**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**СИБИРСКИЙ ИНСТИТУТ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**

**РАБОЧАЯ ТЕТРАДЬ**

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ**

 **ПЕРЕПОДГОТОВКИ**

**«ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ»**

**Категория обучающихся:**руководители медицинских организаций, заместители руководителей медицинских организаций, врачи, имеющие высшее медицинское образование по базовым специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», специалисты системы медицинского страхования, медицинской статистики, специалисты медицинских научно-методических отделов (центров), специалисты органов управления здравоохранением всех уровней.

**Специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ф.И.О. обучающегося\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Новосибирск 2017

**Содержание**

1. Теоретические вопросы 3

2. Практические задания 40

**Теоретические вопросы**

1. **Теоретические и организационные основы управления в условиях становления рыночных отношений и конкуренции.**

Рынок медицинских товаров и услуг - сегмент рынка, предоставляющий медицинские товары и услуги для сохранения и улучшения здоровья населения. Он дает возможность получать и оказывать медицинские услуги соответствующего объема и качества.

Рынок в здравоохранении включает целую систему взаимосвязанных рынков: медицинских услуг, лекарственных препаратов, труда медицинского персонала, научных разработок, медицинских технологий, медицинского оборудования и др.

Различают следующие основные понятия рынка:

- спрос;

- предложение;

- услуга;

- цена;

- конкуренция;

- маркетинг.

Спрос - одно из фундаментальных понятий рыночной экономики. Применительно к здравоохранению спрос (потребность) - это количество медицинских товаров и услуг, которое желает и может приобрести общество (отдельные пациенты) в данный период времени по определенной цене.

Применительно к здравоохранению предложение - это количество медицинских товаров и услуг, которое производители могут оказать за определенный период времени населению. Предложение при прочих равных условиях также меняется в зависимости от изменения цены: по мере роста цен производители (продавцы) предлагают пациентам большее количество товаров и услуг. При падении цены их заинтересованность уменьшается и, соответственно, уменьшается объем производимых ими товаров и услуг.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс таких вмешательств, которые направлены на профилактику заболеваний, их диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию, имеют определенную стоимость и оказываются медицинскими работниками.

Медицинская услуга - это продукт не только производителя (медицинского работника), но и потребителя (пациента).Качество медицинской услуги формируется в результате согласованных действий медицинского работника и желания пациента получить пользу. Результат лечения будет во многом зависеть от того, насколько точно больной выполняет рекомендации и назначения. Несвоевременное обращение за медицинской помощью также может стать причиной неблагоприятного исхода, что не зависит ни от уровня квалификации медицинского персонала, ни от характера его действий.

Медицинские товары и услуги, как и любой товар, обладают стоимостью, денежным выражением которой является цена. На рынке медицинских товаров и услуг цена занимает центральное место в конкурентном обмене и является одним из инструментов регулирования этого рынка.

Цена - это та сумма денег, за которую покупатель может купить, а продавец готов продать данный товар или медицинскую услугу. Цена - это своего рода компромисс экономических интересов участников рынка.

Главным звеном рыночного механизма является конкуренция.

Конкуренция - состязание между экономическими субъектами, борьба за рынки сбыта товаров и услуг с целью получения более высоких доходов, других выгод.

Конкурентная борьба за экономическое выживание и процветание - закон рыночной экономики. На рынке товаров и услуг здравоохранения конкурентными участниками могут быть:

- государственные, муниципальные, частные организации здравоохранения по реализации государственного (муниципального) задания на конкурсной основе;

- организации, производящие аналогичные товары и услуги для нужд здравоохранения;

- частнопрактикующие врачи и фармацевтические работники, предоставляющие аналогичные медицинские товары или услуги медицинского назначения.

Изучение конкурентов, выделение их сильных и слабых сторон крайне важны для завоевания определенной доли рынка медицинских услуг. Сравнив свои услуги с услугами конкурентов, можно определить свои конкурентные преимущества, позиции на рынке.

Для эффективной организации производства и реализации медицинских товаров и услуг необходимы знания основ медицинского маркетинга

В эволюционном развитии системы здравоохранения Российской Федерации на этапе первого десятилетия XXI века в сфере предоставления медицинской помощи отсутствует как сама конкурентная среда производства и потребления медицинских услуг, так и реальные условия, позволяющие сформировать такую среду.

Наличие сферы конкуренции в условиях производства и потребления медицинских услуг, повышение конкурентоспособности лечебно - профилактических учреждений и медицинских практик особенно важны при перспективном развитии отечественной системы здравоохранения в условиях глобализации.

Создание условий конкуренции в системе здравоохранения, запуск механизмов цивилизованного соперничества между врачами, наконец, управление конкурентоспособностью медицинских учреждений и врачебных практик – задачи, без осмысливания и решения которых невозможны качественные изменения в теперешнем состоянии отечественного здравоохранения. С позиций системности и комплексного подхода конкурентные преимущества медицинских услуг обеспечиваются правовыми, профессиональными, технологическими, рыночными, научными, экономическими, организационными, психологическими и другими аспектами, а также их системным соотношением.

1. **Статистическая оценка деятельности учреждений здравоохранения.**

Анализ деятельности ЛПУ проводится по данным годового отчета на основании государственных статистических отчетных форм. Статистические данные годового отчета используются для анализа и оценки деятельности ЛПУ в целом, его структурных подразделений, оценки качества медицинской помощи и профилактических мероприятий.

Годовой отчет (ф. 30 «Отчет лечебно-профилактического учреждения») составляется на основе данных текущего учета элементов работы учреждения и форм первичной медицинской документации. Форма отчета утверждена ЦСУ РФ и едина для всех типов учреждений. Каждое из них заполняет ту часть отчета, которая относится к его деятельности. Особенности медицинского обслуживания отдельных контингентов (детей, беременных и рожениц, больных туберкулезом, злокачественными новообразованиями и пр.) даются в приложениях к основному отчету в виде отчетов-вкладышей (их 12).

В сводных таблицах отчетных форм 30, 12, 14 информация дается в абсолютных величинах, которые являются малопригодными для сравнения и совершенно непригодными для анализа, оценки и выводов. Таким образом, абсолютные величины нужны только как исходные данные для вычисления относительных величин (показателей), по которым проводится статистический и экономический анализ деятельности медицинского учреждения. На их достоверность влияют вид и метод наблюдения и точность абсолютных величин, зависящая от качества оформления учетных документов.

При разработке первичной документации вычисляют различные показатели, которые применяют при анализе и оценке деятельности учреждения. Величина любого показателя зависит от многих факторов и причин и связана с различными показателями деятельности. Поэтому, оценивая деятельность учреждения в целом, следует иметь в виду всевозможные влияния различных факторов на результаты работы учреждений здравоохранения и диапазон взаимосвязи между показателями деятельности.

Суть анализа заключается в оценке величины показателя, сопоставлении и сравнении его в динамике с другими объектами и группами наблюдений, в определении связи между показателями, их обусловленности различными факторами и причинами, в интерпретации данных и выводов.

Показатели деятельности ЛПУ оценивают на основе сравнения с нормами, нормативами, официальными указаниями, оптимальными и достигнутыми показателями, сопоставления с другими учреждениями, коллективами, совокупностями в динамике по годам, месяцам года, дням с последующим определением эффективности работы.

При анализе показатели объединяются в группы, характеризующие ту или иную функцию ЛПУ, раздел работы, подразделение или обслуживаемый контингент. Обобщенная схема анализа включает следующие разделы.

1. Общая характеристика.

2. Организация работы.

3. Специфические показатели деятельности.

4. Качество медицинской помощи.

5. Преемственность в работе учреждений.

Годовой отчет объединенной больницы состоит из следующих основных разделов:

1) общая характеристика учреждения;

2) штаты;

3) деятельность поликлиники;

4) деятельность стационара;

5) деятельность параклинических служб;

6) санитарно-просветительная работа.

Экономический анализ деятельности ЛПУ в условиях страховой медицины следует проводить параллельно по следующим основным направлениям:

1) использование основных фондов;

2) использование коечного фонда;

3) использование медицинской техники;

4) использование медицинского и прочего персонала.

1. **Основные характеристики здоровья населения и методы его изучения**.

Всемирной организацией здравоохранения принято следующее определение здоровья: «Здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

В медико-социальных исследованиях при оценке здоровья целесообразно выделять 4 уровня:

1) индивидуальное здоровье - здоровье отдельного человека;

2) групповое здоровье - здоровье малых социальных или этнических групп;

3) здоровье населения – административно-территориальная единица;

4) общественное здоровье – здоровье общества, популяции в целом.

Показателями оценки индивидуального здоровья являются:

1) ресурсы здоровья – это возможности организма изменять баланс здоровья в положительную сторону;

2) потенциал здоровья – это способность организма адекватно реагировать на воздействия внешних факторов;

3) баланс здоровья – это выражение состояния равновесия между потенциалом здоровья и действующими на него факторами.

Для оценки здоровья населения используются следующие индикаторы (показатели): демографические показатели; заболеваемость; инвалидность; физическое развитие.

Общественное здоровье обусловлено комплексным воздействием на него социальных, биологических и поведенческих факторов риска.

Методы изучения общественного здоровья:

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.

