

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ»

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**  
к практическим занятиям и практической подготовке  
«Общественное здоровье и здравоохранение»  
для обучающихся по специальности по специальности 34.02.01  
«Сестринское дело»

Ставрополь, 2021

*сведения о сертификате ЭЦ*

Владелец: Кандаурова Наталья  
Владимировна, директор  
Сертификат:  
0298d2a100a6b37d85433743564d5a7918  
Действителен: с 01.12.2025 12:39:11 по  
01.03.2027 12:49:11

Методические указания составлены в соответствии с Федеральным Государственным образовательным стандартом среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» утвержденным Минобрнауки России от 12 мая 2014 г. N 502 и программой дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение».

Составитель: Хатуова К.Б.

Рассмотрено на заседании методического объединения укрупненных групп специальностей 34.00.00 Сестринское дело, 43.00.00 «Сервис и туризм», протокол №1 от «11» сентября 2020 г.

Рекомендовано к использованию в учебном процессе Методическим советом СМК, протокол №2 от «11 » сентября 2020 г.

## СОДЕРЖАНИЕ

- Практическое занятие 1 Общественное здоровье и здравоохранение как наука
- Практическое занятие 2 Демография
- Практическое занятие 3 Здоровье населения как экономическая категория
- Практическое занятие 4 Заболеваемость населения. Медико-социальные аспекты.
- Практическое занятие 5 Организации лечебно-профилактической помощи городскому населению
- Практическое занятие 6 Организация лечебно-профилактической помощи женщинам и детям
- Практическое занятие 7 Организация лечебно-профилактической помощи сельскому населению
- Практическое занятие 8 Основы экономики здравоохранения
- Практическое занятие 9 Рыночные отношения в здравоохранении
- Практическое занятие 10 Медицинское страхование
- Практическое занятие 11 Государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения

## Пояснительная записка

В условиях реформирования в системе здравоохранения повышаются требования и к медицинским сестрам в части их готовности работать в условиях конкуренции между лечебно-профилактическими учреждениями.

Чтобы эффективно работать в системе здравоохранения, Вам необходимо понимать и знать структуру системы здравоохранения, и уровни управления здравоохранением, иметь представление об основах экономики, маркетинга и системе медицинского страхования, разбираться в системе организации медицинской помощи населению. Без знания и понимания этих вопросов невозможно освоить целый ряд компетенций и стать конкурентоспособным специалистом.

Для сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения необходимо иметь представление о состоянии здоровья населения в регионе и по Российской Федерации, уметь вычислять показатели здоровья и анализировать их, знать факторы, влияющие на состояние здоровья и методы гигиенического воспитания и обучения для устранения или уменьшения влияния этих негативных факторов. Методические указания содержат перечень практических занятий, задания для самостоятельного изучения тем дисциплины, а также примерные вопросы и задания.

Общественное здоровье и здравоохранение как наука изучает закономерности общественного здоровья и здравоохранения.

При выполнении практических работ реализуются следующие компетенции:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ПК 1.1. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.

ПК 1.2. Проводить санитарно-гигиеническое воспитание населения.

ПК 1.3. Участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 3.2. Участвовать в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

ПК 3.3. Взаимодействовать с членами профессиональной бригады и добровольными помощниками в условиях чрезвычайных ситуаций.

В результате освоения дисциплины студенты должны **знать**:

- факторы, определяющие здоровье населения;
- показатели общественного здоровья населения, методику их расчета и анализа;
- первичные учетные и статистические документы;
- основные показатели, используемые для оценки деятельности лечебно-профилактического учреждения;
- систему организации оказания медицинской помощи городскому и сельскому населению;
- законодательные акты по охране здоровья населения и медицинскому страхованию;
- принципы организации экономики, планирования и финансирования здравоохранения;
- принципы организации и оплаты труда медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях;

**Уметь:**

- консультировать по вопросам правового взаимодействия гражданина с системой здравоохранения;

- рассчитывать и анализировать показатели общественного здоровья населения;
- вести утвержденную медицинскую документацию;

## *Практическое занятие 1*

### **Общественное здоровье и здравоохранение как наука**

#### *1. Теоретическая часть*

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1948 г. сформулировала, что «здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». ВОЗ провозглашен принцип, в соответствии с которым «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека». Принято выделять 4 уровня изучения здоровья:

1й уровень – здоровье отдельного человека.

2й уровень – здоровье малых или этнических групп – групповое здоровье.

3й уровень – здоровье населения, т.е. людей, проживающих на конкретной административно - территориальной единице (область, город, район и т.д.).

4й уровень – общественное здоровье – здоровье общества, населения страны, континента, мира, популяции в целом.

Общественное здоровье и здравоохранение – наука, изучающая воздействие социальных факторов и условий внешней среды на здоровье населения и вырабатывающая научно обоснованные рекомендации, направленные на устранение и предупреждение вредного влияния социальных факторов, на совершенствование системы организации здравоохранения в целях повышения уровня здоровья людей. Общественное здоровье и здравоохранение занимается изучением широкого круга различных медицинских аспектов, социологических, экономических, управленческих, философских проблем в области охраны здоровья населения в конкретной исторической обстановке.

Главной целью науки общественное здоровье и здравоохранения является создание рациональной общественной службы здравоохранения с высоким коэффициентом полезного действия.

Задачи науки:

1. изучение и оценка здоровья населения, динамики его развития;
2. изучение и оценка факторов, влияющих на здоровье;
3. разработка методов и способов укрепления здоровья, предупреждения заболеваний и инвалидности, а также их реабилитации;
4. оценка качества и эффективности здравоохранения;
5. решение проблем управления, финансирования и экономики здравоохранения;
6. правовое регулирование здравоохранения;
7. формирование социально-гигиенического менталитета и мышления медицинских работников.

Предметом изучения являются:

1. Здоровье населения.
2. Здравоохранение.
3. Факторы, влияющие на здоровье населения.
4. Медико-социально-значимая патология.

□ **Здоровье населения** – медико-демографическая и социальная категория, отражающее физическое, психологическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определения социальных общностей.

□ **Здравоохранение** – это система социально-экономических и медицинских мероприятий, имеющих целью сохранить и повысить уровень здоровья каждого человека и населения в целом.

□ **Факторы риска** – потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды,

повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

□ Социально-значимые заболевания – заболевания, обусловленные преимущественно социально-экономическими условиями, приносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты человека.

Для планомерного развития экономики любой страны огромное значение имеет информация о численности, возрастно-половой структуре населения, определение его прогнозов на будущее.

Общественное здоровье выявляет закономерности развития народонаселения, исследует демографические процессы, прогнозирует перспективу, разрабатывает рекомендации по государственному регулированию численности населения.

При изучении общественного здоровья факторы, его определяющие, обычно объединяют в следующие группы:

1. Социально-экономические факторы (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние, уровень и качество питания, отдых и др.).
2. Социально-социологические факторы (возраст, пол, предрасположенность к наследственным заболеваниям и др.).
3. Экологические и природно-климатические факторы (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, наличие экстремальных природно-климатических факторов и др.).
4. Организационные или медицинские факторы (обеспеченность населения медицинской помощью, качество медицинской помощи, доступность медико-социальной помощи и др.).

Ведущее значение при изучении данной дисциплины имеет вопрос об эффективности влияния на здоровье населения всех мероприятий, которые проводит государство, и роли в этом здравоохранения, отдельных медицинских учреждений.

Для проведения таких исследований Общественное здоровье, как и другие научные дисциплины, имеет свои методы исследования.

1. Статистический метод позволяет устанавливать и объективно оценивать происходящие изменения в состоянии здоровья населения и определять эффективность деятельности органов и учреждений здравоохранения.

2. Метод экспертных оценок позволяет осуществлять прогнозы на основе предварительно сформулированных закономерностей, например, вполне возможно предвидеть будущую рождаемость, численность населения, смертность, смертность от онкологических заболеваний и т.п.

3. Исторический метод – это описательный метод. Строится на основе изучения и анализа процессов общественного здоровья и здравоохранения на различных этапах человеческой истории.

4. Метод экономических исследований дает возможность устанавливать влияние экономики на здравоохранение и, наоборот, здравоохранения на экономику общества. Исследуются и анализируются источники финансирования здравоохранения, вопросы наиболее эффективного использования этих средств.

Для изучения влияния социально-экономических факторов на здоровье людей используются методы, применяемые в экономических науках. Эти методы находят непосредственное применение при изучении и разработке таких вопросов здравоохранения, как учет, планирование, финансирование, управление здравоохранением, рациональное использование материальных ресурсов, научная организация труда в органах и учреждениях здравоохранения.

5. Экспериментальный метод – это метод поиска новых, наиболее рациональных форм и методов работы, создание моделей медицинской помощи, внедрение передового опыта, проверка проектов, гипотез, создание опытных баз, медицинских центров и т.д.

6. Метод наблюдения и опроса. Для пополнения и углубления, этих данных могут быть предприняты специальные исследования.

7. Эпидемиологический метод. Важное место среди эпидемиологических методов исследования занимает эпидемиологический анализ. Эпидемиологический анализ представляет собой совокупность методов изучения особенностей эпидемического процесса с целью выяснения причин, способствующих распространению данного явления на данной территории, и разработки практических рекомендаций по его оптимизации.

Эпидемиология неинфекционных заболеваний изучает причины и частоту возникновения неинфекционных заболеваний с целью разработки мер профилактики и снижения уровня распространенности этих болезней.

**Здоровье людей** – качество социальное, в связи с чем, для оценки общественного здоровья ВОЗ рекомендует следующие показатели:

1. Отчисление валового национального продукта на здравоохранение.
2. Доступность первичной медико-социальной помощи.
3. Охват населения медицинской помощью.
4. Уровень иммунизации населения.
5. Степень обследования беременных квалифицированным персоналом.
6. Состояние питания детей.
7. Уровень детской смертности.
8. Средняя продолжительность предстоящей жизни.
9. Гигиеническая грамотность населения.

Если речь идет о социальной обусловленности здоровья, то подразумевается первостепенное по своему значению, а подчас и решающее воздействие на него социальных факторов риска.

В медико-социальных исследованиях для количественной оценки группового, регионального и общественного здоровья у нас в стране традиционно принято использовать следующие показатели:

1. Демографические показатели.
2. Заболеваемость.

3. Инвалидность.

4. Физическое развитие.

Таким образом, общественное здоровье и здравоохранение как самостоятельная медицинская наука изучает воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки профилактических мер по его оздоровлению и совершенствованию медицинского обслуживания.

## ***2. Вопросы к практическому занятию***

1. Что изучает как наука «Общественное здоровье и здравоохранение»?
2. Какие цели и задачи науки «Общественное здоровье и здравоохранение»?
3. Какие методы исследования используются для изучения общественного здоровья?
4. Какие показатели используют при изучении общественного здоровья населения?

## ***3. Задание к практическому занятию***

1. Составьте сообщение и презентации по вопросам истории и развития науки Общественное здоровье и здравоохранение, ее современных достижениях и использовании микроорганизмов на благо человека и о проблемах борьбы с ними.
2. Определите влияние факторов риска на здоровье человека. Заполните таблицу. Определите ведущие факторы, оказывающие влияние на здоровье.

