



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АЛЬ-ФАРАБИ**  
**ФАКУЛЬТЕТ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**  
**Кафедра Политики и организации здравоохранения**



**ЛЕКЦИЯ 5**  
**ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ИНВАЛИДОВ.**  
**ОРГАНИЗАЦИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ.**  
**ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР И СТАЦИОНАР НА ДОМУ.**

---

к.м.н., доцент Калмаханов Сундетгали Беркинулы,  
кафедра Политики и организации здравоохранения

# **Закон Республики Казахстан от 13 апреля 2005 года N 39. О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан**

---

## **Уполномоченный орган в области здравоохранения:**

- 1) проводит единую государственную политику в области формирования здорового образа жизни населения, профилактики инвалидности;
- 2) определяет протоколы диагностики, лечения заболеваний и реабилитации;
- 3) разрабатывает медицинскую часть индивидуальной программы реабилитации инвалида и осуществляет ее выполнение;
- 4) обеспечивает профессиональную подготовку и переподготовку специалистов в области медико-социальной экспертизы;
- 5) осуществляет иные полномочия, предусмотренные настоящим Законом, иными законами Республики Казахстан, актами Президента Республики Казахстан и Правительства Республики Казахстан.

**Профилактика инвалидности** - комплекс мер, направленных на раннюю диагностику, предупреждение возникновения физических, умственных, психических, сенсорных и других дефектов и перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение или инвалидность, а также мероприятия по охране здоровья, улучшению экологической среды обитания человека, формированию здорового образа жизни, обеспечению безопасных условий труда, предотвращению травматизма на производстве, снижению профессиональных заболеваний.

1. **Реабилитация инвалидов** включает комплекс медицинских, социальных и профессиональных мероприятий, направленных на устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

2. **Реабилитация инвалидов** осуществляется на основе индивидуальной программы реабилитации инвалида.

## **Медицинская реабилитация инвалидов включает:**

---

- 1) восстановительную терапию (медикаментозное, физическое, санаторно-курортное и другие методы лечения, направленные на восстановление нарушенных или утраченных функций организма и здоровья);
- 2) реконструктивную хирургию;
- 3) протезно-ортопедическую помощь.

## **Предоставление специальных социальных услуг в медико-социальных учреждениях (организациях)**

---

1. Предоставление специальных социальных услуг одиноким инвалидам первой и второй групп, инвалидам первой и второй групп из числа психоневрологических больных, детям-инвалидам, нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе и медицинском обслуживании, осуществляется в домах-интернатах для престарелых и инвалидов, детей-инвалидов, профилированных в соответствии с возрастом, состоянием здоровья инвалидов, и включает создание условий жизнедеятельности, обеспечение ухода, медицинское обслуживание, реабилитацию, социально-трудовую адаптацию, организацию отдыха и досуга.

2. Объем специальных социальных услуг лицам, проживающим в государственных медико-социальных учреждениях и негосударственных медико-социальных организациях, предоставляется в соответствии со стандартами оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения.

3. Предоставление специальных социальных услуг в государственных медико-социальных учреждениях осуществляется за счет бюджетных средств и (или) иных материальных и финансовых поступлений в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

4. Предоставление специальных социальных услуг в негосударственных медико-социальных организациях осуществляется на платной основе, включая средства учредителей, в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

# История развития «школ здоровья»

**«Школы здоровья»** берут свое начало с 20 века, а точнее с 1923 года. Первые Школы появились **в Европе** для пациентов с различными хроническими патологиями, в том числе сахарный диабет, бронхиальная астма, артериальная гипертензия и т.д. Что со временем привело к уменьшению факторов риска, осложнений, смертности и увеличению качества жизни и поддержания активного долголетия.

**В России** накоплен более чем 10-летний опыт работы «школ здоровья» для пациентов с различными хроническими заболеваниями. Успешно проводятся занятия с больными артериальной гипертензией, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью, гастрошколы, тиреошколы, школы активного долголетия и некоторые другие.

