайных ситуациях, является нейрохирургическая, офтальмологическая, травмотологическая, токсикологическая, педиатрическая и др. Бывает терапевтическая и хирургическая.

**Специализированная медицинская помощь** - может быть оказана на самом высоком уровне в условиях специализированных клиник, институтов и академий. Вид медицинской помощи, включающий комплекс исчерпывающих лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами-специалистами различного профиля в специализированных лечебных учреждениях с использованием специального оснащения больным с определенной патологией.

*Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:*

1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

*Формами оказания медицинской помощи являются:*

1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

5. Положение об организации оказания медицинской помощи по видам, условиям и формам оказания такой помощи устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

**3. Первичная медицинская помощь.**

Первая медицинская помощь - комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых непосредственно на месте происшествия или вблизи него в порядке само - и взаимопомощи. Осуществляется людьми, не обязательно имеющими специальное медицинское образование. Уровень первой медицинской помощи не предполагает использования каких-либо специальных медицинских инструментов, лекарств или оборудования. Первая помощь направлена на поддержание жизни пострадавшего (больного) и предупреждение развития осложнений

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) - это ступень первого профессионального контакта, в который индивид или семья вступают при возникновении у них необходимости в помощи или совете. Является первым уровнем контакта населения с национальной системой здравоохранения; она максимально приближена к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны их здоровья. Совокупность медико-социальных и санитарно-гигиенических мероприятий, осуществляемых на первичном уровне контакта отдельных лиц, семьи и групп населения со службами здравоохранения.

**Функции ПСМП:**

1. Наблюдение за здоровьем человека и общества.

2. Наблюдение человека в течении всей жизни, а не только во время болезни.

3. Координация усилий всех служб здравоохранения.

Амбулато́рно-поликлини́ческая помощь - внебольничная медицинская помощь, оказываемая лицам, приходящим на прием к врачу, и на дому. Является наиболее массовой и общедоступной, имеет первостепенное значение для медпомощи населению. Амбулаторно-поликлинические учреждения — ведущее звено в системе организации медико-санитарной помощи; они включают амбулатории и поликлиники, входящие в состав больниц и медико-санитарных частей, самостоятельные городские поликлиники, в т.ч. диспансеры), женские консультации, сельские врачебные амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты.

**4. Организация первичной медицинской помощи.**

Организация оказания ПМСП осуществляется в медицинских и иных организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в том числе индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность. В основе организации ее оказания лежит территориально-участковый принцип, предусматривающий формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом права пациента на выбор врача и медицинской организации.

Первичная медико-санитарная помощь предполагает ее оказание в следующих условиях:

1. Амбулаторно, в том числе:

- в медицинской организации, оказывающей данный вид медицинской помощи, или ее подразделении;

- по месту жительства (пребывания) пациента - при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний в случае вызова медицинского работника или при посещении им пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение), при патронаже отдельных групп населения при выявлении или угрозе возникновения эпидемии инфекционного заболевания, больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, в том числе путем подворных (поквартирных) обходов, осмотров работников и учащихся;

- по месту выезда мобильной медицинской бригады, в том числе для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климатогеографических условий.

2. В условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому.

Организация первичной медицинской помощи по участковому принципу.

***В медицинских организациях могут быть организованы участки:***

- фельдшерский;

- терапевтический (в том числе цеховой);

- врача общей практики (семейного врача);

-комплексный (участок формируется из населения участка медицинской организации с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом врачебной амбулатории, и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими здравпунктами);

- акушерский;

- приписной.

***Обслуживание населения на участках осуществляется:***

- фельдшером фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;

- врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом участковым цехового врачебного участка, медицинской сестрой участковой на терапевтическом (в том числе цеховом) участке;

- врачом общей практики (семейным врачом), помощником врача общей практики, медицинской сестрой врача общей практики на участке врача общей практики (семейного врача).

Типы учреждений, оказывающие ПМСП (в перспективе):

I. Внебольничную помощь:

1.ФАП, сельские врачебные амбулатории; городские врачебные амбулатории;

2. Территориальные поликлиники (в городах);

3. Станции и подстанции скорой медицинской помощи;

4. Другие типы учреждений: медико-социальные центры для обслуживания лиц пожилого и старческого возраста, поликлинические реабилитационные центры (одно- и многопрофильные), медико-генетические консультации, консультации "Брак и семья", центры психического здоровья и др.

II. Больничную помощь.

Система больничной ПМСП, в т.ч. социальной, должна включать:

- участковые, районные, городские общепрофильные больницы;

- стационарные реабилитационные центры;

- больницы для хронических больных;

- дома сестринского ухода;

- пансионаты.

**Лекция 2 (1-2). Правовые основы оказания первичной медицинской помощи в РФ.**

***Введение***

Человеческая жизнь очень хрупка. В процессе жизни каждый человек находится в опасности перед наступлением обстоятельств, которые могут самым непосредственным образом отразиться на состоянии его здоровья и привести к утрате средств, для существования. К таким обстоятельствам относятся: болезни, травмы, инвалидность и пр. Они прямо влияют на социальную стабильность общества, поэтому государство принимает на себя определенную долю ответственности за их наступление и создает систему здравоохранения, направленную на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Особое место в системе охраны здоровья граждан занимает оказание первичной медико-санитарной помощи, являющейся наиболее распространенным и одним из основных видов медицинского обслуживания населения.

Первичная медико-санитарная помощь, как один из видов медицинского обслуживания, является непосредственным источником правоотношений, которые регулируются соответствующими нормативно-правовыми актами.

**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 (ФЗ N 5487-1).[1]

Гражданам Российской Федерации (далее РФ) гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с Конституцией РФ, общепризнанными принципами и международными нормами и международными договорами РФ, Конституциями (уставами) субъектов РФ.

Особое место в системе охраны здоровья граждан занимает оказание первичной медико-санитарной помощи (далее ПМСП), являющейся одним из основных видов медицинского обслуживания населения.

Согласно Основам законодательства нашей страны об охране здоровья граждан, ПМСП является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает:

1. Лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний;

2. Медицинскую профилактику важнейших заболеваний;

3. Санитарно-гигиеническое образование;

4. Проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

**Основополагающие принципы организации ПМСП** как основного вида медицинского обслуживания населения изложены в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан, это:

- доступность.

- бесплатность.

- обслуживание по месту жительства.

- обязательность обеспечения комплекса медицинских мероприятий:

лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и др. неотложных состояний; медицинская профилактика важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам.

Совокупность нормативных актов, определяющих организационные, структурные, общеправовые отношения при оказании лечебно-профилактической помощи людям, проведении санитарно–противоэпидемиологических мероприятий и иных действий, связанных с деятельностью по охране здоровья, образует самостоятельную отрасль права – **медицинское право.**

***Предметом*** медицинского права являются правоотношения при осуществлении лечебно-профилактической, санитарно-гигиенической деятельности и нормативно-правовые акты, определяющие правовой статус участников этих отношений. ПМСП, как один из видов медицинского обслуживания, является непосредственным источником правоотношений, которые регулируются соответствующими нормативно-правовыми актами.

Выделяют три субъекта медицинского права: медицинскую организацию (учреждение), медицинского работника и пациента. При этом медицинская организация, обеспечивая процесс оказания медицинской помощи, предоставляет для этой цели помещение, оборудование, аппаратуру, инструментарий, расходные материалы, медикаменты - все то, без чего невозможно оказание квалифицированной медицинской помощи и что поэтому является неотъемлемой частью существа этой услуги. Таким образом, медицинская организация является субъектом предоставления медицинской помощи. Субъектом оказания помощи является медицинский работник высшего или среднего звена, обладающий профессиональными знаниями. Вместе с тем, нужно отметить, что функции медицинской организации и собственно врача может совмещать одно лицо, например, частнопрактикующий врач. Пациент же является субъектом получения медицинской помощи.

Таким образом, правоотношения при ПМСП представляют собой возникающие на основе правовых норм связи трех субъектов медицинского права, которые характеризуются наличием у них определённых юридических прав и обязанностей в сфере медицинской деятельности.

Регулирование правоотношений в сфере оказания ПМСП осуществляется при помощи комплексного использования двух различных методов медицинского права.

1.3. Источники правового регулирования оказания ПМСП.

1.3.1. Понятие и классификация источников медицинского права.