№	Сфера влияния факторов на здоровье	Группы факторов риска
1	Образ жизни	
2	Генетика, биология человек	

3	Внешняя среда	
4	Здравоохранение	

2. Для выявления характера и степени влияния социально – гигиенических условий на заболеваемость, смертность и физическое развитие определите методы опроса отдельных лиц, семей или групп людей по специальной программе

#### *4. Доклады*

1. Современное развитие общественного здоровья и здравоохранения в России
2. История развития науки общественное здоровье и здравоохранение
3. Этапы развития развития здравоохранения в России
4. Состояние здоровья населения в регионе СКФУ
5. Состояние здоровья населения России
6. Развитие социальной гигиены в России

### *Практическое занятие 2* *Демография*

#### *1. Теоретическая часть*

**Демография** (греч. demos — народ, grapho — пишу; народописание) — наука о населении в его общественном развитии. Изучает численность, состав населения, миграционные процессы, воспроизводство населения и факторы, их определяющие.

Термин «демография» был предложен французским ученым Жаном Клодом Ашиль Гийяром (1799–1876). В 1885 г. в Париже вышла его книга «Элементы статистики человека, или сравнительная демография», в которой он определил демографию как «естественную и социальную историю

человеческого рода, или математическое изучение населения, его изменений и его физических, гражданских, интеллектуальных и моральных условий».

На стыке общей демографии (преимущественно экономической) и социальной медицины выделилась смежная научная область — **медицинская демография**, изучающая взаимосвязь воспроизводства населения с социально-медицинскими факторами и разрабатывающая на этой основе медико-социальные меры, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшения здоровья населения.

Статистическое изучение народонаселения в демографии и медицинской демографии ведется в двух основных направлениях:

**Статика населения и динамика населения.** Демографические показатели в здравоохранении необходимы: – для характеристики общественного здоровья населения; – определения потребности населения в медицинских кадрах; – планирования и организации медицинской помощи населению – определения финансовых средств, выделяемых из государственного бюджета на здравоохранение; – организации противоэпидемической работы в регионе; – оценки деятельности системы здравоохранения, организаций здравоохранения, врачей. Статика населения изучает численность и состав населения на определенный момент времени.

Состав населения характеризуется по ряду основных признаков: пол, возраст, социальные группы, профессия, семейное положение, национальность, язык, культурный уровень, религия, место жительства, географическое размещение, плотность населения и т. д. Основным методом изучения статистики населения является перепись.

**Перепись населения** — научно организованное статистическое исследование с целью получения данных о численности, составе и размещении населения. Для переписей населения характерны следующие принципы: всеобщность; единая для всего населения программа, поименность (при дальнейшей обработке данные обезличиваются);

непосредственное получение сведений (по самоопределению респондента, без предъявления документов); личный опрос каждого жителя переписчиками; строгое соблюдение тайны переписи.

Перепись проводится в период наименьшей миграции населения, т. е. в зимнее время, в середине месяца, в середине недели. Эксперты ВОЗ рекомендуют проведение переписей не реже 1 раза в 10 лет. Программу переписи составляют вопросы, обращенные к каждому переписываемому лицу. Программа переписи излагается в переписном листе. Материалы переписи обобщаются и обрабатываются с помощью ЭВМ. Одно из первых упоминаний о сборе данных о населении имеется в трудах древнего китайского историка и философа Конфуция, жившего в VI в. до нашей эры. В его труде «Книга царств» сообщается, что еще за 2275 лет до н. э. министр Ю при императоре Яо проводил подсчет населения и его имущества. Известны переписи населения, проводившиеся в Древней Греции (VI в. до н. э.), Древнем Риме (V в. до н. э.). Первые указания об организации статистических записей в Древней Руси отмечены в Лаврентьевской (945 г.) и Троицкой (946 г.) летописях. Первые переписи, отвечающие научным принципам учета населения, начали проводить в России с 1704 г. по Поместному указу Петра I «О генеральной переписи дворов и крестьян», с 1790 г. — в США. С начала XIX в. они проводятся в Швеции, Финляндии, Англии, Дании, Норвегии, когда была признана их необходимость для организации экономической жизни страны как основы государственного управления. На протяжении XX в. в нашей стране прошло 8 всеобщих переписей.

**Численность и состав населения.** Численность населения характеризует общее количество людей, проживающих на данной территории на определенный момент времени. Данные о численности населения получают на основе проведения переписей населения или расчетным путем, исходя из информации о числе родившихся, умерших и мигрировавших (сальдо миграции). По прогнозам Отдела народонаселения

ООН численность населения планеты увеличится почти на 42 % с 6,3 млрд человек в 2003 г. до 8,9 млрд к 2050 г.

Численность населения 48 наименее развитых стран увеличится почти в 2,5 раза с 718 млн до 1,7 млрд человек. В настоящее время численность населения увеличивается на 1,2– 1,3 %, или на 77 млн человек в год. Половина этого прироста приходится на долю шести стран: Индии (1,5 %), на долю которой приходится 21 % общей величины прироста; Китая (0,7 %); Пакистана (2,4 %); Нигерии (2,5 %); Бангладеш (2,0 %) и Индонезии (1,3 %). Весь прогнозируемый прирост численности населения будет происходить в развивающихся странах (менее и наименее развитых), на долю которых к 2050 г. придется 85 % населения планеты. Общая численность населения развитых стран останется приблизительно на уровне 1,2 млрд человек. Однако в 39 странах с низкой рождаемостью численность населения сократится, причем наиболее резко в странах Восточной Европы (Польше), а также в некоторых странах с переходной экономикой (Россия)

По прогнозам ООН, население США увеличится с 255 млн в 1990 г. до 408,7 млн в 2050 г., то есть почти на 60 %. В то же время предполагается, что за аналогичный период численность населения Германии снизится до 79 млн, а в Российской Федерации — с 148 до 101,5 млн человек (почти на 47 %).

Таким образом, изменение численности населения в экономически развитых странах и в странах с переходной экономикой будет сопровождаться стабилизацией или снижением численности населения, а в развивающихся странах — ростом. Эти процессы стали предметом серьезного беспокойства ООН, определив для государств демографические проблемы с целью разработки мероприятий по стимулированию или сдерживанию роста численности населения.

Возрастная структура населения. типы возрастных структур Изучение возрастной структуры населения имеет важное значение не только в определении тенденций развития населения, прогнозирования его численности и состава в будущем, определении численности

трудоспособного населения, трудовых ресурсов и т. п., но также в планировании и организации медицинской помощи, потребности в медицинских кадрах и т. д. Возрастной состав населения складывается под воздействием естественного и механического движения, природных и социальных катаклизмов (стихийные бедствия, войны и т. п.).

Снижение рождаемости влечет за собой уменьшение удельного веса детского населения. Миграции способствуют омоложению возрастной структуры населения стран прибытия и старению на территориях выбытия. Войны изменяют численность определенных групп населения. В большинстве стран мира возраст человека определяют так: по прошествии года с момента рождения он увеличивается на единицу.

Но существуют и другие способы. Например, в Корее, только что родившемуся ребенку уже считается год. В Китае, Вьетнаме, Индонезии и ряде других стран по окончании календарного года все население независимо от даты рождения становится на год старше. Для выделения отдельных возрастных этапов жизни людей используются классификации возраста, характеризующие каждый этап.

Одна из наиболее древних — китайская — такова:

до 20 лет — молодость;

до 30 лет — возраст вступления в брак;

до 40 лет — возраст выполнения общественных обязанностей;

до 50 лет — возраст познания собственных заблуждений;

до 60 лет — последний творческий период жизни;

до 70 лет — желанный возраст;

старше 70 лет — старость.

В международной практике используют возрастную классификацию, предложенную ВОЗ, согласно которой:

до 18 лет — детство;

18–30 лет — юношество;

31–45 лет — молодость;

- 46–60 лет — зрелый возраст;
- 61–75 лет — пожилой возраст;
- 76–90 лет — старческий возраст;
- 91 и старше — долгожители.

Кроме того, используется классификация, которая основана на возможности участия населения в воспроизводстве. Все население разделено на 3 возрастные группы:

- I группа — 0–14 лет, дофертильный возраст;
- II группа — 15–49 лет, фертильный возраст;
- III группа — 50 лет и более, постфертильный возраст.

Согласно этой возрастной классификации, различают 3 типа возрастной структуры населения: прогрессивный, стационарный и регрессивный. На основании расчета удельного веса лиц в возрасте 0–14 лет, 15–49 лет, 50 лет и старше определяется тип возрастной структуры населения.

### ***2. Задания к практическому занятию***

1. Что изучает наука о населении в его общественном развитии?
2. Какую возрастную классификацию предложенную ВОЗ используют в международной практике?

### ***4. Вопросы к практическому занятию***

1. Медицинская значимость проведения переписи населения.
2. Влияние снижения рождаемости и миграции на организацию здравоохранения в СКФО.

## ***Практическое занятие 3***

### **Здоровье населения как экономическая категория**

#### ***1. Теоретическая часть***

Проблемы качества здоровья населения различных стран постоянно находятся в центре внимания ученых и политиков во всем мире.

Общественное здоровье, по мнению ВОЗ, следует рассматривать как ресурс национальной безопасности, средство, позволяющее людям жить благополучной, продуктивной и качественной жизнью. В целях дальнейшего улучшения здоровья нужно концентрировать усилия в пяти направлениях: общественной политике, физической и социальных средах, на непосредственных условиях местной среды, на совершенствовании персональных умений избирать здоровый образ жизни и на медицинском обслуживании».

Потребность в здоровье носит всеобщий характер, она присуща не только отдельным индивидам, но и обществу в целом. Будучи важнейшим свойством трудовых ресурсов, общественное здоровье оказывает огромное влияние на социально-экономическое развитие, приобретая наряду с такими качественными характеристиками рабочей силы, как образование, квалификация, роль ведущего фактора экономического роста

Общественное здоровье – основной признак, основное свойство человеческой общности, ее естественное состояние, отражающее индивидуальные приспособительные реакции каждого члена общности людей и способность всей общности в конкретных условиях наиболее эффективно осуществлять свои социальные и биологические функции. В различных социально-экономических, эколого-гигиенических, природных условиях параметры общественного здоровья могут существенно отличаться друг от друга. Это обстоятельство позволяет говорить о разном качестве общественного здоровья. Специфика региональных условий жизни обуславливает степень вероятности для каждого человека достижения наилучшего уровня здоровья и творческой работоспособности на протяжении максимально продленной индивидуальной жизни. Общественное здоровье также характеризует жизнеспособность всего общества как социального организма и его возможности непрерывного

гармоничного роста и социально-экономического развития. Уровень общественного здоровья служит наиболее ярким и всеобъемлющим показателем условий жизни и одновременно зависит от них

Проблемы определения качества общественного здоровья неотделимы от проблемы жизненного уровня населения. Хорошо известно, что состояние здоровья обусловлено не только и не столько собственно системой здравоохранения, но в значительной степени зависит от условий жизни, существующих в стране, и от их динамики. В современный стандарт уровня жизни входят показатели, характеризующие занятость и социальную защиту населения, индивидуальный статус и свободу личности, этико-правовые, социально-медицинские нормы, уровень образования и культуры, обеспечение граждан основными материальными и духовными благами, в том числе санитарно-природоохранными.

Жизнедеятельность общности людей характеризуется уровнем напряжения, утомления, патологии и в конечном счете ее здоровьем. Понятие «общественное здоровье» непосредственно не несет в себе количественной меры, позволяющей судить о качестве здоровья.

Уровень здоровья представляет собой универсальный признак населения, рассматриваемого в процессе общественного воспроизводства, находящегося в определенном взаимодействии с окружающей средой, обладающего динамическими тенденциями, структурой, спецификой размещения и территориальной организацией. Уровень здоровья людей формируется в результате взаимодействия экзогенных (природных и социальных) и эндогенных (пол, возраст, телосложение, наследственность, раса, тип нервной системы и др.) элементов. В самом широком толковании уровень здоровья – совокупность осредненных демографических, медико-статистических, антропометрических, генетических, морфолого-физиологических, иммунологических, нервно-психических признаков отдельных людей, составляющих общность

Для того, чтобы оценить качество или уровень общественного здоровья, его необходимо измерить. В этой связи оно выступает как совокупность статистических характеристик, что позволяет сравнивать между собой различные территориальные или социальные общности по уровню здоровья, проводить их ранжирование и таким способом искать пути для выявления внешних причин того или иного состояния здоровья.