Методом опроса (интервью) можно получить ценную информацию по самым различным вопросам: экономическим, социальным, демографическим и др.

7. Эпидемиологический метод. Важное место среди эпидемиологических методов исследования занимает эпидемиологический анализ. Эпидемиологический анализпредставляет 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.

В документах ВОЗ неоднократно указывалось, что 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.

1. **Формы собственности в здравоохранении и их взаимодействие.**

Собственность – это система экономических и юридических отношений между людьми по поводу имущества, условий и результатов производства.

К основным видам собственности в России относятся:

1. Государственная собственность. Имущество, право на которое находится у органов государственной власти (федеральная собственность и собственность субъектов в составе РФ).

В государственную систему здравоохранения входят ЛПУ, фармацевтические предприятия, аптечные учреждения, создаваемые министерствами, ведомствами, учреждениями и организациями РФ. Предприятия, учреждения и организации государственной системы здравоохранения являются юридическими лицами. Их имущество соответственно можно отнести к собственности юридического лица, переданной ему в оперативное управление или полное хозяйственное ведение, что должно быть отражено в соответствующем договоре и уставе учреждения ли предприятия в системе государственного здравоохранения.

2. Муниципальная собственность. Муниципальная собственность – имущество, право собственности, на которое принадлежит органам местного самоуправления.

Муниципальная собственность здравоохранения включает в себя:

- муниципальные органы управления здравоохранением;

- ЛПУ, находящиеся в муниципальной собственности;

- фармацевтические организации;

- аптечные учреждения;

- учреждения судебно-медицинской экспертизы;

- образовательные учреждения.

3. Частная собственность. Частная собственность – имущество, право собственности, на которое регулируется частным правом. Частной может быть собственностью, как физических лиц (граждан), так и юридических лиц (лицо, которое не является субъектом государственной или муниципальной собственности).

К частной системе здравоохранения относятся:

- ЛПУ и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности;

- лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью;

- ЛПУ, аптечные, научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями, организациями, общественными объединениями, а так же физическими лицами.

4. Акционерная собственность.

Рассматривая взаимодействие государства и частного здравоохранения, нельзя оставить в стороне проблему государственно-частного партнерства. Если говорить о классическом понимании государственно-частного партнерства, то основной смысл для государства заключается в привлечении частных инвестиций в государственный сектор здравоохранения; в экономии бюджетных средств, необходимых для ремонта и содержания запущенных зданий медицинских учреждений, что обеспечивается путем реализации инвестиционных проектов.

Основными формами государственно-частного партнерства в здравоохранении России на современном этапе являются следующие:

- создание (строительство) новых частных медицинских центров при содействии государства с точки зрения инфраструктуры и т.д.;

- передача инвестору территориально выгодно расположенных зданий медицинских учреждений на условиях строительства новых зданий для этих медицинских учреждений в других местах;

- реконструкция зданий для перемещения туда медицинских учреждений из других зданий, привлекательных для частных инвесторов;

- реорганизация государственных медицинских учреждений в акционерные общества со 100%-ным государственным капиталом и возможным последующим созданием с участием частного инвестора совместного государственно-частного предприятия.

Что касается инвестиционно привлекательных для частного (в том числе для иностранного) капитала видов деятельности, то опыт Санкт-Петербурга показывает, что это могут быть следующие направления:

- восстановительное лечение;

- различные виды диагностики;

- родовспоможение;

- высокотехнологичная медицинская помощь;

- гемодиализ;

- техническое и хозяйственное обслуживание учреждений здравоохранения (аутсорсинг).

1. **Государственная система охраны материнства и детства.**

Система охраны материнства и детства – это система государственных и общественных мероприятий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка.

Этапы оказания лечебно-профилактической помощи в системе охраны материнства:

Первый этап – оказание помощи женщине вне беременности, подготовка её к материнству.

Второй этап – проведение комплекса мероприятий по антенатальной охране плода.

Третий этап – интранатальная охрана плода.

Четвертый этап – охрана здоровья новорожденного.

Пятый этап – охрана здоровья ребенка в дошкольный период.

Шестой этап – охрана здоровья ребенка в период школьного возраста.

Последовательное осуществление мероприятий этих этапов определяет организационное единство системы охраны материнства и детства.

Учреждения системы охраны материнства и детства разделены на две группы:

- Учреждения, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь.

- Учреждения, оказывающие лечебно-профилактическую помощь детям.

Акушерско-гинекологическая помощь женщинам оказывается согласно Приложения к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 627 от 7 октября 2005 года «Об утверждении Единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» (в ред. Приказов МЗ и СР РФ от 10.02.2007 № 120, от 19.11.2008 № 653н) в следующих учреждениях:

- Женская консультация;

- Родильный дом;

- Акушерско-гинекологические отделения многопрофильных больниц;

- НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии;

- Перинатальный центр;

- Смотровой кабинет поликлиник;

- Центр планирования семьи и репродукции;

- Фельдшерско-акушерский пункт.

Пособия гражданам, имеющим детей – это выплаты, производимые родителям (или заменяющим их лицам) в связи с рождением и воспитанием детей, установленные законом в целях материальной поддержки материнства, отцовства и детства.

В соответствии со статьей 4.2 Федерального закона от 19.05.1995 N 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей», введенной с 1 апреля 2008 года, подлежат индексации следующие пособия:

— пособие по беременности и родам;

— единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;

— единовременное пособие при рождении ребенка;

— минимальный и максимальный размеры ежемесячного пособия по уходу за ребенком, выплачиваемого лицам, подлежащим обязательному социальному страхованию;

— ежемесячное пособие по уходу за ребенком, выплачиваемое неработающим гражданам;

— единовременное пособие при передаче ребенка на воспитание в семью;

— единовременное пособие беременной жене военнослужащего, проходящего военную службу по призыву;

— ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву.

Выплата государственных пособий гражданам, имеющим детей, производится за счет:

— средств Фонда социального страхования;

— средств федерального бюджета, выделяемых в установленном порядке федеральным органам исполнительной власти;

— средств федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, выделяемых образовательным учреждениям начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования;

— средств бюджетов субъектов РФ в виде ежемесячного пособия на ребенка;

— субвенций, предоставляемых бюджетам субъектов РФ из Федерального фонда компенсаций

Отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется женщине полностью независимо от числа дней, фактически использованных до родов.

При усыновлении ребенка (детей) в возрасте до 3-х лет пособие по беременности и родам выплачивается за период со дня его усыновления и до истечения 70 календарных дней (в случае одновременного усыновления двух и более детей — 110) со дня рождения ребенка (детей).

В соответствии со ст. 8 Закона пособие по беременности и родам работающим женщинам устанавливается в размере среднего заработка (дохода). При этом средний заработок (доход) определяется в порядке, установленном для исчисления пособий по временной нетрудоспособности.

Пособие по беременности и родам назначается и выплачивается за число рабочих дней, приходящихся на период отпуска по беременности и родам.

Учреждения охраны детства.

1. Амбулаторно-поликлинические:

• детская поликлиника;

• детская стоматологическая поликлиника;

• детская консультация;

2. стационарные:

• детская больница соматическая;

• детская инфекционная больница;

• детское отделение в структуре общесоматических взрослых больниц;

3. Специализированные

• дома ребенка;

• детские санатории;

• детские ясли;

• детские молочные кухни;

• для отсталых в развитии детей;

Охрана материнства:

• женские консультации;

• родильные дома;

• акушерско-гинекологические отделения соматических больниц;

• отделения патологии беременных общесоматических больниц;

Основная задача учреждений по охране материнства и детства – снижение материнской и младенческой смертности, заболеваемости детей, достижение высокого уровня здоровья в различные периоды их развития.

1. **Российское законодательство по охране материнства и детства.**

В ч.2 ст.7 Конституции РФ закреплено, что в Российской Федерации обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства. Пункт 1 ст.38 Конституции РФ провозглашает, что «материнство и детство, семья находятся под защитой государства» Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 года // Российская газета. - 25 декабря 1993 года..

Данные принципы выступают базисом для принятия государством в лице его полномочных органов мер по охране интересов и защите матери и ребенка, правовых механизмов такой охраны, поощрения института материнства, направленные на создание здоровой семьи, общества, и государства в целом.

Определяющее значение в установлении пределов охраны материнства и детства имеют международно-правовые акты. В силу ч.4 ст.15 Конституции РФ общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы.

Национальное законодательство Российской Федерации, базируется на конституционных принципах, а также международно-правовых нормах. Данные принципы и нормы конкретизированы в ряде федеральных законодательных актах, подзаконных актах, актах принимаемых на уровне субъектов Российской Федерации. В соответствии с пунктом «к» ч.1 ст.72 Конституции РФ, ст.II Федеративного договора РФ координация вопросов материнства и детства отнесено к совместному ведению Российской Федерации и ее субъектов.

На федеральном уровне, прежде всего, необходимо выделить:

- Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ;

- Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 №223-ФЗ;

- Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 №5487-1;

- Федеральный закон от 10.12.1995 №195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»;

- Федеральный закон от 24 августа 1998 г. №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»;

- Федеральный закон от 17.07.1999 №178-ФЗ «О государственной социальной помощи»;

- Федеральный закон от 19.05.1995 №81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»;

- Федеральный закон от 29.12.2006 № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей»;

- Федеральный закон от 24.04.2008 №48-ФЗ «Об опеке и попечительстве» и иные законодательные акты.