**В Казахстане** Школы здоровья начали создаваться с 2012 года. Их задача - создание постоянной информационно-образовательной системы, активно влияющей на выработку ответственности граждан за свое здоровье. Ведется работа по снижению неблагоприятного влияния поведенческих факторов риска, самоконтролю состояния здоровья, выработки мотивации к оздоровлению, отказу от вредных привычек, соблюдению медицинских рекомендаций по правильному питанию и ведению активного образа жизни.



## Основные понятия:

**Первичная профилактика** - формирование здорового образа жизни, которое проводится в кабинете здорового образа жизни (далее - ЗОЖ), отделений профилактики и социально психологической помощи;

**Школа здоровья** - это организационно оформленная совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленных на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по предупреждению развития поведенческих факторов риска развития заболеваний, то есть форма первичной профилактики, направленная на устранение условий возникновения и развития заболеваний, укрепление и сохранение здоровья, и является видом медицинской профилактической услуги группового консультирования (гигиенического обучения и воспитания - по МКБ-10 класс XXI, Z30 - Z31, Z71-Z73), оказываемым пациентам в первичном звене здравоохранения;

**Медицинская профилактическая услуга** - это мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость, направленных на профилактику заболевания, своевременное лечение, оздоровление.

**Цель организации Школы здоровья** - обучение населения навыкам здорового образа жизни, проведение пропаганды профилактики и выработки способности у пациентов к целенаправленным действиям по преодолению поведенческих факторов риска развития заболеваний, повышение компетентности в вопросах, от которых зависит их здоровье, и обучить навыкам самостоятельно менять свою жизнь и окружающие его условия.

---

### **Задачи Школы здоровья:**

- 1) создание постоянно действующей информационно-образовательной системы обучения, направленной на процесс изменения поведения людей в отношении своего здоровья;
- 2) повышение информированности пациентов о поведенческих факторах риска развития заболеваний, повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья;
- 3) формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих факторов риска (питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек: курения, злоупотребления алкоголем);
- 4) формирование рационального и активного отношения пациента к своему здоровью, мотивации к оздоровлению, приверженности к выполнению рекомендаций медицинских работников;
- 5) формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья;
- 6) формирование у пациентов практических навыков по анализу причин, факторов, влияющих на здоровье и обучение пациентов составлению плана индивидуального оздоровления.

## Условия организации работы Школ здоровья:

- Школы здоровья формируются в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (далее - ПМСП);
- Ответственным лицом за организацию Школы здоровья является первый руководитель ПМСП, непосредственным исполнителем - руководитель отделения профилактики и социально-психологической помощи;
- Обучение участников (пациентов) в Школе здоровья проводится врачами участковой службы (средними медицинскими работниками) с участием врачей узкого профиля (кардиологи, эндокринологи, гастроэнтерологи, пульмонологи и другие), а также специалистами психологами и инструкторами лечебной физической культуры (далее - ЛФК), прошедшими подготовку по вопросам профилактической медицинской помощи населению с поведенческими факторами риска развития заболеваний, на курсах Национального центра проблем формирования здорового образа жизни (далее - НЦПФЗОЖ);
- Теоретическую (информационно-образовательную) часть занятий проводят врачи, практические занятия проводят медицинские сестры;
- В начале цикла занятий проводится тестирование с целью выяснения информированности пациентов о факторах риска заболеваний, значения здорового образа жизни, а по окончании - степень усвоения материала. После завершения цикла занятий пациентам выдаются памятки с практическими советами.

# Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 17 августа 2015 года № 669. «Об утверждении Правил оказания стационарозамещающей помощи»

**Дневной стационар** – оказание стационарозамещающей помощи населению на базе организаций здравоохранения;

**Стационар на дому** – оказание стационарозамещающей помощи населению на дому.

---

Стационарозамещающая помощь оказывается организациями здравоохранения, имеющими лицензию на соответствующие виды медицинской деятельности.

Стационарозамещающая помощь в дневных стационарах предоставляется организациями здравоохранения, оказывающими амбулаторно-поликлиническую, стационарную помощь, в стационарах на дому – организациями здравоохранения, оказывающими амбулаторно-поликлиническую помощь.