**Уровень здоровья** – показатель адаптированности конкретной общности людей к определенным условиям жизни. Он отражает, насколько данные условия пригодны для нормальной жизнедеятельности общности людей, здесь обитающих. Качество общественного здоровья можно оценивать, используя десятки показателей, но наиболее важными и достоверными служат: ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ), стандартизованные коэффициенты смертности (от всех причин и отдельно по причинам), младенческая смертность, общая заболеваемость и заболеваемость некоторыми социальными болезнями (туберкулез, венерические болезни, алкоголизм, ВИЧ-инфекция и др.). Анализ совокупности этих показателей позволяет достаточно точно оценить уровень здоровья населения и на этой основе сравнивать между собой разные регионы. Уровень здоровья позволяет получить представление о социально-экономической ситуации в регионе или стране. Наиболее объективная оценка качества здоровья сравнительно небольших общностей людей производится с использованием метода определения «групп здоровья», которые выявляются путем специальных медицинских обследований отдельно детей и взрослых. На основании объективных медицинских данных о физическом состоянии всю совокупность людей, прошедших обследование, делят на пять групп: · практически здоровые; · здоровые с функциональными и некоторыми морфологическими изменениями (лица, у которых отсутствует какая-либо хроническая болезнь, но имеются различные функциональные болезни и состояния после перенесенных заболеваний, травм и т.п.); · больные с длительно текущими (хроническими) заболеваниями при

сохраненных в основном функциональных возможностях организма (компенсированное состояние); · больные с длительно текущими (хроническими) заболеваниями (субкомпенсированное состояние); · тяжелые больные, находящиеся на постельном режиме, инвалиды I - II групп (декомпенсированное состояние). ВОЗ предлагает оценивать уровень здоровья людей, которые на момент медицинского осмотра достигли международно признанного возрастного рубежа: 1 год, 15 лет, 45 лет и 65 лет. При этом появляется объективная возможность выявлять изменения общественного здоровья внутрикаждой региональной группы населения и сравнивать между собой различные регионы. По результатам этой оценки можно говорить об его уровне на той или иной территории, например, регион с высоким уровнем общественного здоровья, или страна с низким уровнем общественного здоровья и т.д. В России с ее огромными природными, хозяйственно-бытовыми и социальными контрастами качество здоровья характеризуется очень высокой региональной специфичностью, поэтому целесообразно рассматривать показатели общественного здоровья по отдельным регионам России

Все люди должны иметь доступ к необходимым для обеспечения здоровья ресурсам. Государственная политика России в последнее время больше внимания уделяет укреплению и сохранению здоровья населения.

Такое внимание к здоровью связано с тем, что здоровье является экономической категорией.

Во-первых, здоровье оказывает прямое воздействие на производительность труда, и только полноценное здоровье позволяет добиваться высокой производительности труда. Состояние здоровья населения предопределяет благополучие семей, предприятий разного профиля, экономическое благополучие региона и страны.

Во-вторых, чем лучше состояние здоровья населения, тем меньше расходов на здравоохранение.

Экономические потери, которые несет общество в связи с заболеваемостью населения, делятся на прямые и косвенные.

Прямые экономические потери:

затраты на оказание медицинской помощи (амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное лечение, подготовка кадров, научно-исследовательская работа);

оплачиваемые листы по временной нетрудоспособности;

пенсии по инвалидности.

Косвенные экономические потери:

снижение производительности труда;

снижение национального дохода на уровне всего народного хозяйства в результате временной или стойкой потери трудоспособности или смерти людей в трудоспособном возрасте.

Косвенные экономические потери во много раз превышают прямой экономический ущерб вследствие заболеваемости.

По данным американских аналитиков, на долю прямых экономических потерь приходится около 10% общего экономического ущерба из-за болезней, в то время как косвенные потери составляют почти 90%. В современных условиях приоритетного профилактического направления здравоохранения, возрастает роль среднего медицинского работника в сохранении и укреплении здоровья населения.

**Здоровье** - не только отсутствие заболеваний и физических дефектов, но и состояние полного физического, психического и социального благополучия.

**Общественное здоровье** (социологическое понятие) – это состояние общества, которое обеспечивает условия для образа жизни людей, не обремененных заболеваниями, физическими и психическими расстройствами, т.е. такое состояние, когда обеспечивается формирование здорового образа жизни.

Показатели общественного здоровья:

□ Индекс общественного здоровья (ИОЗ) – соотношение удельного веса факторов здорового и нездорового образа жизни.

□ Индекс здорового образа жизни (ИЗОЖ) - % лиц, ведущих здоровый образ жизни.

□ Потенциал общественного здоровья - это мера здоровья людей, накопленного обществом, и его резерв, создаваемый активным, здоровым образом жизни.

В медико-социальных исследованиях при оценке здоровья выделяют три уровня здоровья:

первый уровень – здоровье отдельного человека – индивидуальное здоровье;

второй уровень – здоровье социальных (по полу, возрасту, профессии), этнических групп, здоровье населения административных территорий (региональное) – групповое здоровье;

третий уровень – здоровье популяции, общества в целом – общественное здоровье или здоровье населения.

По состоянию здоровья взрослого населения выделяют 3 группы здоровья:

1 группа - практически здоровые;

2 группа - имеются факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, они наблюдаются в кабинете медицинской профилактики;

3 группа - имеющие заболевания (состояния), подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

По состоянию здоровья детского населения выделяют 5 групп здоровья:

1 группа - здоровые;

2 группа - практически здоровые (с функциональными нарушениями);

3 группа - больные в состоянии компенсации;

4 группа - больные в состоянии декомпенсации;

5 группа - инвалиды.

Такое разделение по группа важно при организации профилактических мероприятий. Группа здоровья влияет на объем и частоту профилактических или диспансерных осмотров.

По переходу из одной группы в другую можно судить об эффективности проводимых оздоровительных мероприятий.

Ведущие факторы, формирующие здоровье населения - социально-экономические.

Факторы риска здоровью (с учётом их «рейтинга» данные ВОЗ).

Первичные большие факторы риска:

1. курение,
2. злоупотребление алкоголем,
3. нерациональное питание,
4. гиподинамия,
5. психоэмоциональный стресс.

Вторичные большие факторы риска:

1. диабет,
2. артериальная гипертензия,
3. холистеринемия,
4. аллергия,
5. иммунодефициты и др.

Образ жизни населения - оказывает наибольшее влияние на формирование здоровья населения. Здоровый образ жизни – это деятельность, направленная на сохранение и улучшение, укрепление здоровья людей. Формирование здорового образа жизни – основано на индивидуальной первичной профилактике.

Роль средних медицинских работников в формировании здорового образа жизни у населения в последнее время возросла, и на них возлагаются большие надежды на помощь в сохранении и укреплении здоровья.

О состоянии здоровья населения можно судить по ряду показателей.

Группы показателей здоровья населения:

\* медико-демографические показатели (рождаемость, смертность, естественный прирост, детская смертность и т.д.);

\* показатели заболеваемости населения;

\* показатели инвалидности;

\* показатели физического развития

Медико-демографические показатели

Демография - наука о народонаселении.

Изучает: численность, состав, расселение на территории населения и т.д.

В здравоохранении изучают статику и динамику населения.

Статика населения — это состав населения на определенный момент времени.

Состав населения изучают по ряду признаков:

— пол; возраст;

— социальная и профессиональная принадлежность и др

Статика населения определяется методом переписи населения. В стране один раз в 5 лет.

В поликлиниках обслуживающих взрослое населения – 1 раз в год, детское население – 2 раза в год.

Динамика населения - движение населения, мобильность, изменение его численности, которое может происходить в результате различных процессов.

За счет движения населения изменяется его численность, возрастно-половой, национальный, социальный состав, доля занятого населения и другие показатели.

Показатели динамики населения позволяют:

1. оценивать состояние здоровья населения;

2. прогнозировать потребности в тех или иных лечебно-профилактических учреждениях и медицинских кадрах;

3. оценивать социальное, демографическое и медицинское благополучие населения;

4. оценивать миграционные процессы в регионе.

Виды движения населения:

социальное движение, т. е. переход людей из одних социальных групп в другие в результате изменения материального положения, уровня образования и др.;

механическое движение населения (миграция) — перемещение людей через границы тех или иных территорий, связанное с переменой места жительства, учебой или работой;

естественное движение населения, обуславливающее смену поколений в результате рождений и смертей.

Естественное движение населения

Демографические показатели (количество рождений, смерти) - подлежат обязательной государственной регистрации.

В соответствии с действующим законодательством регистрация рождённого ребенка производится органами ЗАГС по месту рождения ребенка или месту жительства родителей в течение месяца со дня рождения на основании медицинского свидетельства о рождении, выдаваемого учреждением здравоохранения, в котором произошли роды, при родах на дому факт рождения удостоверяется двумя свидетелями.

Медицинские работники вычисляют и анализируют показатели естественного движения населения.

Различают общие и специальные показатели естественного движения населения. Общие показатели:

1. рождаемость;
2. смертность;
3. естественный прирост населения.

На протяжении XX века в России отмечалось неуклонное снижение показателя рождаемости. Резкое снижение рождаемости в России произошло во 2-й половине 90-х гг. XX в., однако, в настоящее время отмечается тенденция к ее росту.

Уровень общественного здоровья в значительной мере сформирован социально-экономическими условиями. Поэтому характеристика общественного здоровья имеет важное значение не только для органов здравоохранения, но и для планирования всей социальной политики каждого государства.

## *2. Задания к практическому занятию*

*Задание 1.* Заполните таблицу 1 Рождаемость в динамике, обоснуйте, сделайте вывод.

Регион	2000г.	2005г.	2010г.	2015г
Россия				
Ленинградская обл.				
Московская обл.				
Ставропольский кр.				
Краснодарский кр.				
Ростовская обл.				

*Задание 2.* Заполните таблицу 2 Смертность в динамике, сделайте вывод.

Регион	2000г.	2005г.	2010г.	2015г
Россия				
Ленинградская обл.				
Московская обл.				
Ставропольский кр.				
Краснодарский кр.				
Ростовская обл.				

*Задание 3 .* Город Н. – промышленный центр в Среднем Поволжье. В городе функционирует крупный речной порт, имеются судоремонтный и цементный

заводы, завод сельскохозяйственного машиностроения, комбинат химического волокна, консервный завод, текстильный комбинат. Промышленные предприятия города работают на полную мощность и нередко осложняют экологическую обстановку. В последние годы отмечается значительный приток рабочей силы из других регионов России и стран ближнего зарубежья. Мигранты обеспечиваются местами в заводских общежитиях, санитарное состояние которых не всегда отвечает санитарным требованиям (скученность, перебои с водоснабжением и теплоснабжением). Жилищное строительство ведётся низкими темпами, потребность населения в жилье не удовлетворяется. Зелёных насаждений в городе явно недостаточно. Практически отсутствуют возможности для развития физкультуры и спорта, на территории единственного стадиона теперь разместился вещевой рынок. Проведение культурного досуга затруднено. Городским управлением здравоохранения при участии экспертов-специалистов проведено изучение состояния здоровья населения. Полученные результаты представлены ниже. В городе Н. проживает 100 000 человек, в том числе в возрасте до 15 лет – 25 000, от 15 до 49 лет – 50 000 (в том числе женщин – 26 000), 50 лет и старше – 25 000 человек.

