

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«БАЙКАЛЬСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ»

ЦМК ОГСЭН и ОП

Л.Н. Михайлова,  
преподаватель специальных дисциплин

**СБОРНИК ЛЕКЦИЙ**

по дисциплине  
специальность

Общественное здоровье и здравоохранение  
34.02.01 Сестринское дело

Селенгинск, 2019 г.


**Сборник лекций разработан на основе рабочей программы учебной дисциплины  
Общественное здоровье и здравоохранение, утвержденной методическим Советом ГАПОУ  
«Байкальский базовый медицинский колледж Министерства Здравоохранения  
Республики Бурятия» 03.10.2019 г.**

Рассмотрена и одобрена на заседании ЦМК ОГСЭЕН и ОД

Протокол № 8

От « 12 » сентября 2019г.

Председатель


  
Подпись

Суранова Т.А.  
Ф.И.О.

Утверждена на методическом совете

от « 3 » октября 2019г.

Зам директора по УР

  
Подпись

Шереметова О.В.  
Ф.И.О.

## СОДЕРЖАНИЕ

1.	Лекция 1. Общественное здоровье населения как экономическая категория	4
2.	Лекция 2. Основные показатели демографических процессов	8
3.	Лекция 3. Показатели заболеваемости населения	13
4.	Лекция 4. Экономические основы здравоохранения. Источники финансирования здравоохранения	17
5.	Лекция 5.1. Рынок медицинских услуг. Особенности услуг в здравоохранении	21
6.	Лекция 5.2. Определение экономической эффективности	24
7.	Лекция 6. Медицинская статистика. Значение, методы	27
8.	Лекция 7. Уровни и виды нормативной и правовой документации	35
9.	Лекция 8.1. Нормативно-правовые основы и значение страховой медицины	43
10.	Лекция 8.2. Номенклатура учреждений здравоохранения. Виды медицинской помощи	47
11.	Источники информации	53

## ЛЕКЦИЯ 1. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ

**Общественное здоровье** - совокупное здоровьелюдей, проживающих на определенной территории или в государстве. Общественное здоровье рассматривают в контексте демографической ситуации, трудоспособности, активной жизнедеятельности, социального благополучия человека и семьи, затрат на лечение и предотвращение заболеваний; оно характеризует жизнеспособность общества.

Уровень общественного здоровья отражает условия жизни и одновременно зависит от них. В современный стандарт уровня жизни входят показатели, характеризующие занятость и социальную защиту населения, индивидуальный статус и свободу личности, этико-правовые и социально-медицинские нормы, уровень образования и культуры, обеспечение граждан основными материальными и духовными благами, в том числе санитарно-природоохранными.

**Экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)** при выработке стратегии «Здоровье для всех в XXI веке» выдвинуты следующие показатели общественного здоровья:

- процент внутреннего валового продукта (ВВП), идущего на здравоохранение;
- доля ВВП на душу населения;
- доступность первичной медико-санитарной помощи;
- обеспеченность населения безопасным водоснабжением;
- процент лиц, подвергнутых иммунизации от инфекционных болезней;
- состояние питания детей, в частности процент детей, родившихся с низкой массой тела (<2,5 кг);
- уровень детской смертности;
- средняя продолжительность жизни;
- уровень грамотности взрослого населения.

Здоровье отдельного человека зависит от множества случайных внешних процессов, поэтому показатели индивидуального здоровья не могут служить основанием для планирования мероприятий, направленных на улучшение условий жизни больших групп населения.

Показатели общественного здоровья, напротив, отражают реальный уровень здоровья населения. Именно поэтому при решении экологических, социальных, экономических, политических проблем они служат не только основанием для планирования мер по оптимизации, но и показателем позитивного или негативного результата проведенных мероприятий.

Разница в экологических, социально-экономических и культурно-социальных условиях определяет различие в качестве общественного здоровья. **Оценку общественного здоровья населения проводят на основании индикаторов, объединенных в четыре группы.**

1. Показатели медико-демографических процессов:

- численность и состав населения;
- миграция населения;
- брачность, рождаемость, плодовитость;
- средняя продолжительность жизни;
- смертность;
- естественный прирост или естественная убыль населения.

2. Показатели заболеваемости и распространенности болезней.

3. Показатели инвалидности и инвалидизации.

4. Показатели физического развития.

**Общественное здоровье, по сути**, - это усредненный уровень здоровья. Однако разница в уровне здоровья представителей одной общественной группы порой огромна. Чем более выражено различие, тем заметнее его влияние на цели и задачи, объем и содержание оздоровительных мероприятий. Необходимость максимальной объективности и реальности планирования оздоровительных программ привлекла выделению групп здоровья населения.

В результате ежегодной диспансеризации населения и последующего дообследования в случае необходимости выделяют три диспансерные группы: здоровые, практически здоровые и больные, нуждающиеся в лечении.

**I группа состояния здоровья** - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска их развития или имеются указанные факторы риска при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Другими словами, данную группу составляют лица, не предъявляющие жалоб, не имеющие в анамнезе диагностируемых хронических заболеваний или нарушения функции отдельных систем и органов, а также пациенты с так называемыми пограничными состояниями, у которых обнаружены незначительные отклонения от установленных границ нормы в величинах артериального давления и прочих физиологических характеристик, не влияющие на функциональную деятельность организма.

**II группа состояния здоровья** - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком суммарном сердечно-сосудистом риске. В диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) они не нуждаются.

**III группа состояния здоровья** - граждане, имеющие заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

К данной группе относят пациентов с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности, а также лиц с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и продолжительными потерями трудоспособности. В эту же группу входят пациенты с некомпенсированным течением заболевания, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

### **Основные понятия здоровья населения и факторы, определяющие здоровье**

**Основными показателями индивидуального здоровья человека считают:**

- гармоничность физического и нервно-психического развития;
- наличие или отсутствие хронического заболевания;
- уровень функционирования и резервные возможности органов и систем организма;
- уровень иммунной защиты и неспецифической резистентности организма.

### **Здоровье формируется под влиянием факторов:**

- эндогенных (наследственность, внутриутробные воздействия, недоношенность, врожденные пороки);
- природно-климатических (климат, рельеф местности, наличие рек, морей, лесов);
- социально-экономических (уровень экономического развития общества, условия труда, быта, питания, отдыха, культурно-образовательный уровень, гигиенические навыки, воспитание).

При этом удельный вес различных факторов в общей структуре индивидуального образа жизни может быть неравноценен.

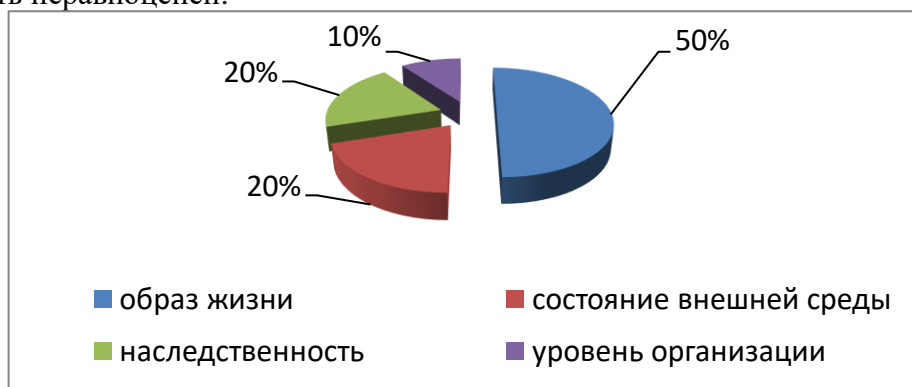


Рис. Удельный вес факторов, влияющих на здоровье

Эти факторы формируют уровень индивидуального уровня и определяют уровень общественного здоровья. Причем самосохранительное поведение населения имеет

приоритетное значение в сохранении здоровья общественной группы (нации). Самоохранительное поведение предполагает следование принципам здорового образа жизни.

Понятие «здоровый образ жизни» охватывает основные формы деятельности людей (индивида и социальных групп) в данной общественно-экономической формации.

Ю.П. Лисицын, опираясь на классификации И.В. Бестужева-Лады, выделяет в образе жизни 4 категории.



Рис. Категории образа жизни

Характеристика категорий образа жизни представлена в таблице

Категория	Определение	Характеристика
Уровень жизни	Степень удовлетворения материальных и духовных потребностей населения	Зависит от национального дохода государства , общего объема потребляемых материальных благ и услуг на душу населения, размера оплаты труда , реальных доходов населения, жилищных условий доступности и качества образования , здравоохранения и культуры, уровня социальных выплат и льгот.
Стиль жизни	Совокупность образцов поведения индивида или группы.	Определен исторически сложившимися национальными и религиозными традициями, профессиональными потребностями, а также семейными устоями и индивидуальными привычками.
Уклад жизни	Установившийся порядок, устройство общественной жизни, быта, культуры	Подразумевается удовлетворение материальных и духовных потребностей людей, в том числе в общении, отдыхе, развлечениях; напрямую зависит от уровня культуры, климатических и географических условий.

Качество жизни	Восприятие индивидами их положения в жизни и в контексте культуры и системы ценностей, которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами.	Определено физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него большое значение и на него влияющими(уровень комфорта, работа, собственное материальное и социальное положение, уровень работоспособности).
----------------	--	--

Необходимо заметить, что понятие «качество жизни» непосредственно связано с самооценкой уровня собственного здоровья. В современной медицине широко используют термин «качество жизни, связанное со здоровьем». **В настоящее время ВОЗ разработаны следующие критерии качества жизни, обусловленного здоровьем:**

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические(эмоции, уровень когнитивных функций, самооценка);
- уровень независимости (повседневная активность, работоспособность);
- общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность);
- окружающая среда (безопасность, экология, обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи, информации, возможность обучения, быт).

В мировой практике существуют как общие, универсальные опросники, так и узкоспециализированные для самооценки качества жизни при конкретных заболеваниях.

В России наиболее часто из зарубежных русифицированных опросников для оценки качества жизни пациентов используют «MOS SF-36».

## ЛЕКЦИЯ 2. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

**Медицинская демография** - наука, изучающая взаимосвязь воспроизводства населения с социально-гигиеническими факторами, разрабатывающая медико-социальные мероприятия, которые направлены на оптимизацию демографических процессов и повышение уровня общественного здоровья.

Показатели медико-демографических процессов характеризуют численность населения, состав его по полу, возрасту, социальному положению, профессии, семейному положению, уровню культуры, размещению и плотности. Учет численности и состава населения осуществляют путем регулярно проводимых переписей населения. В периодмежду переписями учет численности населения ведут путем регистрации рождений и смертей, а также по местужительства.

**Различают три типа возрастной структуры.**

- Прогрессивный - тип населения, в котором доля детей в возрасте 0-14 лет превышает долю населения в возрасте 50 лет и старше; обеспечивает рост численности населения.
- Регрессивный - тип населения, в котором доля лиц в возрасте 50 лет и старше превышает долю детского населения; угрожаетнации вымиранием.
- Стационарный - тип населения, в котором доля детей равна доле лиц в возрасте 50 лет и старше. Численность населения остается стабильной или наблюдается незначительный его естественный прирост.

Процесс постарения населения влияет на процессы воспроизводства населения, характер патологии и распространенность хроническихзаболеваний. Возрастает потребность населения в социальной помощи.

Изменение численности и состава населения служит результатомдинамических процессов: миграции и естественного движения населения в результате рождаемости и смертности. **Естественное движение населения оценивают по санитарно-демографическим показателям:**

- рождаемости;
- смертности;
- естественного прироста населения;
- младенческой смертности;
- средней продолжительности предстоящей жизни;
- материнской смертности.

Одним из основных показателей, характеризующих демографические процессы, служит рождаемость.

**Рождаемость** - процесс возобновления новых поколений, характеризует отношение количества рождений за определенный период на 1000 жителей.

Для более объективного анализа рождаемости используют показатели плодовитости: общей, брачной, по возрастам.

При вычислении показателей плодовитости (фертильности) расчет ведут на женщин детородного (фертильного) возраста - от 15 до 49 лет, состоящих или не состоящих в браке.

Считают, что средняя видовая плодовитость человека не превышает 15-16 рождений на одну женщину за весь репродуктивный период, т.е. за время от менархе, которое в современных условиях наступает примерно в возрасте 12-14 лет, к моменту менопаузы, время наступления которой – 45-55 лет.

Для обеспечения простого воспроизводства населения (т.е. нулевой прирост) необходимо, чтобы суммарный коэффициент рождаемости составлял 2,6.

В период с 1960 по 2010 г. суммарный коэффициент рождаемости в мире снизился с 4,95 до 2,5648 рождений на одну женщину. Сейчас самый низкий коэффициент фертильности в мире – в Сингапуре (0,78), а самый высокий – в Нигере (7,16).

В России с конца 1980-х годов суммарный коэффициент рождаемости почти неуклонно снижался (исключение составили только 1994 и 1998 гг.) и к 1999 г. достиг1,17.

С 2000 г. его значение стало возрастать (таб.).



Годы	Суммарный коэффициент рождаемости
2000	1,195
2001	1,223
2002	1,286
2003	1,319
2004	1,340
2005	1,287
2006	1,296
2007	1,406
2008	1,494
2009	1,537
2010	1,590
2011	1,58
2012	1,70
2013	1,70
2014	1,76

Ни одно поколение россиян, родившихся после 1910 г. и вступавших в активный репродуктивный возраст, начиная с конца 1920-х – начала 1930-х годов, не воспроизводило себя.

Непрерывное воспроизводство населения обеспечивает взаимодействие процессов рождаемости и смертности.

**Смертность населения** зависит от ряда факторов, которые для демографического анализа нередко подразделяют на две группы:

- эндогенные, порождаемые внутренним развитием человеческого организма (биологические, генетические);
- экзогенные, связанные с действием внешней среды на человеческий организм (природно-климатические, экономические, политические и др.).

Общий коэффициент смертности дает первую, приближенную оценку смертности. Его рассчитывают как отношение общего числа умерших за год к среднегодовой численности населения. В РФ начиная с 90-х годов XX в. наблюдался рост общего коэффициента смертности, и в 2003 г. последний составил 16,5 на 1000 населения. С 2004 г. ситуация постепенно меняется в лучшую сторону, и впервые за последние 20 лет в 2013 г. рождаемость превысила смертность (рождаемость 13,3 на 100 тыс. населения, а смертность - 13,1).

