

УДК 616-092(075.8)
О-75

Авторы:

Юрьев Вадим Кузьмич — заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета;

Моисеева Карина Евгеньевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета;

Глущенко Владимир Александрович — кандидат медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета

Рецензенты:

Вишняков Николай Иванович — заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова;

Лугкевич Владимир Станиславович — заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова

Основы общественного здоровья и здравоохранения : учебник /
О-75 В. К. Юрьев, К. Е. Моисеева, В. А. Глущенко. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2019. — 271 с.

ISBN 978-5-299-00976-7

Учебник состоит из двух частей. Первая посвящена вопросам общественного здоровья. В ней представлены оценка и анализ медико-демографических процессов, показателей заболеваемости, инвалидности, физического развития с позиции врача-стоматолога. Отдельные главы посвящены проблемам профилактики и методологии медико-социальных исследований в стоматологии. Во второй части рассмотрены вопросы состояния и деятельности как системы здравоохранения в целом, так и стоматологической службы в частности.

Издание соответствует учебной программе по дисциплине и предназначено студентам стоматологических факультетов медицинских вузов, преподавателям системы высшего медицинского образования, слушателям системы дополнительного и послевузовского профессионального образования, обучающимся на кафедрах стоматологического профиля, организаторам здравоохранения, врачам-стоматологам.

УДК 616-092(075.8)

ISBN 978-5-299-00976-7

© В. К. Юрьев, К. Е. Моисеева,
В. А. Глущенко, 2019
© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2019

Оглавление

ЧАСТЬ I. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ	5
Введение	5
Глава 1. Показатели медико-демографических процессов	7
1.1. Динамика населения	7
1.2. Статика населения	17
Глава 2. Заболеваемость	19
2.1. Заболеваемость. Основные виды	19
2.2. Особенности изучения стоматологической заболеваемости	27
Глава 3. Инвалидность	38
Глава 4. Физическое развитие	45
4.1. Физическое развитие, основные методы его изучения	45
4.2. Организация контроля за физическим развитием населения	47
4.3. Прорезывание и смена зубов как один из показателей физического развития ребенка	49
Глава 5. Профилактика. Профилактика стоматологических заболеваний	53
5.1. Медицинская профилактика. Факторы риска развития заболеваний. Виды и методы медицинской профилактики	53
5.2. Профилактика стоматологических заболеваний	56
5.3. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных (антенатальная профилактика)	63
5.4. Профилактика зубочелюстных аномалий у детей	64
Глава 6. Методология медико-социальных исследований в стоматологии	65
6.1. Общие принципы организации медико-социальных исследований	65
6.2. Организация медико-социальных (эпидемиологических) исследований в стоматологии	67
6.3. Некоторые результаты эпидемиологических стоматологических исследований, проведенных в России	82
ЧАСТЬ II. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	84
Глава 7. Охрана здоровья граждан в Российской Федерации.	
Основные принципы отечественного здравоохранения	84
7.1. Охрана здоровья граждан	84
7.2. Основные принципы отечественного здравоохранения	86
7.3. Действующие в стране системы здравоохранения	89
Глава 8. Организация амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи 94	
8.1. Общие принципы организации стоматологической амбулаторно-поликлинической помощи	94
8.2. Организация амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи взрослому населению	96
8.3. Организация амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению ..	103
8.4. Отделения (пункты) неотложной стоматологической помощи	108
8.5. Организация работы стоматологических кабинетов, осуществляющих свою деятельность вне медицинских организаций	109
8.6. Особенности диспансерной работы со стоматологическими больными	112
8.7. Учетная медицинская документация амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля и правила ее ведения	113