Задание: оцените возрастную структуру населения города, представьте её графически, сделайте вывод. *Задание 4.* В изучаемом году в городе родилось живыми 1 090 детей (в предыдущем 1 050), все у женщин в возрасте 15 - 49 лет. Умерло за год 1 420 человек, в том числе в возрасте до 1 года – 12. Данные о динамике демографических показателей в городе Н. представлены в таблице 3. Динамика демографических показателей города Н.

Показатели	1995г.	2000г	2005г.	2010г.	2015	Оценка уровня показателей изучаемого года
Рождаемость						
Смертность						
Естественный прирост						

Фертильность						
Младенческая смертность						

А) Оцените уровень и динамику демографических показателей в городе Н., представьте их графически, сделайте вывод о возможных причинах демографической ситуации. **Задание 5** Проанализируйте основные причины смерти населения и детей на 1-ом году жизни в городе Н. согласно рисунка 1, 2, сделайте вывод.



**Задание 6.** Определите численность населения трудоспособного возраста на начало следующего года, если за текущий год имеются следующие данные: численность населения трудоспособного возраста на начало года ( $P_{\text{трн}}$ ) - 70 млн. человек; численность умерших в трудоспособном возрасте в течение года ( $N$ ) - 0,2 млн. человек; численность молодежи, достигшей в данном году

трудоспособного возраста,  $P_{\text{мол}}$  - 2,0 млн. человек; численность лиц, достигших пенсионного возраста в текущем году ( $P_{\text{пен}}$ ) - 1,6 млн. человек.

*Задание 7* Определите численность трудовых ресурсов города, если численность населения в трудоспособном возрасте 750 тыс. человек, среди них инвалидов I и II группы трудоспособного возраста 10 тыс.; численность работающих подростков до 16 лет - 15 тыс., работающих лиц старше трудоспособного возраста - 55 тыс.

### ***3. Вопросы к практическому занятию***

1. Что относится к прямым и косвенным экономическим потерям связанным с заболеваемостью населения?
2. Какие факторы влияют на состояние здоровья населения?
3. Какие показатели относятся к медико-демографическим показателям?
4. Объясните понятие «статика населения», «динамика населения».
5. Какие показатели являются показателями естественного населения?
6. Как можно охарактеризовать демографическую ситуацию региона в динамике?
7. Назовите факторы, формирующие здоровье населения

### ***4. Доклады с презентацией***

1. Экономическое развитие регионов и здоровье населения
2. Роль общественного здоровья для экономического развития страны
3. Роль общественного здоровья для обороноспособности страны
4. Демографическая ситуация в России
5. Естественная убыль населения России

### ***Практическое занятие 4***

**Заболеваемость населения. Медико-социальные аспекты.**

## *1. Теоретическая часть*

Заболеваемость – ведущий критерий, характеризующий здоровье населения. С помощью показателей заболеваемости населения оценивают деятельность врачей, медицинских учреждений, органов управления здравоохранением.

Знание данных о структуре заболеваемости, частоте заболеваемости, закономерностях возникновения и распространения болезней имеют важное значение для:

1. планирования сети медицинских учреждений;
2. подготовке соответствующих кадров;
3. организации различных видов медицинской помощи;
4. проведение профилактических и оздоровительных мероприятий.

Заболеваемость населения изучается:

1. По данным обращаемости.
2. По данным медицинских осмотров.
3. По данным о причинах смерти.

При изучении общей заболеваемости по данным обращаемости:

Единицей наблюдения является каждый случай заболеваемости.

Учётным документом – статистический талон заключительных (уточнённых) диагнозов.

На обращаемость населения за медицинской помощью влияет:

- доступность медицинской помощи;
- медицинская активность населения;
- материальное благосостояние;
- квалификация врачей.

Показатели общей заболеваемости

При анализе общей заболеваемости вычисляют показатели:

1. Заболеваемость (первичная) – совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые выявленных в данном календарном году заболеваний. Изучается по статистическим талонам со знаком (+)

2. Болезненность (распространённость) – совокупность всех имеющихся заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и перешедших с прошлых лет. Изучается по статистическим талонам со знаком (+) и (-).

Эти два показателя дают только общее представление об уровне заболеваемости. Более точно заболеваемость характеризуют специальные показатели (возрастно-половые, по диагнозам, по профессии и пр.)

3. Структура общей заболеваемости – удельный вес тех или иных заболеваний в общей заболеваемости

Медицинские осмотры дают информацию о всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях.

Учетными документами являются:

- список лиц, подлежащих целевому осмотру (ф-048/у);
- карта учета диспансеризации (профилактических осмотров)

Заболеваемость по данным о причинах смерти изучается на основании учетных документов:

- медицинское свидетельство о смерти;
- медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

При анализе заболеваемости по данным о причинах смерти вычисляются показатели:

1. Общий показатель смертности;
2. Частота смертности в зависимости от пола, возраста;
3. Структура причин смерти и пр.

Изучение причин смерти позволяет установить не только заболевания, приводящие к смерти, но и недостатки в организации медицинской помощи.

Постановлением правительства РФ от 2004 года установлен перечень социально значимых заболеваний:

1. Туберкулез.
2. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путём.
3. Гепатит В.
4. Гепатит С.
5. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).
6. Злокачественные новообразования
7. Сахарный диабет
8. Психические расстройства и расстройства поведения
9. Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

Перечень социально значимых заболеваний может меняться.

Социальная значимость заболеваний может снижаться при целенаправленном и эффективном воздействии на основные факторы, вызывающие и поддерживающие эти заболевания.

Критерии социально значимых заболеваний

1. Высокий уровень распространенности
2. Высокий уровень временной нетрудоспособности
3. Высокий уровень инвалидности
4. Высокий уровень смертности
5. Высокий уровень затрат на лечение и реабилитацию

Инвалидность является одним из показателей состояния здоровья, характеризует уровень социально-экономического развития общества, качество лечебно-профилактических мероприятий, экологическое состояние территории.

**Инвалидность** – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающая необходимость социальной защиты.

По данным ВОЗ инвалиды составляют 10% населения земного шара, из них более 100 млн. детей. В России на учете состоит свыше 10 млн. инвалидов. Ежегодно впервые признаются инвалидами свыше 1 млн.

человек. По инвалидности мы судим о состоянии здоровья населения. Чем больше инвалидов, тем хуже состояние здоровья населения. Группа инвалидности устанавливается медико-социальной экспертной комиссией. В Российской Федерации различают 3 группы инвалидности.

Первая группа инвалидности устанавливается гражданам, полностью утратившим способность к регулярному профессиональному труду, и нуждаются в постоянном постороннем уходе.

Вторая группа инвалидности устанавливается в случае наступления постоянной или длительной нетрудоспособности без необходимости постороннего ухода.

Третья группа инвалидности устанавливается при утрате способности к профессиональному труду. Группа инвалидности устанавливается гражданам, старше 16 лет. До 16 лет используется понятие «ребёнок - инвалид», группа не устанавливается.

В структуре первичной инвалидности:

1. болезни органов кровообращения — 27—35% случаев;
2. злокачественные новообразования — 23—29%;
3. травмы — около 10%;
4. болезни нервной системы и органов чувств — 5—7%.

## ***2. Вопросы к практическому занятию***

1. Какими методами изучается заболеваемость населения?
2. По каким учетным медицинским документам изучаются различные виды заболеваемости?
3. По каким показателям изучают общую заболеваемость?
4. Какие заболевания являются социально-значимыми?
5. Какие группы инвалидности предусмотрены в РФ?
6. По какому принципу сформирована МКБ-10 пересмотра?
7. Назовите методы изучения заболеваемости населения.

8. Назовите виды заболеваемости по данным обращаемости

9. Перечислите источники изучения заболеваемости

### **3. Задания к практическому занятию**

*Задание 1.* Динамика показателей первичной заболеваемости и распространённости по обращаемости в поликлиники населения города Н. на 1000 населения представлена в таблице 1. Проанализируйте динамику показателей заболеваемости населения г. Н., представьте информацию графически, сделайте вывод.

Показатели	1995г.	2000г.	2005г.	2010г.	2015г.
Первичная заболеваемость	820	805	798	765	790
Распространённость	1210	1290	1345	1465	1580

*Задание 2.* Структура общей заболеваемости по обращаемости в поликлиники населения города Н. представлена в таблице 2 проанализируйте структуру заболеваемости населения города Н., представьте информацию графически, сделайте вывод.

*Структура общей заболеваемости по обращаемости в поликлиники всего населения в изучаемом году (% к итогу)*

Наименование классов и болезней	Первичная заболеваемость		Распространенность	
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	4,8	6	3,2	11
Новообразования	1,4	14	2,8	13
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1,6	13	3,1	12
Психические расстройства и расстройства поведения	3,4	10	7,4	5
Болезни нервной системы	2,6	11	4,0	10
Болезни глаза и его придаточного аппарата	5,0	5	6,9	6
Болезни уха и сосцевидного отростка	4,6	7	14,2	2
Болезни органов дыхания	40,8	1	22	1
Болезни органов пищеварения	4,5	8	7,7	3

Болезни кожи подкожной клетчатки	6,1	3	5,0	9
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	5,2	4	7,6	4
Болезни мочеполовой системы	4,4	9	6,1	8
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	11,9	2	6,3	7
Прочие	1,1	15	1,6	15

*Задание 3. Заполните таблицу Методика изучения заболеваемости по данным обращаемости.*

Виды заболеваемости	Источники изучения заболеваемости
заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ)	
инфекционная заболеваемость	
неэпидемическая заболеваемость	
госпитализированная заболеваемость	
общая заболеваемость	

4. Определите структуру первичной заболеваемости по Ставропольскому краю и ЭМО, сделайте вывод
5. Определите структуру общей заболеваемости по Ставропольскому краю и ЭМО, сделайте вывод

#### *4. Доклады*

1. Санитарно-профилактические меры в учреждениях.
2. Проведение дезинфекции и санитарно-профилактических мероприятий в медицинских учреждениях
3. Санитарно – гигиенические мероприятия при эпидемии в России
4. Специфика санитарно-профилактических мероприятий с больными различных национальностей и религиозных конфессий

#### ***Практическое занятие 5***

## Организации лечебно-профилактической помощи городскому населению

### 1. Теоретическая часть

Охрана здоровья населения является комплексной задачей всего общества. Для медицинских работников охрана здоровья населения приоритетная задача. Поликлиника – оказывает первичную медико-санитарную помощь.

Это первый уровень контакта населения с системой здравоохранения, который максимально приближает медицинскую помощь к месту жительства. Поликлиника по номенклатуре медицинских организаций относится к лечебно-профилактическим медицинским организациям. По форме собственности – муниципальные организации. Поликлиника может быть самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением больницы. Мощность поликлиники зависит от числа посещений в смену. Деятельность поликлиники регламентирует приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н «Об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

Основные направления работы поликлиники:

- оказание первичной медико-санитарной помощи;
- профилактическая работа - диспансеризация, гигиеническое обучение и воспитание населения, пропаганда здорового образа жизни;
- лечебно-диагностическая работа (включая экспертизу временной нетрудоспособности);
- организационно-методическая работа (управление, планирование, статистический учет и отчетность, анализ деятельности, взаимодействие с другими учреждениями здравоохранения, повышение квалификации и пр.);
- организационно-массовая работа

Основными принципами работы поликлиник являются:

1. территориально-участковый  
участковость (закрепление за врачебной должностью нормативного числа жителей);

для терапевта – 1700 взрослого населения;

для семейного врача – 1500 всех возрастов;

для педиатра – 800 детского населения.