На уровень общего коэффициента смертности существенно влияет возрастно-половой состав населения. Так, например, показатели смертности мужчин намного превышают коэффициент смертности женщин (сверхсмертность мужчин особенно выражена в возрасте от 20 до 44 лет). Это приводит к значительной половой диспропорции населения, большому удельному весу вдовых женщин (в том числе репродуктивного возраста), росту неполных семей и, в какой-то мере к снижению рождаемости. При этом увеличение общего показателя смертности в экономически развитых странах может отражать рост удельного веса лиц пожилого и старческого возраста в возрастной структуре населения. Именно поэтому более информативны показатели смертности в отдельных возрастных группах и от определенных заболеваний.

По данным ВОЗ, в период с 2000 по 2011 г. основными болезнями, уносившими больше всего человеческих жизней, оставались ишемическая болезнь сердца, инсульт, новообразования, респираторные инфекции нижних дыхательных путей, хронические обструктивные болезни легких, сахарный диабет, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). По данным Госкомстата РФ, в России, начиная с 1970-х годов, более половины смертей обусловлены болезнями системы кровообращения. В отдельные годы доля умерших от этого класса причин смерти превышала 57% (в 2007—2008 гг.). Среди умерших от болезней системы кровообращения ишемическая болезнь служит причиной смерти более половины таковых. Второе место среди причин смерти занимают новообразования (в основном злокачественные), в 2012 г. - 15,3% умерших. Третье место в структуре смертности в России прочно удерживают внешние причины (отравления алкоголем, самоубийства, убийства, дорожно-транспортные происшествия).

Высокую социальную значимость имеют показатели младенческой и материнской смертности.

**Младенческая смертность характеризует смерть детей новорожденных от рождения до исполнения одного года.**

Смерть детей на первом году жизни распределяется неравномерно по различным возрастным периодам. Максимальные показатели случаев смерти отмечены в первые сутки после рождения. Затем происходит снижение показателя младенческой смертности с каждым прожитым днем, неделей и месяцем вначале резко, потом более постепенно. Смерть детей в течение первой недели зарегистрирована в 80% случаев смерти детей первого месяца, смерть за первый месяц - около 70% всей младенческой смертности. Среди причин младенческой смертности наибольшее значение имеют болезни перинатального периода (гипоксия, асфиксия, родовая травма, внутриутробная инфекция), врожденные аномалии развития, болезни органов дыхания, инфекционные заболевания (кишечные инфекции, сепсис и др.).

**Коэффициент младенческой смертности важен для адекватной оценки общего уровня социального развития общества.** Данный показатель достаточно точно характеризует состояние национальных систем здравоохранения и отношение к человеческой жизни в целом.

К 1999 г. уровень младенческой смертности в России был почти в 5 раз выше, чем в странах с наименьшим ее уровнем (в России — 16,9‰, в Швеции - 3,4‰). В 2011 г. 1-е место в рейтинге с наименьшим показателем младенческой смертности занимает Сан-Марино (1,6 на 100 родившихся). Россия в данном перечне, составленном Межведомственной группой Организации Объединенных Наций (ООН) по оценке детской смертности, занимает 64-е место, пропустив вперед Эстонию, Беларусь, Украину.

В 2012 г. показатели младенческой смертности в России увеличились, что обусловлено приближением российских критериев живорождения к стандартам ВОЗ. С апреля 2012 г. начали регистрировать «рождения и смерти новорожденных с экстремально низкой массой тела (от 500 до 1000 г)». За год, в связи с изменением расчетов, младенческая смертность выросла на 22% (с 7,1 на 1000 рожденных в 2011 г. до 8,7 на 1000 родившихся живыми в 2012 г.).

Под **материнской смертностью** понимают смерть женщины, обусловленную беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) и наступившую в период беременности или в течение 42 сут после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею либо ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины (в том числе смерти в результате убийства, самоубийства, отравления, травмы и прочих насильственных причин). В структуре причин материнской смертности до 80% занимают акушерские (70% - осложнения беременности и родов, 25% - последствия абортов, 5% - внематочная беременность) и около 20% - причины, связанные с беременностью и родами лишь косвенно, например экстрагенитальные заболевания, среди которых преобладает патология сердечно-сосудистой системы.

**Естественный прирост или естественная убыль населения** выражаются разностью между числом родившихся и количеством умерших за год или разностью между показателями рождаемости и смертности. Высокий естественный прирост рассматривают как признак позитивный только в случае низких показателей смертности. Отрицательный естественный прирост (естественная убыль населения) свидетельствует о неблагополучии в обществе.

По данным Госкомстата РФ, естественная убыль населения в 2012 г. составила 4,3 тыс. человек, или - 0,03‰, и это наилучший показатель за последние 20 лет (в 2000 г. убыль населения составила 958 тыс. человек, или - 6,6‰; в 2005 г. - 847 тыс. человек, или - 5,9‰; в 2011 г. - 131,2 тыс. человек, или - 0,9 ‰). В 2013 году в России преодолена естественная убыль населения.

Показатель средней продолжительности предстоящей жизни определяет число лет, которое предстоит в среднем прожить данному поколению родившихся, если на всем протяжении жизни этого поколения показатели смертности будут оставаться такими же, какими они сложились на момент рождения. Рассчитывают эмпирическим путем на основании данных таблиц смертности.

По данным ООН, с 2003 по 2008 г. ожидаемая продолжительность жизни в России при рождении постоянно увеличивалась (с 64,9 лет в 2003 г. до 65,4 года в 2008 г.).

В 2013 г. в ежегодном докладе ВОЗ было отмечено, что продолжительность жизни российских мужчин самая короткая среди населения Европы и Средней Азии: российские мужчины в среднем доживают лишь до 62,8 лет. В то же время занявшие 1 - е место по продолжительности жизни мужчин израильтяне живут в среднем 80,1 года, британцы - 78,4 года, а испанцы - 78,8 лет.

В статистике основной источник данных о составе населения - переписи населения, проводимые 1 раз в 10 лет.

Первая всеобщая перепись населения России была проведена по состоянию на 9 февраля 1897 г.

В СССР переписи населения проводили в 1920, 1926, 1937, 1939, 1959, 1970, 1979 и 1989 гг.

На основании данных переписи населения делают вывод об удельном весе лиц в возрасте 0-14, 15-49, 50 лет и старше.

### **Физическое развитие как показатель здоровья населения**

**Физическое развитие** - один из объективных показателей состояния здоровья населения.

Под физическим развитием понимают комплекс морфологических и функциональных характеристик организма: размеры, форму, структурно-механические качества и гармоничность развития человеческого тела, а также запас его физических сил.

**Основы физического развития** закладываются в период внутри-утробного развития, но в каждом возрасте имеет значение влияние природно-климатических и социально-экономических факторов. Именно поэтому отмечают различия в физическом развитии населения, проживающего в разных экономико-географических зонах, лиц разных национальностей.

Под влиянием длительно действующих неблагоприятных факторов уровень физического развития снижается, и наоборот, улучшение условий, нормализация образа жизни способствуют его повышению.

Существует три группы методов оценки физического развития

Таблица 1

### **Классификация методов изучения физического развития**

<b>Метод</b>	<b>Определение</b>	<b>Примеры показателей</b>
Антропоскопия	Описание тела в целом и отдельных его частей на основе визуального осмотра	Тип телосложения; развитие жирового слоя, мускулатуры, форма грудной клетки, спины, живота, ног; пигментация, волосяной покров; вторичные половые признаки
Антропометрия	Измерение размеров тела и его частей с помощью специальных	Рост; масса тела; окружность грудной клетки; рост сидя; окружность шеи, живота,

	инструментов	тали, бедра, голени, размер плеча и т.д.
Физиометрия	Признаки, которые определяют физиологическое состояние, функциональные возможности организма	Жизненная емкость легких'(измеряют с помощью спирометра), мышечная сила кистей рук (измеряют с помощью динамометра) и т.д.

Физическое развитие служит интегральным показателем состояния здоровья. Наблюдение за физическим развитием населения носит систематический характер, распространяется на различные возрастно-половые группы населения и включает:

- контроль уровня и изменений в физическом развитии различных групп населения;
- углубленное изучение возрастно-половых закономерностей физического развития в связи с особенностями условий жизни, труда и быта, характера и формами медицинского обслуживания, занятиями спортом;
- разработку возрастно-половых оценочных норм-стандартов физического развития населения для различных этнических групп в разных климатических зонах и экономических районах;
- оценку эффективности оздоровительных мероприятий.

#### **Основные показатели физического развития, оцениваемые в динамике:**

- длина и масса тела (отражают развитие костного скелета и мускулатуры);
- окружность грудной клетки на вдохе и выдохе (характеризует ее вместимость и развитие дыхательных органов);
- рост в положении сидя (характеризует пропорциональность тела);
- окружность головы (на первом году жизни);
- смена молочных зубов на постоянные;
- степень выраженности вторичных половых признаков;
- возраст наступления менархе и т.д.

Данные о физическом развитии собирают в процессе специально организованных исследований, на основе антропометрических измерений, проводимых по строго унифицированной программе.

Контроль физического развития человека начинается с момента рождения ребенка. По отношению к отдельным группам населения установлена четкая периодичность оценки показателей физического развития:

- новорожденные - при рождении и выписке;
- дети 1-го года жизни - ежемесячно;
- дети в возрасте от 1 года до 3 лет - 1 раз в 3 мес;
- дети в возрасте от 3 до 7 лет - 2 раза в год;
- дети и подростки в возрасте от 7 до 18 лет - в школах 1-2 раза в год;
- обучающиеся средних специальных и высших профессиональных организаций - по месту учебы при проведении медицинских осмотров 1 раз в год;
- допризывники - в военкоматах по месту жительства;
- военнослужащие - по месту службы 1-2 раза в год;
- трудоспособное население - при проведении профилактических осмотров на предприятии;
- остальное население - при диспансеризации 1 раз в 3 года.

Определение и анализ показателей физического развития позволяют говорить о тенденциях развития индивидуального организма и вклада в общественное здоровье. На основе результатов можно сделать выводы о динамике процессов акселерации (ускоренного физического развития) или ретардации (замедленного физического развития).

### ЛЕКЦИЯ 3. ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Для рациональной и эффективной организации медицинской помощи, профилактических и оздоровительных мероприятий используют данные о частоте возникновения и структуре заболеваемости, распространенности болезней. С помощью показателей заболеваемости населения оценивают деятельность медицинских организаций.

**Заболеваемость** - данные о распространенности, структуре и динамике различных болезней, зарегистрированных среди населения в целом или в отдельных группах (территориальных, возрастных, половых, профессиональных и др.). Заболеваемость характеризуется специальной терминологией и рядом статистических показателей.

Заболеваемость изучают следующими методами:

- по обращаемости (осуществляют учет всех случаев заболеваний, с которыми население обратилось за медицинской помощью);
- по данным медицинских осмотров;
- по данным регистрации причин смерти.

Надо заметить, что при изучении заболеваемости по обращаемости составить полноценную картину невозможно. Человек может вовсе не обратиться при незначительном, с его точки зрения, недомогании за медицинской помощью либо обратиться в негосударственные организации.

**В структуре заболеваемости по обращаемости выделяют такие виды, как:**

- общая заболеваемость;
- инфекционная заболеваемость;
- заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями;
- заболеваемость с временной утратой трудоспособности;
- госпитализированная заболеваемость.

**Общая заболеваемость** - совокупность заболеваний (острых и хронических) среди тех или иных групп населения за определенный календарный год.

При изучении общей заболеваемости за единицу учета принимают первое обращение к врачу по поводу данного заболевания в данном календарном году. Диагнозы острых заболеваний регистрируют каждый раз при их возникновении, диагнозы хронических заболеваний - только 1 раз в году (без учета обострений).

Основные показатели общей заболеваемости: первичная заболеваемость, распространенность, патологическая пораженность, заболеваемость отдельных возрастных групп, заболеваемость конкретным заболеванием, средняя длительность заболевания, структура заболеваемости.

**Первичная заболеваемость** - совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые выявленных в данном календарном году заболеваний.

**Распространенность (болезненность)** - частота всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном календарном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в данном году (в расчете на 1000 населения).

**Патологическая пораженность** - совокупность заболеваний, а так-жепреморбидных форм и состояний, выявленных при медицинских осмотрах.

**Накопленная заболеваемость** - все случаи зарегистрированных заболеваний за ряд лет.

**Истинная заболеваемость** - сумма всех заболеваний, выявленных по данным обращаемости и при медицинских осмотрах в данном году.

**Структура общей заболеваемости** - перечень тех или иных заболеваний и их доля в общей заболеваемости.

Всего в 2010 г. в России было зарегистрировано (выявлено) 228,1 млн случаев заболеваний, а в 1990 г. - 158,3 млн т.е. рост составил 44% (а в пересчете на 100 тыс. населения заболеваемость увеличилась на 49%). Объяснить подобное возможно ростом доли пожилого населения и более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики.

В общей совокупности зарегистрированных больных наибольший удельный вес принадлежит патологии органов дыхания (в 2010 г. - 24%). Второе место в структуре общей

заболеваемости удерживают болезни системы кровообращения, роль которых постепенно увеличивается (в 2010 г. - 14,3%). Растет также доля больных, страдающих от болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (3-е место), которая в 2010 г. достигла 8,1% против 6,7% в 2000 г.

В структуре заболеваемости по обращаемости особое внимание уделяют оценке инфекционной заболеваемости.

Учет инфекционных заболеваний связан с необходимостью проведения текущих и предупредительных противоэпидемических мероприятий.

**Информация о каждом случае обнаружения инфекционного заболевания должна быть представлена в Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН).**

Все инфекционные заболевания, в зависимости от способа оповещения о них, разделены на четыре группы, для каждой из которых существует своя система сбора информации и обработки данных.

**Карантинные заболевания** - особо опасные инфекции (чума, холера, натуральная оспа, желтая лихорадка, возвратный тиф). Применяют международные карантинные ограничения в соответствии с международными медико-санитарными правилами.

При обнаружении или подозрении на них незамедлительно информируют руководителей ЦГСЭН, органы управления здравоохранением вплоть до МЗ РФ.

В случае выявления карантинных заболеваний применяют меры экстренного характера, включая создание чрезвычайных противоэпидемических комиссий.

**Грипп, острые респираторные инфекции.** Сведения (на основании «Статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов») подают в ЦГСЭН посредством заполнения формы № 85-грипп (в период эпидемии - ежедневно, в остальное время — ежемесячно).