8.8. Учет трудовой деятельности врачей с помощью условных единиц трудоемкости	117
8.9. Анализ деятельности стоматологических амбулаторно-поликлинических учреждений	119
Глава 9. Организация стационарной стоматологической помощи населению	134
9.1. Общие принципы организации стационарной помощи	134
9.2. Организация стационарной помощи больным с заболеваниями челюстно-лицевой области	139
9.3. Организация стационарной стоматологической помощи детям	142
9.4. Анализ деятельности учреждений, оказывающих стационарную стоматологическую помощь	143
Глава 10. Организация стоматологической помощи жителям сельской местности	155
10.1. Общие принципы организации медицинской помощи жителям сельской местности	155
10.2. Организация стоматологической помощи сельскому населению	167
Глава 11. Организация работы скорой медицинской помощи	177
11.1. Общие принципы организации скорой медицинской помощи	177
11.2. Статистика учреждений скорой медицинской помощи	184
Глава 12. Экспертиза временной нетрудоспособности	186
12.1. Предмет и задачи экспертизы временной нетрудоспособности	186
12.2. Порядок выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность	187
12.3. Порядок оформления листка нетрудоспособности	196
Глава 13. Организация профилактической работы с населением. Диспансеризация как высокоэффективный метод профилактической работы	204
13.1. Организация работы центров и отделений (кабинетов) медицинской профилактики	204
13.2. Диспансеризация	205
13.3. Программы профилактики стоматологических заболеваний	214
13.4. Федеральная государственная программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России	220
Глава 14. Социальное страхование	227
14.1. Виды социального страхования	227
14.2. Обязательное медицинское страхование	228
Глава 15. Качество медицинской помощи	235
15.1. Компоненты качества медицинской помощи	235
15.2. Порядок и стандарты оказания медицинской помощи	236
15.3. Система обеспечения качества медицинской помощи	238
15.4. Критерии оценки качества медицинской помощи	244
Глава 16. Основы финансирования здравоохранения	248
16.1. Финансовая система Российской Федерации	248
16.2. Финансирование медицинских организаций	250
16.3. Порядок оказания медицинских услуг	252
16.4. Оплата труда в здравоохранении	258
Глава 17. Научные основы прогнозирования и планирования здравоохранения	260
17.1. Основы прогнозирования общественного здоровья и здравоохранения	260
17.2. Планирование в здравоохранении	262
Рекомендованная литература	270

Часть I

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Введение

В основе деятельности каждого медицинского работника лежат два базовых понятия — «здоровье» и «болезнь». В медицине, как и в любой другой системе научных знаний, определение базовых понятий всегда вызывает наибольшие затруднения. В современной литературе существует множество определений здоровья, в связи с чем полагаем правильным использовать понятия, закрепленные действующими нормативными документами. Так, единым для всех стран является определение, данное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), в Уставе которой обозначено: «Здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дал следующее определение: *«Здоровье — состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма»*, которое принципиально не отличается от определения ВОЗ. При этом весьма важным является то, что оба эти определения подчеркивают ведущее, а порой и решающее значение социальных факторов в формировании здоровья населения.

Здоровье человека может рассматриваться в различных аспектах: социально-биологическом, социально-политическом, экономическом, морально-эстетическом, психофизическом и т. д. Поэтому сейчас в практике стали широко использоваться определения, отражающие лишь одну какую-либо грань здоровья населения — «психическое здоровье», «репродуктивное здоровье», «сексуальное здоровье», «экологическое здоровье» и т. п. Не так давно в специальной литературе появилось и понятие *стоматологического здоровья, под которым авторы понимают «совокупность эстетических, клинических, морфологических и функциональных критериев зубочелюстно-лицевой системы, обеспечивающих психологическое, эмоциональное, социальное и физическое благополучие человека»*. Несмотря на то что эти определения сужают понимание классического определения «здоровье», применение их в практической деятельности вполне оправдано.

Врач в своей повседневной деятельности, как правило, оценивает здоровье каждого отдельного человека, однако для принятия управленческих решений необходимо анализировать здоровье определенных, часто многочисленных групп людей, чем и занимается наука «общественное здоровье».

Сегодня принято следующее определение общественного здоровья: *общественное здоровье — это важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей*. Общественное здоровье является самостоятельной медицинской дисциплиной, которая изучает воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки профилактических мер по его оздоровлению, совершенствованию организации медицинской помощи.