**Источники медицинского права** — это способ внешнего закрепления правовых норм, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности (и в сфере оказания ПМСП в частности). Различают следующие основные формы (источники) права: **правовой обычай** – санкционированное государством правило поведения, которое сложилось в обществе в результате его многократного и длительного применения; **юридический прецедент** (судебная практика) – судебное или административное решение по конкретному юридическому делу, которому государство придает общеобязательное значение; **нормативно-правовой акт** – это акт правотворчества, в котором содержатся нормы права.

***Источники медицинского права***

Правовые основы оказания ПМСП устанавливаются:

1. Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.» (далее закон об охраны здоровья).

2. Положение об организации оказания ПМСП взрослому населению, утверждённым приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012г. №543н.

Вопросы оказания ПМСП гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг, урегулированы приказом Минздравсоцразвития Р.Ф. от 22.11.2004 г. №255.

Круг источников медицинского права многообразен. Отражая развитие отрасли, он постоянно расширяется. Законы РФ принимаются Государственной Думой при условии последующего одобрения Советом Федерации. Вне пределов совместного ведения субъекты РФ правомочны принимать законы и иные нормативные правовые акты, которые не могут противоречить федеральным законам.

Возглавляет систему законодательства в этой сфере Конституция Российской Федерации 1993 г. В ч.1 ст.41 Конституции РФ признается право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь в соответствии с Всеобщей декларацией прав человека (ст. 25) и Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах (ст. 12).

Центральный правовой акт в сфере здравоохранения, составляющий первый (после Конституции РФ) уровень медицинского законодательства – Основы законодательства об охране здоровья граждан, принятые в 1993 г., с последующими изменениями и дополнениями[5]. В этом документе определены основные принципы охраны здоровья, основы организации и руководства здравоохранением, гарантии осуществления медико-социальной помощи, обязанности и права медицинских и фармацевтических работников, определены виды медицинских экспертиз, ответственность за причинение вреда здоровью.

**Второй уровень** законодательства об охране здоровья граждан - специальные федеральные законы, непосредственно регулирующие важнейшие направления в этой сфере. На данный момент федеральный срез собственно медицинского законодательства составляют около полутора десятков законодательных актов. Кодекс законов об охране здоровья включает в себя следующие блоки: надзорные законы; законы профилактической направленности; законы, определяющие права и ответственность медицинских работников; законы, регулирующие финансирование здравоохранения; законы, регулирующие отдельные виды медицинской деятельности.

**Третий уровень** законодательства в области охраны здоровья граждан образуют законы, принимаемые субъектами РФ. Конституция России (ст.76) предусмотрела право субъектов РФ осуществлять законодательную деятельность по предметам совместного ведения и вне предметов ведения РФ. В соответствии с п. «ж» ч.1 ст.72 Конституции лишь координация вопросов здравоохранения является предметом совместного ведения. А в исключительном ведении РФ находятся вопросы охраны здоровья граждан, которые связаны с производством и порядком использования наркотических средств и ядовитых веществ (п. «м» ст.71), а также установление основ федеральной политики и федеральные программы в области социального развития (п. «е» ст.71).

Государство на конституционном уровне гарантирует своим гражданам право на получение бесплатной качественной и доступной медицинской помощи. Согласно Конституции РФ (ч.1 ст. 41) признается право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь в соответствии с Всеобщей декларацией прав человека (ст. 25) и Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах (ст. 12). В ст. 41 так же говорится о том, что медицинская помощь (в том числе и такой её вид как ПМСП) в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

Право граждан РФ на охрану здоровья также гарантируется на первом уровне медицинского законодательства (ФЗ N 5487-1).[6] В ст.17 данного закона говорится о том, что граждане РФ обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это право обеспечивается рядом мероприятий (охраной окружающей среды, созданием благоприятных условий труда, быта и др.), в перечень которых входит и предоставлением населению доступной медико-социальной помощи. Причем реализация данного права должна осуществляется независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. Гражданам РФ, находящимся за ее пределами, согласно данного закона, также гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами РФ.

В ст. 20 данного закона утверждается право граждан РФ на медико-социальную помощь. В статье сформулированы виды оказываемой медицинской помощи (профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная, протезно-ортопедическая, зубопротезная), условия ее оказания (заболевания, утрата трудоспособности и в иные случаи). Осуществление ее согласно закону должно происходить в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

**Лекция №3.Профилактика неинфекционных заболеваний**

План

1. Обзор неинфекционных заболеваний.

2. Группы риска.

3. Факторы риска развития неинфекционных заболеваний.

4. Значение профилактической направленности медицины.

5. Примерная схема динамического наблюдения за лицами с факторами риска.

6. Деятельность ВОЗ в профилактики неинфекционных заболеваний.

Болезнь - это комплекс защитных, приспособительных реакций организма в ответ на его повреждения (внутренних и внешних), результат взаимодействия повреждающих факторов и адаптационных возможностей организма, проявляющихся в повышении активности защитных реакций. В связи с чем, все заболевания имеют латентный или скрытый период, который часто носит название «предболезнь». При хронических заболеваниях этот период нередко растягивается на многие годы, а в развившейся во всей полноте клинике соответствует морфологически мало обратимому процессу. Это наблюдается при хроническом бронхите, бронхиальной астме, ИБС, гипертонической болезни, сахарном диабете и др. В связи с этим актуальным становится изучение факторов риска развития заболеваний, раннее активное выявление проявлений болезни (особенно в латентном периоде), проведение профилактических мероприятий, препятствующих действию на организм факторов риска возникновения заболеваний.

Неинфекционные заболевания (НИЗ), известные также как хронические болезни, не передаются от человека человеку. Они имеют длительную продолжительность и, как правило, медленно прогрессируют. Четырьмя основными типами неинфекционных заболеваний являются сердечно-сосудистые болезни (такие как инфаркт и инсульт), онкологические заболевания, хронические респираторные болезни (такие как хроническая обструктивная болезнь легких и астма) и диабет.

НИЗ уже сейчас непропорционально поражают страны с низким и средним уровнем дохода, где происходит около 75% всех случаев смерти от НИЗ, то есть 28 миллионов.

**1. Обзор неинфекционных заболеваний**

Ежегодно от неинфекционных заболеваний (НИЗ) умирает 38 миллионов человек. Около 75% - 28 миллионов случаев смерти от НИЗ происходит в странах с низким и средним уровнем дохода.

Шестнадцать миллионов людей, умирающих от НИЗ, входят в возрастную группу до 70 лет. 82% этих случаев преждевременной смерти происходит в странах с низким и средним уровнем дохода.

Сердечно-сосудистые заболевания приводят к большинству случаев смерти от НИЗ - ежегодно от них умирает 17,5 миллионов человек. За ними следуют онкологические заболевания (8,2 миллиона), респираторные болезни (4 миллиона) и диабет (1,5 миллиона).(1)

На эти 4 группы болезней приходится примерно 82% всех случаев смерти от НИЗ.

Употребление табака, недостаточная физическая активность, вредное употребление алкоголя и нездоровое питание увеличивают риск заболевания и смерти от НИЗ.

**2. Группы риска**

НИЗ распространены во всех возрастных группах и всех регионах. Эти заболевания часто связывают с пожилыми возрастными группами, но фактические данные свидетельствуют о том, что 16 миллионов людей, умирающих от НИЗ, входят в состав возрастной группы до 70 лет. 82% этих случаев преждевременной смерти происходит в странах с низким и средним уровнем дохода. Дети, взрослые и пожилые люди -- все уязвимы перед факторами риска, способствующими развитию неинфекционных заболеваний, такими как нездоровое питание, недостаточная физическая активность, воздействие табачного дыма или вредное употребление алкоголя.

На развитие этих заболеваний влияют такие факторы, как старение, быстрая незапланированная урбанизация и глобализация нездорового образа жизни. Например, глобализация такого феномена, как нездоровое питание, может проявляться у отдельных людей в виде повышенного кровяного давления, повышенного содержания глюкозы в крови, повышенного уровня липидов в крови, излишнего веса и ожирения. Эти состояния называются промежуточными факторами риска, которые могут приводить к развитию сердечнососудистого заболевания.

**3. Факторы риска развития неинфекционных заболеваний**

I. Изменяемые поведенческие факторы риска:

Употребление табака, недостаточная физическая активность, нездоровое питание и вредное употребление алкоголя повышают риск развития НИЗ.

1. Ежегодно табак приводит почти к 6 миллионам случаев смерти (включая воздействие вторичного табачного дыма) и, по прогнозам, это число возрастет к 2030 году до 8 миллионов случаев.

