

Министерство образования и науки Российской Федерации
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
**«Владимирский государственный университет
имени Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых»
(ВлГУ)**

Кафедра Автотранспортная и техносферная безопасность

Методические указания к практическим занятиям

по дисциплине

«ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ»

Составитель: Баландина Е.А.

г. Владимир 2013

Практическое занятие №1.

Показатели здоровья населения Владимирской области и их социальная обусловленность.

По оценке Всемирной организации здравоохранения, Россия оказалась на 127-м месте в мире по показателю здоровья населения и на 130-м – по эффективности медицинской системы.

Госрасходы на здоровье в России даже меньше, чем в странах, имеющих значительно более низкий или сходный с РФ уровень подушевого ВВП, например в Коста-Рике, на Кубе, в Литве, Турции, Чили. При этом, подсчитала ВОЗ, до 90% средств на здравоохранение растрачиваются в РФ впустую.

Судя по показателям смертности, наиболее эффективная медицина на Северном Кавказе, а самая высокая смертность – в Центральной России.

Россия занимает 127-е место по показателю здоровья населения, 130-е место по интегральному показателю эффективности системы здравоохранения. Однако причина такой драматической статистики не только в недофинансировании, но и в недостаточно эффективном управлении и организации оказания медицинской помощи, утверждает «Ъ – Здравоохранение». Официально зафиксированных в России случаев оказания помощи ненадлежащего качества почти 10%, 13% – госпитализация без медицинских показаний, 11% – диагноз был поставлен неправильно. По данным РАМН, как минимум, треть диагнозов в России ставится неверно.

В России умирают от сердечно-сосудистых заболеваний в семь раз чаще, чем во Франции (страна является лучшей по рейтингу ВОЗ по уровню здравоохранения), в четыре с половиной раза, чем в США.

Главный кардиолог Минздрава Евгений Чазов на выступлении в Госдуме в конце февраля посетовал на то, что число инфарктов среди лиц молодого и трудоспособного возраста с каждым годом увеличивается, а профилактическая работа, в том числе с пациентами, которые уже перенесли инфаркт, находится на очень низком уровне. Людей, перенесших инфаркт, продолжают лечить медикаментами, которые морально устарели.

Одна из главных причин низкого качества здравоохранения, о которой постоянно говорят врачи и чиновники, – недофинансирование отрасли. Россия тратит на здравоохранение 3,7% от ВВП, в то время как в европейских странах эти расходы составляют 7-8% от ВВП и выше. Госрасходы на здравоохранение в России даже меньше, чем в странах, имеющих значительно более низкий или сходный с Россией уровень ВВП на

душу населения, например в Коста-Рике, на Кубе, в Латвии, Литве, Турции, Чили.

Экспертами ВОЗ между тем уже доказана прямо пропорциональная зависимость здоровья населения от инвестиций в здравоохранение. Так, если государство тратит в среднем на одного гражданина \$10 в год, то биологические возможности гражданина реализуются не более чем на 50%, а если около тысячи долларов, то граждане такой страны могут рассчитывать на 75-процентную реализацию. По данным Минздрава, сегодня в России треть больниц и поликлиник находятся в аварийном состоянии, а более половины оборудования эксплуатируется больше десяти лет.

В мире, подсчитала ВОЗ, от 20% до 40% средств на здравоохранение растрачивается вхолостую. В России эти оценки доходят до 90%. Среди явных недостатков российского здравоохранения – отсутствие адекватного амбулаторно-поликлинического звена (неэффективность амбулаторного лечения приводит к госпитализации в 17% случаев), неоправданно длинные сроки пребывания в стационаре, отсутствие профилактической работы, недостаток специалистов и др. Например, сердечно-сосудистым центрам не хватает квалифицированных кадров, которые могли бы работать на современном кардиологическом оборудовании. В Хакасии до сих пор бездействует единственный на всю республику Сердечно-сосудистый центр. Однако дело не только в низкой квалификации врачей, но и в их недостаточной мотивированности и ответственности.

Примером этого утверждения может служить статистика смертности по отдельным регионам РФ. Областями с самыми низкими показателями смертности стали «проблемные», но очень сильно дотируемые Чечня, Дагестан, Ингушетия. В этих республиках на 100 тысяч жителей приходится от 309,8 (Ингушетия) до 585 (Дагестан) смертельных случаев (по данным Росстата). Из них половина – от болезней сердечно-сосудистой системы. Зато в как бы «спокойных» областях Центральной России – Тверской, Тульской, Смоленской, Ивановской, Владимирской областях итп., статистика детальных случаев достигает 2067 человек на 100 тыс. населения. Антирекорд принадлежит пограничной с Прибалтикой Псковской области – 2165 умерших за год на 100т. жителей, из них 1332,7 человека – из-за болезней системы кровообращения.

Численность населения Владимирской области на начало 2010 года составила 1430,1 тыс. человек и уменьшилась за год на 9,7 тыс. человек или на 0,7%.

Важным показателем социально-демографических изменений населения является изменение его возрастно-половой структуры. На 01.01.2010г. сохранилось характерное для области превышение численности женщин над численностью мужчин, которое составило 149,2 тыс. человек (на 01.01.2009г. – 149,6 тыс. человек). На 1000 мужчин приходится 1233 женщины (2009г. –

1232). Ухудшение соотношения полов связано с высокой преждевременной смертностью мужчин.

Соотношение численности мужчин и женщин на начало года

	Человек				Удельный вес в общей численности населения, в %			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009
Все население	640425	645077	789659	794684	44,8	44,8	55,2	55,2
Городское население	495614	500069	615966	620613	44,6	44,6	55,4	55,4
Сельское население	318504	145008	173693	174071	45,5	45,4	54,5	54,6

Численность населения моложе трудоспособного возраста (0-15 лет) увеличилась по сравнению с прошлым годом на 2,3 тыс. человек (на 1,1%), трудоспособного возраста (мужчины 16-59 лет, женщины 16-54 года) уменьшилась на 15,7 тыс. человек (на 1,8%), старше трудоспособного возраста увеличилась на 3,7 тыс. человек (на 1%).

Продолжительность жизни при рождении в 2009 году по сравнению с 2008 годом несколько увеличилась: у всего населения на 0,7 года и составляет 66,2 года, у **мужчин** на 1,1 года и составляет **59,5 года** и у **женщин** на 0,3 года и составляет **73,3 года**.

О смертности населения Владимирской области по основным классам причин смерти (данные за 2010 год)

Распределение умерших по основным классам причин смерти приведено в таблице:

	Человек			2010г. в % ко всем умершим	На 100 тыс. человек населения		2010г. в % к 2009г.
	2010г.	2009г.	прирост, снижение (-)		2010г.	2009г.	
Всего умерших	26097	26407	-310	100,0	1831,6	1840,3	99,5
в том числе от:							
болезней	16626	16805	-179	63,7	1166,9	1171,1	99,6

системы кровообращения							
новообразований	3636	3550	86	13,9	255,2	247,4	103,2
несчастных случаев, отравлений и травм	2192	2429	-237	8,4	153,8	169,3	90,8
болезней органов дыхания	691	799	-108	2,6	48,5	55,7	87,1
болезней органов пищеварения	1180	1170	10	4,5	82,8	81,5	101,6
некоторых инфекционных и паразитарных болезней	200	230	-30	0,8	14,0	16,0	87,5

Наибольшее снижение смертности произошло от болезней органов дыхания (на 12,9%) и инфекционных и паразитарных болезней (на 12,5 %).

Наибольшее увеличение смертности наблюдается от новообразований (на 3,2%).

Демографическая ситуация, сложившаяся во Владимирской области в 2010 году, представлена в таблице следующими данными:

	Человек		2010г. к 2009г.		На 1000 человек населения	
	2010г.	2009г.	прирост, снижение(-)	в %	2010г.	2009г.
Родившихся	15540	15551	-11	99,9	10,9	10,8
Умерших	26097	26407	-310	98,8	18,3	18,4
в том числе детей в возрасте до 1	108	110	-2	98,2	7,0 ^[1]	7,1 ¹

^[1] На 1000 родившихся.