**Брюшной тиф, паратифы, дизентерия, энтериты, туляремия, сибирская язва, бруцеллез, дифтерия, корь, коклюш, эпидемический паротит, ветряная оспа, краснуха, менингиты, энцефалиты, инфекционный гепатит, скарлатина, столбняк, полиомиелит, бешенство, риккетсиозы (включая сыпной тиф), малярия, лептоспироз, сепсис у детей первого года жизни, геморрагическая лихорадка и орнитоз.**

В случае обнаружения данных заболеваний врачи или средний медицинский персонал лечебно-профилактических учреждений всех ведомств заполняют «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф. 058/у) и в течение 12 ч передают в ЦГСЭН.

Важнейшие неэпидемические болезни: **бациллярная форма туберкулеза, сифилис, гонорея, грибковые заболевания, трахома.** Оформляют «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы» (ф. 089/у) и «Экстренное извещение об инфекционном заболевании» (ф. 058/у).

Экстренные извещения, отправленные в ЦГСЭН, регистрируют в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (ф. 060/у).

«Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы» (ф. 089/у) в 3-дневный срок отсылают в соответствующие диспансеры (противотуберкулезный, кожно-венерический) по месту жительства больного.

Для углубленного изучения «истинной» распространенности болезней используют результаты профилактических осмотров.

### **3.1. Прогноз заболевания и инвалидность**

**Прогноз заболевания** представляет предсказание характера течения и исхода болезни, основанное на знании закономерностей развития патологических процессов, статистических данных и анализе индивидуальных особенностей больного.

На основе прогноза фельдшер может своевременно реализовать меры по сохранению трудоспособности, предотвращению рецидивов, осложнений болезни и побочного действия лекарств.

Если прогнозируют сохранение жизни, медицинский работник должен предположить, наступит ли выздоровление, будет оно полным либо болезнь примет рецидивирующее или какое-либо другое течение, отразится ли она на длительности жизни, восстановится ли трудоспособность или больной станет инвалидом и какой степени (социально-трудовой прогноз).

Таким образом, различают следующие виды прогноза:

- благоприятный (хороший);
- сомнительный;
- неблагоприятный (плохой);
- очень плохой;
- прямо указывающий на неизбежность летального исхода.

Одним из вариантов развития заболевания может стать инвалидность - состояние человека, при котором ограничена его умственная, физическая или психическая деятельность.

**Инвалидность может развиваться вследствие:**

- общего или профессионального заболевания;
- трудового увечья;
- радиационных катастроф;
- врожденных болезней,
- заболеваний и травм в возрасте до 16 лет (инвалидность с детства). Выделяют также в

особые категории инвалидность до начала трудовой деятельности и инвалидность у бывших военнослужащих.

**Основанием для определения гражданину инвалидности считают:**

- изменения здоровья, вызывающие тяжелые нарушения работы организма, которые, в свою очередь, вызываются болезнями, нарушениями развития или травмами;
- ограничение основных функций жизнедеятельности - ориентации, передвижения, самообслуживания, общения, работы или учебы;
- острая нужда гражданина в социальной опеке, в том числе помощи в восстановлении.

При этом для определения статуса инвалида требуется наличие всех трех условий.

Установление инвалидности в РФ производят органы медико-социальной экспертизы.

**Инвалидность связана со стойкой утратой трудоспособности.** Классификация инвалидности основана на степени и причинах утраты трудоспособности.

Степень тяжести инвалидности может быть различной - от ограничения трудоспособности по основной специальности и переводу на более легкий труд до полной ее утраты во всех видах профессиональной деятельности. В зависимости от степени потери или ограничения трудоспособности различают три группы инвалидности.

Таблица 1

<b>Группы инвалидности</b>	
Группа инвалидности	Лица, которым устанавливается группа
I	Вследствие стойких и тяжелых нарушений функций организма наступила полная постоянная или длительная потеря трудоспособности; пациент нуждается в повседневном, систематическом уходе
II	С полной постоянной или длительной потерей трудоспособности вследствие нарушения функций организма, но пациент не нуждается в постоянном постороннем уходе
III	При необходимости перевода по состоянию здоровья на работу по другой профессии более низкой квалификации, или значительных изменениях условий работы по своей профессии, или при значительном ограничении возможности трудоустройства вследствие выраженных функциональных нарушений

Статус «ребенок-инвалид» может быть определен человеку в возрасте до 18 лет.

По оценкам ВОЗ 2011 г., почти 15% населения во всем мире имеет инвалидность (что превышает ранее сделанные оценки ООН - 10%).

По данным статистики, на 2012 г. в России проживает 13,02 млн. инвалидов. Из них инвалидов пенсионного возраста - 65%, трудоспособного возраста - 30,5%, инвалидов-детей - 4,5%. Кроме того:

- в 2012 г. более 805 тыс. человек впервые признано инвалидами;
- в структуре первичной инвалидности инвалиды I группы составляют 15,9%, II группы - 40,9%, III группы - 43,2% (в течение последних лет отмечают рост первичного выхода на инвалидность);
- в структуре инвалидности по причинам 1-е место занимают болезни сердечно-сосудистой системы, 2-е место - злокачественные новообразования, 3-е место - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Особое место в инвалидности занимает проблема детей-инвалидов, численность которых в России, по данным на 2012 г., составляет 570 тыс. человек. В структуре инвалидности с детства преобладают психоневрологические заболевания, включая умственную отсталость (более 50%). Далее следуют заболевания нервной системы, включая детский церебральный паралич, врожденные аномалии, последствия травм и отравлений.

Ежегодно в России рождается более 30 тыс. детей с врожденной и наследственной патологией, из них 2/3 в последующем становятся инвалидами, причем в 60-80% случаев инвалидность детей обусловлена перинатальной патологией.

В 2010 г. разработана государственная программа «Доступная среда», в рамках которой планируется к 2016 г. сформировать для всех инвалидов нашей страны условия для доступа к наиболее важным объектам и услугам в здравоохранении, культуре, транспорте, информации и связи, образовании, социальной защите, спорте и физической культуре. Программа «Доступная среда» содержит мероприятия, формирующие доступную и безбарьерную среду в школе, помощь инвалидам в трудоустройстве.



## ЛЕКЦИЯ 4. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

### ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

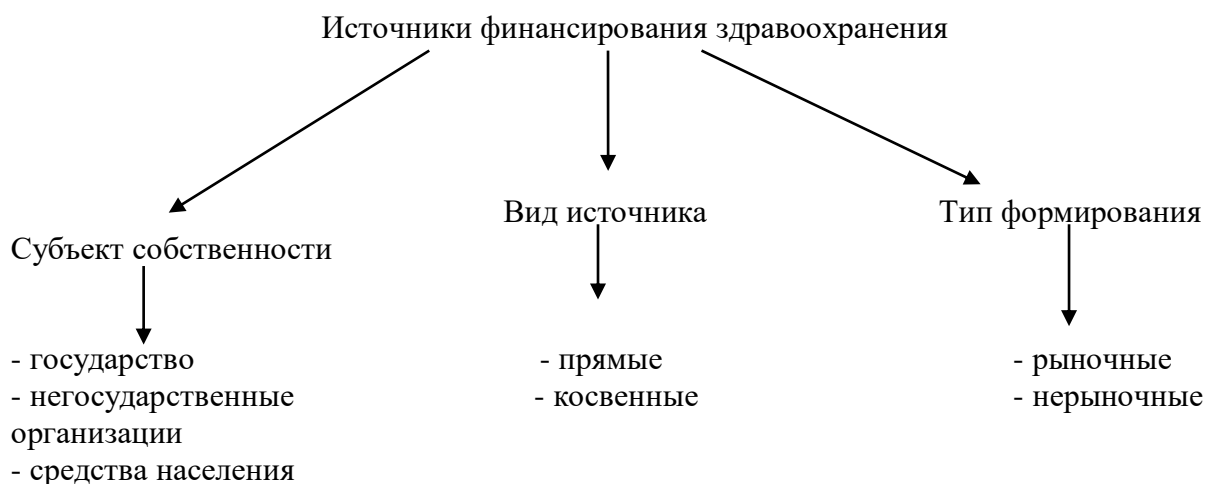
Здравоохранение как отрасль экономики требует соответствующего уровня финансирования для обеспечения своей деятельности. В настоящее время оказание бесплатной медицинской помощи гражданам РФ осуществляют за счет средств бюджета (федерального, регионального, муниципальных образований), средств Фондов обязательного медицинского страхования (федерального - ФФОМС и территориального - ТФОМС). Эту модель финансирования называют бюджетно-страховой. Она предполагает взаимодействие средств различных источников и представляет собой пример многоканального финансирования здравоохранения.

Одновременно существует ряд других источников финансирования, связанных с наличием разного рода платных услуг и договорных отношений.

**Источники финансирования** здравоохранения подразделяют по их принадлежности (субъекту собственности), типу их образования (формирования) и виду.

**Рыночные источники** - доходы медицинской организации, образующиеся в результате продажи медицинских услуг (по рыночным ценам); **нерыночные** - доходы медицинской организации, образующиеся в результате перераспределения денежных доходов населения и организаций в пользу данных организаций.

Таким образом, единый фонд финансовых средств организации создают из самых разных источников финансирования. При этом основным источником до последнего времени оставались средства бюджета, выделяемые в соответствии с долговременными экономическими нормативами. Нормативы бюджетного финансирования устанавливают в расчете на одного жителя в год, лечение одного больного по профилю заболевания и оказание различных видов медицинских услуг. Эти нормативы разрабатывают региональные органы управления.



Финансирование медицинской организации осуществляют в соответствии со сметой. **Смета - финансовый план расходов**, необходимых для работы медицинской организации в следующем году, и включает расходы на содержание зданий и оборудование, развитие материально-технической базы, коммунальные и транспортные услуги, заработную плату работникам, расходы на оказание бесплатной медицинской помощи, объем которой определен программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ.

Смету составляют с учетом сметы текущего года с коррекцией на изменение цен в следующем году (на коммунальные и транспортные услуги), с необходимостью ремонта и закупок оборудования, повышением заработной платы. После утверждения сметы расходов для медицинской организации в банке открывают кредит. Расходование средств осуществляют согласно утвержденной смете.

Поступления за услуги, оказанные сверх нормативов бесплатной медицинской помощи, выполненные работы по договорам с предприятиями, добровольные взносы предприятий и

благотворительных фондов служат дополнительным источником финансирования. Расходование этих средств также осуществляют согласно утвержденным финансовым планам, представляющим собой план доходов и план (или смету) расходов. Расходы планируют по фонду: оплаты труда (на заработную плату), материального поощрения и производственного и социального развития организации.

Наличие нескольких источников финансирования системы здравоохранения снижает контроль целевого и рационального расходования средств и обеспечения надлежащего качества оказания медицинской помощи.

Переход преимущественно к одноканальной форме финансирования призван повысить контроль. Одноканальное финансирование регламентирует поступление основной части средств из системы обязательного медицинского страхования (ОМС), при этом оплату медицинской помощи будут осуществлять по конечному результату на основе комплексных показателей объема и качества оказанных услуг. Приобретение дорогостоящего оборудования и капитальный ремонт по-прежнему будут осуществлять из бюджетных средств.

Систему сметного финансирования на основе планируемых затрат постепенно заменит расчет стоимости лечения по законченному случаю с использованием стандартов медицинской помощи. Это позволит обеспечить финансирование медицинской помощи в полном объеме с учетом всех реальных затрат.

В основе финансирования амбулаторно-поликлинической помощи лежит принцип подушевого финансирования. Подушевой норматив финансирования программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи - некая сумма, которую государство может потратить на лечение одного человека. Она складывается из бюджетных ассигнований и субвенций ФФОМС.

**Субвенция** – вид денежного пособия местным органам власти, выделяемого на определенный срок на конкретные цели и подлежащего возврату в случае нецелевого использования или использования не в установленные ранее сроки.

В условиях преимущественно одноканального финансирования объем средств, поступающих для оказания бесплатной амбулаторно-поликлинической помощи населению, определяет подушевой норматив и число всех прикрепленных к медицинской организации граждан, а не количество приемов пациентов.

Фактическая стоимость одного вызова СМП в 2011 г. составляла 991,9 руб., в 2013 г. - 1435,6 руб., увеличение произошло за счет средств ФФОМС.

Кроме того, на 38,9% увеличен норматив расхода на оказание медицинской помощи, оказываемой в иных условиях, включающий расходы на санитарную авиацию

В настоящее время усилен контроль использования средств, выделенных из бюджета ФФОМС на денежные выплаты медицинским работникам, которые оказывают ПМСП, в их числе медицинскому персоналу ФАПов, фельдшерам и медицинским сестрам станций (отделений) СМП.

Внедрение одноканального финансирования медицинской организации должно повлечь за собой:

- повышение качества медицинской помощи (услуг и интенсивности лечения);
- рациональное использование ресурсов;
- активизацию и повышение эффективности профилактической работы в первичном звене;
- внедрение технологий, сберегающих здоровье.

Введение единых медицинских стандартов оказания стационарной медицинской помощи и подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической медицинской помощи обеспечат гражданам равнодоступность медицинской помощи.

#### **4.1. Здравоохранение как отрасль экономики**

Здоровье - это не только фундамент благополучия индивида, его удовлетворенности качеством жизни, но и ресурс, влияющий на состояние различных отраслей экономики и требующий затрат на поддержание и восстановление, а потому обладающий стоимостью.

Здоровье населения и экономика взаимосвязаны: экономические достижения существенно отражаются на состоянии здоровья населения, а также оптимизации рынка труда. Рост

экономики создает условия для повышения воспроизводства трудовых потенциала и ресурсов, увеличения производительности труда.

Здоровье, обладая определенной стоимостью товара на рынке труда, становится категорией экономической. При этом здравоохранение в условиях рыночных отношений представляет ресурсосберегающую отрасль экономики, цель которой - обеспечение положительного экономического эффекта на основе повышения уровня общественного здоровья. Экономический эффект может быть прямым или косвенным и выражаться в оптимизации экономики в целом, расширении и развитии производства, увеличении производительности труда, росте национального дохода и так далее, а также в оптимизации демографической ситуации, снижении финансовых затрат на лечение, реабилитацию, социальные выплаты.

Под эффективностью понимают степень достижения конкретных результатов. Эффективность в здравоохранении характеризует результаты деятельности медицинских организаций с учетом затраченных материальных, трудовых и финансовых ресурсов. Различают медицинскую, социальную и экономическую эффективность.