2. Около 3,2 миллиона ежегодных случаев смерти могут быть связаны с недостаточной физической активностью.

3. Половина из 3,3 миллиона ежегодных случаев смерти от вредного употребления алкоголя происходит в результате НИЗ.

4. 1,7 миллиона ежегодных случаев смерти от сердечно-сосудистых причин в 2010 году связывались с чрезмерным потреблением соли/натрия.

II. Метаболические/физиологические факторы риска:

Такие формы поведения приводят к четырем метаболическим/физиологическим изменениям, повышающим риск развития НИЗ, таким как повышенное кровяное давление, излишний вес/ожирение, гипергликемия (высокие уровни глюкозы в крови) и гиперлипидемия (высокие уровни жира в крови).

С точки зрения обусловленного числа случаев смерти основным фактором риска развития НИЗ в глобальных масштабах является повышенное кровяное давление (с ним связано 18% глобальных случаев смерти). За ним следуют излишний вес и ожирение и повышенное содержание глюкозы в крови. В странах с низким и средним уровнем дохода наблюдается самый быстрый рост числа детей раннего возраста с излишним весом.

**Основные факторы риска неинфекционных заболеваний.**

- избыточная масса тела;

- значительный дефицит веса;

- нарушение режима питания, пищевого поведения;

- физическое и психическое перенапряжение (частые стрессовые ситуации, ночные смены и т. д.)

- курение;

- чрезмерное употребление алкоголя;

- гиподинамия;

- деформация грудной клетки;

- дислипидемия;

- проживание в эндемичном очаге по зобу;

- частые заболевания органов дыхания;

- наследственная отягощённость по сахарному диабету;

- факторы риска рака молочной железы;

- факторы риска рака желудка;

- факторы риска заболевания раком лёгкого;

- химические факторы, пыль;

- физические факторы - шум, вибрация.

**4. Значение профилактической направленности медицины**

Профилактика возникновения заболеваний, формирование культуры здоровья у населения являются важной составляющей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих первичную медицинскую помощь. Снижение уровня заболеваемости населения возможно в случае, если профилактическое направление деятельности учреждений ПМСП будет составлять около 80% времени.

**5. Примерная схема динамического наблюдения за лицами с факторами риска**

**Избыточная масса тела** - риск поражения сердечно - сосудистой системы (ИБС, гипертензия)

- риск развития сахарного диабета;

- риск развития заболеваний пищеварительной, костно-мышечной систем;

- риск развития онкологических заболеваний;

***Рекомендуется:***

- осмотр терапевта, диетолога, эндокринолога, гастроэнтеролога, онколога;

- проведение исследований: холестерин, липопротеиды, сахар крови, анализ крови и мочи, рентгенография суставов.

- лечебно - оздоровительные мероприятия:

а) диетотерапия с ограничением употребления углеводов, животных жиров,

б) повышение физической активности, занятия физкультурой;

в) применение лекарственных средств, понижающих аппетит и уменьшающих всасывание жиров.

**Значительный дефицит веса** - риск поражения эндокринной системы;

- риск развития заболеваний органов пищеварения;

- риск развития депрессии;

- частые простудные заболевания( поражение иммунной системы)

***Рекомендуется:***

- осмотр терапевта, диетолога, эндокринолога, гастроэнтеролога, невролога.

- проведение исследований: общий анализ крови и мочи, ФГДС.

- лечебно-оздоровительные мероприятия:

а ) диетотерапия - высококалорийное питание,

б) занятия физкультурой,

в) лечение заболеваний ЖКТ,

**Физическое и психическое перенапряжение** - риск развития болезней сердечно-сосудистой системы;

- нервной системы;

- пищеварительной системы.

***Рекомендуется:***

- осмотр терапевта, невролога, кардиолога, психотерапевта

- проведение исследований: общий анализ крови и мочи, сахар крови, холестерин и липопротеиды, ЭКГ.

- лечебно-оздоровительные мероприятия:

а) здоровый образ жизни;

б) занятие физкультурой;

в) режим питания;

г) витамины.

**Курение** - риск развития заболеваний органов дыхания;

- заболеваний сердца и сосудов;

-заболеваний пищеварительного тракта;

- инсультов

***Рекомендуется:***

- осмотр терапевта, отоларинголога, пульмонолога, невролога;

-проведение исследований: общий анализ крови и мочи, флюорография, исследование функции внешнего дыхания.

-лечебно-оздоровительные мероприятия:

а) санитарно-просветительная работа о вреде курения;

б) занятия физкультурой;

в) психотерапия;

г) рефлексотерапия;

**Чрезмерное употребление алкоголя** - развитие заболеваний

- нервной системы (инсульты),

- органов пищеварения;

- заболеваний сердца и сосудов (внезапная смерть),

- мочеполовой системы.

***Рекомендуется:***

- осмотр терапевта, нарколога, невролога, психотерапевта;

- проведение исследований: общий анализ крови и мочи, трансаминазы крови, билирубин, ЭКГ, УЗИ брюшной полости, ФГДС

-лечебно-оздоровительные мероприятия:

а) санитарно - просветительная работа по борьбе с употреблением алкоголя,

б) получение наркологической помощи,

в) психотерапевтическая помощь,

г) занятия физкультурой.

**Гиподинамия** - риск развития заболеваний: сердца и сосудов, нервной системы, эндокринной системы, костно-мышечной системы

***Рекомендуется:***

- осмотр терапевта, эндокринолога, невролога, методиста ЛФК,

- проведение исследований: анализ крови и мочи, ЭКГ,

- лечебно-оздоровительные мероприятия,

а) увеличение физических нагрузок - ходьба, плавание, катание на лыжах, танцы и т. д.

**Деформация грудной клетки** - риск развития заболеваний органов дыхания

***Рекомендуется:***

- осмотр терапевта, пульмонолога;

- проведение исследований: анализ крови и мочи, ЭКГ, спирография, рентгенография;

- лечебно-оздоровительные мероприятия:

а) здоровый образ жизни,

б) расширение двигательной активности,

в) лечебная дыхательная гимнастика.

**Проживание в эндемическом очаге по зобу** - риск развития заболеваний щитовидной железы

***Рекомендуется:***

- неинфекционный риск наблюдение диспансеризация,

- осмотр терапевта, эндокринолога,

- проведение исследований: анализ крови и мочи, УЗИ щитовидной железы, гормоны щитовидной железы;

- лечебно-оздоровительные мероприятия:

а) здоровый образ жизни;

б) включение в рацион питания продуктов, содержащих йод.

**Наследственная отягощённость по сахарному диабету** - развитие поражения поджелудочной железы.

***Рекомендуется:***

- осмотр терапевта, эндокринолога,

- проведение исследований: анализ крови и мочи, глюкоза крови, гликированный гемоглобин, определение толерантности к глюкозе, амилаза крови, УЗИ поджелудочной железы;

- лечебно - оздоровительные мероприятия:

а) здоровый образ жизни;

б) рациональное питание;

в) повышение физической активности.

**Факторы риска рака молочной железы**

***Рекомендуется:***

- осмотр маммолога, гинеколога,

- проведение исследований: анализ крови и мочи, УЗИ молочной железы, маммография, онкомаркёры;

- лечебно-оздоровительные мероприятия:

а) здоровый образ жизни;

б) лечение воспалительных процессов молочной железы и гениталий;

в) гигиена половой жизни;

г) рождение детей и грудное вскармливание их.

**6. Деятельность ВОЗ в профилактики неинфекционных заболеваний**

План действий для проведения глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2008-2013 гг. предоставляет государствам-членам, ВОЗ и международным партнерам рекомендации в отношении принятия в мер для борьбы с НИЗ.

ВОЗ также принимает меры, направленные на уменьшение факторов риска, связанных с НИЗ.

Под руководством ВОЗ более 190 стран в 2011 году достигли согласия в отношении глобальных механизмов для снижения бремени предотвратимых НИЗ, включая Глобальный план действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 годы. Этот план направлен на сокращение числа случаев преждевременной смерти от НИЗ на 25% к 2025 году с помощью 9 добровольных глобальных целей. Эти 9 целей, в частности, предусматривают борьбу с такими факторами, как употребление табака, вредное употребление алкоголя, нездоровый режим питания и недостаточная физическая активность, которые увеличивают риск развития этих заболеваний у человека.