Норма нагрузки на врача:

на приеме – 5 пациентов в час, на проф. приеме – 7 человек в час, на участке – 2 пациента в час.

Основные виды документации поликлиники.

Учетная:

1. Медицинская карта амбулаторного пациента ф-025/у-04
2. Талон амбулаторного пациента ф-025-12/у,
3. Направление на госпитализацию ф-057/у-04

4. Контрольная карта диспансерного пациента ф-030/у-04

5. Дневник работы врача ф-39/у,

6. Дневник работы медсестры ф-39-1/у и др.

Отчётная:

1. Сведения о деятельности лечебно-профилактических учреждений ф-30, (для поликлиники и стационара, заполняется свой раздел)

2. Сведения о заболеваниях ф-12 и др.

Работа поликлиники оценивается по показателям:

- заболеваемости населения;
- качества диспансеризации;
- эффективности диспансеризации;
- профилактической работы.

Учитывается:

- частота случаев смерти на дому;
- жалобы населения и т.д.

Больница – лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее населению квалифицированную специализированную медицинскую помощь. Больницы в зависимости от объёма деятельности делятся на областные (краевые), ЦРБ, участковые, городские.

В зависимости от формы собственности больницы делятся на государственные, муниципальные, частные. В приемные отделения стационаров больные поступают:

- по направлению врачей (амбулаторий, поликлиник, диспансеров и других учреждений внебольничного типа);
- в экстренном порядке их доставляет и направляет “Скорая помощь”;
- “самотеком” (до 5%), то есть обращаются в приемное отделение, которое в случае необходимости их госпитализирует.

Лечебно-охранительный режим отделения включает следующие элементы:

1. Обеспечение режима щажения психики больного.
2. Строгое соблюдение правил внутреннего распорядка дня.
3. Обеспечение режима рациональной физической (двигательной) активности:

- строгий постельный,
- постельный,
- палатный,
- общий режим.

Показатели деятельности стационара

Условно делятся на 4 группы:

1. Показатели обеспеченности населения стационарной помощью;
2. Показатели работы больничной койки;
3. Показатели нагрузки персонала;
4. Показатели качества стационарной помощи

Станция скорой медицинской помощи – государственное или муниципальное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное

для оказания круглосуточной экстренной медицинской помощи взрослому и детскому населению как на месте происшествия, так и в пути следования в стационар при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан или окружающих их лиц. Станции СМП создаются в населенных пунктах с численностью населения свыше 50 тыс. человек. В 60 процентах случаев служба скорой медицинской помощи приходилось выполнять несвойственные ей функции, подменяя обязанности амбулаторно-поликлинической службы по оказанию помощи на дому и транспортировке больных.

Скорая медицинская помощь - оказывается лицам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Неотложная медицинская помощь оказывается лицам медицинским персоналом амбулаторно-поликлинических учреждений муниципальной системы здравоохранения при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства

## **2. Задания к практическому занятию**

*Задание 1* Для планирования мероприятий по социальной защите инвалидов в г. Н. были изучены показатели первичной инвалидности в связи с заболеваниями и травмами. Всего было впервые установлено 1 050 человек, из них: инвалиды 1 группы составили 126; 2 гр. – 630; 3 гр. – 294. ( таблица1)

Проанализируйте динамику показателя инвалидности и распределение по группам инвалидности населения города Н. ( таблица 2), представьте информацию графически, сделайте вывод о возможных причинах сложившейся ситуации.

Основные заболевания, приводящие к первичной инвалидности населения города Н. (абс. и в % к итогу)

Классы болезней	Число инвалидов	
	Абс.	%
Болезни системы кровообращения	485	46,2
Злокачественные новообразования	130	12,4
Последствия травм, отравлений и других внешних воздействий	98	9,3
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	86	8,2
Психические расстройства и расстройства поведения	61	5,8
Эндокринные заболевания и болезни обмена	43	4,1

Прочие	147	14
Итого	1050	100

Динамика показателей первичной инвалидности населения г. Н.

Годы	1995г.	2000г.	2005г.	2010г.	2015г.
Первичная инвалидность на 10 000 населения	91,0	83,0	88,0	98,0	105
В показателях наглядности	100%	91%	90%	107%	115%

*Задание 2* С целью разработки мероприятий по снижению профессиональной заболеваемости рабочих судоремонтного завода врачами производственного отделения поликлиники было проведено изучение влияния стажа работы на снижение остроты слуха у клепальщиков (таблица 3) с помощью соответствующего статистического метода оцените влияние стажа работы на снижение остроты слуха у клепальщиков судоремонтного завода, сделайте вывод.

Влияние стажа работы на снижение остроты слуха у клепальщиков судоремонтного завода

Стаж работы (в годах)	Число лиц со снижением остроты слуха на 100 работающих
до 5 лет	1,8
5-9	19
10-14	48
15-19	81,6
20-24	97,0
25 и более	96,6

*Задание 3* . В форме деловой игры заполните:

- а. регистрацию поступивших или отказы в госпитализации с указанием причин (журнал учета приёма больных и отказа в госпитализации ф-001/у);
- б. паспортную часть истории болезни (ф-003/у) и вместе с амбулаторной картой или выпиской из нее передают в отделение;
- в. решите вопрос об обоснованности госпитализации;
- г. проведите санитарную обработку больных, поступающих в стационар, с целью профилактики внутрибольничных инфекций и т.п.

В форме деловой игры заполните:

1. Медицинская карта амбулаторного пациента ф-025/у-04
2. Талон амбулаторного пациента ф-025-12/у,
3. Направление на госпитализацию ф-057/у-04
4. Контрольная карта диспансерного пациента ф-030/у-04
5. Дневник работы врача ф-39/у,
6. Дневник работы медсестры ф-39-1/у и др.

### ***3. Вопросы к практическому занятию***

1. Номенклатура медицинских организаций.
2. Стационарзамещающие формы медицинской помощи населению.
3. Нормативно-правовая документация деятельности ЛПМО.
4. Организация работы поликлиники. Принципы работы. Нормативы деятельности.
5. Виды отчетно-учетной документации поликлиники. Показатели деятельности поликлиники.
6. Разделение больниц по объему медицинской помощи, категории, профилю.
7. Организация работы стационара.
8. Виды отчетно-учетной документации стационара.
9. Основные показатели стационара.
10. Организация скорой и неотложной помощи населению.

### ***4. Доклады***

Направления развития здравоохранения в РФ  
Структура системы здравоохранения в РФ  
Этические аспекты общения с тяжелобольными пациентами

### ***Практическое занятие 6***

#### **Организация лечебно-профилактической помощи**

#### **женщинам и детям**

#### ***1. Теоретическая часть***

Уровень развития службы охраны материнства и детства, является одним из главных показателей социального благополучия общества.

Охрана материнства и детства (ОМИД) - это система государственных общественных и медицинских мероприятий, обеспечивающие рождение здорового ребенка, правильно и всестороннее развитие подрастающего поколения, предупреждение и лечение болезней женщин и детей.

Охрана материнства и детства - приоритетное направление в здравоохранении России. Здоровье матери и ребенка охраняется широкой сетью различных мед. учреждений, к числу которых относятся:

- женская консультация,
- родильный дом,
- поликлиника,
- детская больница,
- центр охраны материнства и детства,
- охрана семьи и репродукции,
- охраны репродуктивного здоровья подростков;
- вспомогательных репродуктивных технологий и др.

Медпомощь женщинам и детям, проживающим в сельской местности, оказывается на фельдшерско-акушерских пунктах, в сельских врачебных амбулаториях, участковых, районных, центральных, областных, республиканских больницах.

ВОЗ определила 6 групп наблюдения за состоянием здоровья детей:

1 группа охраны здоровья детства - до зачатия.

Включает мероприятия по охране здоровья женщин в целом, развитие медико-генетических центров.

2 группа - период от зачатия до родов.

Самые активные мероприятия проводятся в первые месяцы беременности.

3 группа - период родов, включает в себя мероприятия по безопасности родовспоможения и предупреждения осложнений в родах.

4 группа - период раннего детства (до 1 года) или младенчества.

Мероприятия по активизации грудного вскармливания и иммунизации.

5 группа - период дошкольного возраста (1-7 лет).

Задачи: рациональное питание и физическое развитие.

6 группа - школьный возраст.

Задачи - приучение детей к оздоровительным процедурам, проведение санитарно-гигиенического обучения, пропаганда здорового образа жизни.

Основным лечебно-профилактическим учреждением, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь детям, является детская поликлиника.

Виды документации.

Учетная:

1. История развития ребенка ф -112/у.
2. Карта профилактических прививок ф – 063/у и др.

Отчетная:

1. Сведения о деятельности лечебно-профилактического учреждения ф-30.
2. Вкладыш - отчет о медицинской помощи детям ф - 31.
3. Сведения о заболеваниях ф - 12

Показатели работы детской поликлиники.

Качественные:

1. Заболеваемость детей:  
\* В том числе до 1 года.
2. Распределение детей по группам здоровья, в том числе 1 года жизни.
3. Доля детей 1 года жизни, находящихся на грудном вскармливании до 4 месяцев.
4. Охват прививками.
5. Младенческая смертность.
6. Удельный вес детей, умерших в стационаре за 24 часа после поступления (досуточная летальность) и др.

Профилактическая работа поликлиники оценивается:

1. полнотой охвата медицинскими осмотрами;
2. процентом населения, осмотренного с целью выявления заболевания);
3. частотой выявленных заболеваний;
4. показателями диспансеризации (полнота охвата, своевременность взятия на диспансерный учет, удельный вес вновь взятых под наблюдение,

среднее число диспансерных больных на одном участке, исходы и эффективность диспансеризации).

Основными задачами детской больницы являются:

- Оказание высококвалифицированной и специализированной помощи;
- Применение для обследования и установки диагноза методов и средств, недоступных в условиях поликлиники,
- Проведение гигиеническое воспитание и обучение детей и родителей.

Особенность организации детской больницы состоит:

- в организации приёмного отделения - должно быть в виде полного бокса;
- в отделениях для недоношенных детей, новорожденных с патологией, грудных детей большинство палат должно быть боксировано;
- в палатах размещать не более 4 коек.

Учётно-отчётная документация соответствует больнице для взрослых.

Показатели работы детской больницы:

1. распределение выписанных больных по результатам лечения:

- \* с выздоровлением
- \* с улучшением
- \* без перемен
- \* с ухудшением

2. частота случаев внутрибольничной инфекции;

3. больничная летальность, в том числе детей первого года жизни и др.

Деятельность медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь женщинам, направлена на сохранение и укрепление здоровья женщин, обеспечения материнства, профилактики и лечение гинекологических заболеваний.

Женская консультация. Структура женской консультации.

1. регистратура;

2. кабинеты участковых акушеров-гинекологов;
3. кабинеты по профилактике беременности, по психопрофилактической подготовке к родам;
4. кабинеты: терапевта; онкогинеколога; венеролога; стоматолога;
5. физиотерапевтический кабинет;
6. комната молодой матери;
7. манипуляционная; операционная;
8. клиничко-диагностическая лаборатория;
9. эндоскопический кабинет и цитологическая лаборатория;
10. рентгеновский кабинет; кабинет функциональной диагностики;
11. социально-правовой кабинет.

Задачи женской консультации:

1. проведение профилактических мероприятий с целью снижения осложнений в беременности;
2. проведение профилактических осмотров всех женщин;
3. диспансерный учет беременных, а также больных с хроническими гинекологическими заболеваниями;
4. организационно-методическая работа;
5. санитарно-гигиеническое воспитание, пропаганда здорового образа жизни.