Медицинская эффективность характеризует степень достижения целей и задач в области профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации пациентов с учетом критериев качества. В отношении одного конкретного больного - это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных органов и систем. На уровне медицинской организации и отрасли в целом медицинскую эффективность измеряют множеством специфических показателей, таких, как удельный вес излеченных больных, уменьшение случаев перехода заболевания в хроническую форму, снижение уровня заболеваемости населения.

Медицинскую эффективность (Км) рассчитывают по формуле

$$K_m = \frac{\text{Число случаев достигнутых медицинских результатов}}{\text{Число оцениваемых случаев}}$$

**Социальная эффективность** - степень достижения социального результата. В отношении конкретного больного - это возвращение его к труду и активной жизни в обществе, удовлетворенность медицинской помощью. На уровне всей отрасли проявляется улучшением таких показателей общественного здоровья населения, как:

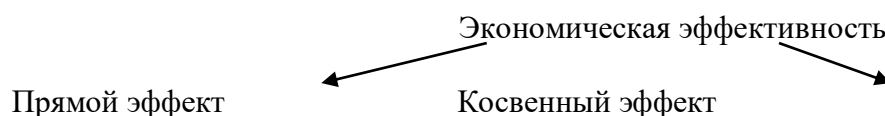
- снижение заболеваемости и преждевременной смертности;
- улучшение демографических показателей;
- предотвращение инфекционных и снижение уровня социально значимых заболеваний;
- уменьшение числа инвалидов;
- повышение качества медицинского обслуживания.

Социальную эффективность (Кс) рассчитывают по формуле:

$$K_s = \frac{\text{Число случаев удовлетворенности пациента медицинской помощью}}{\text{Число оцениваемых случаев}}$$

**Экономическая эффективность** - соотношение полученных результатов и произведенных затрат. Экономическую эффективность в здравоохранении рассматривают в двух аспектах: эффективность использования ресурсов и влияние здравоохранения на развитие общественного производства в целом.

Экономическую эффективность (рис.) подтверждают прямые и косвенные показатели влияния здравоохранения на экономику страны за счет улучшения показателей здоровья населения и проведения профилактических мероприятий.



- ↓
- рост производительности труда
  - уменьшение затрат на медицинскую помощь
  - рациональное использование ресурсов
  - увеличение национального дохода

- ↓
- снижение временной нетрудоспособности, инвалидности, преждевременной смертности
  - решение вопросов, связанных с охраной здоровья населения

Экономическую эффективность (Кэ) рассчитывают по формуле:

$$Кэ = \frac{\text{Экономический эффект}}{\text{Экономические затраты, связанные с медицинской программой}}$$

Экономический ущерб (общие экономические потери) вследствие заболеваемости и преждевременной смертности, так же как и экономическая эффективность, может иметь прямые и косвенные последствия.

Прямые экономические потери в здравоохранении:

- затраты на медицинскую помощь;
- подготовка медицинских кадров;
- оплата труда медицинского персонала;
- выплаты по листку нетрудоспособности;
- выплата пенсии по инвалидности.

Непрямые (косвенные) экономические потери наблюдают вследствие снижения производительности труда, уровня производства, в итоге - национального дохода в связи с временной или стойкой утратой нетрудоспособности, смертностью трудоспособного населения.

Экономический ущерб вследствие заболеваемости призваны уменьшить специальные медицинские программы - оздоровительные, профилактические. При принятии медицинских программ, планировании оздоровительных мероприятий приоритет отдают медицинской и социальной эффективности, несмотря на то, что это требует значительных затрат, отдача от которых ожидается только в будущем. Иногда получение экономической эффективности от проводимых мероприятий не только не планируется, но изначально невозможно: при организации медицинского обслуживания пожилых людей с хроническими дегенеративными заболеваниями, больных с умственной отсталостью, тяжелыми повреждениями центральной и периферической нервной системы и некоторыми другими состояниями при явной медицинской и социальной эффективности экономический эффект будет отрицательным.

## ЛЕКЦИЯ 5.1. РЫНОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. ОСОБЕННОСТИ УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Услуга в здравоохранении - деятельность, направленная на удовлетворение потребностей других лиц в сохранении, укреплении или достижении максимально возможного в сложившихся условиях уровня здоровья.

Услуги, оказываемые населению, подразделяют на материальные и социально-культурные.

- Материальная услуга - удовлетворение материально-бытовых нужд потребителя услуг в сохранении потребительских свойств каких-либо изделий или изготовление новых товаров по заказам граждан, перемещение грузов и людей, создание условий для потребления.

- Социально-культурная услуга (нематериальная услуга) - услуга по удовлетворению духовных, интеллектуальных потребностей и поддержание нормальной жизнедеятельности потребителя.

Оказание услуг регламентировано Гражданским кодексом, Федеральным законом «О защите прав потребителей». Услуги могут быть государственными и коммерческими, добровольными и вынужденными, платными и бесплатными, мгновенными и длительными, взаимными и анонимными. Возможны и другие классификации медицинских услуг: по характеру, сегментам структуры здравоохранения, уровням медицинской помощи, интенсивности во времени. Под простой медицинской услугой понимают конкретную услугу, имеющую законченное диагностическое или лечебное значение, четкое описание технологии выполнения.

Под сложной медицинской услугой понимают услугу, содержащую перечень лечебно-диагностических нужд, формирующих этапы процесса оказания медицинской помощи.

Например, услуги, оказываемые фельдшером ФАП, могут быть материальными (лекарственное обеспечение) и нематериальными (поддержание и восстановление здоровья), простыми (выполнение манипуляций) и сложными (прием заболевшего пациента).

Общие свойства медицинских услуг - неосвязаемость (нематериальность) до момента получения; неразрывность производства и потребления; изменчивость качества; невозможность сохранения впрок.

Результат оказания услуг по поддержанию и восстановлению здоровья всегда носит индивидуальный характер. Процесс оказания этой услуги зависит от профессионализма медицинского работника, а также от ряда других значимых факторов:

- взаимодействия с коллегами, пациентом и родственниками;
- необходимости территориальных перемещений во время оказания услуги;
- возможности ограничения усилий достижением промежуточного результата;
- вероятности последующего возобновления оказания услуги при соответствующем изменении условий;
- местных природно-климатических условий;
- длительности процесса оказания услуги.

Результат оказания услуги воплощен в самом пациенте и напрямую не связан с величиной затрат. Он разнообразен по сроку проявления и необходимости повторного воздействия.

На рынок услуг здравоохранения выносят информацию об услугах, которые могут быть оказаны пациентам. К экономическим составляющим медицинской услуги относят себестоимость, рентабельность, эффективность, цену услуги, методику ценообразования.

Стоимость услуги здравоохранения - величина не постоянная, имеет тенденцию к изменению, причем чаще в сторону увеличения (особенно при длительном лечении).

В условиях рыночной экономики и медицинского страхования вопросы ценообразования приобретают особое значение.

Цена должна:

- отражать затраты труда медицинских работников;
- учитывать соотношение спроса и предложения на данную услугу;
- обеспечивать получение прибыли медицинской организации;
- иметь противозатратный характер и стимулировать улучшение качества медицинской помощи.

Цена - денежное выражение стоимости медицинских услуг. Стоимость - количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги определенного (заданного) качества.

Приближенно стоимость услуги в медицине определяют по формуле

$$C_y = R_p + R_k,$$

где  $C_y$  - стоимость услуги;  $R_p$  - прямые расходы;  $R_k$  - косвенные расходы.

К прямым расходам при оказании медицинской услуги относят оплату труда специалистов, материальные затраты на медикаменты, перевязочный материал. Косвенные расходы включают оплату труда вспомогательного персонала, хозяйственные затраты (оплата водоснабжения, отопления, потребления электричества конкретной медицинской организации), износ белья, инвентаря, амортизацию оборудования.

Структурными элементами цены (тарифа) на медицинские услуги считают себестоимость и прибыль. Себестоимость - выраженные в денежной форме все затраты медицинской организации, связанные с оказанием медицинской помощи населению, начиная от оплаты труда и кончая расходами на медикаменты, питание больных, амортизацию основных фондов, в расчете на единицу услуг (прикрепленного жителя, пролеченного больного). Себестоимость рассчитывают за предшествующий период времени.

В цену медицинской услуги может закладываться прибыль как процент от себестоимости. На рынке платных медицинских услуг (негосударственные медицинские организации) в зависимости от комфортности пребывания, качества медицинского обслуживания процент прибыли составляет в среднем до 30% себестоимости.

Размер прибыли, включаемой в тарифы на медицинские услуги, определяют исходя из величины фонда производственного и социального развития, материального поощрения и финансового резерва.

Тарифы разрабатывают в зависимости от категории сложности лечения пациентов и клинико-статистических групп, которые определяют на основе статистических данных, полученных экспертными советами медицинской организации.

Существует несколько подходов к ценообразованию:

- на основе оплаты по установленным тарифам;
- с учетом клинико-статистических групп населения;
- договорные цены или соглашения;
- по разработанным и принятым стандартам.

Важно, чтобы при ценообразовании соблюдались два условия:

- стоимость лечения в разных учреждениях должна быть примерно одинаковой;
- все пациенты должны иметь право на получение медицинской помощи одинакового объема и надлежащего качества.

Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС устанавливают соглашением между страховыми медицинскими организациями, местной администрацией и профессиональными медицинскими общественными организациями. Эти цены не включают прибыль и, как правило, ниже себестоимости.

Тарифы на медицинские и иные услуги при добровольном медицинском страховании (ДМС) устанавливают по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, учреждением или лицом, предоставляющими эти услуги. Данные цены включают себестоимость и прибыль, регулируются договорами.

Расчет между страховыми организациями и учреждениями здравоохранения осуществляют по прейскуранту. Прейскурант разрабатывают в соответствии с методикой расчета тарифов (цен) на медицинскую помощь (услуги).

Для перевода медицинских организаций на экономические методы управления разрабатывают нормативы финансирования каждого типа организации.

Необходимо заметить, что в системе здравоохранения существуют факторы, которые нарушают правила реализации рыночного механизма.

Так, финансирование ряда услуг из фонда ОМС превращает услугу в «общественное благо», исключая пациента из рыночной сделки.

Кроме того, принципы доступности и равенства в объеме оказания медицинской услуги, декларируемые российским законодательством, входят в противоречие с зависимостью качества и объема услуги от платежеспособности населения.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» утверждена номенклатура (перечень) медицинских услуг. Перечень разделен на два класса: «А» и «В». Класс включает услуги, представляющие определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение. Разделы класса А обозначают определенный тип медицинской услуги (например, визуальное исследование). Подразделы - анатомо-функциональную область (например, при болезнях органов кроветворения и крови).

Класс В включает услуги, служащие комплексом вмешательств. Разделы класса В обозначают определенный тип услуги (в частности, врачебная лечебно-диагностическая). Подразделы - перечень медицинских специальностей. Трудоемкость услуги измеряют в условных единицах трудозатрат (УЕТ). Одну УЕТ приравнивают к 10 мин рабочего времени

При определении трудоемкости услуги учитывают не только время, затрачиваемое на непосредственное оказание услуги, но и коэффициенты:

- нормативный коэффициент использования рабочего времени показывает, какую часть рабочего времени работник непосредственно занят деятельностью по оказанию медицинских услуг;

- поправочный коэффициент необходим в тех случаях, когда УЕТ не коррелируется со значением нормативов выполнения той или иной услуги, - изменились условия предоставления услуг (оказание помощи на дому), усложнилась или упростилась технология предоставления услуги.

Выделяют следующие виды поправочных коэффициентов:

- коэффициент сложности, повышающий и понижающий (применяют в случае усложнения или упрощения методики выполнения услуги, выполнения услуги высококвалифицированным специалистом и др.);

- коэффициент субспециальности (применяют в случае выполнения услуги специалистом, имеющим дополнительную специализацию, например врач гинеколог-онколог, уролог-фтизиатр);

- коэффициент условий выполнения услуги (применяют в случае, если условия выполнения услуги требуют дополнительных затрат);

- коэффициент маржинальности (применяют в случае расчета УЕТ для сложной услуги, состоящей из простых услуг, которые выполняют одновременно).

Таким образом, рынок медицинских услуг характеризуется специфическими особенностями, влияющими на последующий анализ эффективности экономической деятельности конкретной медицинской организации.

## ЛЕКЦИЯ 5.2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Оказание медицинской помощи неразрывно связано с экономической деятельностью медицинской организации, анализ которой заключается в сопоставлении затрат и полученного эффекта:

- проводят контроль использования финансовых средств на предмет соблюдения законодательства;
- оценивают эффективность использования ресурсов.

**Экономический эффект в здравоохранении — предотвращенный экономический ущерб**, т.е. тот ущерб, который удалось предотвратить в результате рационального использования ресурсов.

**Основные экономические показатели:**

- общий экономический ущерб, обусловленный заболеваемостью, инвалидностью и смертностью;
- предотвращенный экономический ущерб;
- критерий экономической эффективности медицинской помощи.

Общий экономический ущерб может иметь значение для экономики государства в целом и конкретной медицинской организации. Распределение показателей общего экономического ущерба в зависимости представлено в табл. 3.2.

**Таблица 3.2.** Классификация общего экономического ущерба

Экономика в целом	Медицинская организация
Затраты на здравоохранение, медицинскую науку	Содержание зданий
Затраты на медицинское образование	Оплата услуг (транспортных, коммунальных, связи)
Выплаты по временной нетрудоспособности	Оплата труда персонала
Выплаты по инвалидности	Затраты на содержание стационарных больных и т.д.

**Предотвращенный экономический ущерб — положительная разность между общим экономическим ущербом**, представленным либо затратами в денежном эквиваленте в предыдущие годы, либо среднестатистическими цифрами по региону, территории, федерации в целом, и реальными затратами медицинской организации.

**Критерий экономической эффективности** можно рассчитать по формуле

Экономический эффект

$K_3 = \frac{\text{Экономический эффект}}{\text{Экономические затраты, связанные с медицинской программой}}$

Анализ эффективности использования ресурсов находит источники и пути повышения экономической эффективности.