Стационарозамещающая помощь в рамках ГОБМП и системе ОСМС предоставляется в условиях дневного стационара и стационара на дому по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или другой организации здравоохранения с результатами лабораторных, инструментальных исследований и консультаций профильных специалистов, необходимых для лечения данного пациента.

Услуги по оказанию стационарозамещающей помощи, не входящие в перечень ГОБМП, оказываются в системе ОСМС и (или) на платной основе и (или) в рамках добровольного медицинского страхования.

Питание при оказании стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП и системе ОСМС не предусмотрено, за исключением пациентов, получающих гемодиализные услуги пациентов в противотуберкулезных медицинских организациях, в республиканской организации психического здоровья и центрах психического здоровья.

## Стационаророзамещающая помощь включает:

- 1) осмотр врача, консультации профильных специалистов по медицинским показаниям;
- 2) диагностические услуги, в том числе лабораторные и патологоанатомические (гистологические исследования операционного и биопсийного материала, цитологические исследования) согласно протоколам диагностики и лечения;
- 3) лечение основного заболевания, послужившего причиной стационаророзамещающей терапии, с использованием лекарственных средств, медицинских изделий, путем проведения медицинских манипуляций и хирургических операций;
- 4) проведение гемодиализа и перитонеального диализа;
- 5) проведение химио - и лучевой терапии;
- 6) медицинскую реабилитацию;
- 7) организацию стационара на дому при острых и хронических состояниях, которые не позволяют пациенту самостоятельно посетить поликлинику;
- 8) обеспечение кровью, ее компонентами в соответствии с номенклатурой и в порядке их заготовки, переработки, хранения, реализации, а также кровью, ее компонентами, препаратами в соответствии с порядком их хранения, переливания;
- 9) организацию паллиативной помощи и сестринского ухода;
- 10) экспертизу временной нетрудоспособности.

**Стационаророзамещающая помощь** в специализированных медицинских организациях и (или) отделениях соответствующего профиля оказывается пациенту по заключению специалиста со следующими заболеваниями:

---

- 1) психическое расстройство и расстройство поведения, связанное с употреблением психоактивных веществ;
- 2) злокачественные новообразования;
- 3) инфекционные и паразитарные заболевания (кишечные инфекции, бактериальные зоонозы, вакциноуправляемые инфекции);
- 4) туберкулез при наличии условий изоляции пациента и БК (-);
- 5) кожные (контагиозные дерматозы, инфестации) и венерические заболевания.

Показаниями для госпитализации **в дневной стационар** при амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения и **в стационар на дому** являются:

---

- 1) обострение хронических заболеваний, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения;
- 2) активное плановое оздоровление группы пациентов с хроническими заболеваниями, подлежащими динамическому наблюдению;
- 3) долечивание пациента на следующий день после курса стационарного лечения по медицинским показаниям;
- 4) проведение курсов медицинской реабилитации второго и третьего этапа;
- 5) паллиативная помощь;
- 6) орфанные заболевания у детей, сопряженных с высоким риском инфекционных осложнений и требующих изоляции в период сезонных вирусных заболеваний, для получения регулярной заместительной ферментативной и антибактериальной терапии.

Показаниями для госпитализации **в дневной стационар** при круглосуточном стационаре являются:

---

- 1) проведение операций и вмешательств со специальной предоперационной подготовкой и реанимационной поддержкой;
- 2) проведение сложных диагностических исследований, требующих специальной предварительной подготовки, а также не доступных в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения;
- 3) наблюдение пациентов, лечение которых связано с переливанием препаратов крови, внутривенных вливаний кровезамещающих жидкостей, специфической гипосенсибилизирующей терапии, инъекций сильнодействующих препаратов, внутрисуставных введений лекарственных средств;
- 4) долечивание на следующий день после стационарного лечения при наличии показаний к ранней выписке после оперативного лечения;
- 5) паллиативная помощь;
- 6) химиотерапия, лучевая терапия, коррекция патологических состояний, возникших после проведения специализированного лечения онкологическим пациентам.