Организация медицинской помощи беременным:

1. своевременное (до 3 месяцев) взятие их на учет,
2. динамическое наблюдение за их здоровьем,

Виды документации.

Учетной:

1. индивидуальная карта беременной и родильницы ф – 111/у;
2. обменная карта ф – 113/у;

Отчетной:

1. ф – 30;

2. отчет о беременных и роженицах (ф-32, страховые показатели работы женской консультации) и др.

Качественные показатели женской консультации:

1. удельные вес поздней постановки на диспансерный учет;
2. удельный вес патологии беременных;
3. удельный вес недоношенных детей;
4. материнская смертность;
5. анте - и интранатальная смертность и др.

родильный дом – лечебно-профилактическое учреждение стационарного типа, оказывающее квалифицированную медицинскую помощь:

1. женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде;
2. женщинам, имеющим гинекологические заболевания;
3. заболевшим и недоношенным новорожденным в период их пребывания в родильном доме;
4. обеспечение наблюдения и ухода за здоровыми новорожденными

Акушерские стационары закрывают для полной дезинфекции не реже 1 раза в год.

## ***2. Задание к практическому занятию***

*Задание 1.* В изучаемом году сотрудниками районного родильного дома города Н. проведён сравнительный анализ физического развития детей, рождённых женщинами различных возрастных групп (таблица 1). Рассчитайте средний вес детей, рождённых женщинами в возрасте старше 35 лет, оцените разнообразие показателя, сделайте вывод. Результаты измерения массы тела детей, рождённых женщинами в возрасте старше 35 лет

Масса тела в кг	2,3	2,5	2,7	2,9	3,1	3,3	3,5	3,7	3,9	4,1	4,3
Число детей	1	1	2	3	3	9	11	7	6	4	3

*Задание 2* Врачи детской поликлиники совместно с медицинскими работниками школ города Н. провели выборочное обследование старшеклассников на предмет выявления миопии. Осмотрено 360 учащихся 9, 10 и 11-х классов, миопия обнаружена у 80. Задание: оцените частоту миопии у старшеклассников, с помощью соответствующего статистического метода сделайте прогноз о частоте нарушения зрения для генеральной совокупности учащихся 9, 10 и 11-х классов.

*Задание 3* В связи с ростом частоты заболеваний ЖКТ у школьников, а также студентов города Н. специалистами департамента здравоохранения города была разработана программа профилактики этой группы заболеваний. Предложите план мероприятий по предупреждению заболеваний ЖКТ для городской администрации, лечебно-профилактических медицинских организаций, образовательных организаций (с учётом стадии профилактики).

*Задание 4* Составьте план мероприятий по гигиеническому обучению студентов (целевая группа, её численность, методы гигиенического воспитания).

### ***3. Вопросы к практическому занятию***

1. Почему охрана материнства и детства является приоритетным направлением в здравоохранении?
2. Назовите основные принципы работы поликлиники.
3. Особенность организации работы в детской поликлинике.
4. Особенность организации работы в детской больнице.
5. С какой целью введены родовые сертификаты?
6. Основные учетно-отчетные документы учреждений охраны материнства и детства

### ***4. Доклады к практическому занятию***

1. Принципы организации медицинской помощи детям
2. Политика государства в области охране материнства и детства
3. Медико-социальное значение охраны здоровья материнства и детства

### ***Практическое занятие 7***

#### **Организация лечебно-профилактической помощи сельскому населению**

##### ***1. Теоретическая часть***

Охрана здоровья жителей села является частью всего здравоохранения. В охране здоровья сельских жителей особенно большая роль отводится средним медицинским работникам.

Медицинская помощь сельскому населению строится на основных принципах организации здравоохранения (доступность, квалифицированность, бесплатность).

Однако факторы, определяющие различия между городом и деревней, влияют на организационные формы и методы работы сельских медицинских учреждений:

1. характер расселения жителей,
2. радиус обслуживания,
3. сезонность работ,
4. воздействие погодных условий при полевых работах,
5. специфические условия трудового процесса,
6. неустроенность хозяйственно-бытовой деятельности и бытовых условий,
7. регионально-национальные особенности и обычаи,
8. образовательный и культурный уровень и др.

Организация медико-социальной помощи на селе, ее объем и качество зависят от:

1. удаленности медицинских учреждений от места жительства пациентов,
2. укомплектованности квалифицированными кадрами и оборудованием,
3. возможности получения специализированной медицинской помощи,
4. возможности реализации нормативов медико-социального обеспечения.

Особенности организации оказания медицинской помощи сельскому населению.

1. Этапность.
2. Выездные формы работы.
3. Развитие общей врачебной практики
4. Высокая роль и значение среднего медицинского персонала.
5. Сочетание лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Условно выделяют 3 этапа оказания врачебной помощи сельским жителям.

1. Сельский врачебный участок.
2. Центральная районная больница.
3. Областная больница.

Сельский врачебный участок или (с учетом новых организационных структур) территориальные медицинские объединения (участковая больница, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, здравпункты, родильные дома, ясли-сады и др.).

Задачи Сельского врачебного участка:

1. оказание населению общедоступной квалифицированной врачебной помощи (терапевтической, хирургической, акушерской и гинекологической, педиатрической, стоматологической);
2. проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий;
3. формирование у населения установок и навыков здорового образа жизни.

Основным медицинским учреждением на сельском врачебном участке является участковая больница. Количество сельских врачебных участков в районе в основном определяются численностью населения и расстоянием до центральной районной больницы. Средняя численность населения на врачебном участке колеблется в пределах 5-7 тыс. жителей при оптимальном радиусе участка 7-10 км. Характер и объем медицинской помощи в участковой больнице в основном определяются ее мощностью, оснащением, наличием врачей-специалистов. В штате сельской участковой больницы в зависимости от ее мощности, численности населения и расстояния до центральной районной больницы (ЦРБ) могут быть врачи по основным специальностям (терапия, педиатрия, стоматология, акушерство, гинекология и хирургия).

#### Организация работы на ФАПе

Основное значение в структуре сельского врачебного участка имеет ФАП. ФАП является важным звеном в проведении профилактических мероприятий и оказании доврачебной медицинской помощи населению на сельском врачебном участке.

Организация работы фельдшерско-акушерского пункта определена нормативным документом - приказом Минздравсоцразвития от 15.05.2012 г. № 543н. ФАП может быть организован при числе жителей в сельском населённом пункте от 700-900 человек и более и расстоянии до ближайшего медицинского учреждения 2 км. 300-700 человек при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения 4 км. 300 и менее человек, если расстояние 6 км. и более.

В штат ФАПа вводится медицинская сестра - 0.5 ставки при числе жителей 900-1300 человек, 1 ставка – 1300-1800 человек.

Для организации работы фельдшерско-акушерского пункта в его структуре рекомендуется предусматривать следующие помещения:

- процедурная;
- комната фельдшера и акушерки;

- комната экстренного приема родов;
- комната временного пребывания пациентов;
- санузел для персонала;
- санузел для пациентов;
- санитарная комната.

Оснащенность ФАПа по стандарту перечислена в приказе в приложении №17.

Задачи ФАП:

1. Лечебно-профилактическая помощь взрослому населению:

- амбулаторный приём и помощь на дому,
- участие в проведении профилактических осмотров и диспансеризации,
- оказание доврачебной помощи,
- выполнение врачебных назначений,
- медико-санитарное обслуживание населения в период полевых работ,
- проведение мероприятий по профилактике сельскохозяйственного травматизма и снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

2. Медицинское обслуживание женщин и детей:

- наблюдение за беременными и роженицами,
- психопрофилактическая подготовка беременных к родам,
- оказание помощи роженицам и родильницам,
- организация школы матери и ребёнка,
- оказание медицинской помощи гинекологическим больным,
- диспансерное наблюдение за детьми,
- оказание лечебно-профилактической помощи детям.

3. Санитарно-противоэпидемическая работа:

- текущий санитарный надзор,
- противоэпидемические мероприятия,
- мероприятия по снижению инфекционной заболеваемости,
- проведение профилактических прививок,

- санитарно-просветительная работа,
- противопаразитарные мероприятия,
- санитарный актив и работа с ним.

#### Функциональные обязанности медсестры ФАПа:

- проводить перепись населения;
- готовить кабинет к приему;
- выполнять лечебные и диагностические назначения фельдшера;
- измерять температуру и АД пациентам;
- осматривать на педикулез;
- информировать фельдшера о нарушениях режима, назначения пациентами;
- осуществлять патронажные посещения на дому;
- приглашать на проф.прививки согласно плану;
- приглашать и контролировать за ходом проф.осмотров и диспансерных осмотров;
- соблюдать правила этики и деонтологии;
- соблюдать правила техники безопасности;
- осуществлять условия транспортировки и хранения мед. иммунобиологических препаратов согласно требованиям;
- санитарно-гигиеническое воспитание и обучение населения.
- своевременно и правильное ведение медицинской документации.

#### Медицинская документация на ФАПе

1. Журнал регистрации амбулаторных больных ф-074/у;
2. Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением ФАП ф-075/у;
3. Тетрадь учета работы на дому патронажной медицинской сестры ф-116/у;
4. Журнал учета инфекционных заболеваний ф-060/у;
5. Журнал учета процедур ф029/у;

б. Ведомость учета посещений к среднему медицинскому персоналу здравпункта, ФАП ф-039/у-88и др.

Ведущим учреждением на втором этапе является центральная районная больница - ЦРБ. ЦРБ, осуществляет специализированную медицинскую помощь по основным ее видам и организационно-методическое руководство всеми медицинскими учреждениями района. Задачи ЦРБ:

1. обеспечение населения района и районного центра необходимым объемом квалифицированной специализированной стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;
2. оперативное и организационно-методическое руководство деятельностью всех учреждений здравоохранения района;
3. планирование, финансирование и организация материально-техническое обеспечения населения, снижения заболеваемости, смертности и укрепление здоровья;
4. разработка и осуществление мер по подбору, обучению, расстановке и рациональному использованию медицинских кадров.

В своем составе ЦРБ имеет следующие структурные подразделения:

1. стационар с основными специализированными отделениями,
2. поликлинику с консультативными приемами врачей-специалистов,
3. лечебно-диагностические отделения,
4. организационно-методический кабинет,
5. отделение скорой и неотложной медицинской помощи
6. прочие структурные подразделения (морг, пищеблок, аптека и др.).

Поликлиника ЦРБ организует оказание квалифицированной медицинской помощи по 8-10 врачебным специальностям. Врачи-специалисты ЦРБ оказывают медицинскую помощь сельскому населению как на базе поликлиники и стационара, так и путём организации выездов на сельские врачебные участки

## ***2. Задание к практическому занятию***

*Задание1* Составьте план мероприятий по гигиеническому обучению школьников сельской местности (целевая группа, её численность, методы гигиенического воспитания).

*Задание2* Составьте план мероприятий по гигиеническому обучению трудоспособного населения сельской местности (целевая группа, её численность, методы гигиенического воспитания).

## ***2. Вопросы к практическому занятию***

1. Какие факторы влияют на организацию медицинской помощи сельскому населению?
2. В чем заключается этапность оказания медицинской помощи сельскому населению?
3. Какие учреждения входят в состав сельского врачебного участка?
4. В чем заключаются функции медсестры ФАП?

## ***3. Доклады***

1. Нормативно-правовая документация, регламентирующая организацию лечебно-профилактической помощи сельскому населению
2. Принципы организации работы сельских учреждений
3. Ликвидация источников инфекции

## ***Практическое занятие 8***

### **Основы экономики здравоохранения**

#### ***1. Теоретическая часть***

Влияние рыночной экономики на здравоохранение.