Основой для планирования мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения на государственном и муниципальном уровнях, разработки современных форм и методов работы организаций здравоохранения и контроля эффективности их деятельности являются медико-социальные исследования, базирующиеся на правильно собранных и хорошо проанализированных статистических данных об общественном здоровье. При этом общественное здоровье следует рассматривать не просто как арифметическое сложение данных о здоровье индивидуумов, а как комплекс показателей, рассчитанных с использованием различных статистических методов анализа. Разработкой и использованием статистических методов в научных исследованиях и практической деятельности в медицине и здравоохранении занимается специальная научная отрасль — биостатистика.

По данным ВОЗ, сегодня более 90 % населения Земли страдают от какого-либо стоматологического заболевания, при этом доказано влияние состояния зубов и тканей пародонта на другие органы и системы, здоровье человека в целом. Здоровые зубы обеспечивают качество питания, оказывают существенное влияние на эстетику лица, являются символом благополучия человека, важным атрибутом полноценной речи, активного вербального общения, коммуникабельности, в связи с чем заболевания зубов снижают качество жизни населения. В то же время состояние зубов и тканей пародонта во многом обусловлено воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, что доказывает важность изучения факторов риска патологии челюстно-лицевой области, разработки управленческих решений по профилактике этих заболеваний, оптимизации специализированной стоматологической помощи населению. В решении этих проблем важная роль принадлежит специальным медико-социальным исследованиям (см. гл. 6).

Статистические данные об общественном здоровье обычно принято изучать и анализировать на трех уровнях:

1-й уровень (групповой) — здоровье малых социальных или этнических групп;

2-й уровень (региональный) — здоровье населения отдельных административных территорий;

3-й уровень (популяционный) — здоровье популяции в целом.

Несмотря на то что для общественного здоровья весьма сложно разработать показатели, которые бы в полной мере отражали его состояние, в настоящее время для оценки общественного здоровья принято использовать следующие группы показателей (индикаторов), которые достаточно полно отражают картину общественного здоровья:

- показатели медико-демографических процессов;
- показатели заболеваемости;
- показатели инвалидности;
- показатели физического развития.

Этим группам показателей и будет посвящена первая часть настоящего учебника. Во второй будут рассмотрены вопросы организации стоматологической помощи населению.

Глава 1

ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

В оценке общественного здоровья большое значение имеет группа показателей, характеризующих медико-демографические процессы. Изучением медико-демографических процессов занимается специальная наука *демография* (название «демография» происходит от греческих слов *demos* — народ и *grapho* — писать, изображать) — наука о закономерностях воспроизводства населения, изучающая численность, территориальное размещение и состав населения, их изменения, причины и следствия этих изменений и дающая рекомендации по их улучшению. Демография имеет специальный раздел — *медицинская демография*, которая изучает взаимосвязь воспроизводства населения с медико-социальными факторами и разрабатывает на этой основе меры, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшение здоровья населения.

Статистическое изучение народонаселения ведут в двух основных направлениях: динамики и статики населения.

1.1. Динамика населения

Динамика населения — это движение и изменение численного состава населения. Изменение количества населения может происходить путем механического и естественного движения.

Механическое движение населения осуществляется в результате миграционных процессов. Слово «миграция» происходит от латинского *migratio* (*migo* — переходу, переселяюсь). Таким образом, *миграция* — это территориальные перемещения населения с целью постоянной или временной смены места жительства. В зависимости от юридического статуса пересекаемых населением границ административных территорий различают:

- внешнюю миграцию населения;
- внутреннюю миграцию населения.

Внешней называется миграция, при которой пересекаются границы государства. К ней относятся:

- *эмиграция* — выезд граждан из своей страны в другую на постоянное жительство или длительный срок;
- *иммиграция* — въезд граждан в другую страну на постоянное жительство или длительный срок.

Внутренняя миграция представляет собой перемещения в пределах одной страны между административными или экономико-географическими районами, населенными пунктами и др. По хронологическим признакам выделяют миграцию:

- эпизодическую;
- временную;
- сезонную;
- маятниковую;
- постоянную (безвозвратную).

Эпизодическая миграция представляет собой деловые, рекреационные и иные поездки, совершающиеся не только не регулярно по времени, но и не обязательно по одним и тем же направлениям.