В рамках решения сложившихся проблем в состоянии здоровья женщин и детей Российской Федерации, создания оптимальных условий для сохранения и укрепления их здоровья, повышения качества оказываемой лечебно-профилактической помощи в последние время было принято несколько нормативных и законодательных документов:

- Конституция Российской Федерации, 1993 г. (ст. 38, посвященная охране семьи, материнства и детства; ст. 41, определяющая право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь).

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в главе 6, статьях 51 - 57 изложены вопросы, касающиеся сохранения и укрепления здоровья семьи, беременных, женщин–матерей, несовершеннолетних).

- Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, 2007 г. (сокращение уровня материнской и младенческой смертности, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков, укрепление института семьи).

- Приоритетный национальный проект «Здоровье» (2006 – 2008 гг., 2009 – 2012 гг.). Программа модернизации здравоохранения (2011 – 2015

В целях реализации норм конституционного, трудового, семейного и иных отраслей права, направленных на охрану материнства и детства, государственными органами принимаются различные меры по совершенствованию существующих механизмов и претворению в жизнь деклараций, конвенций.

1. **Основные задачи по охране здоровья женщин.**

Охрана здоровья женщин является приоритетным направлением. Под приоритетностью охраны здоровья матери следует понимать:

- приоритет в социальной политике государства;

- первоочередное укрепление материальной базы учреждений родовспоможения;

- обеспечение высококвалифицированными кадрами;

- интеграцию служб здравоохранения в деятельности по охране здоровья женщин.

В настоящее время деятельность службы охраны здоровья женщин проходит в сложных экономических условиях, определяющихся неполным и нестабильным финансированием учреждений систе­мы здравоохранения, ухудшением привычных систем социальной защиты материнства на фоне дальнейших усилий по разработке новых, соответствующих введению экономических взаимоотношений в социальную сферу, подходов к обеспечению социальных гарантий государства в этой области.

Деятельность государства направлена на дальнейшее формирование нормативно-правовой основы охраны материнства, решение неотложных задач охраны здоровья женщин, реализацию стратеги­ческих направлений в области охраны здоровья женщин, а также федеральных программ в области охраны материнства.

Среди федеральных целевых программ в области охраны материнства можно выделить следующие:

- «Планирование семьи»;

- «Безопасное материнство».

В развитие стратегии охраны здоровья матери внимание сосредотачивается на следующих важных определяющих направлениях:

1.Расширение услуг по планированию семьи для достижения широкого доступа к ним как населения так и медицинских работников.

2.Введение стандартизованных протоколов ведения нормальной и патологической беременности и родов.

3.Создание благоприятного психологического климата в родовспомогательных учреждениях.

4.Установление с момента рождения близких контактов с новорожденным.

1. **Организация деятельности санитарно-эпидемиологической службы.**

Деятельность санитарно-эпидемиологической службы России регламентируется Федеральным Законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (12 марта 1999 г.)

Государственная санитарно-эпидемиологическая служба Российской Федерации - единая Федеральная централизованная система органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации.

Система государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации включает в себя:

- федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный осу­ществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации;

- органы и учреждения государственной, санитарно-эпидемиоло­гической службы Российской Федерации, созданные в установлен­ном законодательством Российской Федерации порядке для осуще­ствления государственного санитарно--эпидемиологического надзо­ра в субъектах Российской Федерации, городах, районах и на транспорте.

Организацию деятельности системы государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации осуществляет Главный государственный санитарный врач Российской Федерации, а также главные государственные санитарные врачи субъектов Российской Федерации, горо­дов, районов, на транспорте, главные государствешгые санитарные врачи федеральных органов.

Основной задачей государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ является обеспечение санитарно-эпидемиологического благопо­лучия населения, предупреждение, выявление и ликвидация опасного и вредного влияния среды обитания на организм человека.

Основной структурной единицей государственной санитарно-эпидемиологической службы является центр государственного санитарного надзора (ГСЭН).

ГСЭН является организатором проведения комплекса санитарно-оздоровительных мероприятий среди населения, осуществляет руководство работой по пропаганде гигиенических знаний среди населения и формированию здорового образа жизни.

1. **Роль санитарно-эпидемиологических учреждений в охране здоровья населения.**

Основной задачей санитарно-эпидемиологической службы является осуществление государственного санитарного надзора (контроля) за соблюдением санитарного законодательства и проведением санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на:

- предупреждение и ликвидацию загрязнений окружающей природной среды - атмосферного воздуха, водоемов и почвы;

- обеспечение санитарных норм и правил при строительстве и благоустройстве населенных мест, промышленных предприятий, жилищ, культурно-бытовых и лечебно-профилактических учреждений;

- оздоровление условий труда работающих в различных отраслях народного хозяйства с целью предупреждения и снижения профессиональной и общей заболеваемости;

- создание оптимальных условий для развития, обучения и воспитания детей и подростков;

- санитарную охрану быта и санитарное просвещение населения;

- организацию рационального питания для различных групп населения, оздоровление условий питания, профилактику алиментарных заболеваний, в том числе пищевых отравлений;

- обеспечение санитарно-эпидемического благополучия, т.е., предупреждение и ликвидацию инфекционных и паразитарных заболеваний, предупреждение заноса в страну карантинных инфекций;

- санитарную охрану государственных границ;

Деятельность органов санитарно-эпидемиологической службы имеет государственный характер. Все мероприятия, осуществляемые на территории государства, могут проводиться только после обязательной гигиенической оценки специалистами санитарно-эпидемиологической службы. Санитарно-эпидемиологические учреждения не только осуществляют контроль за соблюдением гигиенических норм и правил, но и, изучая санитарное состояние региона и здоровья обслуживаемого населения, разрабатывают и проводят соответствующие мероприятия, а также оценивают их эффективность.

1. **Предупредительный и текущий санитарный надзор.**

В основе деятельности СЭС лежит предупредительный и текущий санитарный надзор.

Предупредительный санитарный надзор обеспечивает:

1. Учет всех проектируемых, строящихся или реконструируемых объектов и сооружений;

2. Согласование отвода земельного участка под строительство;

3. Согласование и составление гигиенического заключения, утверждение проекта строительства, реконструкции объекта, сооружения;

4. Проведение систематического санитарного контроля за ходом строи­тельства или реконструкции в соответствии с утвержденным проектом;

5. Прием выстроенного или реконструированного объекта. Предупредительный санитарный надзор устанавливает санитарно-гигиенические нормы, утверждает их согласно требований государственных стандартов на все промышленные изделия, продукты питания, школьную и детскую мебель, красители и т.п., нарушение которых может повлиять на здоровье населения. Предупредительному санитарному надзору подлежат все медицинские биологические препараты, вакцины, сыворотки и пр.

Текущий санитарный надзор включает:

1. Изучение санитарно-гигиенических условий труда (воспитания, обуче­ния) и гигиеническая оценка производственной среды (характер техно­логического процесса, уровень механизации процессов производства и тд.)

2. Осуществление систематического лабораторного контроля и повседнев­ное наблюдение за санитарным состоянием предприятий, коммуналь­ных сооружений, учебных заведений и государственных детских учреж­дений, производственных, жилых и общественных культурно-бытовых зданий и соблюдением в них санитарных норм и правил;

3. Изучение заболеваемости и травматизма у рабочих, служащих, подрост­ков и детей; проведение мероприятий по профилактике заболеваний, травматизма, профессиональных заболеваний;

4. Организация и контроль за проведением осмотров

5. Контроль за соблюдением гигиенических условий обучения

6. Гигиеническое изучение и контроль за состоянием воздушной среды, водоемов, почвы;

7. Санитарная охрана границ;

8. Обеспечение соблюдения санитарно-гигие\_нических норм при производ­стве пищевых продуктов питания, их транспортировке, хранении и реа­лизации;

9. Разработка и внедрение мероприятий по организации рационального питания населения;

10. Организация и проведение комплекса мероприятий по повышению са­нитарной культуры работы предприятий;

11. Контроль за выполнением оздоровительных мероприятий, предусмот­ренных комплексным планом, коллективными договорами и тд.

1. **Медицинское страхование в развитии бюджетно-страховой системы здравоохранения.**

Медицинское страхование в России на данный момент существует в трех формах.

- Государственная полностью финансируется за счет средств бюджета.

- Страховая формируется путем накопления отчислений предприятий всех форм собственности и взносов ИП.

- Объем средств, которые поступают в частную медицину, рассчитывается самим пациентом.

Госпрограмма не обеспечивает качественную медпомощь из-за недостатка в финансировании. Частная медицина – дорогое удовольствие. Поэтому медстрахование считается самым оптимальным вариантом получения помощи. В идеале все лица должны получать качественные услуги. Ведь периодичность платежей не соответствует обращениям в органы здравоохранения. В этом заключается принцип накопления. А поскольку ставка отчислений в Фонд медицинского страхования России для всех категорий граждан установлена одинаковая, то и объемы выплат должны быть равными.