**Экономический анализ деятельности медицинских организаций** осуществляют обычно по следующим направлениям:

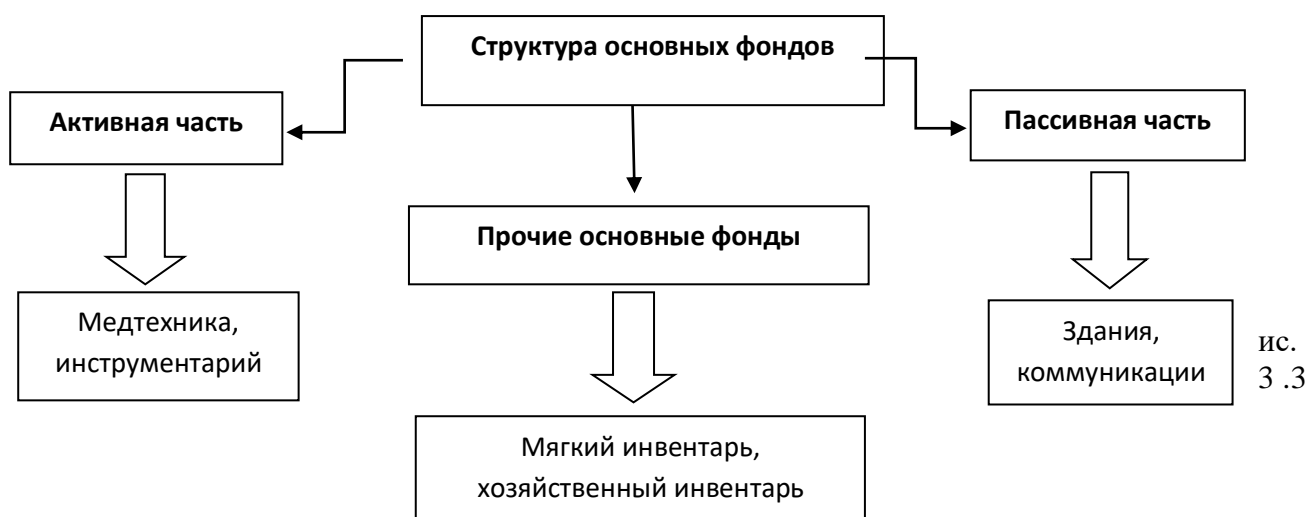
- использование коечного фонда;
- использование основных фондов;
- использование персонала;
- использование медицинского оборудования;
- оценка финансовых расходов.

**Анализ использования основных фондов медицинской организации**

**Основные фонды — совокупность материально-технических ценностей** медицинской организации, действующих в течение длительного периода.

К основным фондам (рис. 3.3) относят здания и сооружения, машины, оборудование, инвентарь.





### Основные фонды медицинской организации

Основные фонды зачисляют на баланс организации здравоохранения по их полной первоначальной стоимости (балансовая стоимость), включающей затраты на приобретение, транспортировку, монтажа пр.

Оценке подвергают стоимость и состояние основных фондов, своевременность замены и эффективность использования.

В процессе работы **основные фонды подвергаются физическому и моральному износу**. Физический износ связан прежде всего с длительностью эксплуатации, а также с повреждениями в связи с самыми разными причинами. Если фактический срок эксплуатации равен или больше нормативного, основные средства списывают в установленном порядке. Моральный износ связан с достижениями научно-технического прогресса.

Обновление основных фондов характеризуют три показателя (табл. 3.3)

Таблица 3.3.

**Показатели обновления основных фондов**

Коэффициент	Что характеризует	Расчет коэффициента
Выбытия	Интенсивность выбытия основных фондов за год (в рублях) к стоимости основных фондов на конец года	Сумма выбывших основных фондов за год (в рублях)/ стоимость основных фондов на конец года (в рублях)
Обновления	Долю стоимости новых основных фондов, вступивших в эксплуатацию в данном году, к общей их стоимости на начало года	Сумма введенных основных фондов за год (в рублях)/ стоимость основных фондов на начало года (в рублях). Эталон обновления основных фондов — 10—15%
Накопления	Процесс пополнения основных фондов организации	Разница между суммой введения и выбытия основных фондов за год (в рублях)/ стоимость основных фондов на начало года (в рублях)

Состояние и эффективность использования основных средств характеризуются показателями **фондовооруженности труда персонала, фондоотдачи и фондоемкости**.

**Фондовооруженность** — уровень технической оснащенности трудовых процессов. Представляет величину стоимости основных фондов (в рублях), приходящихся на одного работника. Увеличение фондовооруженности труда рассматривают как фактор повышения эффективности работы и качества медицинской помощи.

**Фондоотдача** — объем производства продукции на единицу стоимости основных фондов. Характеризует интенсивность использования основных фондов (оборот койки в стационаре, сокращение средней длительности обследования пациентов за счет интенсивности использования диагностического оборудования, рациональная организация работы медицинского персонала и др.).

Фондоотдачу определяют для стационара отношением числа госпитализированных больных за год в расчете на 1000 руб. основных фондов; для амбулаторного приема — отношением числа фактически обратившихся в поликлинику на 1000 руб. основных фондов.

Резкое повышение показателей фондоотдачи может быть связано с перегрузкой стационара (поликлиники). Следовательно, не всегда высокие показатели фондоотдачи могут быть положительно оценены при анализе.

**Фондоемкость** — стоимость основных фондов на единицу объема произведенных услуг. Чем выше фондоотдача, тем ниже фондоемкость, и наоборот. Определяют как отношение основных фондов медицинской организации к объему производства в денежном выражении.

Фондоемкость определяют отношением стоимости основных фондов стационара в расчете на 1000 госпитализированных больных или стоимостью основных фондов поликлиники на 1000 обратившихся в поликлинику. В стоимостном выражении фондоемкость означает сумму основных фондов в расчете на рубль произведенных затрат.

Фондоемкость

по стационару = 
$$\frac{\text{Основные фонды стационара (руб.)} \times 10}{\text{Число госпитализированных больных}}$$

Фондоемкость поликлинике = 
$$\frac{\text{Основные фонды стационара (руб.)} \times 1000}{\text{Число обратившихся в поликлинику}}$$

## ЛЕКЦИЯ 6. МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА. ЗНАЧЕНИЕ, МЕТОДЫ

**Статистика** – общественная наука, изучающая количественные показатели массовых общественных явлений, характеризующих уровень и качество их состояния.

**Медицинская статистика** определяет проблемы современного здравоохранения на основе изучения и анализа общепринятых статистических показателей, характеризующих:

- здоровье населения – оценка здоровья населения по совокупности показателей демографических, физического развития и заболеваемости;
- структуру и реальные возможности здравоохранения – сеть лечебно-профилактических организаций, их состояние и оснащенность, медицинские кадры (структура, профессиональный уровень, повышение квалификации), медицинские программы и технологии.

На основании анализа статистических данных выстраивают **прогноз** – обоснованное суждение о возможном состоянии объекта в будущем, альтернативных путях и сроках достижения этих состояний (инновационные программы развития, инновационные технологии).

Процесс разработки прогноза – **прогнозирование**. Точность прогноза определена объемом истинных (верифицированных) исходных данных, периодом их сбора, методиками и подходами прогнозирования. Прогнозы подразделяют по срокам, масштабу, ответственности. В процессе прогнозирования выделяют несколько этапов, обусловленных сложностью изучаемых объектов прогнозирования, необходимостью построения модели развития объекта. Отличаются они своими задачами, методами и результатами.

Традиционная статистическая система в здравоохранении основана на получении данных в виде отчетов. Система отчетов имеет единую номенклатуру, единые показатели объема работы и использования ресурсов, обеспечивающих сравнимость данных.

Анализ и обобщение ситуации осуществляют не только на основании данных отчетов, но и путем проводимых выборочных статистических исследований.

Статистическое исследование массовых общественных явлений включает три основных этапа.

- **Статистическое наблюдение** – формирование первичных статистических данных.
- Сводка и группировка данных – первичные статистические данные делят по признакам различия и объединяют по признакам сходства. Подсчитывают суммарные показатели по группам и в целом. Изучаемые явления, в зависимости от существенных признаков, подразделяют на типы, группы и подгруппы.
- **Обработка и анализ полученных данных, обнаружение закономерностей.** Рассчитывают относительные и средние величины, показатели, характеризующие наличие связей между признаками случаев, обосновывают динамику явлений. Цифровой материал представляют в виде таблиц и графиков.

### Методика расчета и анализа статистических показателей общественного здоровья

#### Методика расчета и оценки показателей рождаемости

Показатели общественного здоровья рассчитывают на основании данных регистрации случаев рождений и смертности.

При расчете большинства перечисленных показателей необходимо учитывать среднегодовую численность населения, которую, в свою очередь, определяют следующим образом:

$$\frac{\text{Численность населения на начало года} + \text{Численность населения на конец года}}{2}$$

Документом, регистрирующим **рождение**, служит «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. 103/у). Его выдают при выписке матери из стационара все медицинские организации, в которых произошли роды, во всех случаях живорождения. В случае родов на

дому «Медицинское свидетельство о рождении» выдает та медицинская организация, медицинский работник которой принимал роды.

По определению ВОЗ, **живорождение** – полное удаление или изъятие из матери продукта зачатия (независимо от течения беременности, отделилась или нет плацента, перевязана или нет пуповина), который после отделения дышит или имеет функциональные признаки жизни – сердцебиение, пульсацию пуповины или спонтанное движение мышц. В соответствии с действующим законодательством и внесенными изменениями в приказ МЗ и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи», медицинскими критериями рождения считают:

- срок беременности 22 нед. и более;
- массу тела ребенка при рождении 500 г и более (или менее 500 г при многоплодных родах);
- длину тела ребенка при рождении 25 см и более (в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна);
- срок беременности менее 22 нед. или массу тела ребенка при рождении менее 500 г, или в случае, если масса тела при рождении неизвестна, длина тела ребенка менее 25 см - при продолжительности жизни более 168 ч после рождения (7 сут.).

Оценку показателя общей рождаемости проводят на основе данных, представленных в таблице

Таблица 1

**Шкала значений общего коэффициента рождаемости (Б.Ц. Урланис, в.А. Борисов)**

<b>Общий коэффициент рождаемости (на 1000 человек населения)</b>	<b>Уровень рождаемости</b>
<10	Очень низкий
10-15	Низкий
16-20	Ниже среднего
21-25	Средний
26-30	Выше среднего
31-40	Высокий
>40	Очень высокий

Однако реально в процессе деторождения участвует не все население, а только женщины репродуктивного возраста. Следовательно, более точно оценить рождаемость позволит специальный коэффициент рождаемости. Его рассчитывают на основе данных о численности той части населения, которая непосредственно участвует в процессе деторождения.

Данный коэффициент менее 64 оценивают как низкий, 64-100 - средний, 101 - 120 - выше среднего, 121-160 - высокий, 161 и более - очень высокий.

Еще точнее, по сравнению со специальным коэффициентом рождаемости, характеризуют рождаемость **возрастные коэффициенты**, которые **отражают число родившихся живыми детей у женщин определенного возраста** (в расчете на 1000). Чаще всего рассчитывают возрастные коэффициенты рождаемости для пяти летних групп (т.е. для женщин в возрасте от 15 до 19 лет, от 20 до 24 лет, от 25 до 29 лет и т.д.). Повозрастные коэффициенты рождаемости (плодовитости) позволяют анализировать уровень и динамику интенсивности рождаемости.

Чтобы иметь возможность анализировать уровень и динамику рождаемости с помощью одного показателя, в статистических исследованиях также используют суммарный коэффициент рождаемости, который вычисляют путем суммирования возрастных коэффициентов рождаемости с умножением их на длину каждого возрастного интервала в целых годах (для пятилетних интервалов множитель равен 5). Сумму в итоге делят на 1000, т.е. показатель выражается в расчете на одну женщину в среднем.

5 (сумма возрастных коэффициентов)

## Методика расчета и оценки показателей смертности

Статистика смертности населения основана на данных «Врачебного свидетельства о смерти» (ф. 106/у), «Врачебного свидетельства о перинатальной смерти» (ф. 106-2/у).

**Общий показатель смертности** рассчитывают по формуле

$$\frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Оценка общего показателя смертности представлена в таблице

Таблица 2

### Оценка общего коэффициента смертности

Общий коэффициент смертности (на 1000 человек населения)	Уровень смертности
<7	Очень низкий
7-10	Низкий
11-15	Средний
16-20	Высокий
>21	Очень высокий

Среди частных коэффициентов важнейшее место принадлежит **повозрастным коэффициентам смертности**, которые рассчитывают как для всего населения, так и отдельно для мужчин и женщин.

#### Показатель смертности данной возрастной группы:

(Общее число умерших определенной возрастной группы/среднегодовая численность населения этой возрастной группы) x 1000 .

#### Показатели смертности отдельных возрастно-половых групп:

$$\frac{\text{Общее число умерших мужчин или женщин определенной возрастной группы}}{\text{среднегодовая численность мужчин или женщин этой возрастной группы}} \times 1000$$

При изучении причин смерти вычисляют структуру причин смерти и уровень смертности по причинам.

#### Показатель смертности от данного заболевания:

$$\frac{\text{Число умерших от данной причины}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100\,000$$

#### Структура причин смертности:

$$\frac{\text{Число умерших от конкретной причины, определенной возрастной группы, пола за год}}{\text{общее число умерших от всех причин соответствующего пола, возрастной группы}} \times 100$$

**Младенческая смертность** рассчитывается как «грубым», упрощенным методом:

$$\frac{\text{Число детей, умерших в течение года на 1-м году жизни}}{\text{общее число детей, родившихся в течение года}} \times 1000$$

число родившихся живыми в данном году

так и с помощью уточненных формул (**формула Ратса**):

$$\frac{\text{Число детей, умерших в течение года на 1-м году жизни}}{2/3 \text{ родившихся живыми в данном году} + 1/3 \text{ родившихся живыми в предыдущем году}} \times 1000$$

Использование уточненной, более сложной формулы необходимо и связи с тем, что ребенок может родиться в одном календарном году (например, в декабре 2011 г.), а умереть - в другом календарном году (например, в январе 2012 г.).

Вычисляют также показатели неонатальной смертности (смертность в первые 28 дней), ранней (смертность в первую неделю жизни - 168 ч) и поздней неонатальной смертности, постнеонатальной смертности.

Для регистрации смерти в перинатальный период заполняют «Медицинское свидетельство о перинатальной смертности» (ф. 06-2/у-08).

**Показатель перинатальной смертности:**

$$\frac{\text{Мертворожденные} + \text{умершие на 1-й неделе жизни}}{\text{число родившихся живыми} + \text{число родившихся мертвыми}} \times 1000$$

**Показатель мертворождаемости:**

$$\frac{\text{Число родившихся мертвыми}}{\text{число родившихся живыми} + \text{число родившихся мертвыми}} \times 1000$$

В структуре младенческой смертности также важно определить вклад различных причин. С этой целью используют **показатель младенческой смертности от данной причины**:

$$\frac{\text{Число умерших в возрасте до одного года от данной причины}}{2/3 \text{ родившихся живыми в данном году} + 1/3 \text{ родившихся живыми в прошлом году}} \times 1000$$

Помимо показателей младенческой смертности, в международной практике принято рассчитывать **коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет**:

$$\frac{\text{Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год}}{\text{число живорожденных}} \times 1000$$

Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет, по определению ЮНИСЕФ, служит индикатором благополучия детского населения.