В плане предлагается ряд наиболее выгодных или экономически целесообразных и высокоэффективных мер для достижения 9 добровольных глобальных целей, таких как введение запрета на все виды рекламы табака и алкоголя, замена трансжиров полиненасыщенными жирами, расширение и защита практики грудного вскармливания, а также профилактика рака шейки матки с помощью скрининга.

В 2015 году страны приступят к установлению национальных целевых ориентиров и оценке достигнутого прогресса в отношении базовых показателей 2010 года, указанных в "Докладе о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014 год". Генеральная Ассамблея ООН проведет в 2018 году третье совещание высокого уровня по НИЗ для рассмотрения прогресса в достижении странами добровольных глобальных целей к 2025 году.

Мы живем в переходном периоде становления общества, когда проблем всегда больше, чем при стабильной жизни.

Неинфекционные заболевания в 30% случаев приводят к первичной инвалидности взрослого населения. Сегодня на ожидаемую продолжительность жизни влияют не уровень детской смертности, как это было в первой половине минувшего столетия, а смертность взрослого населения от неинфекционных заболеваний.

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются основной причиной смерти в мире. Четыре основные группы неинфекционных заболеваний -- сердечнососудистые заболевания, рак, хронические заболевания легких и диабет -- приводят к смерти каждых трех из пяти людей. Однако случаи преждевременной смерти от НИЗ можно предотвращать путем активного привлечения не только организаций здравоохранения, но и других. Благодаря эффективным действиям будут спасены человеческие жизни и предотвращены страдания многих людей.

**Лекция 4. Диспансеризация**

**План.**

1. Диспансеризация населения.

2. Этапы диспансеризации.

3. Профилактические медицинские осмотры.

 **1. Диспансеризация населения**

Диспансеризация населения предусматривает систему охраны здоровья населения, заключающуюся в активном наблюдении за здоровьем разных его контингентов с учетом условий их труда и быта, обеспечении их правильного физического развития, предупреждении заболеваний путем проведения соответствующих социальных, санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий.

Поскольку диспансеризация вносит изменения в характер и организационные формы здравоохранения, сформулированы основные понятия диспансерной системы здравоохранения. **Основу диспансерной системы здравоохранения составляют** постоянное динамическое наблюдение за состоянием здоровья населения, активное выявление заболеваний на ранней стадии и своевременное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий во всех типах лечебных учреждений, а также реализация комплекса социально-экономических, медицинских и технических мер, направленных на улучшение состояния окружающей среды, условий труда и быта.

**Ежегодные диспансерные осмотры населения** - активное медицинское обследование разных групп населения врачами одной или нескольких специальностей.

**Цель диспансеризации** - сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности жизни людей.

Методы диспансеризации здоровых лиц и больных едины. Диспансеризация здоровых лиц должна обеспечить правильное физическое развитие, укрепление здоровья, выявление и устранение факторов риска возникновения различных заболеваний, предупреждать обострение процесса и его прогрессирование на основе динамического наблюдения и проведения лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

**Задачи диспансеризации:**

• оценка состояния здоровья человека при ежегодных осмотрах;

• дифференцированное наблюдение за здоровыми лицами, имеющими факторы риска, и больными;

• выявление и устранение причин, вызывающих заболевание зубов, борьба с вредными привычками;

• своевременное и активное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий;

• повышение качества и эффективности медицинской помощи населению путем взаимосвязи и преемственности в работе всех типов учреждений, широкое участие врачей различных специальностей, внедрение новых организационных форм, технического обеспечения, создание автоматизированных систем для осмотров населения с разработкой специальных программ.

В России проводится диспансеризация всего детского населения. Особенность диспансеризации детей состоит в том, что борьба за здоровье ребенка начинается до его рождения путем внедрения дородового патронажа. Наблюдение за детьми осуществляется в дошкольных, школьных и других детских коллективах (школы-интернаты, специальные детские сады и др.).

В комплексе мероприятий по охране здоровья детей большое значение имеет антенатальная профилактика.

Диспансеризацию детей первых 3 лет жизни проводят врачи-педиатры в дошкольных учреждениях или в поликлиниках по месту жительства. Частота осмотров определяется возрастом детей.

Для эффективной и качественной диспансеризации необходимы активное выявление больных на начальных стадиях заболевания, раннее и своевременное проведение лечебных и профилактических мероприятий, направленных на восстановление здоровья и трудоспособности, систематическое наблюдение за состоянием здоровья человека.

**2. Этапы диспансеризации**

Диспансеризация населения включает в себя **2 этапа.**

**Первый этап** диспансеризации (скрининг) проводится с целью первичного выявления и отбора граждан  с подозрением на наличие заболеваний и включает в себя:

– опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития.

– антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии, расчет индекса масса тела);

– измерение артериального давления, тонометрию глаз (для граждан 39 лет и старше), определение общего холестерина крови  и глюкозы крови  экспресс методом (допускается лабораторный метод); ЭКГ в покое (всем в 21 год, далее для мужчин в возрасте старше 35 лет, для женщин в возрасте 45 и старше); осмотр гинеколога с взятием мазка с шейки матки на проведение цитологического исследования; флюорография легких; маммография (для женщин с 39 лет и старше; клинический анализ крови, анализ крови биохимический, общий анализ мочи. исследования кала на скрытую кровь (для лиц с 45 лет и старше), определение (простат-специфического) антигена в крови (для мужчин старше 50 лет), УЗИ органов брюшной полости (для лиц в возрасте 45,51,57,63 и 69 лет).

– профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога (для лиц в возрасте 51,57,63 и 69 лет).

– прием (осмотр) врача-терапевта, участкового  врача общей практики (семейного врача) здоровых лиц и лиц с определившимся диагнозом заболевания, не требующих дообследования  на втором этапе диспансеризации, определение группы здоровья и динамического диспансерного наблюдения у лиц, не требующих дообследования и уточнения диагноза.

**Второй этап**  диспансеризации (дообследование и уточнение диагноза заболевания, проведение углубленного профилактического консультирования).

– эзофагогастродуоденоскопия (для лиц в возрасте старше 50 лет при наличии выявленных при анкетировании «гастродуоденальных» жалоб и отягощенной наследственности по онкологическим заболеваниям эзофагогастральной зоны)

– осмотр (консультация) офтальмолога, невролога, хирурга-уролога

– направление пациента по выявленным показаниям в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь и на санаторно-курортное лечение, индивидуальное или профилактическое консультирование групповое (школа здоровья) в отделении медицинской профилактики и центрах здоровья.

При выявлении у гражданина в процессе диспансеризации медицинских показаний к проведению исследований, осмотров и процедур, не входящих в объём обследования при проведении диспансеризации, они назначаются и выполняются в соответствии с порядками стандартами оказания медицинской помощи по профилю выявленной или подозреваемой патологии.

**3. Профилактические медицинские осмотры**

Профилактические осмотры указаны как приоритет профилактики в сфере охраны здоровья в [пункте 4 статьи 12 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](http://docs.cntd.ru/document/902312609) (далее - закон N 323-ФЗ): "проведение профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации". Детально раскрыты в [статье 46](http://docs.cntd.ru/document/902312609).

Профилактический медицинский осмотр в отличие от диспансеризации включает меньший объем обследования, проводится за один этап, одним врачом-терапевтом участковым в любом возрастном периоде взрослого человека по его желанию.

Частота проведения периодических медицинских осмотров определяется приложениями 1 и 2 к приказу Минздравмедпрома России № 90, но должна быть не реже, чем один раз в два года. Лица, не достигшие возраста 21 года, проходят периодические медицинские осмотры ежегодно (Трудовой кодекс РФ, ст. 213). В соответствии с порядком частота проведения периодических медицинских осмотров зависит от определённых типов вредных и опасных производственных факторов воздействующих на работника или видами выполняемых работ. Поэтому периодические осмотры проводятся не реже, чем в сроки указанные в Перечне работ и Перечне факторов.

Различают три вида профилактических медицинских осмотров:

**а) предварительный** - проводится лицам, поступающим на работу или учебу с целью определения соответствия (пригодности) рабочих и служащих выбранной ими работе и выявлении заболеваний, которые могут явиться противопоказанием для работы в данной профессии.

**б) периодический** - проводится по плану в установленные сроки с определенным объемом исследований и определенной кратностью отдельным контингентом населения с целью раннего выявления заболеваний.

**в) целевой** - проводится с целью раннего выявления больных отдельными заболеваниями (туберкулезом, злокачественными новообразованиями, венерическими болезнями и т.д.)