года						
Естественная убыль	10557	10856	-299	97,2	7,4	7,6
Зарегистрировано:						
браков	11821	11736	85	100,7	8,3	8,2
разводов	6391	6990	-599	91,4	4,5	4,9

Сокращение естественной убыли населения (по сравнению с 2009г. на 299 человек или на 2,8 %) обусловлено уменьшением числа умерших на 1,2%. Число умерших превысило число родившихся в 1,7 раза. Показатель рождаемости увеличился на 0,9%, смертности – уменьшился на 0,5%. Коэффициент детской смертности уменьшился на 1,4% и составил 7 умерших на 1000 родившихся.

Число зарегистрированных браков увеличилось на 85 (или на 0,7%), разводов уменьшилось на 599 (или на 8,6%).

За 2010 год наибольшее снижение смертности произошло от болезней органов дыхания (на 12,9%) и некоторых инфекционных и паразитарных болезней (на 12,5%). Наибольшее увеличение смертности наблюдается от новообразований (на 3,2%).

Распределение умерших по основным классам причин смерти

	Человек			2010г. в % ко всем умершим	На 100 тыс. человек населения		2010г. в % к 2009г.
	2010г.	2009г.	прирост, снижение (-)		2010г.	2009г.	
Всего умерших	26097	26407	-310	100,0	1831,6	1840,3	99,5
в том числе от:							
болезней системы кровообращения	16626	16805	-179	63,7	1166,9	1171,1	99,6
новообразований	3636	3550	86	13,9	255,2	247,4	103,2
несчастных случаев, отравлений и травм	2192	2429	-237	8,4	153,8	169,3	90,8
болезней	691	799	-108	2,6	48,5	55,7	87,1

органов дыхания							
болезней органов пищеварения	1180	1170	10	4,5	82,8	81,5	101,6
некоторых инфекционных и паразитарных болезней	200	230	-30	0,8	14,0	16,0	87,5

В структуре причин смерти младенцев преобладают состояния, возникающие в перинатальный период (от 28 недель беременности, включая роды и первые семь дней жизни ребенка) и врожденные аномалии, т.е. заболевания, тесно связанные со здоровьем матери.

Распределение умерших в возрасте до 1 года по причинам смерти

	Человек			На 10 тыс. родившихся		2010г. в % к 2009г.
	2010г.	2009г.	прирост, снижение (-)	2010г.	2009г.	
Всего умерших в возрасте до 1 года	108	110	-2	70,1	70,7	99,2
в том числе от:						
врождённых аномалий	17	29	-12	11,0	18,6	59,1
состояний, возникающих в перинатальный период	50	44	6	32,5	28,3	в 1,1 п.
несчастных случаев, отравлений и травм	6	6	-	3,9	3,9	100,0
некоторых инфекционных и паразитарных болезней	11	6	5	7,1	3,9	в 1,8 п.
болезней органов дыхания	9	11	-2	5,8	7,1	81,7
болезней нервной системы	7	4	3	4,5	2,6	в 1,7 п.

новообразований	1	2	-1	0,6	1,3	46,2
-----------------	---	---	----	-----	-----	------

Задание для практической работы.

1. Проанализировать статистику по показателям здоровья населения Владимирской области.
2. Провести оценку их социальной обусловленности.

Практическое занятие №2.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения Владимирской области.

В целях реализации Федерального закона "О санитарно - эпидемиологическом благополучии населения" на территории Владимирской области, в соответствии с "Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" было принято в 1999г. ПОСТАНОВЛЕНИЕ главы администрации Владимирской обл. от 06.10.1999 №621 "О КОМПЛЕКСЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ САНИТАРНО - ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ".

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Владимирской области является территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Владимирской области осуществляет функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка.

Полное наименование - Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Владимирской области. Сокращенное наименование - Управление Роспотребнадзора по Владимирской области.

Управление Роспотребнадзора по Владимирской области в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, актами Министерства

здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Положением о Федеральной службе, актами Федеральной службы и Положением об Управлении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Владимирской области.

В состав Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Владимирской области входят 7 территориальных отделов.

Основными задачами Управления Роспотребнадзора по Владимирской области являются:

- организация и осуществление надзора и контроля за исполнением обязательных требований законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и в области потребительского рынка;
- предупреждение вредного воздействия на человека факторов среды обитания;
- профилактика инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) населения.

Более подробно с информацией о полномочиях Управления Роспотребнадзора по Владимирской области можно ознакомиться в разделе «Функции и полномочия»

Управление Роспотребнадзора по Владимирской области возглавляет руководитель, главный государственный санитарный врач по Владимирской области – Лисицин Е.А.

Задание для практической работы.

1. Проанализировать основные постановления Роспотребнадзора по Владимирской области.
2. На основе нормативных документов провести оценку санитарно - эпидемиологического благополучия населения на территории Владимирской области.

Практическое занятие №3.

Адаптация. Механизмы терморегуляции. Валеологические основы предупреждения инфекционных заболеваний.

Адаптация — способность организма приспосабливаться к постоянно изменяющимся условиям окружающей среды, выработанная в процессе эволюционного развития. Адаптация имеет большое значение для организма человека, так как позволяет ему не только приспосабливаться к значительным изменениям в окружающей среде, но и активно перестраивать свои физиологические функции, поведение в соответствии с этими изменениями, иногда и опережая их. Проблема адаптации приобрела огромное практическое значение в настоящее время, когда человек осваивает новые территории, работает на глубине (под землей, под водой), в условиях высокогорья, в космосе, когда происходят интенсивное изменение окружающей среды и ее загрязнение продуктами человеческой деятельности, требующие напряжения адаптационных сил организма.

Следует учитывать, что отсутствие раздражителей или их низкий уровень могут приводить к снижению адаптационных возможностей организма и **резистентности** — устойчивости, сопротивляемости организма воздействию внешних факторов. Так, отсутствие светового раздражителя может привести к снижению функции зрительного анализатора, звукового — к снижению слухового анализатора. Отсутствие речевого воздействия (врожденная глухота) делает человека немым. Человек, постоянно обеспеченный жилищем, одеждой, другими благами цивилизации, оторванный от природы, защищенный от ее раздражающих и повреждающих факторов, попадая в эти условия, тяжелее переносит действие различных факторов окружающей среды. Вследствие урбанизации, автоматизации и механизации производственных процессов в настоящее время значительная часть населения находится в состоянии гиподинамии,

испытывает мышечный голод, что приводит к детренированности организма, отрицательно влияет на состояние сердечно-сосудистой системы и т.д.

Неблагоприятные изменения в здоровье человека могут возникать значительно быстрее при воздействии на организм вредных и опасных факторов среды (радиация, физические и нервно-психические перегрузки, шум, химические соединения и пр.), к которым в процессе эволюции еще не выработались защитно-приспособительные механизмы. Социально обусловленные элементы окружающей среды (жилище, питание, материальная обеспеченность, уровень образования и культуры, социально-правовое положение и др.), так же как и природные факторы, влияя на здоровье, могут повышать или снижать его уровень. Так, работа с большими физическими нагрузками приводит к увеличению объема вдыхаемого воздуха, увеличивая поступление вредных веществ из воздуха ингаляционным путем. Утомление, переутомление снижают резистентность организма. В процессе адаптации осуществляется перестройка различных функций организма, обеспечивающих его приспособление к возрастающим физическим, химическим, психоэмоциональным и другим воздействиям.