Общими **противопоказаниями** для предоставления стационарозамещающей помощи являются:

---

1) заболевания, требующие круглосуточного проведения лечебных процедур и медицинского наблюдения;

2) инфекционные заболевания, кроме оказания стационарозамещающей помощи больным с коронавирусной инфекцией COVID-19 на дому;

3) заболевания, представляющие опасность для окружающих, в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 367 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11512).

Медицинская помощь предоставляется после получения информированного письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя на проведение лечебно-диагностических мероприятий.

Пациенты, находящиеся на лечении в дневном стационаре, подлежат ежедневному осмотру медицинским работником за исключением пациентов, находящихся на программной терапии (эфферентная терапия, гемодиализ, перитонеальный диализ, ультрафильтрация, химиотерапия, радиотерапия), при которых осмотр проводится при обращении пациента согласно программе лечения.

---

Врач при оказании стационарозамещающей помощи в дневном стационаре и стационаре на дому осматривает пациента, корректирует проводимые диагностические исследования и лечение, при необходимости назначает дополнительные лабораторные, инструментальные исследования и консультации профильных специалистов, согласно стандартам в области здравоохранения и руководствуясь клиническими протоколами диагностики и лечения.

При ухудшении состояния в дневном стационаре, медицинскими работниками организации здравоохранения, в которой находится пациент, оказывается неотложная медицинская помощь и при наличии медицинских показаний пациент направляется в круглосуточный стационар для продолжения лечения в сопровождении бригады скорой медицинской помощи.

При улучшении состояния и необходимости продолжения терапии, не требующей стационарозамещающей помощи, пациент направляется на дальнейшее амбулаторное лечение под наблюдение специалиста ПМСП по месту прикрепления.

При выписке из дневного стационара пациенту выдается выписной эпикриз согласно форме 003/у, утвержденной приказом № 907, где указываются заключительный клинический диагноз, проведенный объем диагностических исследований, лечебных мероприятий, рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению.

Данные по выписке заносятся в информационные системы день в день, с указанием фактического времени выписки.

---

Длительность лечения с момента поступления пациента составляет:

1) в дневном стационаре не менее трех рабочих дней и не более восьми рабочих дней, за исключением пациентов, находящихся на гемодиализе, перитонеальном диализе, химио- и лучевой терапии, программной терапии, медицинской реабилитации и восстановительном лечении;

2) в стационаре на дому не менее трех рабочих дней и при острых заболеваниях не более пяти рабочих дней, при обострении хронических заболеваний не более 8 рабочих дней.

Режим работы дневного стационара при амбулаторно-поликлинических организациях, устанавливается с 08-00 до 20-00 часов с обеспечением выполнения назначений в праздничные и выходные дни дежурным персоналом по скользящему графику.

При выписке пациента, получившего стационарозамещающую помощь, заполняется статистическая карта прошедшего лечения в дневном стационаре и стационаре на дому по форме 066/у, утвержденной приказом № 907.

# Согласно приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 3 февраля 2016 года № 85. «Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан»

---

## **Показаниями для обслуживания вызовов на дому являются:**

- 1) острые болезненные состояния, не позволяющие пациенту самостоятельно посетить организацию ПМСП:
  - повышение температуры тела выше 38 градусов С;
  - повышение артериального давления с выраженными нарушениями самочувствия;
  - многократный жидкий стул;
  - сильные боли в позвоночнике и суставах нижних конечностей с ограничением подвижности;
  - головокружение, сильная тошнота, рвота;
- 2) хронические болезненные состояния, которые не позволяют пациенту самостоятельно посетить поликлинику (тяжелое течение онкологических заболеваний, инвалидность (I – II группы), параличи, парезы конечностей);
- 3) острые инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих;
- 4) нетранспортабельность пациента;
- 5) обслуживание вызовов, переданных со станции скорой медицинской помощи, в часы работы организаций ПМСП.

---

Благодарю за внимание!

Вопросы???