Одной из составляющих общей смертности считают материнскую, которую учитывают при оценке организации службы родовспоможения.

Показатель **материнской смертности** рассчитывают по формуле

$$\frac{\text{Число женщин, умерших во время беременности (независимо от ее продолжительности), родов и в первые 42 дня после прекращения беременности от причин, связанных с беременностью и родами}}{\text{число родившихся живыми}} \times 100\,000$$

Как и при оценке общей смертности, определяют структуру **причин материнской смертности**:

$$\frac{\text{Число женщин, умерших от данной причины}}{\text{общее число женщин, умерших от всех причин}} \times 1000$$

Наравне с показателями смертности вычисляют также показатели **летальности от различных заболеваний**:

$$\frac{\text{Число умерших от данного заболевания за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

По результатам оценки показателей рождаемости и смертности определяют естественный прирост населения:

$$\frac{\text{Число родившихся за год} - \text{число умерших за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

или

Общий показатель рождаемости — общий показатель смертности.

### **Методика расчета и оценки показателей заболеваемости**

Учет заболеваемости по данным обращаемости ведут на основании разработки **«Статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (ф.025-2/у)**. Талон заполняют на все травмы и заболевания, кроме острых инфекционных.

Учет заболеваемости по законченному случаю амбулаторного обслуживания проводят на основании **«Талона амбулаторного пациента»**.

Под законченным случаем в амбулаторно-поликлинических организациях понимают объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступают выздоровление, ремиссия, смерть или больного направляют в стационар либо в медицинскую организацию специализированного типа.

В «Талоне» регистрируют данные о пациенте, работе врача и среднего медицинского персонала (услуги), заболевании и травме, диспансерном учете, случае временной нетрудоспособности, льготном рецепте. При заполнении пункта 20 «Характер заболевания», если у пациента диагностировано острое или впервые в жизни выявленное хроническое заболевание, то отмечают пункт 1 (+), в остальных случаях — пункт 2 (—).

Диагнозы заболеваний вносят в «Талон амбулаторного пациента» и соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Указывают характер и течение каждого заболевания: острое, впервые в жизни зарегистрированное, обострение хронического, а также сведения о методе диагностики заболевания (на приеме, на дому, профилактический осмотр).

Автоматизированная обработка **«Талона амбулаторного пациента»** позволяет осуществлять:

- учет и формирование регистра обслуживаемого населения;
- сбор и формирование статистической информации по законченному случаю, оказанным медицинским услугам, временной нетрудоспособности, фармакологическим средствам и изделиям медицинского назначения, выписанным льготным категориям граждан, учет и ведение страхового полиса ОМС;
- систему расчетов за оказанную медицинскую помощь.

Выделяют заболеваемость первичную (при установлении больному диагноза впервые в жизни в данном году) и общую (учитывают все случаи заболеваний, которые установлены как впервые, так и при повторном, в том числе многократном, обращении по поводу данного заболевания).

**Первичную заболеваемость определяют по формуле**

Число первичных обращений по поводу заболеваний,

$$\frac{\text{впервые выявленных в данном году,}}{\text{средняя численность населения}} \times 1000$$

**Общая заболеваемость** (распространенность, болезненность):

$$\frac{\text{Число первичных обращений по поводу заболеваний,}}{\frac{\text{выявленных в данном году и в предыдущие годы,}}{\text{средняя численность населения}}} \times 1000$$

**Первичную заболеваемость по конкретной нозологии** рассчитывают по формуле:

$$\frac{\text{Число первичных обращений по поводу данного заболевания,}}{\frac{\text{впервые выявленного в отчетном году,}}{\text{средняя численность населения}}} \times 1000$$

Важный показатель - **оценка структуры заболеваемости, который определяется по формуле:**

$$\frac{\text{Число отдельных случаев заболеваний}}{\text{всего случаев заболеваний}} \times 100$$

Для оценки деятельности медицинской организации также важен показатель, отражающий **среднюю длительность заболевания:**

$$\frac{\text{Число дней лечения больных с данным заболеванием}}{\text{число случаев данного заболевания}}$$

### **Основные показатели инфекционной заболеваемости**

**Инфекционную заболеваемость** рассчитывают по формуле

$$\frac{\text{Число выявленных инфекционных заболеваний}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100\,000$$

Анализируют также показатели заболеваемости по отдельным половозрастным группам, а также нозологическим формам, частоту госпитализации инфекционных больных, охват инфекционных больных госпитализацией.

**Частоту госпитализации инфекционных больных** рассчитывают следующим образом:

$$\frac{\text{Число госпитализированных инфекционных больных}}{\text{средняя численность населения данной территории}} \times 100$$

**Показатель охвата инфекционных больных госпитализацией:**

$$\frac{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) инфекционных больных}}{\text{число выявленных инфекционных больных}} \times 100$$

**Очаговость** определяют следующим образом:

$$\frac{\text{Число выявленных инфекционных больных данным заболеванием}}{\text{число очагов данного инфекционного заболевания}}$$



При изучении инфекционной заболеваемости анализируют сезонность, частоту обнаруженных бактерионосителей, эффективность профилактических прививок. Результаты анализа позволяют разработать план мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями.

### **Методика изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности**

Единицей наблюдения при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) считают каждый случай потери трудоспособности в данном году, регистрируемый листком нетрудоспособности. На основании данных из листков нетрудоспособности составляют **«Отчет о заболеваемости с временной нетрудоспособностью»** (ф. 016) ежемесячно, ежеквартально, за полугодие и год.

Для анализа заболеваемости с ВУТ рассчитывают следующие показатели.

**Число случаев ВУТ на 100 работающих** (показывает частоту заболеваемости):

$$\frac{\text{Число случаев временной утраты трудоспособности}}{\text{среднегодовая численность работающих}} \times 100$$

**Число дней ВУТ на 100 работающих** (показывает степень тяжести заболеваний):

$$\frac{\text{Число дней временной утраты трудоспособности}}{\text{среднегодовая численность работающих}} \times 100$$

**Средняя продолжительность одного случая ВУТ** (характеризует трудопотери):

$$\frac{\text{Число дней нетрудоспособности}}{\text{число случаев нетрудоспособности}}$$

Показатели вычисляют как в целом по всем заболеваниям, так и в отдельности для каждого заболевания. Может быть определен также **«индекс здоровья»** - это доля неболевших среди всех работающих:

$$\frac{\text{Число ни разу не болевших}}{\text{среднегодовая численность работающих}} \times 100$$

Основной задачей анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности служит разработка мероприятий по снижению заболеваемости работающего населения, сотрудников конкретного предприятия, организации.

### **Методика определения и анализа показателей инвалидности**

Статистическую информацию об инвалидности получают путем разработки «Актосвидетельствования» или «Статистических талонов к актам». Основные показатели вычисляют по группам Инвалидности причинам инвалидности, видам заболеваний и др.

Анализ динамики инвалидности по группам позволяет выделить положительный, отрицательный, стабильный и переменный тип динамики по тенденции показателей, характеризующих Увеличение или уменьшение I-II группы. Показатель первичной инвалидности относят к числу основных критериев оценки качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Определяют **показатель первичной инвалидности** следующим образом:

$$\frac{\text{Общее число лиц (лиц трудоспособного возраста), впервые признанных инвалидами в отчетном году.}}{\text{общее число лиц трудоспособного возраста}} \times 10\,000$$

Показатель также можно рассчитывать по отдельным возрастно-половым группам, причинам, группам инвалидности.

**Частота первичной инвалидности** по группам инвалидности:

$$\frac{\text{Число лиц, признанных инвалидами I (II, III) группы}}{\text{общая численность населения}} \times 1000$$

Имеют значение также такие показатели, как структура первичной инвалидности (удельный вес по заболеваниям, полу, возрасту и др.), первичная инвалидность детского населения.

**Структура первичной инвалидности по группам инвалидности:**

$$\frac{\text{Число лиц, признанных инвалидами I (II, III) группы в течение года}}{\text{число лиц, впервые признанных инвалидами за год}} \times 100$$

Аналогичным образом определяют удельный вес по заболеваниям, полу, возрасту.

Вычисляют также показатель **общей инвалидности** (накопленная инвалидность, распространенность инвалидности):

$$\frac{\text{Общее число инвалидов (число лиц, получающих пенсии по инвалидности, т.е. впервые и ранее признанных инвалидами)}}{\text{общая численность населения}} \times 1000$$

Показатель также могут рассчитывать по отдельным возрастно-половым группам, причинам, группам инвалидности.

## ЛЕКЦИЯ 7. УРОВНИ И ВИДЫ НОРМАТИВНОЙ И ПРАВОВОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Медицинская организация в своей работе опирается на совокупность норм, правил, стандартов и процедур, ограничивающих и определяющих формы деятельности. Законодательство, регламентирующее деятельность медицинской организации, представлено нормативными правовыми документами федерального, отраслевого, регионального, муниципального и локального уровня. В перечень обязательных включены документы, регулирующие правовое обеспечение:

- организации и финансирования деятельности медицинской организации;
- лечебно-диагностического и реабилитационного процесса;
- профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни;
- прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- прав и ответственности медицинских работников;
- ведения медицинской документации.

Таблица 1

**Виды документов медицинской организации**

Вид документации	Документы
Нормативная	Федеральное и региональное законодательство, приказы МЗ РФ и т.д.
Организационно-правовая	Устав, положения (о медицинской организации, ее структурном подразделении, коллегиальных и совещательных органах и т.д.), штатное расписание, правила внутреннего распорядка, инструкции должностные и по отдельным видам деятельности
Распорядительная	Приказы, распоряжения, указания, постановления, решения
Информационно-справочная	Докладные, объяснительные и служебные записки, письма, акты, протоколы, справки
Учетно-отчетная (медицинская)	Формы медицинской документации и отчетов
Учетно-расчетная (бухгалтерская)	Платежные поручения, счет-фактура, накладные, акты

**В организационно-правовых документах** определены границы правового поля, в рамках которых администрация и сотрудники медицинской организации могут осуществлять свои полномочия. Документы вступают в силу после утверждения соответствующим руководителем (в зависимости от категории документа). Организационно-правовые документы относятся к документам бессрочного действия и сохраняют свою юридическую силу до момента их отмены. Внесение изменений и дополнений в организационно-правовые документы производят приказом руководителя медицинской организации.

**Устав медицинской организации** - основной организационно-правовой документ, регламентирующий важнейшие вопросы функционирования организации и ее структурных подразделений (в том числе ФАП), включая порядок ее образования и реорганизации (ликвидации). Определяет компетенцию, структуру, функции, задачи, права и регулирует деятельность организации.

**Положение об организации** - правовой акт, определяющий ее статус, а также задачи, функции, права, ответственность, порядок деятельности. **Положения о структурных подразделениях** разрабатывают при их наличии.

В **штатном расписании** представлены структура, штатный состав и численность организации с указанием занимаемой должности и размера заработной платы. Штатное расписание разрабатывают и утверждают ежегодно.

**Должностная инструкция** - организационно-правовой документ, в котором закреплены основные функции, обязанности, права и ответственность работника при осуществлении им деятельности в определенной должности. Должностные инструкции на сотрудников из числа среднего и младшего медицинского персонала составляет руководитель. Инструкции

утверждает руководитель медицинской организации. Работник должен быть ознакомлен с инструкцией под расписку.

Основой для разработки должностных инструкций среднего медицинского персонала служат приказы по номенклатуре должностей, содержащие тарифно-квалификационные характеристики этих должностей.

**Распорядительные документы** - документы, в которых фиксируют решения административных и организационных вопросов деятельности медицинской организации для регуляции и координации работы по решению поставленных задач. Обязательно издание распорядительных документов по следующим вопросам:

- организационным;
- планирования деятельности;
- строительства (ремонта), материально-технического снабжения;
- финансов и кредита;
- труда и заработной платы.

**К правовым документам**, определяющим содержание лечебно-диагностического и реабилитационного процесса, относят стандарты и порядки оказания медицинской помощи при различных заболеваниях и состояниях.

**Стандарт** - нормативный документ, направленный на достижение оптимальной степени упорядочения в определенной области. В стандарте устанавливают для всеобщего и многократного использования общие принципы, правила, характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов. Стандарты бывают международными, региональными, национальными, административно-территориальными.

**Порядок оказания медицинской помощи** отличается от технологического стандарта тем, что определяет списки необходимого оборудования, количество персонала, пациентов, приходящихся на лечащего врача и пр.

Соблюдение требований Порядков оказания медицинской помощи обязательно для обеспечения ее эффективности, безопасности, качества и доступности. Контроль соблюдения требований Порядков оказания медицинской помощи осуществляют страховые медицинские организации.

Таблица 2

### Виды стандартов по содержанию

Виды стандартов	Содержание
Технологические	Процесс оказания медицинской помощи: необходимые медицинские вмешательства, применение конкретных лекарственных препаратов, других видов лечения
Стандарты программ медицинской помощи	Комплекс медицинских мер, осуществляемых для определенных групп пациентов, объединенных по характеру заболевания, возрасту, полу, социальному статусу, профессии, условиям труда
Медико-экономические	Система контрольных показателей, характеризующих расходование ресурсов медицинской организации однотипными группами больных, в том числе по типам затрат (расходы на лекарства, клиничко-лабораторные исследования и др.). Показатели используют для расчета оплаты медицинских услуг и анализа деятельности медицинской организации
Комплексные	Деятельность определенной медицинской специальности или службы

### Учетно-отчетная документация: назначение, движение, порядок заполнения, хранение

**Медицинская документация** - документы установленной формой, предназначенные для регистрации данных лечебных, диагностических, профилактических, санитарно-гигиенических и других мероприятий, а также для их обобщения и анализа.

Образцы учетных форм и правила их заполнения утверждены приказами МЗ РФ и МЗ СССР. По своему назначению учетные документы делят на группы:

- для записей **результатов наблюдения** за состоянием больного в период его лечения и лечебно-диагностических назначений;

- **обеспечения преемственности и взаимосвязи между отдельными этапами оказания медицинской помощи**, к ним относят «Выписку из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного» (ф. № 027/у);

- **регистрации объема выполняемой работы** - документы, в которых ежедневно учитывают отработанное время, количество принятых больных и лиц, обследованных с профилактической целью: «Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)» (ф. № 116/у), «Журнал учета процедур» (ф. № 029/у).