Временная миграция предполагает временное переселение на какой-то достаточно длительный срок. Обычно это связано с работой вахтовым методом или по контракту, учебой в другом городе, стране и т. д.

Сезонная миграция — перемещение людей в определенные периоды года, например, к месту отдыха.

Маятниковая миграция представляет собой регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы постоянного места проживания.

Постоянная (безвозвратная) миграция — окончательная смена постоянного места жительства. Примером такой миграции может служить переезд на постоянное место жительства из села в город, из одного государства в другое.

Долгие столетия для населения Земли городские формы жизни были скорее исключением, чем правилом, вследствие господства таких форм производства, основу которых составляли натуральное хозяйство и индивидуальный труд. Однако с течением времени под воздействием развития производительных сил отношения между городом и деревней стали изменяться. Благодаря расширяющемуся городскому производству в городах требовалось все больше и больше рабочей силы, нехватка которой компенсировалась за счет сельских жителей, которые стали интенсивно переселяться из сельской местности в города. Процесс увеличения роли городов в развитии общества в результате переселения жителей из села в город стал называться *урбанизацией* (от лат. *urbs* — город). Особенно высокие темпы урбанизации наблюдались в XIX в. В настоящее время процесс урбанизации продолжается.

Естественное движение населения рассматривают как совокупность процессов рождаемости, смертности и естественного прироста, обеспечивающих возобновление и смену поколений. Основными показателями естественного движения населения являются:

- *рождаемость*;
- *смертность*;
- *естественный прирост (противоестественная убыль) населения*;
- *средняя продолжительность предстоящей жизни*.

Под *рождаемостью* понимают естественный процесс возобновления населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом деторождений в конкретной популяции за определенный период времени.

$$\text{Общий показатель рождаемости} = \frac{\text{Общее число детей, родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000.$$

Для углубленного анализа процессов рождаемости рассчитывают уточняющие показатели, в частности *показатель плодовитости (фертильности)*. При исчислении этого коэффициента, в отличие от коэффициента рождаемости, знаменателем берут не общую численность населения, а численность женщин в возрасте 15—49 лет. Этот возрастной интервал называется *генеративным, фертильным или плодовитым* периодом женщины. Число рождений до и после этого возрастного интервала незначительно, и им пренебрегают. Следует иметь в виду, что при вычислении специального коэффициента рождаемости (плодовитости) в числителе учитывают всех родившихся детей как у матерей в возрасте до 15 лет, так и в возрасте 50 лет и старше.

Показатель плодовитости (фертильности) рассчитывают по формуле:

$$\text{Показатель плодовитости} = \frac{\text{Общее число детей, родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность женщин репродуктивного возраста (15–49 лет)}} \cdot 1000.$$

Показатель плодovitости, в свою очередь, уточняется *возрастными показателями рождаемости (плодовитости)*, для чего весь генеративный период женщины условно подразделяют на отдельные возрастные интервалы (15–19, 20–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, 45–49 лет) и для каждого интервала рассчитывают свой показатель, причем в числителе берут число живорожденных детей у женщин данного конкретного возраста. Например, возрастной показатель рождаемости (плодовитости) женщин в возрасте 20–24 лет рассчитывают по формуле:

$$\text{Возрастной показатель рождаемости (плодовитости)} = \frac{\text{Общее число детей, родившихся за год живыми у женщин в возрасте 20–24 лет}}{\text{Среднегодовая численность женщин в возрасте 20–24 лет}} \cdot 1000.$$

Возрастные коэффициенты рождаемости (плодовитости) позволяют анализировать уровень и динамику интенсивности рождаемости независимо от возрастной структуры женщин репродуктивного возраста. В этом заключается их преимущество.

В течение всего XX столетия показатель рождаемости в России снижался, достигнув своего минимального значения в 1999 г. – 8,3 ‰ (табл. 1.1). Начиная с 2000 г. уровень рождаемости стал постепенно возрастать, достигнув уровня 13,2–13,3 ‰, однако начиная с 2016 г. вновь стал снижаться.