Общие принципы и механизмы адаптации

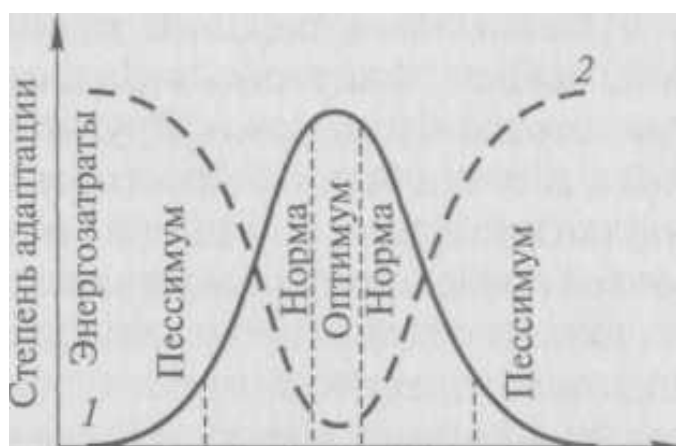
Существуют два типа приспособлений к внешним факторам. **Первый** заключается в формировании определенной степени устойчивости к данному фактору, способности сохранять функции при изменении силы его действия. Это адаптация по типу толерантности (выносливость) — пассивный путь адаптации. **Второй** тип приспособления — активный. С помощью особых специфических адаптивных механизмов организм человека компенсирует изменения воздействующего фактора таким образом, что внутренняя среда остается относительно постоянной. Происходит адаптация по резистентному (сопротивление, противодействие) типу.

Помимо специфики фактора (влияние на те или иные процессы в организме), зависящей от его **физико-химической природы**, характер воздействия на организм и реакция на него со стороны организма человека во многом определяются **интенсивностью фактора**, его «дозировкой». Количественное влияние условий среды определяется тем, что такие факторы как температура воздуха, наличие в нем кислорода и других жизненно важных элементов, в той или иной дозе необходимы для нормального функционирования организма, тогда как недостаток или избыток того же фактора тормозит жизнедеятельность. Количественное выражение фактора, соответствующее потребностям организма и обеспечивающее наиболее благоприятные условия для его жизни, рассматривают как оптимальное.

Специфические адаптивные механизмы, свойственные человеку, дают ему возможность переносить определенный размах отклонений фактора от оптимальных значений без нарушения нормальных функций организма (рис. 1). Диапазон между этими двумя значениями называется пределами толерантности (выносливости), а кривая, характеризующая зависимость переносимости от величины фактора, называется кривой толерантности.

Рис. 1. Принципиальная схема влияния количественного выражения факторов окружающей среды на жизнедеятельность организма.

1 — степень благоприятствования факторов для организма; 2 — энергозатраты на адаптацию



Количественное выражение фактора

Зоны количественного выражения фактора, отклоняющегося от оптимума, но не нарушающего жизнедеятельности, определяются как **зоны**

нормы. Таких зон две, соответственно отклонению от оптимума в сторону недостатка дозировки фактора и в сторону его избытка. Дальнейший сдвиг в сторону недостатка или избытка фактора может снизить эффективность действия адаптивных механизмов и даже нарушить жизнедеятельность организма. При крайнем недостатке или избытке фактора, приводящем к патологическим изменениям в организме, выделяют зоны пессимума (причинять вред, терпеть ущерб). Наконец, за пределами этих зон количественное выражение фактора таково, что полное напряжение всех приспособительных систем оказывается малоэффективным. Эти крайние значения приводят к летальному исходу, за **пределами этих значений жизнь невозможна.**

Адаптация к любому фактору связана с затратой энергии. В зоне оптимума адаптивные механизмы не нужны и энергия расходуется только на фундаментальные жизненные процессы, организм находится в равновесии со средой. При выходе значения фактора за пределы оптимума включаются адаптивные механизмы, требующие тем больше энергозатрат, чем дальше значение фактора отклоняется от оптимального. Нарушение энергетического баланса организма, наряду с повреждающим действием недостатка или избытка фактора, ограничивает диапазон переносимых человеком изменений.

Если внешние условия в течение достаточно длительного времени сохраняются более или менее постоянными, либо изменяются в пределах определенного диапазона вокруг какого-то среднего значения, то жизнедеятельность организма стабилизируется на уровне, адаптивном по отношению к этому среднему, типичному состоянию среды. Смена средних условий во времени или пространстве влечет за собой переход на другой уровень стабилизации (сезонные, температурные адаптации и др.).

Г. Селье, подошедший к проблеме адаптации с новых позиций, назвал факторы, воздействие которых приводит к адаптации, **стресс-факторами.**

Другое их название — экстремальные факторы, т.е. необычные факторы окружающей среды, оказывающие неблагоприятное влияние на общее состояние, самочувствие, здоровье и работоспособность человека. Причем это могут оказывать не только отдельные воздействия на организм, но и измененные условия существования в целом (например, переезд человека с юга на Крайний Север). Он же установил четыре стадии фазового течения.

1. **Срочная**, включающая стресс. Под термином «с т р е с с» (напряжение) понимаются неспецифические психофизиологические проявления адаптивной активности при действии любых, значимых для организма факторов. Примерами проявления срочной адаптации являются: пассивное увеличение теплопродукции в ответ на холод, рост легочной вентиляции и минутного объема кровообращения в ответ на недостаток кислорода.

2. Формирование **долговременной адаптации** — переходная фаза к устойчивой адаптации. Она характеризуется формированием функциональных систем, обеспечивающих управление адаптацией к возникшим новым условиям.

3. Сформированная долговременная адаптация, или **фаза устойчивой адаптации**, резистентности, когда системы саморегуляции гомеостаза функционируют на новом уровне. Основными условиями долговременной адаптации являются последовательность и непрерывность воздействия экстремального фактора. По существу, она развивается на основе многократной реализации срочной адаптации и характеризуется тем, что в результате постоянного количественного накопления изменений организм приобретает новое качество — из неадаптированного превращается в адаптированный. Такова адаптация к недостижимой ранее интенсивной физической работе (тренировка), развитие устойчивости к холоду, теплу и т.д.

4. **Истощение**, которое может развиваться в результате сильного и

длительного воздействия экстремальных факторов. При сильном и длительном стрессе такое воздействие может привести к болезни или смерти.

Комплекс адаптивных реакций организма человека, обеспечивающий его существование в экстремальных условиях, получил название нормы адаптивной реакции. Процесс индивидуальной адаптации обеспечивается формированием изменений в организме, нередко носящих характер предпатологических или даже патологических реакций. Эти изменения, как следствие общего стресса или напряжения отдельных физиологических систем, представляют собой своеобразную «цену адаптации». Например, процесс адаптации к условиям Крайнего Севера может длиться десятки лет. При этом возможны временные срывы адаптации — повышенная заболеваемость органов дыхания, язвенная и сердечно-сосудистые болезни.

Если уровни воздействия факторов окружающей среды выходят за пределы адаптационных возможностей организма, и адаптация переходит в четвертую стадию — стадию истощения, включаются дополнительные защитные механизмы. Это механизмы компенсации, противодействующие возникновению и прогрессированию патологического процесса, т. е. ответные силы организма на изменения окружающей среды в зависимости от степени этих изменений качественно различны и колеблются от физиологически оптимальных до патологических.

Таким образом, если **адаптация обеспечивает гомеостаз в условиях здоровья, то компенсация — это борьба организма за гомеостаз в измененных условиях — условиях болезни.** Если воздействие факторов среды на организм количественно превышает уровень нормы адаптации организма, то он теряет способность в дальнейшем адаптироваться к среде, так как возможность перестройки структурных связей системы исчерпана. В естественных условиях обитания организм человека всегда подвержен влиянию сложного комплекса факторов, каждый из которых

выражен в разной степени относительно своего оптимального значения. В природе сочетание всех факторов в их оптимальных значениях — явление практически невозможное. Это означает, что в естественных условиях организм всегда затрачивает какую-то часть энергии на работу адаптивных механизмов. Важно и то, что при комплексном воздействии между отдельными факторами устанавливаются особые взаимоотношения, при которых воздействие одного фактора в какой-то степени изменяет (усиливает-ослабляет и т.п.) характер воздействия другого. Например, тренировка к физическим нагрузкам вызывает устойчивость к гипоксии (кислородному голоданию), и наоборот, тренировка к гипоксии создает устойчивость к большим мышечным нагрузкам.