1. Рынок коммерциализирует здравоохранение в целом.
2. Это приводит к быстрому возрастанию платных и полуплатных услуг (медицинское страхование).
3. Изменяет экономический статус медицинских учреждений. ЛПУ становится услуго-производящим предприятием.
4. Это приводит к изменению экономических связей (экономический агент).
5. Возникают многообразные формы собственности.
6. Видоизменяется и экономическое положение самого работника здравоохранения.

В процессе перехода России к рыночной экономике сформировалась новая отраслевая экономика здравоохранения.

Причины возникновения экономики здравоохранения:

1. рост спроса на медицинские услуги;
2. необходимость эффективного использования материальных, трудовых, финансовых средств
3. повышение экономической значимости системы здравоохранения в сохранении, укреплении здоровья населения, что приносит огромный экономический эффект.

Цель экономики здравоохранения: достигнуть максимального эффекта в оказании медицинской помощи при заданных затратах.

Задачи:

- определение роли и места здравоохранения в системе общественного производства;
- изучение тенденций в изменении структуры здравоохранения.
- расчет экономических ресурсов и их эффективное использование;
- расчёт и оценка эффективности лечебно-диагностической и профилактической работы учреждений здравоохранения;
- экономическое обоснование новых организационных форм медицинской деятельности;

□ разработка и оценка эффективных форм оплаты труда медицинских работников;

□ расчёт нормативов деятельности специалистов, а также оптимального соотношения медицинских работников (врач и средний медицинский работник).

Методы экономики здравоохранения:

□ математически-статистический - оценивает количественную и качественную связь между

лечебно-диагностическими и профилактическими процессами;

□ балансовый метод – обеспечивает оптимальное соотношение между лечебными, диагностическими и реабилитационными процессами;

□ экспериментальный метод, позволяющий отработать эффективные меры по улучшению качества здоровья населения.

Экономика здравоохранения проводит экономический анализ:

- влияние показателей здоровья населения на общественное производство;

- экономического эффекта ликвидации определённых заболеваний;

- стоимости лечебно-профилактической деятельности;

- экономической эффективности профилактических мероприятий.

В здравоохранении различают 3 вида эффективности — социальную, медицинскую и экономическую.

1. Социальная эффективность – оценка улучшения здоровья населения.

2. Медицинская эффективность – степень достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

3. Экономическая эффективность – это прибыль, которую получает народное хозяйство за счет проведения оздоровительных мероприятий и определяется величиной абсолютного прироста социального дохода (т.е. деньгами)

При оценке экономической эффективности оздоровительных мероприятий на производстве, методов профилактики, диагностики и лечения вычисляются:

- количество дней (разница до и после внедрения новых методов), сэкономленных в результате предотвращения заболеваний, травматизма, инвалидности, смертности;

- стоимость каждого дня.

В России в соответствии со статьей 82 Федерального «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», вступившего в силу с 1 января 2012 г., источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья являются:

1. Бюджетные средства - средства федерального бюджета, бюджетов республик в составе РФ и местных бюджетов, т.е. бюджетов всех уровней.

Нормативы бюджетного финансирования устанавливаются в расчете на:

1. одного жителя в год;
2. лечение одного больного по профилю заболевания;
3. оказание различных видов медицинских услуг.

Эти нормативы разрабатываются региональными органами управления.

Перечень всех учреждений и мероприятий, финансируемых из бюджета, указан в «Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью»

Из федерального бюджета финансируются все Федеральные центры и научно-исследовательские институты, федеральные реабилитационные центры, федеральные целевые программы, действующие ранее («Сахарный диабет», «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом в России», «АнтиВИЧ/СПИД», «Дети России» и многие другие).

Из бюджета субъекта Федерации, финансируются специализированные диспансеры: противотуберкулезные, психоневрологические, кожно-венерологические, наркологические, станции переливания крови, приобретение дорогостоящего медицинского оборудования; финансирование дорогостоящих видов диагностики и лечение, научные исследования; бесплатное льготное обеспечение лекарствами граждан и др.

2. Средства системы ОМС, поступающие от государственных и общественных организаций

(объединений), предприятий и других хозяйствующих субъектов.

С 2013 в нашем регионе муниципальные учреждения перешли на одноканальное финансирование, т.е. средства поступают из одного источника – через систему обязательного медицинского страхования, согласно закону «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

Средства, полученные медицинской организацией, расходуются не только на заработную плату, медикаменты, питание, приобретения медицинского инструментария и мягкого инвентаря, но и на расходы по содержанию учреждений.

Преимущественно одноканальное финансирование расширяет финансовую самостоятельность руководителей медицинских учреждений, делает более прозрачным финансирование в здравоохранении и, за счет повышения стоимости тарифа, привлечет частные медицинские организации к работе в ОМС. А это создаст конкурентную среду и будет способствовать повышению доступности и качества медицинской помощи.

3. Внебюджетные средства:

- средства добровольного медицинского страхования (ДМС),
- личные средства граждан (платные услуги),
- благотворительные взносы и пожертвования,
- доходы от ценных бумаг,
- кредиты банков,
- другие источники, не запрещенные законом.

Средства, полученные из всех источников, составляют единый фонд финансовых средств учреждения строго учитываются и контролируются.

Их расходование осуществляется согласно утвержденным финансовым планам, представляющим собой хозрасчетную смету. Финансовый план содержит план доходов и план (или смету) расходов.

Расходы планируются по фонду оплаты труда (на заработную плату), по фонду материального поощрения и по фонду производственного и социального развития.

Государственные цены на платные медицинские услуги населению (прейскурантные цены) – используются для расчётов с населением при оказании медицинской помощи на хозрасчётной основе (коммерческая деятельность или предпринимательская деятельность).

Цена = себестоимость + прибыль равная(15-30% от себестоимости).

Договорная цена на медицинские услуги по заказам организаций и предприятий.

Утверждаются прямыми договорами между медицинским учреждением и организацией – заказчиком работ. Проявляют себя как свободные цены.

Тарифы на медицинские услуги по ОМС. Отражают денежные суммы, определяющие уровень возмещения расходов медицинских организаций по выполнению территориальной программе ОМС.

- Регулируются приказом Федерального фонда ОМС.
- Устанавливаются только на те виды медицинской помощи, которые включаются в территориальные программы ОМС.
- Рассчитываются на каждый из используемых объёмных показателей: годовая программа амбулаторного ведения пациента, пролеченный больной в стационаре, консультация, операция, диагностическая, лечебная манипуляция.
- Состав тарифа по расходам:  
расходы =текущие затраты + средства на развитие медицинского учреждения.
- Бюджетные оценки – расчётная стоимость медицинских услуг в новых экономических условиях.
- Используются для взаимных расчётов между учреждениями одной территории или внутри одного учреждения.
- Не распадается на себестоимость и прибыль.

### ***3. Вопросы к практическому занятию***

1. Какие изменения в здравоохранении принесла рыночная экономика?
2. Какие виды эффективности различают в здравоохранении?
3. Из каких источников финансируются организации здравоохранения на современном этапе?
4. На что направлены инвестиции в здравоохранении?
5. Как формируется цена на медицинскую услугу?
6. Какие группы цен используют в здравоохранении?

### ***4. Задания к практическим занятиям***

1. Составить сравнительную таблицу - модели систем здравоохранения в развитых странах по источникам финансирования
2. Составить кроссворд по темам: Налогообложение в медицинских организациях. Инвестиции в здравоохранение

## ***Практическое занятие 9***

### **Рыночные отношения в здравоохранении**

#### ***1. Теоретическая часть***

В современных условиях реформирования страны повышаются требования к специалистам в части их готовности работать в условиях конкуренции. Маркетинг – это предпринимательская деятельность по продвижению товаров и услуг от производителя к потребителю.

Проблема маркетинга в здравоохранении - как наилучшим образом найти рынок сбыта продукции и медицинских услуг, получить прибыль.

Основные понятия маркетинга:

□ рынок, обмен, цена, товар или услуга, нужда, потребность, запрос, сделка, конкуренция, реклама.

Рынок - это обмен, организованный по законам товарного производства и обращения, совокупность отношений товарного обмена.

Рынок функционирует на трёх принципах:

1. эквивалентность,
2. возмездность,
3. взаимовыгодность.

Механизм рынка услуг здравоохранения функционирует благодаря взаимодействию:

1. спросу,
2. предложению,
3. цене.

Рыночный механизм характеризуется способностью достигать подвижного, динамического равновесия между спросом и предложением.

Спрос – это количество медицинских услуг, которые желают и могут приобрести пациенты по определённой цене.

Закон спроса: при прочих равных условиях спрос на услуги изменяется в обратной зависимости от цены.

Это происходит по двум причинам:

1. при снижении цены на услуги, они больше приобретаются (эффект дохода);
2. услуга при снижении цены на нее дешевле относительно других услуг, и приобретать её становится выгоднее (эффект замещения).
3. На спрос действует не только цена, но и другие факторы:
4. Уровень доходов населения (чем выше доходы, тем больше возможностей получать медицинские услуги).
5. Изменения в структуре населения. Например, старение населения увеличивает спрос на медикаменты и медицинское обслуживание.
6. Численность пациентов в стране.
7. Изменение вкусов пациентов (мода на пластические операции привели к большому спросу на них).

8. «Форсирование спроса» на медицинские услуги (врачи иногда своими диагнозами и рекомендациями способны увеличить спрос на их услуги).

Предложение – это количество медицинских услуг, которое можно оказать в определённый период времени. Закон предложения:

При прочих равных условиях предложение изменяется в прямой зависимости от цены. На предложение действует не только цена, но другие факторы. 1. Чем больше медицинских работников (особенно врачей), тем больше предложение медицинских услуг.

2. Повышение стоимости медицинского оборудования, сокращает предложение медицинских услуг.

3. Повышение налога снижает предложение.

Другими словами, при росте цен производители предлагают пациентам большее количество услуг, а по мере падения цен – услуг меньше. Цена формируется при взаимодействии на рынке спроса и предложения.

Цена спроса – это та предельно допустимая цена, за которую пациенты согласны получать услуги.

Выше неё рыночная цена подняться не может – у пациентов больше нет денег для оплаты услуги.

Цена предложения – это такие предельно минимальные цены, по которым производитель ещё готов оказать услуги пациентам.

Рыночная цена - формируется в результате взаимодействия спроса и предложения.

Рыночная цена не может опуститься ниже цены предложения, потому что тогда предпринимательская деятельность окажется неэффективной.

Рыночная цена фиксируется в точке, в которой пересекаются кривые спроса и предложения. Эта точка называется точкой равновесия, а цена – равновесной ценой.

Только в этой точке цена одновременно устраивает и производителя медицинских услуг и потребителя. Причины увеличения спроса:

увеличение заработной платы,

желание получить услугу в данный момент вследствие повышения цен в будущем и т.д.

Платные услуги в Медицинских организациях делятся на:

медицинские:

косметологические,

стоматологические,

анонимное лечение алкоголизма,

консультативная помощь,

искусственное прерывание беременности,

роды,

лечебная физкультура, массаж, физио- и водолечение и т.д.

сервисные:

индивидуальный уход за больным в стационаре или на дому,

лабораторно-диагностическое исследование на дому,

прокат некоторых видов медицинских принадлежностей,

лечение на дому,

предоставление отдельных палат, телевизоров, телефонов.

1. На рынке медицинских услуг выступают три группы субъектов:

Производитель, продавец медицинских услуг и товаров (медицинское учреждение, медицинский работник);

Покупатель (пациент);

Посредник (страховые медицинские организации)

## ***2. Вопросы к практическому занятию***

1. Какова структура рынка в здравоохранении?