Обязательное медицинское страхование в России является частью государственной социальной программы. В ее рамках всем гражданам предоставляются равные возможности получить лекарственную и врачебную помощь в заранее оговоренном объёме и условиях. В РФ действуют базовая и территориальные программы. В них определяется, какая именно помощь и в каких учреждениях оказывается гражданам, проживающим в той или иной части региона. Первая разрабатывается Министерством здравоохранения, вторая утверждаются органами госуправления.

Добровольное медицинское страхование в России (ДМС) Эта услуга позволяет гражданам получить дополнительное обслуживание сверх ОМС. Субъектами программы могут стать: физические лица; организации, которые представляют интересы граждан, или медицинские учреждения; предприятия. Человек может получить дорогостоящие, сложные (в сфере стоматологии, пластической хирургии, офтальмологии и т. п.) услуги повышенного качества, сдать дополнительные анализы и т. д. Медицинское страхование в России в рамках данной программы регулируется договором. Согласно этому документу, компания обязана оплатить услуги, оказываемые гражданам, которые включены в соответствующий список, выдать каждому застрахованному в определённый срок полис с программой обслуживания и перечнем учреждений, посредством которых будет оказываться помощь.

1. **Организация медицинского страхования.**

Медицинское страхование - система отношений по защите финансовых интересов физических лиц при наступлении страховых случаев, связанных с нарушением здоровья.

Объектом медицинского страхования является страховой риск (случай).

Цель медицинского страхования - сохранение и укрепление здоровья народа, создание экономической ответственности и заинтересованности в этом граждан, а также предприятий, учреждений и организаций; гарантирование гражданам квалифицированной медицинской помощи, финансирование профилактических мероприятий.

Обязательное медицинское страхование - это государственная система всеобщего социального страхования, обеспечивающая всем гражданам равные гарантии бесплатной медицинской помощи в объеме страховых программ за счет целевых взносов, поступающих в фонд ОМС.

Добровольное медицинское страхование - избирательное страхование, обеспечивающее по желанию граждан (или работодателя) получение дополнительных услуг за счет специальных взносов, определяемых на договорных началах между гражданином (работодателем) и страховой компанией.

Основные принципы медицинского страхования:

- солидарность застрахованных

- внедрение в систему здравоохранения элементов рыночных отношений

- участие в формировании фондов медицинского страхования государства, граждан и работодателей

- договорная система установки цен на медицинские услуги

- оплачиваемость только фактически выполненных услуг медицинских учреждений

- свободный выбор страхователем страховой организации и застрахованным медицинского субъекта (ЛПУ и врача)

- частичное участие пациентов в оплате медицинских услуг

- обязательность или добровольность медицинского страхования

- прямая зависимость страховых взносов и платежей от объема, сроков и качества медицинских услуг

независимость процесса медицинского страхования от формы собственности страховых организаций и медицинских учреждений.

Субъекты медицинского страхования

гражданин (застрахованный)

страхователь (для работающих работодатель, для неработающих администрация)

страховщик (страховая компания или в отдельных случаях территориальный фонд ОМС, или филиалы ОМС)

медицинская организация (имеющая лицензию на данный вид деятельности)

В 1912 году в России принят закон страхования на случай болезни. С этого времени развивается добровольное медицинское страхование.

Задачи ФФОМС:

- обеспечение реализации закона РФ О медицинском страховании граждан в РФ

- обеспечение предусмотренных законодательством РФ прав граждан в системе ОМС

- достижение социальной справедливости и равенства всех граждан в системе ОМС

- участие в разработке и осуществлении государственной финансовой политики в области ОМС

- разработка и осуществление комплекса мероприятий по обеспечению финансовой устойчивости системы ОМС и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории Российской Федерации.

Функции ТФОМС

- аккумулирование финансовых средств в ТФОМС

- осуществление финансирования ОМС, проводимого страховыми медицинскими организациями, имеющими соответствующие лицензии, заключение договоров ОМС по дифференцированным подушевым нормативам, установленных правлением ТФОМС

- ведение финансово-кредитной деятельности по обеспечению системы ОМС

- выравнивание финансовых ресурсов городов и районов

- предоставление кредитов страховщикам

- накопление финансовых резервов для обеспечения устойчивости системы ОМС

- разработка правил ОМС граждан соответствующей территории

- контроль за рациональным использованием финансовых средств, направленных на ОМС граждан

- согласование с органами исполнительной власти, местной администрации, профессиональными медицинскими ассоциациями, страховщиками тарифов на медицинские и другие услуги ОМС

- другие мероприятия

Качество медицинской помощи (health care quality) совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии (Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации)

2 вида контроля:

- ведомственный

- вневедомственный

Целью контроля качества медицинской помощи является защита интересов потребителя медицинских услуг по объему гарантированной медицинской помощи.

1. **Медицинские осмотры, их организация, диспансеризация определенных контингентов, санитарно-профилактическая работа в поликлинике**.

Выявление больных осуществляется при профилактических осмотрах населения, при обращении больных за медицинской помощью в ЛПУ и на дому, при активных вызовах к врачу, а также при проведении специальных обследований по поводу контактов с инфекционным больным.

Различают 3 вида профилактических осмотров.

1) предварительный - проводится лицам, поступающим на работу или учебу с целью определения соответствия (пригодности) рабочих и служащих выбранной ими работе и выявления заболеваний, которые могут явиться противопоказаниями для работы в данной профессии.

2) периодический - проводится лицам в плановом порядке в установленные сроки определенным группам населения и при текущей обращаемости за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения.

3) целевой - проводится для раннего выявления больных отдельными заболеваниями (туберкулезом, злокачественными новообразованиями и т.д.)

Основными формами профилактических осмотров являются

а. индивидуальные

б. массовые - проводятся, как правило, среди организованных групп населения: детей детских дошкольных и школьных учреждений, юношей допризывного возраста, учащихся средних специальных заведений и студентов ВУЗов, рабочих и служащих предприятий, учреждений. Массовые профилактические осмотры, как правило, носят комплексный характер и объединяют периодические и целевые.

Осмотры организованных коллективов проводятся на основе согласованных планов-графиков и регламентируются соответствующими приказами Министерства здравоохранения.

Данные медицинских осмотров и результаты проведенных обследований заносятся в учетную медицинскую документацию («Медицинскую карту амбулаторного больного», «Индивидуальную карту беременной и родильницы», «Историю развития ребенка»).

По результатам осмотра дается заключение о состоянии здоровья и определяется группа наблюдения:

а) группа «здоровые» (Д1) - это лица, которые не предъявляют жалоб и у которых в анамнезе и при осмотре не выявлены отклонения в состоянии здоровья.

б) группа «практические здоровые» (Д2) - лица, имеющие в анамнезе хронические заболевания без обострений в течение нескольких лет, лица с пограничными состояниями и факторами риска, часто и длительно болеющие, реконвалесценты после острых заболеваний.

в) группа «хронические больные» (Д3).

При выявлении заболевания у осматриваемого врач заполняет статистический талон (ф.025/2-у); делает записи о состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного больного (ф.025/у). Лица, отнесенные к третьей группе здоровья берутся на диспансерный учет участковым врачом или врачом-специалистом. При взятии больного на диспансерный учет на больного заводится контрольная карта диспансерного наблюдения (ф.030/у), которая хранится у врача, осуществляющего диспансерное наблюдение за больным. В контрольной карте указываются: фамилия врача, дата взятия на учет и снятия с учета, причина снятия, заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение, номер амбулаторной карты больного, его фамилия, имя, отчество, возраст, пол, адрес, место работы, посещаемость врача, записи об изменениях первоначального диагноза, сопутствующих заболеваниях, комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

Проведение профилактического осмотра без последующих лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий не имеет смысла. Поэтому на каждого диспансеризуемого составляется план диспансерного наблюдения, который отмечается в контрольной карте диспансерного наблюдения и в медицинской карте амбулаторного больного.

Диспансеризация (диспансерный метод) - это метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья населения, направленный на укрепление здоровья и повышение трудоспособности, обеспечение правильного физического развития и предупреждение заболеваний путем проведения комплекса лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий. В диспансерном методе работы ЛПУ наиболее полно выражается профилактическая направленность ЗО.

Контингенты, подлежащие диспансеризации, включают как здоровых, так и больных людей.

1-ая группа (здоровые) включает:

- лица, которые в силу своих физиологических особенностей требуют систематического наблюдения за состоянием здоровья (дети, подростки, беременные женщины);

- лица, испытывающие воздействие неблагоприятных факторов производственной среды;

- декретированные контингенты (пищевики, работники коммунальной службы, работники общественного и пассажирского транспорта, персонал детских и лечебно-профилактических учреждений и др.);

- спецконтингенты ( лица, пострадавшие от катастрофы на ЧАЭС);

- инвалиды и участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним контингенты.

Диспансеризация здоровых имеет целью сохранение здоровья и трудоспособности, выявление факторов риска развития заболеваний и их устранение, предупреждение возникновения заболеваний и травм путем осуществления профилактических и оздоровительных мероприятий.

2-ая группа (больные) включает:

- больные хроническими заболеваниями;

- реконвалесценты после некоторых острых заболеваний;

- больные с врожденными (генетическими) заболеваниями и пороками развития.