Важен не только качественный критерий фактора, но и режим воздействия этого фактора на организм. Реакция организма значительно возрастает, если фактор воздействует не в виде непрерывного сигнала, а дискретно, т. е. с определенными интервалами. Этот прерывистый характер воздействия широко используется в практике при выработке адаптации к холоду, гипоксии, физическим нагрузкам и т.п.

Задание для практической работы.

1. Проанализировать основные стадии адаптации организма человека к внешним воздействиям.
2. Перечислить основные правила валеологии по предупреждению инфекционных заболеваний.

Практическое занятие №4.

Первая помощь пострадавшим. Реанимационные мероприятия.

Основные правила первой помощи пострадавшему.

Проверьте, в сознании ли пострадавший.

Крикните: “Ты меня слышишь?” или “Открой глаза!”

Осторожно потрясите пострадавшего за плечи. Потерявший сознание человек не прореагирует.

Обеспечьте доступ воздуха человеку в бессознательном состоянии.

Устраните все видимые преграды.

Поместите два пальца под подбородок и приподнимите челюсть пострадавшего. В то же время положите другую руку на лоб и откиньте его голову назад.

Проверка дыхания.

Наклоните голову к носу и рту пострадавшего.

Посмотрите, вибрирует ли грудь.

Прислушайтесь к звукам дыхания.

Почувствуйте дыхание на своей щеке. Подождите пять секунд для того, чтобы убедиться, что дыхания нет.

Проверка пульса.

Голова пострадавшего откинута назад. Найдите двумя пальцами адамово яблоко. Скользя пальцами в пространство между дыхательным горлом и грудинно-ключично-сосковой мышцей, 5 секунд послушайте пульс на сонной артерии.

Положение, облегчающее дыхание.

Опуститесь на колени около пострадавшего, откиньте его голову назад и приподнимите подбородок для облегчения доступа воздуха. Убедитесь, что обе ноги пострадавшего выпрямлены. Поместите ближнюю к вам руку пострадавшего под прямым углом к его телу с согнутым локтем ладонью вверх.

Другую руку пострадавшего перекиньте через грудь и расположите ее под его щекой, ладонью наружу. Обхватив дальше по отношению к вам колено пострадавшего, поднимите его, не отрывая ступни от пола.

Держа руку прижатой к щеке пострадавшего, другой поверните его к себе за ногу.

Откиньте голову назад, чтобы обеспечить доступ воздуха. Поддерживайте голову рукой. Расположите верхнюю ногу так, чтобы колено и бедро были взаимно перпендикулярны.

Отравление.

Проверьте, нет ли инородных тел или рвотных масс во рту пострадавшего и убедитесь, что он может дышать.

Не пытайтесь вызвать рвоту.

Проверьте, есть ли у пострадавшего чувство жжения во рту или вокруг него. Если есть жжение, дайте глотнуть холодной воды.

Вызовите скорую помощь или доктора. Постарайтесь определить, что пострадавший проглотил, и скорее сообщите об этом скорой помощи, врачу или диспетчеру.

Если пострадавший теряет сознание, придайте ему положение, облегчающее дыхание.

Искусственное дыхание рот в рот.

Убедитесь, что доступ воздуха обеспечен и голова достаточно запрокинута назад. Зажмите ноздри пострадавшего указательным и большим пальцами.

Сделайте глубокий вдох и прижмите губы ко рту пострадавшего. Вдыхайте в рот пострадавшему, пока не увидите, что его грудь стала подниматься.

Уберите губы, чтобы грудь опустилась. Продолжайте искусственное дыхание в ритме десяти вдохов в минуту.

Непрямой массаж сердца.

Поместив пострадавшего на ровную прочную поверхность, положите верхнюю часть ладони на расстоянии двух пальцев над точкой, где нижние ребра соприкасаются с грудиной. Ладонь другой руки опустите на первую и скрестите пальцы.

Прямыми руками вертикально нажмите на грудь. Ослабьте давление. Повторяйте сжатие в ритме 80-ти раз в минуту. Совмещайте искусственное дыхание с грудным сжатием, чередуя 15 сжатий с двумя вдохами, пока не придет помощь.

Кровотечение.

Освободите рану от одежды и пережмите место над раной пальцами или рукой. Предпочтительно применение перевязочного материала.

Не накладывайте жгут.

Не ослабляйте зажим и поддержите поврежденную часть тела.

Туго перевяжите, но так, чтобы не перекрыть доступ крови в конечность.

Вызовите квалифицированную медицинскую помощь. В случае сильного кровотечения вызывайте скорую помощь по телефону 03 и, удерживая поврежденную часть тела приподнятой, уложите пострадавшего на одеяло с поднятыми ногами. Если кровь просачивается через повязку, наложите другую сверху.

Переломы костей.

Попросите пострадавшего лежать спокойно и поддерживайте поврежденную часть тела руками.

Не перемещайте пострадавшего без необходимости.

Если есть рана, проверьте, нет ли кровотечения, и наложите чистую повязку или гигиеническую подушечку. Наложите мягкие гигиенические подушечки над и вокруг раны и перевяжите ее в этом месте.

В случае перелома ноги свяжите обе ноги вместе в коленях и в лодыжках, а затем - выше и ниже перелома. В случае перелома руки используйте ремень. Если необходимо наложить повязку вокруг руки и тела, не затрагивайте поврежденное место.

Вызовите скорую помощь, если возможно, поднимите и закрепите поврежденную часть. Проверяйте кровообращение в руке или в ноге каждые десять минут.

Пожар.

Позвоните «01» и вызовите пожарную команду.

Принесите пострадавших в безопасное место, если это возможно.

Не входите в горящее здание.

Не входите в комнату, полную угарного дыма.

Загоревшаяся одежда.

Не выпускайте пострадавшего наружу.

Либо положите пострадавшего на пол, горячей одеждой наверх, и облейте его водой, либо плотно укутайте его в пальто или плед.

Удар током.

Не приближайтесь к пострадавшему, пока:

Не отключили ток.

Вы официально об этом не проинформированы.

Химическое воздействие на кожу.

Защитите себя от едких химических веществ.

Убедитесь, что вся зараженная вода уходит - стекает в безопасное место.

Учтите опасность токсичных газов.

Ожоги.

Охлаждайте ожог холодной водой до тех пор, пока боль не уменьшится.

Не медлите с оказанием медицинской помощи при сильном ожоге.

Снимите все вещи с обожженного участка тела: одежду, пояс, часы, кольца и прочие вещи.

НЕ УДАЛЯЙТЕ одежду или другие вещи, прилипшие к обожженному участку.

Оберните обожженный участок свежей, чистой гладкой материей.

НЕ ИСПОЛЬЗУЙТЕ сливки, мазь или жир. **НЕ** прокалывайте пузыри.

Если ожог большой, положите пострадавшего на землю, если возможно, поднимите и поддержите его ноги. Проверяйте пульс и дыхание каждые 10 минут, ожидая прибытия скорой помощи.

Удушье.

Для взрослых или подростков.

Наклоните пострадавшего вперед, пять раз ударьте его плоской поверхностью руки между лопатками.

Если это не поможет, сделайте брюшной толчок: встаньте позади пострадавшего и обвейте руки вокруг его талии, одну руку поверните ладонью вверх, другую - ладонью вниз.

Сомкните руки и делайте резкие толчки на себя между ребрами пострадавшего пять раз.

Если это не помогает устранить препятствие, мешающее дышать, продолжайте делать удары между лопатками (5 раз) и брюшные толчки (5 раз).

Если пострадавший потерял сознание и все так же не может дышать, следуйте инструкции.

Для маленького ребенка.

Положите ребенка на колени, головой вниз, и шлепайте его между лопаток, с меньшей силой, чем взрослого.

Если это не помогло, используйте брюшные толчки при условии, что вы обучены это делать на ребенке. В ином случае делайте искусственное дыхание.

Для грудного ребенка.

Положите ребенка на локоть, головой вниз, и шлепайте его между лопатками, используя минимальную силу.