2. На каких принципах функционирует рынок?

3. Какие особенности рынка медицинских услуг?

4. Какие особенности характерны для медицинских услуг как товара?

5. Какие медицинские услуги считаются сервисными?

### ***3. Задания к практическому занятию***

Составить сравнительную таблицу - Особенности менеджмента на рынке медицинских услуг и особенности маркетинга на рынке медицинских услуг  
Подготовить доклады: Роль рекламы в продвижении платных медицинских услуг. Обмен технологиями в медицине

#### ***Практическое занятие 10***

#### **Медицинское страхование**

##### ***1. Теоретическая часть***

Медицинское страхование - это вид личного страхования, при котором объектом являются ценности связанные со здоровьем человека. Цель медицинского страхования – дать гарантии гражданам при возникновении страхового риска получить медицинскую помощь за счет накопленных средств и повышения качества медицинской помощи. В законе об обязательном медицинском страховании даны определения основным понятиям:

1. объект обязательного медицинского страхования - страховой риск, связанный с возникновением страхового случая;
2. страховой риск - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;
3. страховой случай - совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию;
4. страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию - исполнение обязательств по предоставлению застрахованному

лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации;

5. страховые взносы на обязательное медицинское страхование - обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями;

6. застрахованное лицо - физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с настоящим Федеральным законом;

В РФ установлены две формы медицинского страхования:

1. обязательное медицинское страхование,
2. добровольное медицинское страхование.

Обязательное медицинское страхование является частью социального страхования.

Социальное страхование – это система, защищающая граждан от факторов социального риска, к которым относятся: болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, материнство, старость, безработица, смерть родственников. Структура ОМС

В медицинском страховании взаимодействуют четыре элемента :

1. Страховщик

□ Во главе всей службы ОМС стоит федеральный фонд ОМС (ФФОМС).

□ Территориальный фонд ОМС (ТФОМС) - это фонд, куда стекаются деньги на финансирование лечебно-профилактических учреждений.

□ Страховая медицинская организация ОМС

1. Страхователь (работодатель, государство)

1. Исполнитель медицинских услуг (медицинская организация)

1. Застрахованный гражданин

Субъектами обязательного медицинского страхования являются:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд.

Федеральный фонд - некоммерческая организация, созданная для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования. Участниками обязательного медицинского страхования являются:

1) территориальные фонды;

Территориальные фонды - некоммерческие организации, созданы для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации.

2) страховые медицинские организации;

Страховые медицинские организации не вправе осуществлять иную, за исключением деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, деятельность. Страховые медицинские организации ведут отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования и средствами добровольного медицинского страхования

3) медицинские организации любой организационно-правовой формы а также индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой. Основными принципами обязательного медицинского страхования являются:

1) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования;

2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования;

3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;

4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;

5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;

Введение в практику ОМС возможно при наличии трех условий:

1. Наличие лицензированных медицинских учреждений прошедших аккредитацию, наличие сертификатов у врачей.

Лицензирование – это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определённых видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного страхования.

Аккредитация – определение соответствия медицинских учреждений профессиональным стандартам.

2. Наличие страховых компаний с институтом независимой экспертизы.

3. Наличие платежеспособных предприятий, организаций, учреждений отчисляющих % от фонда заработной платы.

## ***2. Задание к практическому занятию***

Решите тестовые задания

1. Обязательное медицинское страхование регулируется:

а) страховыми организациями;

б) фондами ОМС;

в) государством;

г) медицинскими учреждениями;

д) Министерством здравоохранения и социального развития.

2. Страховщиками являются:

- а) страховые компании;
- б) фонды ОМС;
- в) предприятия всех форм собственности;
- г) органы управления здравоохранением;
- д) ЛПУ.

3. Страхователями при ОМС являются:

- а) предприятия всех форм собственности;
- б) общественные организации;
- в) администрации регионов;
- г) страховые организации;
- д) частные лица.

4. Какой из ниже перечисленных субъектов не относится к субъектам обязательного медицинского страхования?

- а) гражданин (страхуемый);
- б) страхователь (работодатель и местная администрация);
- в) страховщик (страховая медицинская компания);
- г) врачебные ассоциации;
- д) территориальный фонд ОМС;
- е) медицинские учреждения.

5. Бесплатная медицинская помощь в государственных учреждениях здравоохранения

обеспечивается за счет средств

- а) бюджета
- б) ОМС
- в) ДМС
- г) благотворительных взносов
- д) предприятий и организаций

6. В соответствии с Законом о медицинском страховании к субъектам медицинского страхования относятся

- а) страхователи - работодатели
- б) страхователи - администрация территорий
- в) страховые медицинские организации
- г) медицинское учреждение
- д) застрахованные граждане

7. Обязательное медицинское страхование относится

- а) к социальному страхованию
- б) к личному страхованию

8. Взнос на обязательное медицинское страхование работающего населения перечисляется в фонд медицинского страхования

- а) работающими гражданами
- б) работодателями
- в) администрацией субъектов РФ

9. Взнос на обязательное медицинское страхование неработающего населения перечисляется в фонд медицинского страхования

- а) работающими гражданами
- б) работодателями
- в) администрацией субъектов РФ

10. Медико-экономическими стандартами называются

- а) медицинская технология
- б) конечные результаты выполнения медицинской технологии
- в) стоимость выполнения медицинской технологии
- г) совокупность различных методов диагностики и лечения
- д) расчет стоимости выполнения определенного метода лечения

11. Какие виды медицинского страхования предусмотрены законом РФ «О медицинском страховании граждан РФ»:

- а) обязательное медицинское страхование;
- б) добровольное медицинское страхование;
- в) смешанное медицинское страхование;
- г) дополнительное медицинское страхование.

12. Основными источниками финансирования здравоохранения в России являются средства:

- а) ОМС
- б) ДМС
- в) бюджета
- г) граждан
- д) предприятий и организаций

13. Трудовые правоотношения в учреждениях здравоохранения в условиях медицинского страхования регулируются следующими нормативными документами:

- а) Конституцией РФ
- б) Трудовым кодексом
- в) Трудовым договором (контрактом)

14. В соответствии с Законом о медицинском страховании страховщик имеет следующие обязанности:

- а) предоставлять медицинскую помощь застрахованным в соответствии с договорами по ОМС и ДМС
- б) осуществлять деятельность по ОМС на некоммерческой основе
- в) осуществлять деятельность по ОМС на коммерческой основе
- г) вносить страховые взносы в установленном порядке
- д) осуществлять деятельность по ДМС на коммерческой основе

15. В соответствии с Законом о медицинском страховании исполнители медицинских услуг имеют следующие обязанности:

- а) предоставлять медицинскую помощь застрахованным в соответствии с договорами по ОМС и ДМС
- б) осуществлять деятельность по ОМС на некоммерческой основе
- в) осуществлять деятельность по ОМС на коммерческой основе
- г) вносить страховые взносы в установленном порядке
- д) осуществлять деятельность по ДМС на некоммерческой основе

16. В соответствии с Законом о медицинском страховании к исполнителям

медицинских услуг относят:

- а) частно-практикующих медицинских работников
- б) лечебно-профилактическую отрасль здравоохранения
- в) лицензированное медицинское учреждение
- г) территориальный фонд ОМС

17. В Российской Федерации медицинское страхование осуществляется в форме:

- а) обязательного
- б) смешанного
- в) профилактического
- г) добровольного

#### *4. Вопросы к практическому занятию*

1. Программы обязательного медицинского страхования
2. Механизм финансирования медицинских организаций в условиях ОМС

### ***Практическое занятие 11***

#### **Государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения**

##### ***1. Теоретическая часть***

В соответствии с федеральным законом от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 21.07.2014) организация охраны здоровья граждан в РФ обеспечивается государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения.

К государственной системе здравоохранения относятся Министерство здравоохранения РФ, министерства здравоохранения субъектов Российской Федерации, государственные органы санитарно-эпидемиологического надзора, Российская академия медицинских наук, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации

государственной политики, выполнению программ в области здравоохранения и по развитию медицинской науки.

К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные медицинские учреждения.

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Финансирование деятельности предприятий, учреждений и организаций муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных не запрещенных законодательством источников.

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

В частную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями,

учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

## ***2.Задания к практическому занятию***

Решите тестовые задания

1.В течение срока действия дисциплинарного взыскания применяются ли меры поощрения к работнику? (б)

- а) да
- б) нет

2. Величина единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинское учреждение в ранние сроки беременности, составляет в % от минимального размера оплаты труда (б)

- а) 50%
- б) 100%
- в) 200%
- г) правильного ответа нет

3. За нарушение трудовой дисциплины главный врач применяет дисциплинарные взыскания. При наложении дисциплинарного взыскания должны учитываться (а)

- а) тяжесть совершенного проступка, обстоятельства, при которых он совершен, предшествующая работа и поведение работника
- б) размер вреда, причиненного этим нарушением
- в) отношение коллектива к этому нарушителю
- г) правильного ответа нет

4. При заключении трудового договора (контракта) может быть обусловлено соглашение сторон испытание с целью проверки соответствия работника поручаемой ему работе. Срок испытания, если иное не установлено законодательством, не может превышать (г)

- а) 15 дней
- б) месяца

в) 2 месяцев

г) 3 месяцев

5. При расторжении трудового договора (контракта), заключенного на неопределенный срок, по инициативе работника, он предупреждает администрацию письменно в срок (а)

а) за две недели

б) за один месяц

в) за два месяца

г) за три месяца

6. За дисциплинарный проступок может быть вынесено только одно взыскание. Каков порядок оповещения работника об этом? (в)

а) сообщить устно

б) сообщить устно в присутствии коллектива

в) ознакомить с приказом под расписку

г) ознакомить с приказом

7. При расторжении трудового договора по сокращению численности или штата работников сотрудники предупреждаются за срок (в)

а) 15 дней

б) 1 месяц

в) 2 месяца

г) 4 месяца

8. Порядок и условия признания граждан безработными (а)

а) безработными признаются трудоспособные граждане, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней

б) безработный- это гражданин, у которого нет работы

в) безработный- это гражданин, у которого нет дохода

9. За однократное грубое нарушение трудовых обязанностей могут быть уволены: (а)

а) руководитель и заместитель руководителя предприятия

б) любой другой работник предприятия

10. Директор санатория, расположенного в городе Приозерске, получил проект договора на оказание медицинских услуг по санитарному контролю и соблюдению санитарно-эпидемиологического режима, подготовленный центром Роспотребнадзора в г. Приозерске. Санаторий нуждается в таком виде услуг, однако заказчика не устраивали условия о сроках и стоимости предлагаемых услуг. Директор санатория должен (г)

а) составить протокол разногласий по данному проекту договора

б) подготовить свой проект договора и выслать его в адрес Роспотребнадзора

в) внести в полученный проект договора исправления, подписать его и один экземпляр подписанного договора выслать в адрес Роспотребнадзора

г) вернуть полученный договор без подписи, поскольку в данном случае договор заключен быть не может в силу отсутствия согласия сторон по его существенным условиям

#### *4. Вопросы к практическому занятию*

1. Понятия государственной системе здравоохранения

2. Муниципальные органы управления здравоохранением

## **Список рекомендуемой литературы**

### **Основная литература**

1. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Н.М. Агарков, С.Н. Гонтарев, Н.Н. Зубарева, В.Ф. Куликовский, Д.И. Кича. - М. : ИНФРА-М, 2019 <http://znanium.com/catalog/product/1025130>

### **Дополнительная**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник/ Элланский Ю.Г., 2019