Таблица 1.1

Динамика общего показателя рождаемости в России

Год	Общий показатель рождаемости	Год	Общий показатель рождаемости
1950	26,9	2005	10,2
1960	23,2	2010	12,5
1965	15,7	2011	12,6
1970	14,6	2012	13,3
1975	15,7	2013	13,2
1980	15,9	2014	13,3
1990	13,4	2015	13,3
1995	9,2	2016	12,9
1999	8,3	2017	11,5
2000	8,7		

Большое значение для оценки медико-демографической ситуации той или иной территории имеют показатели не только рождаемости, но и смертности.

Под смертностью понимают процесс вымирания населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом смертей в конкретной популяции за определенный период времени.

Первую приближенную оценку смертности дают на основе общего показателя смертности, который рассчитывают по формуле:

$$\text{Общий показатель смертности} = \frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000.$$

Вместе с тем общий показатель смертности не дает реальной картины, отражающей состояние здоровья населения, так как его величина в значительной степени зависит от целого ряда демографических характеристик и, в частности, от особенностей возрастнo-половой структуры населения.

Значительно более точными являются показатели смертности, рассчитанные для отдельных возрастных групп населения, для чего все население подразделяют на отдельные возрастные интервалы, для которых рассчитывают свой показатель. В числителе берут число лиц, умерших в данном конкретном возрасте, а в знаменателе — численность населения данного возраста. Например, показатель смертности населения в трудоспособном возрасте (мужчины 16—59 лет, женщины 16—54 года) рассчитывают по формуле:

$$\text{Показатель смертности населения в трудоспособном возрасте} = \frac{\text{Число умерших в трудоспособном возрасте за год}}{\text{Среднегодовая численность населения трудоспособного возраста}} \cdot 1000.$$

Большое значение в разработке и реализации комплекса мер по снижению смертности населения имеет анализ показателей смертности от отдельных причин, которую рассчитывают по формуле:

$$\text{Смертность от отдельных причин} = \frac{\text{Число умерших от отдельной причины за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000.$$

Помимо показателей смертности от отдельных причин, в анализе здоровья населения административных территорий используют показатели летальности, которые следует отличать от показателей смертности. Так, если при расчете коэффициентов смертности в качестве среды берут среднегодовую численность населения, то при расчете летальности такой средой являются заболевшие. Показатель летальности, в отличие от смертности, выражается в процентах (%).

$$\text{Летальность от отдельных причин} = \frac{\text{Число умерших от отдельной причины за год}}{\text{Число заболевших отдельным заболеванием}} \cdot 1000.$$

Кроме того, существует целая группа специальных показателей для анализа смертности в больничных учреждениях — показателей летальности в стационаре. К ним относятся показатели:

- больничной летальности;
- послеоперационной летальности;
- досуточной летальности;
- одногодичной летальности.

Для углубленного анализа смертности населения рассчитывают *показатель структуры смертности по причинам*. Этот показатель вычисляют путем составления пропорции, где все умершие принимаются за 100 %, а умершие от отдельного заболевания за X %. Рассчитав удельные веса умерших от отдельных заболеваний, получают структуру причин смерти:

- все умершие в течение года — 100 %;
- умершие от I класса болезней — X₁ %;
- умершие от II класса болезней — X₂ %;
- умершие от N класса болезней — X_n.

Большое значение в оценке демографической ситуации имеют показатели материнской, детской и перинатальной смертности.

Под понятием **«материнская смертность»** подразумевают *смерть женщин, умерших в период беременности, независимо от ее продолжительности и локализации, или в течение 42 сут после ее окончания, от какой-либо причины, связанной с беременностью,отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая иливнезапно возникшей причины.*

Учебное издание

Юрьев Вадим Кузьмич
Моисеева Карина Евгеньевна
Глушенко Владимир Александрович

ОСНОВЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Редактор *Закревкая Е. Г.*
Корректор *Диг Т. А.*
Компьютерная верстка *Пугачевой О. В.*

Подписано в печать 03.11.2018.
Формат 70 × 100 ¹/₁₆. Печ. л. 17,0
Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул, д. 15,
тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12,
<http://www.speclit.spb.ru>.

Отпечатано в Первой Академической типографии «Наука».
199034, Санкт-Петербург, 9-я линия, 12/28