Если это не помогает, начните делать искусственное дыхание.

Не используйте брюшные толчки на грудном ребенке.

Травма глаза.

Положите пострадавшего на спину и поддерживайте его голову так, чтобы она была не подвижна, насколько это возможно. Исследуйте пораненный глаз.

Промойте глаз, если это возможно, для удаления вредных химических веществ и остатков песчинок. Не промывайте раненый глаз и глаз, в котором плотно засело инородное тело.

Перевяжите глаз, желательно стерильной повязкой. Наложите повязку туго на оба глаза, чтобы предотвратить движение пораженного. Успокойте пострадавшего.

Поместите пострадавшего в больницу.

Травма головы.

Если поражена кожа головы, устраните свисающие лоскуты кожи, возьмите гигиеническую подушечку и прижмите ее крепко и равномерно вокруг раны.

Не трогайте рану пальцами.

Как только появится кровотечение, закрепите подушечку тугой повязкой.

Проверьте способность пострадавшего ориентироваться, задавая ему простые конкретные вопросы. Если ухудшение сознания будет длиться более трех минут, вызывайте скорую помощь 03. Записывайте пульс, дыхание и состояние сознания каждые десять минут.

Положите пострадавшего на спину, приподнимите и поддерживайте плечи и голову. Отвезите его в больницу в этом состоянии. Если он потерял сознание, придайте его телу положение, облегчающее дыхание и вызовите скорую помощь.

Сердечный приступ.

Придайте пострадавшему наиболее удобное полусидячее положение, с согнутыми и поддерживаемыми коленями.

Дайте пострадавшему одну таблетку аспирина, скажите, чтобы он разжевал ее медленно.

Вызовите скорую помощь и скажите, что предполагаете сердечный приступ. Если пострадавший попросит вызвать своего врача, сделайте это.

Успокойте пострадавшего и постоянно проверяйте пульс и дыхание до прибытия помощи.

Задание для практической работы.

1. Изучить алгоритм первой помощи пострадавшему по документу РД 153-34.0-03.702-99.

2. По заданию преподавателя рассмотреть один из вариантов оказания первой помощи.

Практическое занятие №5

Миграция как медико-социальная проблема. Бомжи как «предмет» социальной медицины.

Миграция населения — одна из важнейших проблем современного мирового развития, это не просто передвижение людей с одной территории на другую, а сложный процесс, который затрагивает многие стороны экономической, политической, общественной, социально — медицинской, нравственно — психологической, этнической, религиозной жизни целых стран. Проблема беженцев и вынужденных переселенцев имеет международный характер. Это и обуславливает актуальность социально — медицинской работы с беженцами и вынужденными переселенцами. Актуальность исследования проблем развития теории и практики социально — медицинской работы, социальной поддержки беженцев и вынужденных переселенцев обусловлена распадом СССР, локальными конфликтами, что породило тенденцию национальной нетерпимости и разобщенности. Развитие процессов миграции, появление большого количества беженцев обострили проблемы их адаптации в инокультурной среде. Из существующих категорий мигрирующего населения прежде всего беженцы и вынужденные переселенцы все чаще становятся объектом обсуждения государственных, социальных структур и научных кругов. Всплеск миграции населения является следствием войн, распада многонациональных государств, создания новых государственных образований. Проблема беженцев в Российской Федерации и СНГ признана одной из острых мировых проблем.

За 2010 год миграционный прирост во Владимирской области уменьшился по сравнению с прошлым годом на 33,4%.

Миграционные потоки во Владимирской области

	2010г.			2009г.		
	число прибы в-ших	число выбыв -ших	миграционн ый прирост, снижение (-)	число прибы в-ших	число выбыв -ших	миграционн ый прирост, снижение (-)
Миграция	181	173	785	163	152	1179
	77	92		93	14	
из неё						
в пределах России	153	171	-1796	129	150	-2011
	98	94		94	05	
в том числе:						
внутрирегионал	800	800	-	697	697	-

ьяная	9	9		2	2	
межрегиональная	738 9	918 5	-1796	602 2	803 3	-2011
международная миграция	277 9	198	2581	339 9	209	3190
в том числе:						
со странами СНГ и Балтии	270 7	131	2576	334 3	135	3208
с другими зарубежными странами	72	67	5	56	74	-18

Миграция с государствами – участниками СНГ и странами Балтии представлена в таблице:

	2010г.			2009г.		
	число прибы в-ших	число выбы в-ших	миграционн ый прирост, снижение (-)	число прибы в-ших	число выбы в-ших	миграционн ый прирост, снижение (-)
Миграция со странами СНГ и Балтии	2707	131	2576	343	135	3208
в том числе по странам:						
Белоруссия	41	20	21	41	18	23
Казахстан	188	16	172	266	24	242
Молдова	284	5	279	352	7	345
Украина	386	48	338	585	45	540
Государства Закавказья	486	8	478	619	14	605
Азербайджан	126	1	125	173	2	171
Армения	333	6	327	386	11	375
Грузия	27	1	26	60	1	59
Государства Средней Азии	1305	26	1279	1461	19	1442
Киргизия	456	2	454	411	11	400

Таджикистан	299	-	299	237	3	234
Туркмения	74	1	73	89	1	88
Узбекистан	476	23	453	724	4	720
Государства Балтии	17	8	9	19	8	11
Латвия	7	-	7	11	5	6
Литва	3	7	-4	5	-	5
Эстония	7	1	6	3	3	-

Процессы миграции и положение мигрантов сопровождаются осложнением эпидемиологической обстановки, ухудшение состояния здоровья коренного и пришлого, в том числе детского, населения и связанную с этим опасность ввода и распространения массовых инфекционных и паразитарных заболеваний.

Многие отмечают влияние миграции на возникновение невротических и психических расстройств, апатико-депрессивных реакций, гипертонической болезни и других сердечно - сосудистых заболеваний, обусловленных стрессом, а также учащение язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки, холециститов, колитов, бронхиальной астмы.

После острой реакции на стресс, который в том или ином виде переживают все вынужденные мигранты, у них через некоторое время могут развиваться расстройства адаптации, степень выраженности которых зависит от уровня и качества помощи мигрантам от принимающей стороны и государства.

Ведущим фактором, характеризующим эффективность адаптации мигрантов, является состояние их здоровья. Нарушения адаптации к новой среде обитания могут вызывать рост заболеваемости и увеличение уровня смертности .

В условиях миграции в большей степени подвержены риску нарушения здоровья женщины и дети. Под влиянием неблагоприятных факторов и недостатка акушерско-гинекологической помощи репродуктивное здоровье страдает в первую очередь, а гинекологическая патология негативным образом влияет на снижение рождаемости, качество потомства и перинатальную смертность.

В Российской Федерации разработаны и существуют федеральные и территориальные программы по оказанию медицинской помощи вынужденным переселенцам, используется зарубежный опыт. В местах

проживания мигрантов проводятся мероприятия с учетом конкретных условий и специфики миграции.

Несмотря на имеющую место острую проблему миграции в мире, до сих пор не накоплено достаточно опыта по организации вынужденным переселенцам эффективной медицинской помощи. Очень мало работ, характеризующих особенности состояния здоровья различных категорий мигрантов и влияние процессов миграции на здоровье детей.

Задание для практической работы.

1. Проанализировать основные статистические показатели миграции по Владимирской области.
2. Выявить основные проблемы медико-социальной работы с мигрантами.

Практическое занятие №6.

Основы законодательства социальной реабилитации инвалидов.

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан медико-социальная экспертиза (по нормативно-правовым актам СССР — Врачебно-трудовая экспертная комиссия (ВТЭК)) устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан.

Постановлением Правительства РФ от 16 января 1995 г. № 59 утверждена Федеральная комплексная программа «Социальная поддержка инвалидов», состоящая из следующих федеральных целевых программ:

- медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов;
- научное обеспечение и информатизация проблем инвалидности и инвалидов;
- формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности;
- разработка и производство средств протезирования, строительство, реконструкция и техническое перевооружение протезно-ортопедических предприятий;
- разработка и производство технических средств реабилитации для обеспечения инвалидов.