Диспансеризация больных предусматривает раннее выявление заболеваний и устранение причин, способствующих их возникновению; предупреждение обострений, рецидивов, осложнений; сохранение трудоспособности и активного долголетия; снижение заболеваемости, инвалидности и смертности путем оказания всесторонней квалифицированной лечебной помощи, проведения оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

Санитарно-просветительная работа - при общении с каждым больным ему должны разъясняться принципы ЗОЖ и режима по конкретному заболеванию, основы рационального и лечебного питания, вред курения и злоупотребления алкоголем и другие санитарно-гигиенические аспекты; также врач проводит лекции в поликлинике и на предприятиях, выпускает санитарные бюллетени и другие информационные материалы и прочее.

Профилактика не является узковедомственной функцией органов здравоохранения, а обеспечивается всей системой социально-экономических мероприятий общества, имеет всеобъемлющий характер и направлена на предупреждение болезней, охрану и укрепление здоровья каждого человека и всего общества в целом.

Отличительная особенность медицинской помощи, оказываемой в поликлиниках, — органическое сочетание лечебной и профилактической работы в деятельности всех врачей этого учреждения.

Санитарно-просветительная работа - при общении с каждым больным ему должны разъясняться принципы ЗОЖ и режима по конкретному заболеванию, основы рационального и лечебного питания, вред курения и злоупотребления алкоголем и другие санитарно-гигиенические аспекты; также врач проводит лекции в поликлинике и на предприятиях, выпускает санитарные бюллетени и другие информационные материалы и прочее.

1. **Организация медицинской помощи сельскому населению.**

Организация лечебно-профилактической помощи сельскому населению строится на тех же организационных принципах, что и городскому населению. Главными из них являются участковый и диспансерный. Различия в организации медицинской помощи определяются рядом факторов: малая плотность расселения сельских жителей; удаленность места жительства от районных центров; слабое обеспечение средствами связи; специфика условий труда и быта - сезонный характер сельскохозяйственных работ 5. Контакт с животными, химическими удобрениями и пр.

Особенности оказания медицинской помощи:

1. до 40% объема медицинской помощи оказывают средние медработники - (фельдшерско-акушерские пункты);

2. большой радиус обслуживания;

3. более низкая обеспеченность материально - техническими и кадровыми ресурсами (лечебно- диагностической аппаратурой, врачами, койками);

4. преимущественное медицинское обеспечение лиц занятых сельскохозяйственным трудом.

Этапы оказания медицинской помощи:

I этап оказания медицинской помощи сельскому населению это сельский врачебный участок (СВУ). Оказывается квалифицированная доврачебная и врачебная медицинская помощь. Радиус участка- 5-7 (до 20) км. В составе сельского врачебного участка работают: сельская участковая больница (СУБ), сельская врачебная амбулатория (СВА), ФАП (фельдшерско-акушерский пункт), детские ясли, фельдшерские здравпункты на предприятиях, профилактории.

Медицинская помощь, оказывается, по 6 - 8 специальностям: терапия, педиатрия, стоматология, хирургия, акушерство и гинекология. Сельский врачебный участок, находящийся в районе центральной районной больницы, считается приписным и его население обращается непосредственно в нее. На комплексном терапевтическом участке - 2000 и более человек взрослого и детского населения.

II этап - квалифицированная специализированная медицинская помощь в районных медицинских учреждениях, в составе центральной районной больницы, центральная районная аптека, районные больницы, межрайонные диспансеры (по 10-20 специальностям).

III этап - высококвалифицированная узкоспециализированная помощь практически по всем специальностям оказывается в республиканских учреждениях, стоматологических поликлиниках, консультативных поликлиниках, центрах, в том числе Центры СПИД, медицинской профилактики и т.д.

1. **Планирование. Определение планирования. Задачи, теоретические основы и принципы планирования. Основные методы планирования.**

Планирование – разработка количественных и качественных показателей и мероприятий в области ЗО, направленных на удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи в соответствии с

экономическими возможностями; сложный динамический процесс в котором условно можно выделить 4 этапа:

- обоснование плана

- составление плана и его утверждение

- контроль за выполнением плановых показателей

- оценка эффективности запланированных мероприятий

Цель планирования ЗО (ПЗО): удовлетворение потребности населения в медицинской помощи, снижение уровней заболеваемости, смертности, инвалидности, увеличение трудовой активности.

Задачи ПЗО:

1. Обеспечить пропорциональное развитие всех видов медицинской помощи

2. Устранить диспропорции в обеспечении населения ресурсами (кадровыми, материально-техническими и др.)

3. Усовершенствовать формы и методы управления

Значение ПЗО: 1) является способом достижения цели, т.к. планирование одна из функций управления (кроме него, функции управления: организация, руководство, контроль); 2) обеспечивает рациональное распределение и использование ресурсов; 3) обеспечивает деятельность учреждений ЗО и всей системы ЗО в целом.

Различают функционально-отраслевое и программно-целевое планирования.

Основные принципы ПЗО:

1) научность – плановые показатели основаны на достижениях науки и передового практического опыта

2) реальность – возможность выполнения плановых показателей

3) директивность – обязательность выполнения плана при возможности

4) единство текущего и перспективного планирования

5) сочетание территориального и отраслевого планирования

6) экономическая эффективность

7) выбор приоритетов (здоровье женщин и детей, первичная медико-санитарная помощь)

8) открытость – плановые задания необходимо четко довести до исполнителя

9) преемственность – по уровням ЗО и др.

План – перечень количественных и качественных показателей и мероприятий, направленных на укрепление и сохранение здоровья населения и составляемый на определенный промежуток времени.

Виды планов:

1. По времени:

а) долгосрочные (5 и более лет): перспективные и стратегические

б) среднесрочные (менее 5 лет): текущие и тактические

в) краткосрочные

2. По отрасли

3. По территории действия: республиканские, областные, городские, районные

4. По функциональному назначению: 1.план деятельности, 2.план социально-экономического развития, 3.бизнес-план, 4.комплексный план, 5.финансовый план (смета), 6.территориальная программа государственных гарантий по медицинскому обслуживанию населения(ТПГГ).

Методы планирования:

1) аналитический метод - используется для оценки исходного и достигнутого уровней при сопоставлении плана и анализе его выполнения; планируется:

- обеспеченность населения врачебным и средним медицинским персоналом, больничными койками

- показатели объема медицинской помощи (процент госпитализаций, среднее число посещений на одного жителя в год)

- функция врачебной должности

- функция больничной койки (оборот койки) и др.

2) сравнительный метод – составная часть аналитического, дает возможность определить направление процессов развития, оценить различные показатели (заболеваемость, смертность и др.) в динамике в пространстве (при сопоставлении их с аналогичными показателями других административных территорий) и во времени (при сопоставлении их за ряд лет)

3) балансовый метод – обеспечивает пропорциональность развития ЗО между реальными возможностями и плановыми показателями, позволяет вскрыть намечающиеся диспропорции во время выполнения плана; используется при составлении межотраслевых балансов (балансов подготовки кадров и роста сети больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений и др.)

4) экспертный метод – высокопрофессионален, независим, но не всегда учитывает традиции страны

5) экономико-математический метод – применяется при необходимости научно обосновать оптимальные варианты плана, наиболее часто используют линейное программирование, теорию массового обслуживания и метод статистических испытаний.

6) нормативный метод – основа при планировании государственной системы ЗО, его основа – использование норм и нормативов, утвержденных МЗ; применяется при составлении любого плана, основанного на использовании балансового метода, т.е.во всех случаях, когда необходимо обеспечить пропорциональность развития. Данный метод также широко применяется при разработке и исполнении бюджета и сметы учреждений ЗО.

1. **Развитие специализированной медицинской помощи.**

Специализированная медицинская помощь — вид медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами в специально предназначенных для этой цели лечебных учреждениях или отделениях с использованием специальной лечебно-диагностической аппаратуры, инструментария и оборудования.

Классификация спец мед помощи:

1)общие виды спец.мед. помощи: терапия, хирургия, акушерство и гинекология, стоматология, педиатрия;

2)основные виды специализации: психиатрия, онкология, офтальмология, гастроэнтерология, дерматовенерология, оториноларингол, фтизиопульмонология;

3) узкая специализация: аллергология, ЧЛХ, нейрохирургия, сосудистая хирургия, мед генетика;

4)сверхузкая специализация: нейроонкология, трансплантология.

Центр-организация ЗО, обеспечив концентрацию высоких мед технологий, оказание специализир мед помощи, мед реабилит, организацию методич ф-ций, гигиенич, противоэпидемич (профилактич) ф-ций.

РНПЦ 17 шт: Кардиологии, Неврологии и нейрохирургии, Детской онкологии и гематологии, Онкологии и мед радиологии имени Александрова, Травматологии и ортопедии, Мать и дитя, Радиационной медицины и экологии человека, Патологии слуха, голоса, речи, Пульмонологии и фтизиатрии, Гигиены, Псих здоровья, Эпидемиологии и микробиологии, Мед экспертизы и реабилитации, Трансплантации органов и тканей, Клинический центр пластической хирургии и мед косметологии, Центр мед технологий.

Принцип многоуровневого оказания СМП:

1-й уровень – скорая медицинская помощь (40% - специализированные бригады).