Метод медицинских осмотров не может служить единственным источником изучения заболеваемости населения, поскольку дает представление о наличии заболеваний лишь на момент осмотра, к тому же он трудоемок и вынуждает ограничить численность изучаемой популяции. Результаты метода могут быть субъективны, т.к. зависят от специальности, квалификации врача, цели и уровня организации обследования, оснащенности диагностическими средствами. Но вместе с тем он позволяет дополнить материалы о заболеваемости населения по данным обращаемости.

Профилактические медицинские осмотры позволяют определить **группу здоровья:**

**а) I группа** – здоровые;

**б) II группа** – практически здоровые;

**в)** **III группа** – больные (имеющие хронические заболевания и нуждающиеся в лечении).

**Лекция №5. Профилактика инфекционных заболеваний.**

План.

1. Проведение противоэпидемических мероприятий.

2. Санитарно-гигиеническое обучение и воспитание населения.

3. Первичная медицинская помощь.

4. Организация первичной медицинской помощи.

1. **Противоэпидемические мероприятия** – это вся совокупность обоснованных на данном этапе развития науки рекомендаций, обеспечивающих предупреждение инфекционных заболеваний среди отдельных групп населения, снижение заболеваемости совокупного населения и ликвидацию отдельных инфекций.

Противоэпидемические мероприятия воздействуют на один или несколько звеньев эпидемиологической триады и группируются в соответствии с этим. Выделяют группы противоэпидемических мероприятий, воздействующих на:

1. источник инфекции – клиникодиагностические, изоляционные, лечебные, ограничительные (режимно-ограничительные);
2. механизм передачи – санитарно-гигиенические, дезинфекционные, дезинсекционные;
3. восприимчивость организма – иммунопрофилактика, иммунокоррекция, экстренная профилактика.

Дополнительные подходы к группировке предполагают выделение следующих групп противоэпидемических мероприятий:

* мероприятия, требующие противоэпидемических средств или лекарственных средств – лечение, дератизация, дезинфекция, дезинсекция, иммунокоррекция, иммунопрофилактика, экстренная профилактика;
* мероприятия, не требующие противоэпидемических средств или лекарственных средств – изоляция, режимноограничительные, санитарноветеринарные, санитарногигиенические;
* диспозиционные мероприятия (предупреждающие заболевание в случае заражения) – иммунокоррекция, иммунопрофилактика, экстренная профилактика;
* экспозиционные мероприятия (предупреждающие заражение) – изоляция, лечение, режимноограничительные, санитарноветеринарные, санитарногигиенические, дератизация, дезинфекция, дезинсекция);
* профилактические мероприятия – предупреждающие формирование эпидемического варианта возбудителя; мероприятия, проводимые в эпидемических очагах – предупреждающие распространение эпидемического варианта возбудителя.

**Критерии выбора противоэпидемических мероприятий**

Противоэпидемические мероприятия проводятся комплексно, но в сочетании с выбором главных мероприятий для конкретной эпидемической обстановки. Существуют три взаимосвязанных критерия выделения главных мероприятий в профилактике инфекционных заболеваний и борьбе с ними.

* **Первый критерий – особенности эпидемиологии отдельных групп и нозологических форм инфекционных болезней**, предопределяющий возможные причины и условия развития эпидемического процесса.

Так группа инфекций с **аэрозольным механизмом передачи** характеризуется, как правило, обилием источников возбудителя, в том числе с бессимптомными проявлениями инфекции, а также высокой активностью механизма передачи. Основой профилактики заболеваний этой группы являются соответственно диспозиционные мероприятия, а сама проблема антропонозных инфекций с аэрозольным механизмом передачи обоснованно рассматривается как иммунологическая.

Главными **в профилактике кишечных антропонозных инфекций** являются экспозиционные мероприятия, а проблему кишечных антропонозов справедливо называют в основном гигиенической проблемой.

Решение проблемы **зоонозов**, при которых источником инфекции для человека являются домашние животные, определяется санитарно-ветеринарными мероприятиями.

При **зоонозах домашних животных** наиболее радикальная мера – их уничтожение. В отдельных случаях, если речь идет о высокоценных породах животных, прибегают к лечению или созданию специальных хозяйств для содержания и санации пораженного скота. Наряду с обеззараживанием источников инфекции проводят мероприятия по уничтожению эктопаразитов – переносчиков возбудителей. При зоонозах такие меры проводит ветеринарная служба, предоставляющая соответствующую информацию санитарно эпидемиологической службе.

При **зоонозах диких животных (природноочаговых болезнях)** основные мероприятия направлены на истребление либо уменьшение плотности популяции (иногда на больших территориях, особенно при обнаружении чумы, бешенства и др.). Эти мероприятия дорогостоящи, их проводят по эпидемиологическим или эпизоотологическим показаниям специализированные учреждения здравоохранения и ветеринарной службы.

Профилактика природноочаговых инфекций основывается на экспозиционных, а в условиях высокого риска заражения – на диспозиционных мероприятиях.

Первый критерий позволяет лишь в общих чертах определить главные направления противоэпидемических мероприятий применительно к той или иной структуре инфекционной заболеваемости населения. Конкретизация же мероприятий производится на основании других критериев.

* **Второй критерий выбора главных мероприятий – конкретные причины и условия развития эпидемического процесса**.

Эпидемический процесс развивается стохастически. Каждая эпидемическая ситуация определяется особым конкретным сочетанием множества разнородных и разнонаправленных факторов. В силу этого не только эпидемический процесс разных инфекций, но и эпидемический процесс одной и той же инфекции в весьма, казалось бы, сходных условиях развивается неодинаково. Своеобразие каждой эпидемической ситуации по характеру обусловивших ее причин и условий определяет невозможность стандартных решений при проведении профилактики инфекционных заболеваний и мероприятий в эпидемических очагах. Исходя из этого, объективная оценка роли отдельных факторов природной и социальной среды в возникновении и распространении инфекционных заболеваний, а также факторов внутреннего развития эпидемического процесса, является отправной при назначении необходимых в конкретной эпидемической обстановке противоэпидемических мероприятий. Такая оценка основывается на результатах эпидемиологической диагностики.

* **Третий критерий**, который используется при выборе главных направлений мероприятий, – это **степень их эффективности и доступности для практического применения.**

**Гигиеническое воспитание и обучение населения. Методы, формы и средства гигиенического воспитания населения**

Гигиеническое воспитание – обучение населения – санитарное просвещение, является одним из главных направлений профилактической медицины и проводится в большей или меньшей степени во всех странах мира.

ВОЗ трактует – это специальная область медицинской науки и здравоохранения, которая формирует знания и поведение, направленные на обеспечение здоровья человека, коллектива, общества.

**Задачи санитарного просвещения – убедить человека:**

1. Принимать решения, направленные на улучшение индивидуального и коллективного здоровья и условий окружающей среды.

2. Научиться здоровому образу жизни и соблюдать его.

3. Использовать находящиеся в его распоряжении службы здравоохранения.

По данным ВОЗ здоровье населения зависит более чем на 50% (47-55%) от образа и условий жизни. Ведущая роль – от образа жизни. Образ жизни непосредственно влияет на здоровье, тогда как, социальные условия опосредованно, через образ жизни – деятельность, поведение, психологическую обстановку и другие проявления образа жизни.

**ЗОЖ (здоровый образ жизни)**– это повседневное поведение людей, направленное на улучшение и сохранение здоровья, повышение защитных сил организма, и в конечном итоге продолжительности жизни, полноценное выполнение человеком его социальных функций.

Особенно важной стороной образа жизни является **медицинская активность** – поведение человека по отношению к своему здоровью, выполнение медицинских рекомендаций, гигиеническая и медицинская грамотность.

**Гигиеническое воспитание** – это **средство охраны и улучшения** здоровья, a не просто **пассивное знание гигиенических правил.** С его помощью здоровье должно формироваться с детства. Важно выработать **гигиенически и медицински грамотную** и **прочную психологическую установку** на рациональное, способствующее здоровью поведение, **на активное формирование ЗОЖ**.

Необходимо изменить **общественное мнение**, **добиться перехода от привычного, зачастую не правильного отношения к ЗОЖ**, формирование которого должно выражаться в привитии и закреплении **навыков, умений и жизненных стереотипов**, охватывающих рациональную организацию труда и отдыха, досуга, питания, физическую активность, личную гигиену, **отказ**от вредных привычек, психологическую, сексуальную и экологическую **грамотность**, формирование здоровой семьи, т.е. в **снижении и нивелировании** факторов риска.