Кроме того, были изданы указы Президента РФ, направленные на государственную поддержку инвалидов, в том числе Указы Президента РФ «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» (1992 г.), «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов» (1992 г.), «О мерах по профессиональной реабилитации инвалидов и обеспечению занятости инвалидов», постановление Правительства Российской Федерации № 1151 от 25 ноября 1995 г., которым утвержден федеральный перечень гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания.

Понимание социальной реабилитации также прошло свой достаточно содержательный путь развития. Первоначально здесь преобладал чисто медицинский подход: Всемирная организация здравоохранения полагала, что сущность реабилитации заключается в том, чтобы «не только вернуть больного к его прежнему состоянию, но и развивать его физические и психологические функции до оптимального уровня». Очевидно, что здесь акцент сделан прежде всего на психосоматических качествах человека, восстановления которых было достаточно для достижения им социального благополучия.

Постепенно происходит переход от чисто медицинского подхода к социальной модели, а в рамках социальной модели реабилитация рассматривается не только как восстановление трудоспособности, но как восстановление всех социальных способностей индивида. Комитет экспертов ВОЗ дает следующую развернутую трактовку: «Реабилитация инвалидов должна включать все мероприятия, призванные сократить последствия возникшей непригодности и позволить инвалиду полностью интегрироваться в общество. Реабилитация направлена на то, чтобы помочь инвалиду не только приспособиться к окружающей его среде, но и оказывать воздействие на его непосредственное окружение и на общество в целом, что облегчает его интеграцию в общество».

В 1982 г. Организацией Объединенных Наций была принята Всемирная программа действий в отношении инвалидов, которая предусматривала такие направления, как:

- раннее обнаружение, диагностика и вмешательство;
- медицинское обслуживание;
- консультирование и оказание помощи в социальной области;
- подготовка к самостоятельному индивидуальному уходу, независимому образу жизни;
- обеспечение вспомогательными техническими средствами, средствами передвижения, социально-бытовыми приспособлениями и пр.;
- специальные услуги в области образования;

- услуги по восстановлению профессиональной трудоспособности (включая профессиональную ориентацию, профессионально-техническую подготовку, трудоустройство).

На данный момент итоговым является определение реабилитации, принятое в результате обсуждения в ООН процитированных выше Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов: «Реабилитация означает процесс, имеющий целью предоставить инвалидам возможность достичь оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, тем самым предоставляя им средства, призванные изменить их жизнь и расширить рамки их независимости. Реабилитация может включать меры по обеспечению и/или по восстановлению функций или компенсации утраты или отсутствия функций или функционального ограничения. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помощи. Он включает в себя широкий круг мер и деятельности... Необходимо изменить общество, с тем, чтобы создать условия для инвалидов, а не изменять индивидуума, имеющего инвалидность, с тем, чтобы приспособить его к жизни общества».

Задание для практической работы.

1. Проанализировать основные законы РФ, касающиеся защиты инвалидов.
2. Выявить основные проблемы медико-социальной работы с инвалидами.

Практическое занятие №7.

Структура Роспотребнадзора (санэпидслужб) Владимирской области.

В соответствии со статьей 46 Федерального Закона «О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ (с изм., внесенными Федеральным Законом № 122-ФЗ от 22.08.2004 г), Постановлением Правительства Российской Федерации № 569 от 15.09.2005 г. «О Положении об осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации» система государственного санитарно-

эпидемиологического надзора включает в себя федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации – Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), территориальные органы, созданные для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах – Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Владимирской области (Управление Роспотребнадзора по Владимирской области), учреждения, осуществляющие деятельность в целях обеспечения государственного санитарно-эпидемиологического надзора - Федеральное государственное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Владимирской области».

В соответствии с Положением об Управлении Роспотребнадзора по Владимирской области, утвержденным приказом Роспотребнадзора № 309 от 06.09.2006г., Управление Роспотребнадзора по Владимирской области является Территориальным органом федерального органа исполнительной власти, уполномоченного осуществлять государственный надзор и контроль за исполнением обязательных требований законодательства РФ в области обеспечения санитарно – эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей.

При осуществлении своей деятельности Управление Роспотребнадзора по Владимирской области руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Положением о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, актами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Положением.

Основными задачами Управления Роспотребнадзора по Владимирской области являются:

- осуществление государственного надзора и контроля за исполнением требований законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и в сфере защиты прав потребителей;
- предупреждение вредного воздействия на человека факторов среды

обитания;

- профилактика инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) населения.

Место нахождения Управления Роспотребнадзора по Владимирской области: 600001, Владимирская область, город Владимир, улица Офицерская, дом 20.

Управление Роспотребнадзора по Владимирской области осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные отделы, являющиеся обособленными структурными подразделениями.

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии во Владимирской области» - единственное учреждение в области осуществляющее комплексную санитарно-эпидемиологическую оценку объектов и факторов среды обитания - это и воздушная среда, питьевая вода, вода открытых водоемов, почва, пищевые продукты, продовольственное сырье, изделия промышленного и бытового назначения, строительные и полимерные материалы, биологические объекты.

В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 13 января 2005 года № 23-р санитарно-эпидемиологическая служба области в 2005 году реорганизована в форме слияния федерального государственного учреждения "Центр санитарно-эпидемиологического надзора во Владимирской области" и 17 центров госсанэпиднадзора в административно-территориальных образованиях Владимирской области и создано федеральное государственное учреждение здравоохранения "Центр гигиены и эпидемиологии во Владимирской области" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в состав которого вошли головное учреждение и 7 филиалов, являющиеся обособленными подразделениями и осуществляющие деятельность от имени Центра на основании Положения.

Структура Центра и обособленных подразделений предусматривает выполнение задач по обеспечению деятельности Территориального управления Роспотребнадзора по Владимирской области. Руководителем Центра является главный врач. Руководство филиалами осуществляют

главные врача филиалов, действующие на основании Положения о филиале и доверенности, выданной главным врачом Центра.

Задание для практической работы.

1. Проанализировать основные задачи Роспотребнадзора Владимирской области.
2. Перечислить основные структурные подразделения Роспотребнадзора Владимирской области и направления их работы.

Практическое занятие №8

Конституция РФ об охране здоровья граждан. Закон об обязательном медицинском страховании.

В контексте современной цивилизации право человека на охрану здоровья перестает быть сугубо индивидуальным достоянием, оно становится важнейшей ценностью для государства и гражданского общества. Особенности права на охрану здоровья заключаются в том, что оно относится к неотчуждаемым правам, принадлежит человеку еще до его рождения, является неотъемлемым условием жизни общества и связано не только с необходимостью заботы о своем здоровье каждого гражданина, но и ответственностью государства за сохранение и укрепление здоровья своих граждан. Жизнь человека и его здоровье - высшие ценности для общества, с учетом которых должны определяться все остальные ценности и блага.

Конституционные права граждан на охрану здоровья в РФ

В ст. 41 Конституции РФ указывается, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений.

Также устанавливается право граждан РФ на охрану здоровья, которое обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Государство обеспечивает охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств, и гарантирует защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у гражданина какого-либо заболевания.

Законодательством предусмотрено также, что гражданам Российской Федерации, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации. В качестве примеров можно привести договоры о дружбе и сотрудничестве между РФ и КНР, Молдовой, Туркменистаном, в которых содержатся нормы о взаимовыгодном сотрудничестве в области здравоохранения.