Учетные медицинские документы бывают индивидуального (направление на медико-социальную экспертизу) и группового учета (требование на лекарства).

Перечень учетно-отчетной документации представлен в таблице.

Таблица 3

### Перечень учетно-отчетной документации

Наименование учетно-отчетной документации	Статистический номер	Приказ Министерства здравоохранения
Медицинская карта амбулаторного больного	025/у-04	Приказ Минздравсоцразвития от 22.11.2004 г. № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»
Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного	025-1/у	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений»
История развития ребенка	112/у	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»
Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и СПО, детских домов и школ-интернатов	026/у-2000	Приказ Минздрава РФ от 03.07.2000 г. № 241 Об утверждении «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений»
Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/у-04	Приказ Минздравсоцразвития от 22.11.2004 г. № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»
Отравление на медико-социальную экспертизу	088/у-97	Приказ Минздрава РФ от 14.05.1997 г. № 141 О введении

		учетной формы «Направление на медико-социальную экспертизу»
Карта обратившегося за антирабической помощью	045/y	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»
Карта профилактических прививок	063/y	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»
Справка для получения путевки в санаторно-курортное учреждение, дома отдыха, пансионаты, турбазы	070/y-04	Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 г. № 256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение»
Санаторно-курортная карта	072/y-04	Приказ Минздрава РФ от 10.07.2002. г. № 223 «О введении учетной медицинской документации в санаторно-курортных учреждениях»
Санаторно-курортная карта для детей	076/y-04	
Путевка в детский санаторий	077/y-02	
Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)	116/y	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»
Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг	030-П/y-04	Приказ Минздравсоцразвития от 22.11.2004 г. № 255 «О порядке оказания первичной медико- санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»
Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	025-2/y	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»
Талон амбулаторного пациента	025-2/y	Приказ Минздравсоцразвития от 22.11.2004 г. № 255 «О порядке оказания первичной медико- санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»
Сводная ведомость учета заболеваний, выявленных за 6 мес.	071	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»
Сводная ведомость учета впервые выявленных несчастных случаев,	071-1/y	

отравлений и травм		
Ведомость учета посещений к среднему медицинскому персоналу здравпункта, ФАП	039-1/y-88	Письмо Минздрава СССР от 12.05.1988 г. № 08-1/9-14 «О порядке учета в лечебно-профилактических учреждениях посещений к врачам и среднему медицинскому персоналу»
Единый талон амбулаторного пациента	025-8/y-95	Приказ Минздрава РФ от 14.02.1997 г. № 46 «О внедрении Талона амбулаторного пациента»
Сертификат о профилактических прививках	156/y-93	Приказ Минздрава РФ от 17.09.1993 г. № 220 «О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в Российской Федерации»
Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию	057/y-04	Приказ Минздравсоцразвития от 22.11.2004 г. № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»
Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	027/y	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»
Карта гражданина, имеющего право на получение набора социальных услуг, по учету отпуска лекарственных средств	030-Л/y	Приказ Минздравсоцразвития РФ № 325 от 11.05.2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)»
Талон на законченный случай временной нетрудоспособности	025-9/Y-96	Приказ Минздрава РФ от 28.10.1996 г. № 366 «Об утверждении медицинской документации
Обменно-уведомительная карта беременной, обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы, сведения женской консультации о беременной	113/y	Приказ МЗ СССР от 22.04.81 г. № 430 «Об утверждении инструктивно-методических указаний об организации работы женской консультации»
Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/y	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»

Журнал регистрации получения бланков отчетности (листки нетрудоспособной, справок, рецептов)	-	Приказ от 29.01.04 г. № 18/29 Приказ Фонда социального страхования РФ № 18, Минздрава РФ № 29 «Об утверждении инструкции о порядке обеспечения бланками листов нетрудоспособности, их учета и хранения»
Журнал регистрации амбулаторных больных	074/у	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»
Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением ФАП, колхозного родильного дома	075/у	
Книга регистрации и выдачи листов нетрудоспособности	036/у	
Журнал учета профилактических прививок	064/у	
Журнал регистрации вызовов на дом	031/у	
Журнал записи родовспоможений на дому	032/у	
Журнал регистрации инфекционных заболеваний	0-60/у	Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»
Журнал регистрации посещений	089	
Журнал записи амбулаторных операций и манипуляций	069/у	
Журнал учета процедур	029/у	
Журнал учета санитарно-просветительной работы (Журнал пропаганды здорового образа жизни)	038-0/у	
Журнал учета беременных	002/у	
Журнал учета диспансерных больных	-	Форма журнала действующим законодательством РФ не установлена
Журнал регистрации взятия мазков	-	
Журнал регистрации забора материала на	-	Форма журнала действующим законодательством РФ не установлена



реакцию Вассермана (RW), ВИЧ-инфекцию Журнал генеральных уборок		
Журнал учета времени, отработанного бактерицидным облучателем	-	
Журнал учета работы по стерилизации инструментария	-	
Журнал регистрации температурного режима и размораживания холодильника	-	
Журнал учета поступления и расхода медицинских иммунобиологических препаратов	-	
Журнал аварийных ситуаций	-	
Журнал патронажа беременных и родильниц	-	
Журнал предметно-количественного учета лекарственных средств	-	
Журнал поступления и расходования дезинфицирующих средств	-	
Журнал проведения контроля качества проведенных мероприятий предстерилизационной подготовки изделий медицинского назначения на наличие крови и моющих средств	-	
Перечень учетно-отчетной документации скорой медицинской помощи		
Журнал записи вызовов	109/y	Приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009 г. № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи»
Карта вызова	110/y	
Сопроводительный лист станции СМП	114/y	
Дневник работы станции СМП	115/y	

### Медицинская отчетность

**Медицинская отчетность** - система медицинских документов установленной формы. Содержит данные о деятельности медицинской организации, медицинском обслуживании населения и о состоянии его здоровья, характеризует объем и качество получаемой медицинской помощи, ресурсы учреждений здравоохранения и эффективность их

использования. Медицинская отчетность служит частью единой системы общегосударственной отчетности. Каждый отчетный документ обобщает содержание группы учетных медицинских документов.

**Основу медицинской отчетности составляют годовые отчеты медицинской организации и органов управления здравоохранением.** Отчеты о движении инфекционных заболеваний, о заболеваниях туберкулезом, раком и другим составляют чаще. Основным документом медицинской отчетности считают унифицированный «Отчет лечебно-профилактического учреждения», в него включены отчеты структурных подразделений. Формы отчетности, инструктивно-методические указания по их заполнению, порядок и сроки направления отчетов утверждает Федеральная служба государственной статистики (Росстат) по представлению МЗ РФ.

Основные требования, предъявляемые к заполнению учетно-отчетной документации: достоверность, медицинская грамотность, полнота и своевременность записей.

## ЛЕКЦИЯ 8.1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ И ЗНАЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ

**Страховая медицина** - система здравоохранения, финансирование которой осуществляют государство, предприятия, граждане. С точки зрения рыночных отношений в условиях страховой медицины конкретная медицинская услуга становится товаром, а государство, пациент, предприятие - своего рода покупателем. Фундаментом страховой медицины служит обеспечение какого-либо риска путем переложения финансовой ответственности на большое количество участников.

Обеспечение страховой медицины осуществляют путем **медицинского страхования**: заключение договоров, сбор денег, оплата услуг, другие мероприятия.

**Медицинское страхование - форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья.** При возникновении проблем со здоровьем (страхового случая) гарантирована оплата медицинской помощи в объеме, предусмотренном договором медицинского страхования, за счет накопленных страховщиком средств.

Система медицинского страхования включает страховщика (страховую медицинскую организацию - СМО), страхователя (гражданина или работодателя, физическое или юридическое лицо), медицинскую организацию, которая оказывает медицинскую помощь, договор медицинского страхования с СМО.

Медицинское страхование можно осуществлять по двум **принципам: солидарности и накопительному**. При реализации **принципа солидарности** страховые взносы аккумулируют в специальных государственных фондах. За сбор и расходование средств этих фондов несет ответственность государство, обеспечивая при этом территориальное выравнивание объемов и качества оказываемой медицинской помощи. Страховые взносы в этом случае безвозвратные. **Накопительный принцип** медицинского страхования подразумевает персональный счет гражданина, его личную ответственность за количество страховых средств, персональный учет страховых накоплений, их наследование, оплату страховых случаев в суммах, превышающих накопления, выплату (при отсутствии страховых случаев) страховых вознаграждений, образующихся за счет неиспользованных за определенный период времени денежных средств.

**Источниками финансирования** любого вида медицинского страхования служат страховые взносы, а также доходы от размещения временно свободных средств. Финансовые поступления резервируются на специальных счетах СМО и используются для предоставления бесплатных медицинских услуг пользователю страхового полиса при возникновении страхового случая в соответствии с договором медицинского страхования.

Договор медицинского страхования считают соглашением между страхователем и СМО, в соответствии с которым последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному лицу медицинской помощи определенного объема и качества.

Договор в обязательном порядке содержит:

- наименование сторон;
- сроки действия договора;
- численность застрахованных;
- размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
- перечень медицинских услуг в соответствии с программами;
- права, обязанности, ответственность сторон и иные условия, не противоречащие законодательству.

### Виды медицинского страхования

Медицинское страхование в России осуществляется в двух видах:

- обязательное медицинское страхование (ОМС)
- добровольное медицинское страхование (ДМС).

**ОМС** обеспечивает застрахованному лицу оказание медицинской помощи при наступлении страхового случая за счет средств в пределах базовой программы. Последняя служит основой программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной помощи. Базовая программа ОМС включает обязательную по объему и содержанию медицинскую помощь, утверждается Правительством РФ.

На всех территориях РФ обеспечивается **территориальная программа ОМС**. Составной ее частью служит базовая программа, устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС. При наличии финансовых возможностей территориальная программа ОМС может включать дополнительный к базовому перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи.

В рамках **базовой программы ОМС** оказывают **ПМСП** (включая **профилактическую помощь**), **СМП** (в том числе **скорую специализированную**), **специализированную** (в том числе **высокотехнологичную**) и **паллиативную медицинскую помощь** в медицинских организациях в следующих случаях:

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ- инфекции и СПИДа;
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

**В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи** устанавливают средние значения норматива объема амбулаторной и скорой медицинской помощи, а также эффективные способы оплаты медицинской помощи на прикрепленное население с учетом оценки достигнутых показателей, характеризующих качество предоставления медицинской помощи. Финансирование программы базовой ОМС ежегодно возрастает с учетом новых задач. Дополнительное финансирование позволит обеспечить доступность метода экстракорпорального оплодотворения, а также выплат специалистам, участвующим в оказании первичной медико-санитарной помощи, в том числе медицинскому персоналу ФАП, фельдшерам и медицинским сестрам СМП.

В основу функционирования ОМС положен принцип солидарности. Экономическая база медицинского страхования - формируемый фонд денежных средств, из которых оплачивают услуги. Функции **ФФОМС**:

- выравнивание условий деятельности территориальных фондов ОМС по обеспечению финансирования базовой программы;
- финансирование целевых программ в рамках ОМС;
- контроль целевого использования финансовых средств системы ОМС.

**Основные источники доходов бюджета ФФОМС:**

- страховые взносы на ОМС, в том числе страховые взносы работодателей на ОМС работающего населения (устанавливают в процентах по отношению к начисленной оплате труда);
- страховые взносы субъектов РФ на ОМС неработающего населения;
- недоимки по взносам, налоговым платежам;
- начисленные пени и штрафы;

- межбюджетные трансферты (передача средств внутри бюджетной системы страны из одного бюджета в другой) на выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ ОМС;

- доходы от размещения временно свободных средств.

ТФОМС участвует в разработке территориальной программы ОМС.

**Страховые взносы на ОМС** - обязательные платежи, тариф и порядок взимания которых устанавливает Правительство РФ, обладают обезличенным характером.

Отношения, возникающие в связи с осуществлением ОМС, регулирует Федеральный закон (ФЗ) от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Данный правовой документ определяет:

- правовое положение субъектов и участников ОМС;

- основания возникновения их прав и обязанностей;

- гарантии их реализации;

- отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Участники ОМС - медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС. Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи реализуют на основании заключенных в его пользу между участниками ОМС договора о финансовом обеспечении и договора на оказание и оплату медицинской помощи. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС заключают между медицинской и страховой медицинской организацией в установленном порядке.

Медицинская организация не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС. За неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинская организация уплачивает штраф в порядке и размере, которые установлены указанным договором.

**Страхователь по ОМС** - субъект, наделенный правами и обязанностями заключать договоры ОМС в отношении определенной категории граждан. Перечень категорий страхователей определен законом.

**Страховые медицинские организации** - специализированные страховые компании, выполняющие роль страховщиков ОМС и осуществляющие финансовый контроль работы медицинской организации.

**Договор ОМС** включает территориальную программу государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

**Страховой медицинский полис (полис) ОМС** - документ, гарантирующий получение бесплатной медицинской помощи в системе ОМС на всей территории РФ в рамках программы государственных гарантий. Новые полисы ОМС - единого образца, их не надо менять при увольнении, смене места работы или переезде на новое место жительства.

**Права страхователя:**

- участие во всех видах медицинского страхования;

- контроль выполнения условий договора ОМС.

**Обязанности страхователя:**

- зарегистрироваться в Территориальном фонде ОМС и заключить договор со СМО в отношении граждан, подлежащих страхованию;

- вносить страховые взносы, предоставлять СМО информацию о показателях здоровья граждан, подлежащих страхованию.

**Ответственность страхователя** - нарушение выполнения страховщиком обязанностей, установленных законодательством РФ, влечет наложение административного штрафа на должностных лиц.

Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС устанавливают соглашением между СМО, местной администрацией и профессиональными медицинскими общественными

организациями. Расчет между СМО и медицинской организацией осуществляют по прейскуранту.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляют путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы КМП.

**Медико-экономический контроль** - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату по ОМС, территориальной программе ОМС, способам оплаты и тарифам.

**Медико-экономическая экспертиза** - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации.

**Экспертиза КМП** - обнаружение нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора технологий, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

### **Добровольное медицинское страхование**

ДМС развивается в России с 1991 г. Цель его - организация и финансирование медицинской помощи за счет личных средств граждан или работодателей.