**Убеждение здесь мало эффективно. Усилия медиков**, на которых сейчас возлагается основная обязанность по формированию ЗОЖ у населения, хотя и играют значительную роль в гигиеническом воспитании человека, являются **малоперспективными,** т.к. задача эта **межведомственная.** В решении ее должны участвовать государство, общественные организации. Это важнейшее и обязательное условие формирование ЗОЖ.

Во многих индустриально развитых странах успех в жизни во многом определяется состояние здоровья человека и его заболевание всегда связано с большими материальными затратами.

Культ моложавости и здоровья стал неотъемлемой частью бытия граждан многих стран. Результаты известны – десятки миллионов рядовых американцев расстались с вредными привычками (врачей в США, Германии, Англии, Швеции уже не встретишь курящими), внесли коррективы в рациональное питание, приступили к систематическим занятиям физической культурой. В итоге – снижение показателей смертности, увеличение средней продолжительности жизни до 75-80 лет.

A в нашем обществе **приоритет принадлежит больному человеку**: общественные фонды распределяются, прежде всего, среди больных. Инициатива депутата Госдумы о дополнительном 3-х дневном отпуске тем, кто не болел в течение года и не уходил на больничный лист.

Россияне в современных условиях недостаточно ориентированы на укрепление своего здоровья. На сегодня ~ 12% жителей России регулярно занимаются оздоровлением, физической культурой и спортом, что значительно меньше, чем в большинстве развитых стран мира. В России насчитывается > 30 млн. человек злоупотребляющих спиртными напитками, ~ > 2млн. регулярно принимают наркотики, более 45% или 65 млн. – курильщики.

В решении вопросов охраны здоровья населения особая роль отводится **средним медицинским работникам**. Неотъемлемой составной частью их деятельности, частью специальной, становится сегодня формирование ЗОЖ, сохранение и укрепление здоровья через ЗОЖ, **переориентация** с преимущественно **лечебной на лечебно-профилактическую** деятельность.

По данным немецких ученых, **потенциал поведения в профилактике:** сердечнососудистых заболеваний составляет 60-80%, сахарного диабета – 50-80%.

Наше население не знает, **что значит вести ЗОЖ в социальном и личностном плане.** Человек не ощущает своего здоровья, не знает величины его резервов, заботу о нем откладывает на потом, к выходу на пенсию или на случай болезни**. К сожалению, нет моды на здоровье.**Многие люди всем своим образом жизни и поведением идут не к здоровью, a от него, т.е. к болезни..

**Перестройку в сознании людей**, в их отношении к здоровью, **медицинским работникам надо начать с себя.**Средние медицинские работники не только словом, но и делом, поступками, всем своим поведением должны агитировать за то, что входит в понятие ЗОЖ.

  Исследования показывают, что только 22,9% (против 32,5% у членов семьи) занимаются утренней гимнастикой, 50,4% - регулярно употребляют алкоголь, 25% своевременно обращаются за медицинской помощью, остальные занимаются самолечением.

**Пропаганду ЗОЖ необходимо осуществлять по 2 главным тематическим направлениям.**

1. Пропаганда факторов, способствующих сохранению здоровья (гигиена труда, отдыха, питания, оптимальный двигательный режим, физкультура и спорт, закаливание, гигиена жилища, быта, личная гигиена, сексуальная культура, демографическая культура, медицинская активность и др.)

2. Пропаганда профилактики факторов, пагубно влияющих на здоровье (борьба с пьянством, курением, наркоманией и токсикоманией, самолечением, знахарством, увлечением альтернативной медициной).

Получение медицинских и гигиенических знаний зависит от методов и средств гигиенического воспитания.

**Методы, формы и средства гигиенического воспитания населения**

Методы по виду передачи информации:

1. Метод устной пропаганды.

2. Метод печатной пропаганды.

3. Метод изобразительной пропаганды.

Средства.

Метод **устной пропаганды – его средства**: беседы, дискуссии, курсовые занятия, телепередачи.

Метод **печатной пропаганды – средства**: книги, брошюры, санбюллетени, памятки, плакаты, листовки, лозунги.

Метод **изобразительной пропаганды – средства**: выставки, демонстрационный материал, слайды, диафильмы, технические устройства.

**Формы гигиенического воспитания:**

1. Индивидуального воздействия: индивидуальная беседа, индивидуальное консультирование, индивидуальный инструктаж.

2. Воздействия на группу лиц: беседа, беседа за круглым столом, дискуссия, клубы здоровья, игра, курсовое гигиеническое обучение.

3. Массовой коммуникации: лекция, радиопередача, демонстрация фильмов, использование печатных изданий.

**Лекция №6. Социальное партнёрство в профилактической деятельности**

**План**

1. Социальное партнёрство.

2. Сотрудничество в укрепления здоровья и усиление профилактики заболеваний.

3. Профилактические медицинские осмотры.

4. Организация первичной медицинской помощи.

1.

Актуальность здорового образа жизни вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья.

Здоровый образ жизни является предпосылкой для развития всех сторон жизнедеятельности человека, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций. «Здоровье – это ещё не всё, но всё без здоровья – это ничто».

Медицинские работники практически не могут повлиять на социально-экономические факторы или же изменить среду обитания человека. Однако путем пропаганды и обучения населения здоровым привычкам (здоровьесберегающим технологиям) можно пытаться скорректировать образ и стереотипы жизни отдельных лиц или же определенных групп населения.

Основная задача при этом состоит в информировании и обучении определенным навыкам поведения; цель - в повышении ответственности индивидуума за собственное здоровье и изменение мотивации поведения. Подобная работа может проводиться средним медицинским работником самостоятельно и/или совместно с врачом или другим заинтересованным специалистом. Подобная практика совместной деятельности, совместной выработки решений и сбалансированной, разделяемой ответственности между сотрудничающими людьми и подразумевает - социальное партнерство.

Главная задача социальных партнёров – создать условия и убедить население сделать здоровый образ жизни неотъемлемой частью их существования, побудить их более внимательно относиться к своему здоровью.

2.

Привлечение к сотрудничеству для укрепления здоровья и усиления профилактики заболеваний различных предприятий и организаций.

В основе этой деятельности лежит разумное сочетание санитарно-просветительной, профилактической работы, оздоровительных мероприятий, формирование у каждого человека индивидуального сознательного отношения к своему здоровью, здоровью всех членов семьи.

В качестве социальных партнёров для пропаганды здорового образа жизни среди сотрудников различных организаций, в первую очередь служат руководители предприятий.

Порядок и объём проведения профилактических мероприятий и дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных, муниципальных учреждениях различных сфер, субсидируется государством, в соответствии с Приказом № 188 от 22.03.2006г.

Проведение подобных мероприятий в коммерческих организациях проводится за счёт предприятия, в соответствии с нормативами затрат на проведение дополнительной диспансеризации одного работающего гражданина (в размере 500-800 руб).

*Отношение затрат на оказание профилактических медицинских услуг к полученному результату, который определяется по положительному медицинскому, социальному и экономическому балансу в стране и является эффективностью профилактической деятельности.*

Программы профилактики, применяемые для работы в общественных организациях, могут быть: популяционные, групповые и индивидуальные.

Примеры **популяционных** программ. Реклама для привлечения всех желающих к участию в спортивно-массовых мероприятиях. Пропаганда рационального питания, отказа от курения. Публичные советы регулярно измерять артериальное давление.

В некоторых группах населения воздействие факторов риска может быть особенно выражено. Также некоторые группы населения могут быть особенно чувствительны к определенным программам укрепления здоровья. Программы, реализуемые для заданной части населения, называются **групповыми.**

Многие групповые программы реализуются в образовательной среде. Это связано с тем, что дети и подростки наиболее восприимчивы к новой информации и еще не имеют устоявшихся неблагоприятных для здоровья привычек. Подобные программы - введение уроков физической культуры, организация питания школьников и т.д.

Если человек имеет несколько факторов риска, то для него необходимы **индивидуальные программы** профилактики. Например, для человека с избыточной массой тела, артериальной гипертензией могут быть подобраны гипотензивные средства, назначены статины, рекомендована специальная диета и физическая нагрузка.

Если программы профилактики реализуются для здоровых лиц, то их целью является предотвращение развития возможных заболеваний. Подобная профилактика называется первичной. Первичная профилактика чаще всего бывает популяционной и групповой.