2-ой уровень – амбулаторно-поликлиническая помощь - оказывается врачами поликлиник.

3-й уровень – консультативно–диагностические поликлиники и специализированные диспансеры – уточняют или устанавливают точный диагноз; обеспечивают проведение консультаций, диагностических исследований, выдачу заключений о состоянии здоровья и даче рекомендаций, осуществляют диспансеризацию больных.

Виды центров СМП: межрайонные, областные, республиканские.

Задачи центра СМП:

1) научно-методическое и организационное руководство и оказание высококвалифицированной СМП по данной узкой специализации;

2) систематическая разработка и внедрение в практику современных медицинских технологий и достижений науки в области лечения больных;

3) проведение специализации и усовершенствование кадров по данной узкой специальности;

) анализ здоровья населения и разработка комплекса мероприятий по профилактике.

Возглавляют центры – профессора и доценты, врачи с большим опытом. Центр состоит из: лечебно-проф. учреждения; кафедры усовершенствования; научных подразделений.

Основными задачами оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации на современном этапе должны являться оказание больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма, и доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной специализированной медицинской помощи. Эта работа должна осуществляться, в основном, фельдшерскими бригадами.

Необходимо повысить роль и эффективность использования врачебных бригад скорой медицинской помощи в качестве бригад интенсивной терапии и при необходимости узкоспециализированных бригад.

Успешное решение проблем организации и оказания населению скорой медицинской помощи возможно только в тесной увязке с совершенствованием работы амбулаторно-поликлинической службы, в том числе с переходом на организацию первичной медицинской помощи по принципу врача общей врачебной практики (семейного врача), стационаров дневного пребывания, стационаров на дому.

1. **Детская поликлиника, ее структура.**

Детская поликлиника - головное учреждение по оказанию лечебно-профилактической помощи детям.

По категорийности (мощности) выделяют 5 категорий поликлиник (от 1-ой - 800 посещений в день до 5-ой - 150 посещений в день). От мощности поликлиники зависит ее структура.

Структура детской поликлиники: 2 входа (для здоровых и больных детей); фильтр с боксами, которые имеет отдельные входы изнутри и выходы наружу; вестибюль; регистратура; кабинеты врачей-специалистов; кабинеты врачей-педиатров; комната здорового ребенка

Особенности структуры детской поликлиники:

1) дополнительный вход к фильтру и боксу; имеются боксы для ОКИ и других инфекций, которые работают круглосуточно

2) в обязанности педиатра входит работа по ЗОЖ, в поликлинике имеется комната здорового ребенка, где обучают родителей правилам ухода, особенностям вскармливания, технике массажа, комплексам гимнастики

3) кабинет профпрививок или отделение иммунопрофилактики

4) социально-правовой кабинет

5) кабинет медицинской помощи организованным детям.

Задачи и разделы работы детской поликлиники:

- профилактическая работа (патронах, профосмотры, диспансеризация, формирование ЗОЖ)

- санитарно-противоэпидемическая работы (проведение прививок, своевременное выявление инфекционых заболеваний, проведение работы с контактами)

- лечебная помощь детям на дому и в поликлинике

- направление детей в стационары, санатории

- лечебно-профилактическая работа в детских учреждениях и школах

- отбор детей в специализированные дошкольные учреждения, санаторные школы-интернаты

- правовая защита ребенка в пределах установленной компетенции

- освоение и внедрение новых современных форм и методов работы, методик лечебно-диагностического процесса

1. **Участковый принцип и диспансерный метод в организации медицинской помощи.**

Организация медицинского обслуживания населения по участковому принципу:

- Участковый принцип организации медицинского обслуживания населения, обеспечивающий доступность и качество медицинской помощи, является основной формой организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению муниципальных образований.

- Организация медицинского обслуживания населения по участковому принципу осуществляется органами управления здравоохранением муниципальных образований в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, а также настоящим Порядком.

- Органы управления здравоохранением муниципальных образований осуществляют организацию медицинского обслуживания населения по участковому принципу с учетом критериев территориальной (в том числе транспортной) доступности доврачебной помощи, врачебной помощи, скорой медицинской (неотложной) помощи.

Медицинское обслуживание населения по участковому принципу осуществляется:

- в городском округе - поликлиникой, в том числе детской, центром (отделением) общей врачебной (семейной) практики, поликлиническим отделением стационарно-поликлинического учреждения;

- в муниципальном районе - поликлиникой, в том числе детской, центром (отделением) общей врачебной (семейной) практики, поликлиническим отделением стационарно-поликлинического учреждения, амбулаторией.

- Установление зон обслуживания и закрепление населения за амбулаторно-поликлиническими и стационарно-поликлиническими учреждениями производится органами управления здравоохранением муниципальных образований в целях соблюдения принципа оказания первичной медико-санитарной помощи по месту жительства с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей территорий.

- Распределение населения по врачебным участкам осуществляется руководителями амбулаторно-поликлинических или стационарно-поликлинических учреждений в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан.

- Руководители амбулаторно-поликлинических или стационарно-поликлинических учреждений в целях обеспечения права граждан на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения прикрепляют граждан, проживающих вне зоны обслуживания амбулаторно-поликлинического учреждения или стационарно-поликлинического учреждения, к врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения, не превышая численности населения на одну должность участкового врача более чем на 15 процентов от нормативной, предусмотренной пунктом 11 настоящего Порядка.

Диспансерный метод наблюдения является функцией лечащих врачей общей сети внебольничных учреждений (поликлиник, амбулаторий), обслуживающих население по месту жительства и по месту работы, а также врачей специализированных учреждений - диспансеров и центров ГСЭН.

В настоящее время существуют различные диспансеры (врачебно-физкультурные, кожно-венерологические, противотуберкулезные, наркологические, кардиологические, онкологические, психоневрологические и др.). Диспансеры и диспансерные отделения (кабинеты) проводят мероприятия по массовой профилактике, направленные на предупреждение заболеваний, ведут учет заболеваемости и смертности от патологии по своему профилю, а также осуществляют лечебные мероприятия, консультации больных и организационно-методическое руководство работой врачей общей сети по борьбе с соответствующими заболеваниями. В задачи диспансеров входят: проведение обучения врачей общего профиля по соответствующим специальностям; внедрение в практику лечебно-профилактических учреждений современных методов профилактики, диагностики и лечения; пропаганда здорового образа жизни.

Основными документами, которые оформляются на больных, состоящих на диспансерном учете, являются медицинская карта амбулаторного больного и контрольная карта диспансерного наблюдения, в которой фиксируются своевременность посещения врача и прохождения очередного медицинского осмотра, выполнение назначенных видов лечения, оздоровительных мероприятий и рекомендаций по трудоустройству.

1. **Организация статистического исследования и его этапы.**

Статистическое исследование в здравоохранении состоит из ряда последовательных этапов сбора первичных данных, их интерпретации и статистической обработки, а также математического анализа полученных данных и формулирования основных результатов и научно-практических выводов проведенного исследования.

Статистическое исследование – это научно-организационный процесс, в котором по заранее разработанной программе проводится наблюдение за определенными явлениями и процессами, сбор и регистрация первичных данных, их обработка и анализ. Для его проведения на высоком научном уровне требуется соответствующая подготовка исследователя в области методологии и методики проведения статистических исследований.

Основными научно-практическими принципами при проведении статистического исследования являются системный и процессный подходы. Традиционно выделяют три стадии статистического исследования:

1) сбор первичных статистических данных;

2) статистическая сводка, группировка и обработка первичной информации;

3) анализ, обобщение, интерпретация статистической информации. Обычно на этой стадии применяют различные статистические методы обработки данных с использованием современного математического аппарата и программного обеспечения.

На первой стадии статистического исследования применяется метод массового статистического наблюдения, обеспечивающий всеобщность, полноту и репрезентативность получения первичных данных. Достоверность первичных данных зависит от многих причин: профессиональной подготовки самого исследователя-статистика, программы наблюдения, содержания статистического инструментария (анкет, форм отчетности и т.д.), качества подготовки инструкций по их заполнению и т.д. На достоверность данных влияет и социальная функция показателя (может иметь место преднамеренное искажение данных о числе врачебных ошибок, качестве медицинской помощи, детской смертности, числе профессиональных заболеваний и несчастных случаев на производстве и т.д.).

На второй стадии собранная в ходе массового наблюдения информация подвергается обработке методом статистических группировок. Методы группировки различаются в зависимости от задач и качественного состояния первичного материала.

На третьей стадии проводится анализ статистической информации на основе применения обобщающих статистических показателей: абсолютных, относительных и средних величин, вариации, тесноты связи и скорости изменения исследуемых явлений и процессов, индексов и т.д. Проведение системного анализа позволяет определить причинно-следственные связи, влияние и взаимодействие различных факторов, оценить эффективность управления здравоохранением, просчитать возможные последствия принятых решений и т.д. В настоящее время при анализе статистической информации применяются современные информационные технологии.

Одной из целей статистического метода является представление количественных данных в систематизированной и сжатой форме для лучшего их восприятия, понимания и последующего анализа. Колонки из тысяч и даже миллионов цифр выглядят очень внушительно, но мало что могут сказать об изучаемом явлении или процессе. Поэтому в качестве первого шага по упорядочению первичных статистических данных следует рассматривать построение таблиц их частотного распределения. Обычно при обработке и представлении статистической информации используются табличный и графический методы.