ДМС - вид личного страхования. Предоставляет возможность получения медицинской помощи в медицинских организациях, не работающих по программе ОМС. В медицинских организациях, работающих по системе ОМС, застрахованные граждане при реализации ДМС могут получить за свой счет дополнительные медицинские и иные (медико-социальные, сервисные) услуги сверх установленных программами ОМС.

ДМС может быть индивидуальным и коллективным. Содержание и объем программ ДМС определены потребностями потенциальных пациентов и возможностями медицинской организации. Размер взносов зависит от уровня (потенциала) здоровья (уровня медицинского риска) индивида или группы.

Страхователями могут выступать как физические лица, так и работодатели. Застрахованными выступают физические лица. Выгодоприобретатели (юридические лица, которым предназначен денежный платеж, получатель денег) - медицинские организации. Застрахованные получают бесплатно медицинскую помощь в медицинских организациях-выгодоприобретателях. Страховщик компенсирует выгодоприобретателю понесенные затраты.

Тарифы на медицинские и иные услуги при ДМС устанавливают по соглашению между СМО и организациями, предоставляющими эти услуги.

## **ЛЕКЦИЯ 8.2. НОМЕНКЛАТУРА УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Организация охраны здоровья основана на функционировании и развитии государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения.

Государственную систему здравоохранения составляют федеральные, территориальные, региональные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья, Российская академия медицинских наук, подведомственные им медицинские и фармацевтические организации, учреждения здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения.

Муниципальную систему здравоохранения составляют органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья; подведомственные им медицинские и фармацевтические организации.

Частная система здравоохранения представлена медицинскими и фармацевтическими организациями, создаваемыми юридическими и физическими лицами.

Министерством здравоохранения РФ утверждена номенклатура медицинских организаций, согласно которой медицинскую помощь оказывают в медицинских организациях:

- стационарного и амбулаторного типа;
- многопрофильных и специализированных;
- детских, взрослых, гериатрических;
- интенсивного, восстановительного, паллиативного лечения

В соответствии с современным законодательством, оказываемую **медицинскую помощь классифицируют по видам, условиям и форме оказания.**

**Виды медицинской помощи:**

- **первичная медико-санитарная;**
- **специализированная**, в том числе высокотехнологичная;
- **скорая**, в том числе скорая специализированная;
- **паллиативная**

Медицинскую помощь оказывают в следующих **условиях:**

- **вне медицинской организации** (по месту вызова бригады СМП, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- **амбулаторно**, в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- **стационарно** (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

**Формы оказания медицинской помощи:**

- **экстренная** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- **неотложная** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- **плановая** - медицинская помощь при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения представлены в Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих.

С 1 января 2016 г. в соответствии с ФЗ № 323-ФЗ право на осуществление медицинской деятельности в РФ будут иметь лица, получившие среднее медицинское образование в РФ в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

Аккредитация специалиста - процедура определения соответствия готовности лица, получившего среднее медицинское образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи. Аккредитация

специалиста будет осуществляться по окончании освоения им основных образовательных программ среднего медицинского образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже 1 раза в 5 лет.

В соответствии с квалификационными характеристиками в медицинской организации разрабатывают должностные инструкции работников. Должностная инструкция - организационно-правовой документ, в котором определено место работника в системе управления организацией, закреплены основные функции, обязанности, права и ответственность работника при осуществлении им деятельности в определенной должности.

ДПО проводят не реже 1 раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности в виде повышения квалификации, профессиональной переподготовки, стажировки.

### **Первичная медико-санитарная помощь**

Основой системы оказания медицинской помощи в РФ служит первичная медико-санитарная помощь (ПМСП). Она включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни, снижению уровня факторов риска заболеваний и санитарно-гигиеническому просвещению. ПМСП оказывают в плановой и неотложной форме, амбулаторно и в стационаре.

ПМСП осуществляют в рамках **Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи** за счет средств обязательного медицинского страхования и соответствующих бюджетов в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартами медицинской помощи. **Виды ПМСП:**

- первичная доврачебная - оказывают фельдшеры, акушеры, другие медицинские работники со средним медицинским образованием;
- первичная врачебная - оказывают врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи);
- первичная специализированная - оказывают врачи-специалисты разного профиля.

ПМСП организуют по **территориально-участковому принципу**: группы формируют по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или работы (обучения) в определенных организациях обслуживаемого контингента. Допускают прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, в пределах расчетных нормативов.

### **Понятие о временной нетрудоспособности, ее причины**

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

**Нетрудоспособность может быть временной и стойкой, частичной и полной.**

**Временная нетрудоспособность** - невозможность по состоянию здоровья выполнять работу полностью или частично в течение относительно небольшого промежутка времени.

**Полная нетрудоспособность** подразумевает, что человек не может и не должен выполнять никакой работы и нуждается в специальном лечебно-охранительном режиме.

**Частичная нетрудоспособность** предполагает нетрудоспособность в своей профессии при сохранении способности выполнения другой работы (например, в облегченных условиях или при меньшем объеме работы).

**Причины временной нетрудоспособности:**

- болезнь;
- несчастный случай на производстве и в быту;
- беременность и послеродовой период;
- карантин при контакте с заболевшими инфекционными заболеваниями;
- бактерионосительство у лиц, занятых в пищевом производстве, на предприятиях торговли и общественного питания;
- необходимость ухода за заболевшим членом семьи;
- направление для санаторно-курортного лечения.



**Экспертизу временной нетрудоспособности** работников осуществляют медицинские работники амбулаторных и стационарных медицинских организаций и удостоверяют выдачей **листка нетрудоспособности** в соответствии с действующим законодательством.

**Экспертиза стойкой утраты трудоспособности** устанавливает наличие признаков **инвалидности** и решает вопрос о необходимости прекращения трудовой деятельности на длительный срок или пожизненно или необходимости изменений условий труда. Экспертизу проводят в учреждениях МСЭ.

#### **Порядок выдачи листков нетрудоспособности**

Листок нетрудоспособности **выдают медицинские работники, в том числе фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций застрахованным лицам, гражданам РФ, а также постоянно или временно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства при предъявлении документа, удостоверяющего личность:**

- работающим по трудовым договорам, членам производственных кооперативов, крестьянских (фермерских) хозяйств, индивидуальным предпринимателям, физическим лицам, занимающимся частной практикой;
- государственным гражданским и муниципальным служащим, адвокатам;
- священнослужителям;
- добровольно вступившим в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности при условии уплаты ими или за них страховых взносов в Фонд социального страхования РФ;
- лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение календарных дней со дня прекращения трудовой деятельности.

Если пациент на момент наступления временной, нетрудоспособности занят у нескольких работодателей (в течение 2 -х последних лет у одних и тех же), выдают несколько листков нетрудоспособности по каждому месту работы.

При амбулаторном лечении заболеваний **выдается листок нетрудоспособности единовременно на срок до 5 календарных дней** (включая нерабочие праздничные и выходные дни) в день установления временной нетрудоспособности после освидетельствования пациента. При обращении за медицинской помощью после окончания рабочего дня пациент может быть освобожден от работы со следующего дня.

Продление листка нетрудоспособности осуществляют после повторного осмотра пациента и записи данных о динамике состояния его здоровья в медицинской карте амбулаторного больного с обоснованием необходимости дальнейшего освобождения от работы. **Максимально листок нетрудоспособности может быть продлен до 10 календарных дней.** В первичной медицинской документации регистрируют номер бланка листка нетрудоспособности, дату выдачи, дату продления или выписки пациента на работу. В исключительных случаях, после консультации с врачебной комиссией медицинской организации, возможно продление до 30 календарных дней (с обязательной записью о проведенной консультации).

**При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 30 календарных дней,** решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляет врачебная комиссия.

По окончании стационарного лечения листок нетрудоспособности при необходимости может быть продлен до 10 календарных дней.

**Листок нетрудоспособности не выдают гражданам:**

- при отсутствии признаков временной нетрудоспособности;
- проходящим медицинское обследование;
- находящимся под стражей или административным арестом;
- учащимся образовательных учреждений СПО, ВПО, начального профессионального и учреждений послевузовского профессионального образования.

**Листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком** выдают опекуну, попечителю, иному родственнику (при необходимости могут выдавать попеременно),

фактически осуществляющему уход за больным членом семьи, на срок, зависящий от состояния и возраста ребенка.

Таблица 1

**Продолжительность листка нетрудоспособности по уходу за ребенком**

Возраст ребенка	Характер заболевания	Вид лечения, максимальный срок листка нетрудоспособности по уходу за ребенком	
		Амбулаторное	Стационарное при совместном пребывании
До 7 лет	Острое заболевание или обострение хронического заболевания	На весь период	На весь период
Ребенок-инвалид		На весь период	На весь период
От 7 до 15 лет		До 15 дней	До 15 дней
Ребенок-инвалид		На весь Период	На весь период
Инфицированные ВИЧ, страдающие поствакцинальными осложнениями, злокачественными новообразованиями, заболеваниями вследствие радиационного воздействия на родителей		На весь период	На весь период
Старше 15 лет		До 3 дней, по решению врачебной комиссии - до 7 дней	Не выдают

При заболевании двух детей одновременно выдают один листок нетрудоспособности по уходу за ними. При одновременном заболевании более двух детей выдают второй листок нетрудоспособности.

Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдает врач акушер-гинеколог, при его отсутствии - врач общей практики (семейный врач), а при отсутствии врача - фельдшер:

- **при сроке 30 нед.** беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после них);
- **при многоплодной беременности** - при сроке 28 нед. единовременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после них).

При осложненных родах листок нетрудоспособности по беременности и родам дополнительно на 16 календарных дней выдает медицинское учреждение, где произошли роды.

**Функции листка нетрудоспособности:**

- медицинская (вид нетрудоспособности);
- юридическая (удостоверяет освобождение от работы на период временной нетрудоспособности и определяет установленный режим);
- финансовая;
- страховая (право на получение пособия из фонда социального страхования, величина которого определяется в соответствии с действующим законодательством);
- статистическая (отчет о временной нетрудоспособности на участке).

В некоторых случаях временная нетрудоспособность удостоверяется справкой о временной нетрудоспособности:

- обучающимся всех категорий (школьники, учащиеся профессионально-технических училищ, студенты высших и средних специальных учебных заведений, ординаторы, докторанты и аспиранты);
- военнослужащим всех категорий (специальные бланки справок о временной нетрудоспособности);
- неработающим лицам, уволенным с работы, если период после увольнения более 30 календарных дней;
- лицам, не состоящим на учете в территориальных органах труда и занятости населения;
- лицам, находящимся под арестом или на принудительном лечении по определению суда (справки произвольной формы).

Справку ф. 095/у выдают обучающимся всех категорий единовременно сроком до 10 дней. При необходимости продлевают до 14 дней. При продлении свыше 14 дней к справке прилагают выписку о состоянии здоровья ф. 027/у.

### **Правовое и организационное обеспечение медико-социальной экспертизы**

В соответствии со ст. 7 ФЗ от 24.11.1995 г. № 181 - ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», МСЭ - определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Экспертизу проводят в **бюро по месту жительства** (пребывания, нахождения пенсионного дела). В случае если пациент не может явиться в бюро по состоянию здоровья, что подтверждают специалисты медицинской организации, экспертизу можно проводить на дому или заочно по решению соответствующего бюро.

При установлении группы инвалидности срок временной нетрудоспособности завершают датой регистрации направления в бюро МСЭ. В листке нетрудоспособности в графе «Приступить к работе» записывают степень ограничения трудоспособности и дату ее установления.

На МСЭ направляют граждан, имеющих стойкие ограничения трудоспособности:

- при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе позже 4 мес. от даты начала временной нетрудоспособности;
- благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 10мес;
- необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков временной нетрудоспособности.

При установлении инвалидности срок временной нетрудоспособности завершают датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ. Пациентам, которым не установлена инвалидность, листок нетрудоспособности может быть выдан по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности. При отказе пациента от направления на МСЭ или несвоевременной его явке по неуважительной причине листок нетрудоспособности не продлевают со дня отказа от направления на МСЭ или регистрации документов в учреждении МСЭ. Сведения об этом указывают в листке нетрудоспособности и медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

Повторное и последующие освидетельствования инвалидов I группы проводят через 2 года; II и III группы - ежегодно.

**Бессрочную инвалидность** устанавливают при отсутствии перспективы улучшения клинического и трудового прогноза.

По заключению МСЭ пациента признают инвалидом той или иной группы. **Инвалид** - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость социальной защиты.

Законодательством определены различные формы социального обеспечения инвалидов как на федеральном, так и на региональном уровне. Размер пенсий, объем и характер видов социальной помощи зависят от группы и причины инвалидности.

Лицу, признанному инвалидом, выдают:

- справку, подтверждающую факт установления инвалидности, с указанием группы последней и степени ограничения (или без ограничения) способности к трудовой деятельности;
- индивидуальную программу реабилитации.

Лицу, не признанному инвалидом, по его желанию выдают справку о результатах освидетельствования.

## **ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ**

### **Литература:**

#### **Основная:**

1. Гадаборшев М.И. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи. – Москва : ИНФРА-М, 2013.
2. Дьяченко, В.Г. Управление качеством медицинской помощи : учеб. /В.Г. Дьяченко, Л.В. Солохина, С.В. Дьяченко. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2013.
3. Лекции по организации и экономике здравоохранения. – Тюмень ; Екатеринбург : Уральский рабочий, 2014.
4. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. /Ю.П. Лисицын,
5. Г.Э. Улумбекова. –Москва :ГЭОТАР-Медиа, 2015.
6. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. / В.А. Медик,
7. В.К. Юрьев.– М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.

#### **Дополнительная:**

1. Мохов, А.А. Основы медицинского права Российской Федерации : учеб. пособие. – М. : Проспект, 2015.
2. Общественное здоровье и здравоохранение: системные технологии управления: учеб. пособие / [В.Н. Юдаев и др.] ; под ред. В.Н. Юдаева. – М.: Маска, 2014.
3. Сабанов, В.И. Организация и управление деятельностью больницы:учеб. пособие / В.И. Сабанов, Т.С. Дьяченко, В.В. Иваненко. – Волгоград : ВолгГМУ, 2014.

#### **Электронные ресурсы:**

1. Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru>
2. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения -[Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.who.int.ru>
3. Официальный сайт справочной правовой системы «Консультант Плюс» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.consultant.ru>
4. Информационно-правовой портал Гарант [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.garant.ru/>
5. Нормативные документы в области медицины и фармацевтики [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.webapteka.ru>