Если индивидуум (группа лиц) имеет факторы риска развития тех или иных заболеваний, то программы профилактики должны быть направлены на изменение модели поведения. Такую профилактику принято называть вторичной. Вторичная профилактика не может быть популяционной; она бывает групповой и индивидуальной.

Для лиц, имеющих хронические заболевания, профилактика проводится с целью уменьшения числа рецидивов, их продолжительности, тяжести, замедления сроков прогрессирования заболевания. Это так называемая третичная профилактика. Она бывает только индивидуальной.

При планировании и проведении профилактических программ следует придерживаться следующего алгоритма (Рис. 1.7):



1. Ситуационный анализ. В чем заключается проблема. Какие имеются факторы риска. К развитию какой патологии (каких патологий) могут привести эти факторы риска.

2. Определение целевых групп. Для кого реализуется профилактическая программа. Будет ли она индивидуальной, групповой или популяционной.

3. Определение цели. Что будет достигнуто.

4. Определение задач. Как будет достигаться заданная цель,

5. Определение методов. Какими способами будет реализовываться программа.

6. Оценка эффективности (мониторинг). Как будет оцениваться достижение заданной цели

7. Поиск финансовой поддержки. За счет каких средств будет реализовываться программа

8. Правовые аспекты. Как законодательно регулируется данный вид деятельности.

9. Непосредственная реализация конкретной программы

В идеале этот алгоритм в той или иной степени повторяется в процессе реализации программ укрепления здоровья.

**Привлечение к сотрудничеству для укрепления здоровья учебных учреждений**

Известно, что одним из эффективных методов реализации программ укрепления здоровья является реализация обучающих и психологических программ по проблемам, связанным со здоровьем, в учебных учреждениях. С одной стороны, это связано с тем, что здоровый образ жизни предполагает формирование целого ряда привычек и стереотипов в поведении, которые легче правильно выработать в детском и подростковом возрасте, чем в дальнейшем исправлять во взрослом.

С другой стороны, через образовательную среду проходят практически все дети и подростки на территории Российской Федерации.

Школьные программы укрепления здоровья должны быть комплексными (Рис. 1.8) и включать в себя информирование, обучение, воспитание, мониторинг, формирование здорового образа жизни. В зависимости от содержания и задач программы в нее могут входить те или иные компоненты.



Обязательной составляющей профилактических программ является развитие личностных ресурсов и поведенческих навыков, следовательно, возникает необходимость в участии психологов в подобных программах.

Планируя и проводя образовательные программы по формированию здорового образа жизни школьников, необходимо привлекать к ним не только сверстников, но и родителей и других значимых взрослых.

Любые программы профилактики неэффективны без изменения окружающей школьников среды (Рис. 1.9). Если не изменить окружение школьников, то оно будет оказывать на них давление. Зачастую это давление негативно и не способствует формированию здорового образа жизни.



Следует помнить, что еще на этапе планирования профилактические программы должны проходить обязательное согласование. Какими бы безобидными ни казались программы формирования здорового образа жизни, все они направлены на изменения стиля поведения детей и подростков и, значит, затрагивают его психологическую сферу.

Педагогический коллектив рассматривает возможность проведения профилактической программы в данном учебном учреждении, выделяет материально-технические средства для реализации профилактической программы (аудитории, часы и т.д.).

3.

**Профилактический медицинский осмотр** – это обязательный вид медицинского обследования, который установлен для определенных предприятий приказом № 302 Н Минздравсоцразвития от 12.04.2011г. Этот приказ со всеми приложениями на сегодняшний день является нормативной базой для проведения профосмотров.

Различают три вида профилактических медицинских осмотров:

**а) предварительный** - проводится лицам, поступающим на работу или учебу с целью определения соответствия (пригодности) рабочих и служащих выбранной ими работе и выявлении заболеваний, которые могут явиться противопоказанием для работы в данной профессии.

**б) периодический** - проводится по плану в установленные сроки с определенным объемом исследований и определенной кратностью отдельным контингентом населения с целью раннего выявления заболеваний.

**в) целевой** - проводится с целью раннего выявления больных отдельными заболеваниями (туберкулезом, злокачественными новообразованиями, венерическими болезнями и т.д.)

4.

ПМСП - основа системы оказания медицинской помощи, включающая мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первичную доврачебную медико-санитарную помощь оказывают фельдшеры, акушеры и другие медицинские работники со средним медицинским образованием.

Первичную врачебную медико-санитарную помощь оказывают врачи-терапевты, в том числе участковые, врачи-педиатры, в том числе участковые, и ВОП [врачи общей (семейной) практики].

Первичную специализированную медико-санитарную помощь оказывают врачи-специалисты, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в том числе ВМП.

ПМСП оказывают в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

Ниже перечислены основные медицинские учреждения, в которых оказывают ПМСП:

•   поликлиники (взрослые, детские, стоматологические);

•   женские консультации;

•   центры общей врачебной (семейной) практики;

•   диспансеры.

**Основные принципы оказания первичной медико-санитарной помощи**

ПМСП - самый массовый вид медицинской помощи, которую получают около 80% всех больных, обращающихся в организации

здравоохранения. Организация деятельности учреждений, оказывающих ПМСП, базируется на 4 основополагающих принципах (рис. 5.1).



**Участковость**

Большая часть учреждений, оказывающих ПМСП, работает по участковому принципу: за ними закреплены определенные территории, которые, в свою очередь, разделены на территориальные участки. Участки формируют в зависимости от численности населения. За каждым из них закреплены участковые врач (терапевт, педиатр) и медицинская сестра. При формировании участков для обеспечения равных условий работы врачей следует учитывать не только численность населения, но и протяженность, тип застройки, удаленность от поликлиники, транспортную доступность и др.

**Доступность**

Реализацию этого принципа обеспечивает широкая сеть амбулаторно-поли-клинических учреждений, действующих на территории Российской Федерации. В 2011 г. в России функционировало более 13 тыс. амбулаторно-поликлиничес-ких учреждений, в которых медицинская помощь была оказана более 50 млн человек. Любой житель страны не должен иметь препятствий для обращения в учреждение, оказывающее ПМСП, как по месту жительства, так и на территории, где в настоящее время находится. Доступность и бесплатность ПМСП населению обеспечивает ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

**Преемственность и этапность лечения**

ПМСП - первый этап единого технологического процесса оказания медицинской помощи «поликлиника — стационар — учреждения восстановительного лечения». Как правило, пациент вначале обращается к участковому врачу поликлиники. В случае необходимости он может быть направлен в консультативно-диагностический центр (КДЦ). диспансер (онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический и др.), больничное учреждение, центр медицинской и социальной реабилитации. Между этими звеньями оказания медицинской помощи должна существовать преемственность, позволяющая исключать дублирование диагностических исследований, ведения медицинской документации, тем самым обеспечивая комплексность профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных. Одним из направлений в достижении этой цели служит внедрение электронной истории болезни (электронного паспорта больного).

**Профилактическая направленность**

Учреждения, оказывающие ПМСП, призваны играть ведущую роль в формировании здорового образа жизни как комплекса мер, позволяющего сохранять и укреплять здоровье населения, повышать качество жизни.

Приоритетное направление деятельности этих учреждений — диспансерная работа. **Диспансеризация**- направление в деятельности медицинских учреждений, включающее комплекс мер по формированию здорового образа жизни, профилактике и ранней диагностике заболеваний, эффективному лечению больных и их динамическому наблюдению.

В профилактической деятельности учреждений, оказывающих ПМСП, выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику.

Диспансерный метод прежде всего используют в работе с определенными группами здоровых людей (дети, беременные, спортсмены, военнослужащие и др.), а также с больными, подлежащими диспансерному наблюдению. В процессе диспансеризации эти контингента берут на учет с целью раннего выявления заболеваний, комплексного лечения, проведения мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

Важное направление профилактической работы учреждений, оказывающих ПМСП, - прививочная работа. Детскому населению профилактические прививки проводят по соответствующему календарю, взрослому - по желанию и показаниям.

Дальнейшее развитие ПМСП должно быть направлено на решение следующих задач:

•   обеспечение доступности этого вида медицинской помощи для всех групп населения, проживающих в любых регионах страны;

•   полное удовлетворение потребности населения в квалифицированной лечебно-профилактической и медико-социальной помощи;

•   усиление профилактической направленности в деятельности учреждений, оказывающих ПМСП;

•   повышение эффективности работы учреждений, оказывающих ПМСП, совершенствование управления;

•   повышение культуры и качества медико-социальной помощи.