Статистика изучает количественную сторону массовых явлений. Медицинская статистикаосуществляет сбор, научную обработку, обобщение и анализ информации, характеризующую состояние здоровья населения и системы здравоохранения, в т.ч. во взаимосвязи с социально-экономическими и экологическими статистическими показателями. В результате применения различных методов анализапредоставляется возможность выявления и количественной оценки взаимосвязей в формировании общественного здоровья и развития системы здравоохранения, а также построения соответствующих математических моделей. Все это направлено на повышение эффективности отраслевого управления и стратегического планирования в области охраны здоровья населения.

Итак, любое статистическое исследование начинается со сбора первичного материала (первичных данных), который в зависимости от цели и задания работы может быть самым различным по своему содержанию и способами получения. Например, для изучения численности и состава населения нужны переписи населения. Для изучения распространенности заболеваний нужен учет и регистрация отдельных заболеваний в лечебно-профилактических учреждениях. Получить систематическую информацию о деятельности лечебно-профилактических учреждений возможно при организации в них надлежащего учета соответствующих данных. Следовательно, первой основной задачей статистического исследования является сбор объективной, достоверной и полной по объему первичной информации.

В целом процесс статистического исследования можно разделить на несколько этапов:

- составление плана (программы) статистического исследования;

- регистрация и сбор первичного статистического материала (первичных статистических данных);

- статистическая сводка, группировка и обработка первичной информации;

- статистический анализ и интерпретация результатов статистического исследования;

- внедрение результатов исследования в практику.

1. **Медицинская статистика. Основы и методы медицинской статистики.**

Медицинская статистика изучает количественную сторону массовых явлений в сфере здравоохранения и формирования общественного здоровья. В результате применения различных методов анализа предоставляется возможность выявления и количественной оценки взаимосвязей в формировании общественного здоровья и развития системы здравоохранения, а также построения соответствующих математических моделей. Все это направлено на повышение эффективности отраслевого управления и стратегического планирования в области охраны здоровья населения. Медицинская статистика выполняет функцию обратной связи в системе отраслевого менеджмента, без которой эффективное управление здравоохранением невозможно по определению.

При изучении количественной стороны общественных явлений и процессов в области здравоохранения и общественного здоровья медицинская статистика использует специфические методы и приемы, образующие методологию статистического исследования. В методологию статистики входят, в первую очередь, методы статистических наблюдений и математического анализа полученной информации.

Принципами медицинской статистики и статистического учета в системе государственной статистики в сфере здравоохранения являются:

1) полнота, достоверность, научная обоснованность, своевременность предоставления и общедоступность официальной статистической информации (за исключением информации, доступ к которой ограничен федеральными законами);

2) применение научно обоснованной официальной статистической методологии, соответствующей международным стандартам и принципам официальной статистики, а также законодательству Российской Федерации, открытость и доступность такой методологии;

3) рациональный выбор источников в целях формирования официальной статистической информации для обеспечения ее полноты, достоверности и своевременности предоставления, а также в целях снижения нагрузки на респондентов;

4) обеспечение возможности формирования официальной статистической информации по Российской Федерации в целом, по субъектам Российской Федерации, по муниципальным образованиям;

5) обеспечение конфиденциальности первичных статистических данных при осуществлении официального статистического учета и их использование в целях формирования официальной статистической информации;

6) согласованность действий субъектов официального статистического учета;

7) применение единых стандартов при использовании информационных технологий и общероссийских классификаторов технико-экономической и социальной информации для создания и эксплуатации системы государственной статистики в целях ее совместимости с другими государственными информационными системами;

8) обеспечение сохранности и безопасности официальной статистической информации, первичных статистических данных и административных данных.

Как и во всяком статистическом исследовании, медицинская статистика применяет три последовательные стадии:

1) статистическое наблюдение, выражающееся в виде сбора первичного материала, обеспечивающего полноту, достоверность и репрезентативность полученных данных;

2) сводка и группировка результатов статистического наблюдения;

3) анализ полученных сводных и обобщенных данных и показателей.

1. **Предмет и определение медицинской статистики, ее методологические основы.**

В соответствии со статьей 97 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» под медицинской статистикой понимают отрасль статистики, включающую в себя статистические данные о медицине, гигиене, здоровье населения, об использовании ресурсов здравоохранения, о деятельности медицинских организаций. Соответственно в медицинской статистике как научно-практической дисциплине можно выделить три основных взаимосвязанных составных части:

1) статистику общественного здоровья;

2) статистику системы здравоохранения;

3) теоретические и методологические основы медицинской статистики.

Деятельность врачей разных специальностей неизменно связана с учетом, разработкой и анализом статистических материалов. Умение обобщать, анализировать полученную в повседневной медицинской практике информацию позволяет на высоком качественном уровне подходить к решению клинических и организационных проблем. Кроме того, нередко врачу приходится самому проводить научные статистические исследования, поэтому обучение статистическому методу при подготовке врачей имеет огромное значение в системе высшего медицинского образования.

Представленный в данном разделе курс медицинской статистики, как часть единой статистической науки, отвечает основным ее функциям, которые должна отвечать наука - описательная и аналитическая. Соответственно, кроме раскрытия сути статистики как науки, истории ее формирования, особенностей статистической методологии, в данном разделе можно условно выделить две части, в которых представлены:

- описательная статистика - планирование исследований, методов сбора информации, группировки, расчет статистических показателей, их научной и практической значимостью;

- а также элементы аналитической статистики - методологические подходы к стандартизации, изучение связей, взаимозависимостей и динамики исследуемых явлений.

1. **Пути и возможности применения в медицине системы Интернет.**

Использование сети Интернет и телекоммуникационных технологий стало неотъемлемой частью медицинской науки и практики. На медицинских веб-сайтах публикуется немало обзорных работ с иллюстрациями и другой справочной медицинской информацией. Информация из Интернета влияет на диагнозы, которые ставят врачи, и на выбор лекарств, прописываемых ими пациентам.

Традиционно Интернет применяется для распространения медицинской информации и оказания медицинских услуг. Всемирная паутина предлагает клиницистам и руководителям здравоохранения внешнюю гибкую информационную архитектуру, которая способна иметь дело с десятками и сотнями источников информации, а также выделять, анализировать, объединять и перенаправлять данные для принятия решений. Помимо клинического использования, Интернет может применяться для финансовых операций, медицинского страхования, лекарственных назначений, приобретения лекарств и оборудования, обработки и хранения данных во внешних хранилищах и для других функций управления.

Одновременно Интернет меняет соотношение в объемах знаний между медиками-профессионалами и пациентами, способствуя все большему вовлечению пациентов в принятие клинических решений. Авторитету медицинского специалиста противостоят общедоступность специальных знаний и показателей деятельности лечебных учреждений, обширная информация об альтернативных методах лечения и право свободного выбора потребителя медицинских услуг.

Перечень основных интернет-услуг в области здравоохранения:

- телеконференции;

- онлайн-справочники;

- службы информационной поддержки больных и их родственников;

- реклама фармацевтических препаратов и медицинских услуг;

- телемедицинские консилиумы и консультации врачей;

- инструментарий для повседневной работы врача: изучение результатов анализов, проверка выполнения назначений, отдача распоряжений;

- работа с медицинской литературой, поиск публикаций в библиотеках, обмен статьями со специалистами;

- изучение и обмен базами данных;

- прослеживание судьбы каждого больного;

- организация кооперированных научных исследований.

В настоящее время поиск в Интернете медицинской информации и услуг является третьей по частоте причиной обращения к нему. Фактически Интернет становится средством структурного преобразования культуры медицинской практики и организации системы здравоохранения.

1. **Основы и принципы доказательной медицины.**

Потребность в доказательной медицине возникает всегда и при любых обстоятельствах, если речь идет о медицине, а не о шаманстве, гомеопатии либо БАДах.

Последние имеют отношение к вере, и в лучшем случае – к психосоматике и эффекту плацебо, но не к современной медицине в западном понимании этого слова. Доказательная медицина – это единственная медицина, принятая в западном мире, все остальное медициной не является.

Во всем цивилизованном мире существуют стандарты лечения, которые принимаются (сертифицируются) на основании проведенных клинических исследований.

Для лечения заболеваний и для получения разрешения на лекарство требуется доказательная база, базирующаяся на статистике. Это и есть доказательная медицина. Если та же фармкомпания, работающая по принципам доказательной медицины, намерена получить разрешение на использование того же препарата для лечения другого заболевания (например, не рака желудка, а рака груди) – она должна провести почти ту же работу, исключая, разве что первичные исследования in vitro (в пробирке) и in vivo (на животных). Если сигнификативная эффективность будет доказана и для другого заболевания – будет получено разрешение.

Согласно принципам доказательной медицины, изначально на стадии разрешения препарата к использованию эффективность лечения определяет регулятор.

В основе доказательной медицины лежит проверка эффективности и безопасности методик диагностики, профилактики и лечения в клинических исследованиях. Под практикой доказательной медицины понимают использование данных, полученных из клинических исследований, в повседневной клинической работе врача.