В соответствии с Европейским соглашением о предоставлении медицинского обслуживания лицам, временно пребывающим на территории другой страны (Женева, 17 октября 1980 г.), лицам, к которым применяется Соглашение и состояние здоровья которых в соответствии с медицинским заключением требует немедленного медицинского обслуживания во время пребывания на территории другой страны, оказывается медицинское обслуживание, вызываемое их состоянием здоровья, как если бы они имели на это право согласно законодательству этого государства. Такое медицинское обслуживание предоставляется учреждением по месту пребывания в соответствии с положениями законодательства, как если бы заинтересованные лица относились к указанному учреждению, до выздоровления этих лиц или до тех пор, когда состояние их здоровья позволит им возвратиться или быть репатриированными на территорию другого государства, где они постоянно проживают. Если состояние здоровья лица не позволяет ему возвратиться своими собственными средствами на территорию государства, где оно проживает, но предоставляет тем не менее возможность его транспортировки, учреждение по месту пребывания принимает меры, необходимые для обеспечения его репатриации на территорию этого государства совместно с компетентным учреждением.

Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств – участников Содружества Независимых Государств (Москва, 27 марта 1997

г.) устанавливает, что скорая и неотложная медицинская помощь при внезапных острых состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни больного или здоровью окружающих, несчастных случаях, отравлениях, травмах, родах и неотложных состояниях в период беременности оказывается гражданам беспрепятственно, бесплатно и в полном объеме на территории государства временного пребывания лечебно-профилактическими учреждениями независимо от организационно-правовых форм, ведомственной принадлежности и форм их собственности. С момента, когда устранена угроза жизни больного или здоровью окружающих и возможна его транспортировка, дальнейшее оказание медицинской помощи осуществляется на платной основе.

Медицинское страхование граждан РФ, находящихся за рубежом, осуществляется на основе двусторонних соглашений Российской Федерации со странами пребывания граждан.

Согласно Федеральному закону от 15.08.1996 № 114-ФЗ «О порядке выезда из РФ и въезда в РФ» оплата медицинской помощи гражданину Российской Федерации, за исключением гражданина Российской Федерации, направляемого в служебную командировку, при выезде из Российской Федерации осуществляется согласно условиям, предусмотренным полисом медицинского страхования или заменяющим его документом, действительными для получения медицинской помощи за пределами территории Российской Федерации, либо при наличии гарантии физического или юридического лица, приглашающего гражданина Российской Федерации, возместить расходы на оказание медицинской помощи (лечение в медицинском учреждении) гражданину Российской Федерации. При отсутствии указанных документов расходы на оказание медицинской помощи за пределами территории Российской Федерации несет сам гражданин.

Помощь по страховым случаям гражданам Российской Федерации, пребывающим на территории иностранного государства, оказывается дипломатическим представительством или консульским учреждением Российской Федерации в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, если иное не предусмотрено международным договором Российской Федерации с соответствующим иностранным государством.

Постановление Правительства РФ от 1 октября 1998 г. № 1142 «О реализации отдельных норм ФЗ «О порядке выезда из РФ и въезда в РФ»», утвердило Положение об оказании помощи по страховым случаям гражданам РФ, находящимся на территории иностранного государства. Данное Положение регулирует порядок оказания помощи по страховым случаям гражданам Российской Федерации, находящимся на территории

иностранного государства, если иное не предусмотрено международным договором Российской Федерации. Страховые случаи определяются содержанием страхового договора, заключенного гражданином Российской Федерации со страховой организацией[4].

При наступлении страхового случая по просьбе пострадавшего гражданина Российской Федерации дипломатическое представительство или консульское учреждение Российской Федерации информирует о случившемся его родственников и соответствующую страховую организацию через Министерство иностранных дел РФ.

При оформлении документов, необходимых страховой организации, должностное лицо дипломатического представительства или консульского учреждения Российской Федерации по просьбе пострадавшего гражданина Российской Федерации или его родственников вступает в качестве их представителя в сношения с уполномоченными страховых организаций в стране пребывания и другими лицами, связанными с наступлением или ликвидацией последствий страхового случая.

По письменному обращению страховой организации дипломатическое представительство или консульское учреждение Российской Федерации истребует в стране пребывания в соответствии с ее законодательством необходимые медицинские и иные документы, служащие защите интересов гражданина Российской Федерации, пострадавшего на территории иностранного государства.

Постановлением Правительства РФ от 10 апреля 2007 г. № 220 «О порядке оплаты в 2007 году расходов в иностранной валюте, связанных с лечением граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации» утверждены Правила оплаты в 2007 г. расходов в иностранной валюте, связанных с лечением граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации. В соответствии с ними граждане РФ направляются на лечение Федеральным агентством по высокотехнологичной медицинской помощи в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения и социального развития РФ, в случае невозможности осуществления диагностики или лечения в Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий, связанных с лечением граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации, осуществляется в пределах ассигнований, предусмотренных на эти цели в федеральном бюджете на 2007 год.

Указанные ассигнования в иностранной валюте предназначены для покрытия расходов иностранных медицинских организаций, связанных с лечением граждан Российской Федерации, а также расходов, связанных с

выплатой гражданам Российской Федерации, направляемым на лечение за пределами территории Российской Федерации, и сопровождающим их лицам (при условии, что сопровождение обусловлено медицинскими показаниями) суточных, расходов по найму ими жилых помещений и по оплате проезда к месту лечения и обратно.

Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи определяет иностранные медицинские организации для лечения граждан Российской Федерации с учетом медицинских показаний и показателей эффективности необходимого вида лечения, а также перечисляет этим организациям средства в иностранной валюте.

Сроки и условия оплаты определяются в соответствии с договором о проведении лечения, заключаемым Федеральным агентством по высокотехнологичной медицинской помощи и соответствующей иностранной медицинской организацией, и с учетом согласованной сторонами сметы расходов.

Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи после принятия в установленном порядке решения о направлении гражданина Российской Федерации на лечение за пределами территории Российской Федерации выделяет указанному гражданину и сопровождающему его лицу (при условии, что сопровождение обусловлено медицинскими показаниями) средства в иностранной валюте, включающие:

а) суточные в размере, установленном для работников организаций, финансируемых за счет средств федерального бюджета, при служебных командировках на территории иностранных государств;

б) средства для оплаты расходов по найму жилых помещений в размере, установленном нормативными правовыми актами Российской Федерации о возмещении расходов, связанных со служебными командировками на территории иностранных государств работников организаций, финансируемых за счет средств федерального бюджета;

в) средства для оплаты расходов на проезд к месту лечения и обратно, но не более стоимости проезда:

– воздушным транспортом – в салоне экономического класса;

– железнодорожным транспортом – в купейном вагоне скорого поезда;

– водным транспортом – в каюте V группы морского судна регулярных транспортных линий и линий с комплексным обслуживанием пассажиров, в каюте II категории речного судна всех линий сообщения, в каюте I категории судна паромной переправы;

– автомобильным транспортом – в автотранспортном средстве общего пользования (кроме такси).

Перечисление гражданину РФ, направляемому на лечение за пределами территории Российской Федерации, и сопровождающему его лицу средств в иностранной валюте осуществляется Федеральным агентством по высокотехнологичной медицинской помощи на счета указанных граждан, открытые ими в кредитных организациях, по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному на дату перечисления.

Граждане РФ, направленные на лечение за пределами территории Российской Федерации, а также сопровождающие их лица в течение 14 дней по возвращении в Российскую Федерацию представляют в Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи отчет об израсходованных суммах. К отчету прилагаются документы, подтверждающие произведенные расходы по найму жилых помещений на территории иностранного государства и оплате проезда к месту лечения и обратно. Остаток неиспользованных средств в иностранной валюте подлежит возврату в Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи.

Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи ежеквартально, до 20-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, представляет в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации информацию о расходовании средств федерального бюджета на лечение граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации (с указанием сведений по каждому гражданину Российской Федерации отдельно).

Задание для практической работы.

1. Перечислить основные статьи Конституции РФ об охране здоровья граждан и их содержание.
2. Изучить основные положения закона о медицинском страховании.

Практическое занятие №9

Структура здравоохранения и медицинское страхование во Владимирской области.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Владимирской области осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией Российской Федерации, Федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, Положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования Владимирской области и нормативными правовыми актами Владимирской области.