**Лекция № 7.Участие медицинской сестры в экспертизе трудоспособности**

**План**

1. Задачи экспертизы трудоспособности.

2. Временная нетрудоспособность.

3. Порядок установления и определения нетрудоспособности.

4. Организация первичной медицинской помощи.

1.

Экспертиза трудоспособности – это медицинское исследование трудоспособности человека, проводимое с целью определения степени и длительности его нетрудоспособности.

Трудоспособность — совокупность физических и духовных возможностей человека (зависящих от состояния его здоровья), позволяющих ему заниматься трудовой деятельностью.

Медицинский критерий трудоспособности — это наличие заболевания, его осложнений, клинический прогноз.

**Основными задачами экспертизы трудоспособности являются:**

- определение возможности данного человека выполнять свои профессиональные обязанности в зависимости от медицинского и социального критериев;

- определение лечения и режима, необходимых для восстановления и улучшения здоровья человека;

- определение степени и длительности нетрудоспособности, наступившей вследствие заболевания, несчастного случая или других причин;

- рекомендация наиболее рационального и полного использования труда лиц с ограниченной трудоспособностью без ущерба для их здоровья;

- выявление длительной или постоянной утраты трудоспособности и направление таких больных на медикосоциальную экспертную комиссию.

2.

Если изменения в состоянии здоровья носят временный, обратимый характер и в ближайшее время ожидается выздоровление или значительное улучшение, а также восстановление трудоспособности, то такой вид нетрудоспособности считается временным.

Временная нетрудоспособность по характеру подразделяется на **полную** или **частичную.**

**Полная нетрудоспособность** — это когда человек вследствие заболевания не может и не должен выполнять никакой работы и нуждается в специальном лечебном режиме.

**Частичная нетрудоспособность** — это нетрудоспособность в своей профессии при сохранении способности выполнения другой работы. Если человек может работать в облегченных условиях или выполнять меньший объем работы, то он считается частично утратившим трудоспособность.

При экспертизе нетрудоспособности врачу иногда приходится встречаться с проявлениями аггравации и симуляции.

**Аггравация** (aggravatio; латин. , aggravo,aggravatum — отягощать, ухудшать) — преувеличение больным симптомов действительно имеющегося заболевания.

При активной аггравации больной принимает меры к ухудшению состояния своего здоровья или затягиванию болезни. При пассивной аггравации он ограничивается преувеличением отдельных симптомов, но не сопровождает их действиями, мешающими проведению лечения.[[3]](http://mirznanii.com/a/153730/ekspertiza-trudosposobnosti%22%20%5Cl%20%22_ftn3)

Патологическая аггравация характерна для психических больных (истерии, психопатии и т. п.), являясь одним из проявлений этих болезней.

**Симуляция** (латин. simulatio — «притворство») — имитация человеком симптомов болезни, которой у него нет.

Трудности начального периода экспертизы трудоспособности (освобождение больного от работы) значительно уступают трудностям ее заключительного момента — выписки выздоровевшего на работу.

Врач имеет право выдавать листок нетрудоспособности до полного выздоровления больного или же до момента, когда явственно проступают признаки стойкой нетрудоспособности. Однако не существует таких объективных признаков, по которым можно было бы точно установить, когда же именно окончилась нетрудоспособность и полностью восстановилась трудоспособность. Здесь всегда возможны колебания в 1—2 дня и правильное решение вопроса требует высокой квалификации врача. Нельзя в порядке «перестраховки» предоставлять больному лишние дни освобождения от работы и в то же время недопустимо выписывать больного на работу до того, как он поправился. Не меньшие трудности возникают при установлении момента перехода временной нетрудоспособности в постоянную.

 3.

**Под нетрудоспособностью** следует понимать состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда полностью или частично, в течение ограниченного времени или постоянно невозможно. Нетрудоспособность может быть временной и стойкой.

**Временная нетрудоспособность** (ВН) – это состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. носят обратимый характер. Различают полную и частичную временную нетрудоспособность.

**Полная нетрудоспособность –** полная невозможность выполнения любого труда на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения.

**Частичная нетрудоспособность –**временная нетрудоспособность в отношении своей обычной профессиональной работы при сохранении способности выполнять другую работу с иным облегченным режимом или уменьшенным объемом.

Таким образом, **экспертиза временной нетрудоспособности –** это вид медицинской деятельности, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществления профессиональной деятельности, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Установление факта временной нетрудоспособности имеет важное юридическое и экономическое значение, т.к. оно гарантирует гражданину освобождение от работы и получение пособия за счѐт средств обязательного государственного социального страхования.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Различают следующие **уровни проведения** экспертизы временной нетрудоспособности:

*первый –*лечащий врач;

*второй –*врачебная комиссия ЛПУ;

*третий*– врачебная комиссия органа управления здравоохранением территории, входящей в субъект Федерации;

*четвёртый –*врачебная комиссия органа управления здравоохранением субъекта РФ;

*пятый –*главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности МЗ и СР РФ.

Организация и порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности строятся, исходя из функций каждого из перечисленных уровней.

Контроль за соблюдением инструкции об экспертизе временной нетрудоспособности в государственных, муниципальных и частных лечебно-профилактических учреждениях, а также частнопрактикующими врачами осуществляется органом управления здравоохранением соответствующего уровня, профессиональной медицинской ассоциацией, исполнительным органом Фонда социального страхования РФ.

**Виды временной нетрудоспособности:**

 - при заболеваниях и травмах;

 - при санаторно-курортном лечении и медицинской реабилитации;

 - по уходу за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом;

 - при карантине;

 - при беременности и родах;

 - при направлении на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу;

 - при протезировании.

Временная нетрудоспособность удостоверяется листком нетрудоспособности (больничным листом) и в отдельных случаях, предусмотренных действующим законодательством, справками установленной формы.

***Организация и порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности***

Лечащий врач, осуществляющий экспертизу временной нетрудоспособности:

- определяет признаки временной утраты нетрудоспособности на основе оценки состояния здоровья характера и условий труда и других социальных факторов;

- фиксирует в первичных медицинских документах анамнестические и объективные данные, подтверждающие диагноз заболевания или другую причину, обуславливающую нетрудоспособность;

- определяет сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях;

- выдает документ, удостоверяющий нетрудоспособность, в том числе и при посещении на дому, назначает дату очередного посещения врача, о чем делает соответствующую запись в первичной медицинской документации;

- своевременно направляет пациента для консультации на клинико-экспертную комиссию для продления листка нетрудоспособности и решения других экспертных вопросов (частнопрактикующий врач направляет пациента в клинико-экспертную комиссию учреждения здравоохранения, обеспечивающего его медицинской помощью в соответствии с программой обязательного медицинского страхования;

- при нарушении пациентом назначенного лечебно-охранительного режима, в том числе при алкогольном или наркотическом опьянении, делает соответствующую запись в листке нетрудоспособности и амбулаторной карте (истории болезни) с указанием даты и вида нарушения; при несогласии пациента с диагнозом опьянения направляет его на комиссию по экспертизе опьянения;

- подготавливает документы в клинико-экспертную комиссию для направления пациента на МСЭК при наличии у него признаков стойкого ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности;

анализирует причины и динамику заболеваемости с временной утратой трудоспособности и первичного выхода на инвалидность, разрабатывает и осуществляет мероприятия по их снижению.

***Порядок выдачи и оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность***

Существуют два пути выдачи листков нетрудоспособности – централизованный и децентрализованный.

**Централизованный путь** выдачи листка нетрудоспособности чаще вводится в крупных поликлиниках, где для оформления бланка листка нетрудоспособности в регистратуре или в отдельном кабинете находится медицинская сестра, которая на основании справки (талона) врача выписывает листок нетрудоспособности и регистрирует выдачу в «Книге регистрации листков нетрудоспособности».

При **децентрализованной системе** выдачи листков нетрудоспособности документ выписывается самим врачом.

**Листок нетрудоспособности** является многофункциональным документом, служащим для:

 - освобождения от работы;

 - начисления пособия по временной нетрудоспособности;

 - статистической разработки и анализа заболеваемости.

**Справка о нетрудоспособности** служит юридическим основанием для освобождения от работы или учебы и является документом для разработки и анализа заболеваемости.