Задачами территориального фонда являются:

- обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе обязательного медицинского страхования;
- обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования;
- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- обеспечение государственных гарантий соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика.

В рамках своих полномочий ТФОМС Владимирской области участвует в реализации программы государственных гарантий оказания населению Владимирской области бесплатной медицинской помощи, программ совершенствования оказания медицинской помощи больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями, программы формирования здорового образа жизни у населения Владимирской, включая сокращение потребления алкоголя и табака, региональной программы «Модернизация здравоохранения Владимирской области на 2011-2012 годы», мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и др.

С целью сохранения индивидуального здоровья граждан и формирования у них здорового образа жизни в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» и во исполнение постановления Губернатора

Владимирской области от 08.07.2009 № 544 (в ред. постановлений Губернатора Владимирской области от 18.02.2010 № 143, от 16.05.2011 № 458) «О реализации на территории Владимирской области мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, включая сокращение потребления алкоголя и табака» на территории области организованы и функционируют 7 Центров здоровья для взрослых и детей. Центры здоровья осуществляют деятельность на базе следующих медицинских организаций:

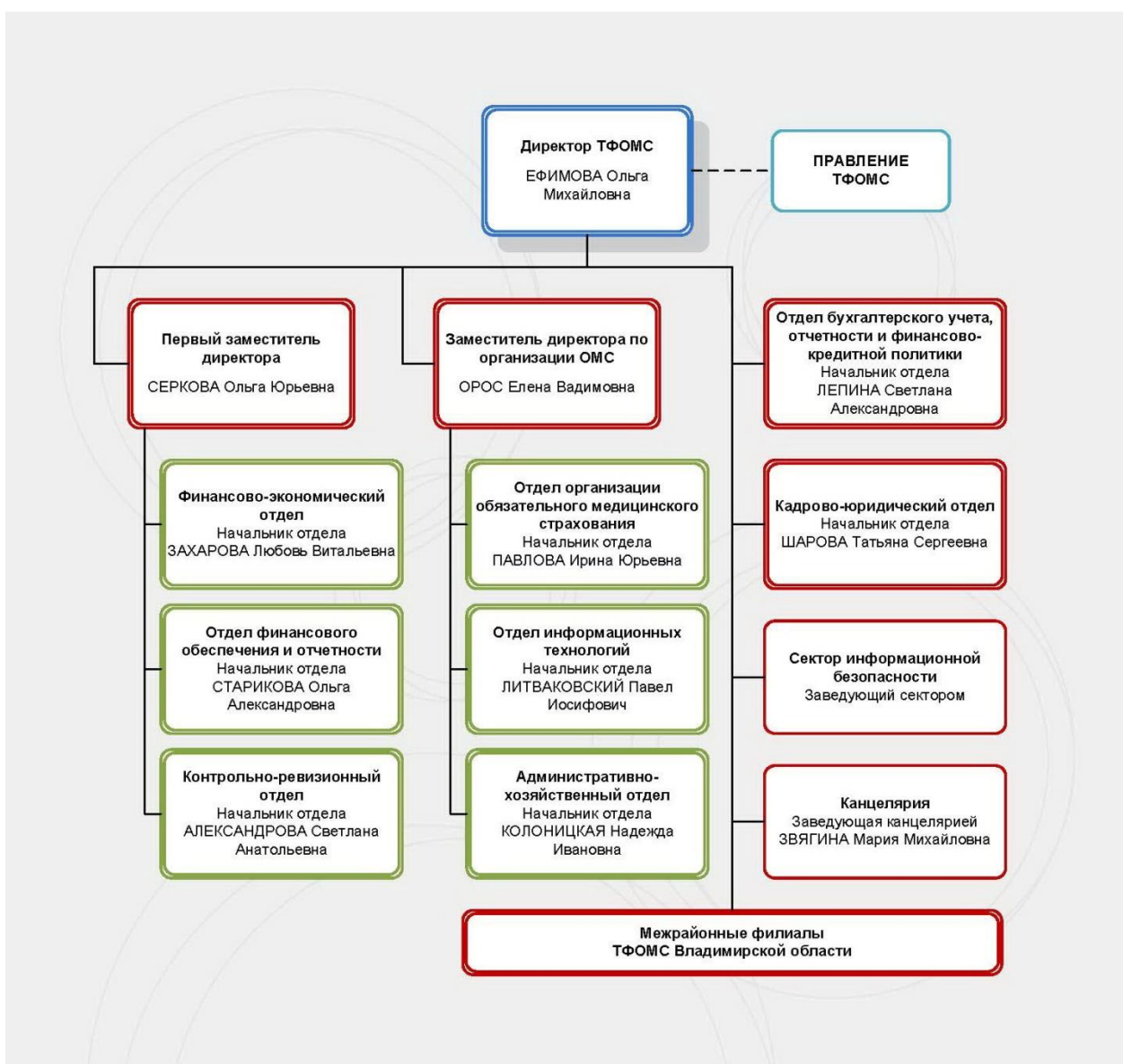
для взрослых

- ГУЗВО «Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины» г. Владимир;
- МБУЗ «Городская клиническая больница № 5» г. Владимир;
- ММУ «Александровская центральная районная больница»;
- МУЗ «Ковровская городская больница № 2»;
- МУЗ «Муромская городская больница №2»;

для детей

- МУЗ «Детская больница округа Муром»;
- МБУЗ «Детская городская поликлиника №1» г. Владимир.

Организационная структура ТФОМС Владимирской области



В Центры здоровья могут обратиться все жители Владимирской области, включая детей, но не более 1 раза в год.

Кроме того, в Центры здоровья, расположенные в г. Владимире могут обратиться не только жители г. Владимира, но и жители других районов области, так жители Собинского, Суздальского районов и г. Радужный могут пройти обследование в ГУЗВО «Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины», а жители Камешковского района в Центре здоровья в МБУЗ «Городская клиническая больница № 5».

Основные задачи Центров здоровья:

- информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;

- пропаганда здорового образа жизни и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких;
- обучение граждан гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь по отказу от потребления алкоголя и табака;
- внедрение современных медико-профилактических технологий в деятельность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- обучение граждан эффективным методам профилактики заболеваний;
- динамическое наблюдение за группами риска развития неинфекционных заболеваний;
- оценка функциональных и адаптивных резервов организма;
- прогноз состояния здоровья, консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;
- разработка индивидуальных рекомендаций сохранения здоровья;
- организация мониторинга показателей в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.

Все Центры здоровья оснащены диагностическим оборудованием, которое включает аппаратно-программный комплекс для скрининг - оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития; компьютеризированными системами скрининга сердца и сосудов; аппаратами для комплексной детальной оценки функций дыхательной системы; экспресс - анализаторами для определения уровня холестерина и глюкозы в крови; приборами для определения токсических веществ в биологических средах организма и другими аппаратами с учетом возрастных и функциональных особенностей взрослого и детского организма.

В 2010 году в центрах здоровья прошли обследование 20 тыс. человек. В первом полугодии 2011 г. обследовано 17 тыс. граждан, из них 5,7 тыс. дети.

Задание для практической работы.

1. Изучить структуру здравоохранения во Владимирской области.
2. Изучить структуру медицинского страхования во Владимирской области.

а) основная литература:

1. Василенко Н.Ю. Основы социальной медицины. Владивосток: Издательство Дальневосточного университета, 2004.-129с.
2. Черносвитов Е.В. Социальная медицина: Учебное пособие для вузов.- М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002.-254с.
3. Э.Н. Вайнер Валеология. Учебник для вузов. М.: Наука, 2001. –416с. ISBN 5-02-013095-8
4. Краткая медицинская энциклопедия. В 2-х томах/Под ред. академика РАМН В.И.Покровского. М.: НПО «Медицинская энциклопедия», «Крон-Пресс»,1994.-1152с.
5. А.А.Головин,С.П.Запарий Основы социальной медицины. Конспект лекций. – Омск. Издательство ОмГТУ,2008. – 92с. ISBN 978-5-8149-0586-