Принципы доказательной медицины используются, прежде всего, в клинической практике, однако они применимы к любой области медицинской науки, включая профилактическую медицину, общественное здоровье, организацию здравоохранения. Однако при этом следует учитывать, что не все принципы доказательной медицины могут быть применимы в областях, не связанных с клинической практикой.

1. **Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и поликлиниках.**

В системе здравоохранения имеется 2 вида документации: учётная и отчётная. Учётная документация ведётся в течение года всеми медицинскими учреждениями по строго установленным формам. На основании данных учётной документации составляется отчёт по строго установленным формам.

Отчёты бывают: годовые, полугодовые, квартальные, месячные. Сведения статистических отчётов медицинских учреждений позволяют оценить их деятельность, выполнение планов и задач в области здравоохранения, выявить положительный опыт работы и недочёты. Статистический отчёт о деятельности ЛПУ составляется на основе учёта работы по формам, утверждённым Минздравом.

Основные учётные формы медицинской документации в стационаре:

1. История болезни;
2. Журнал приёма больных и отказов от госпитализации;
3. Журнал для записи оперативных вмешательств;
4. Листок ежедневного учёта больных и коечного фонда отделения;
5. Карта выбывшего из стационара (ф.№066/у);
6. Книга патологоанатомических вскрытий;
7. Лист назначений;
8. Температурный лист;
9. Порционное требование.

Роль врачей в составлении статистического государственного отчёта состоит в обеспечении достоверности собранных сведений и их анализе. После составления статистического отчёта проводится расчет показателей и их анализ (по каждому отделению и больнице).

1. **Система управления и менеджмента в здравоохранении.**

Менеджмент в здравоохранении - это наука управления, регулирования и контроля финансовыми, трудовыми и материальными ресурсами здравоохранения.

Цель менеджмента в здравоохранении - снижение потерь общества от заболеваемости, инвалидности и смертности населения при имеющихся ресурсах.

Применительно к медико-производственной деятельности понятия «менеджмент» и «менеджер» (управляющий) правомерно распространить на следующие процессы и лиц, управляющих этими процессами:

- управление производственно-хозяйственной деятельностью государственных организаций сферы здравоохранения, непосредственно оказывающих медицинские услуги;

- управление производственной и рыночной предпринимательской деятельностью коммерческих организаций здравоохранения со стороны наемных управляющих, привлеченных собственниками. В отдельных случаях хозяин, собственник дела, может выполнять и функции менеджера;

- непосредственно управление медицинским, вспомогательным персоналом, выполняющим услуги здравоохранения.

Управление здравоохранением - это менеджмент, объектом которого является сложная, социотехническая открытая динамическая система.

Сама специфика объекта делает управление им чрезвычайно сложным.

К основным особенностям управления здравоохранением относят:

- особую ответственность принимаемых решений, от которых зависит жизнь и здоровье людей;

- трудность, а иногда и невозможность предсказания отдаленных последствий, принимаемых решений;

- трудность, а иногда и невозможность исправления неверных решений.

Задача управления здравоохранением - это наиболее эффективное достижение цели путем повышения качества лечебно-профилактических мероприятий и рационального использования ресурсов здравоохранения.

В здравоохранении, медицинской деятельности управление ориентировано на производство, распределение, обращение, потребление медицинских товаров и услуг, участников этих процессов (персонал и организации, осуществляющие здравоохранительную деятельность) и в определенной степени - на пациентов - потребителей услуг.

Медицинская деятельность является довольно специфической частью непроизводственной сферы, а медицинская услуга отличается от любой другой, но применение теории классического менеджмента в здравоохранении возможно при условии внесения некоторых корректив.

1. **Задачи врачебной экспертизы трудоспособности.**

Основной задачей экспертизы трудоспособности является определение возможности данного человека выполнять свои профессиональные обязанности, с обязательным учетом медицинского и социального критериев. Кроме того, в задачи врачебной экспертизы трудоспособности входят:

1. определение лечения и режима, которые необходимы для восстановления и улучшения здоровья человека;

2. определение степени и длительности нетрудоспособности, наступившей вследствие заболевания, несчастного случая или других причин;

3. рекомендация наиболее рационального и полного использования труда лиц с ограниченной трудоспособностью без ущерба для их здоровья;

4. выявление длительной или постоянной утраты трудоспособности и направление таких больных на медико-социальную экспертную комиссию.

1. **Современные принципы организации труда в здравоохранении.**

Управление организацией труда на любом предприятии (в организации) осуществляется путем планирования совершенствования организации труда, которое является частью экономического планирования его деятельности, и строгого выполнения запланированных мероприятий.

Совершенствование организации выполнения работ в учреждениях здравоохранения требует дальнейшей разработки методологии определения норм времени на медицинские услуги, методик расчета норм нагрузки медицинского персонала, подходов к определению и планированию численности медицинского персонала.

Для этого необходимо решение следующих задач:

- формирование новой системы регламентации труда медицинского персонала с применением мировых стандартов по технологиям оказания медицинских услуг;

- разработка современных методик по расчету норм времени (трудоемкости работ) на оказание простых и сложных медицинских услуг;

- формирование методики расчета норм нагрузки медицинского персонала учреждений здравоохранения по следующим направлениям: амбулаторно-поликлинический прием, диагностические службы, стационары. При этом должны учитываться приоритеты развития российского здравоохранения в современных условиях;

- развитие новых подходов к определению и планированию численности медицинского персонала учреждений здравоохранения.

Пути совершенствования организации труда, основанной на системе нормирования, ведут через планомерное и последовательное внедрение принципов научной организации труда (НОТ).

Научный подход к организации труда позволяет наилучшим образом соединить технику и людей, обеспечивает наиболее эффективное использование материальных и финансовых ресурсов, снижение трудоемкости и рост производительности труда. Он направлен на сохранение здоровья работников, обогащение содержания и гуманизацию их труда.

1. **Развитие службы врача общей практики (семейного врача) и его роль в укреплении первичной медико-санитарной помощи.**

Врач общей практики или семейный врач - врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста.

Врач общей практики (семейный врач) осуществляет свою деятельность в медицинских организациях преимущественно муниципальной системы здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению:

- в центрах общей врачебной (семейной) практики;

- в амбулаториях и участковых больницах муниципальной системы здравоохранения;

- в отделениях общей врачебной (семейной) практики амбулаторно-поликлинических учреждений;

-в других медицинских организациях.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ №84 от 17 января 2005 года врач общей практики (семейный врач) в своей деятельности руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, органа исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органа местного самоуправления. Оказывает первичную медико-санитарную помощь контингенту, сформированному на основе свободного выбора врача пациентами.

Создание общеврачебных практик осуществляется на основе действующей системы оказания первичной медицинской помощи. В поликлиниках и амбулаториях для взрослых необходимо постепенно вместо участковых терапевтов вводить общеврачебную практику, финансируемую из средств муниципального бюджета. Особенно востребована организация работы первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики на селе.

В городской местности предпочтительнее организовывать групповые общеврачебные практики, в отдельных случаях, особенно в отдаленных микрорайонах, следует организовывать индивидуальные общеврачебные практики, как дополнительные структуры к имеющейся амбулаторной сети. В центры общей врачебной практики целесообразно включать социального работника, психолога и др.

Опыт работы врачей общей практики показывает, что они берут на себя более трети посещений к врачам специалистам, соответственно уменьшая число направлений на консультации и повышая удовлетворенность пациентов в отдельных видах специализированной помощи.

1. **Номенклатура учреждений здравоохранения.**

В настоящее время действует «Единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения», утвержденная приказом МЗиСР РФ № 627 от 7 октября 2005 г.

1. Лечебно-профилактические учреждения:

- Больничные учреждения (больницы, специализированные больницы, госпиталь, медико-санитарная часть, в том числе центральная., дом (больница) сестринского ухода, хоспис, лепрозорий)

- Диспансеры

- Амбулаторно-поликлинические учреждения.

- Центры, в том числе научно-практические

-Учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови.

- Учреждения охраны материнства и детства.

- Санаторно-курортные учреждения.

2. Учреждения здравоохранения особого типа.

- Центры

- Бюро:

-Контрольно-аналитическая лаборатория.

- Военно-врачебная комиссия, в том числе центральная.

- Бактериологическая лаборатория по диагностике туберкулеза.

3. Учреждения здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

-Центры гигиены и эпидемиологии.

-Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

- Противочумный центр (станция).

- Дезинфекционный центр (станция).

-Центр гигиенического образования населения.

4. Аптечные учреждения.

- Аптека.

- Аптечный пункт.

- Аптечный киоск.

- Аптечный магазин.

1. **Лицензирование и аккредитация учреждений здравоохранения.**

Вне зависимости от формы собственности любое юридическое предприятие подлежит государственному лицензированию с аккредитацией и получением сертификата качества.

Лицензирование - выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление, производство определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Оно позволяет определить возможности учреждения для оказания лечебно-профилактической помощи и дает право осуществлять медицинскую деятельность в объеме, который соответствует уровню подготовки медицинских кадров и оснащению. В лицензирование входит: определение противопожарных мероприятий, санитарно-эпидемиологические показатели (СЭС определяет санитарные и эпидемические показатели), оценка приборов.

Чтобы получить лицензию учреждению необходимо пройти аккредитацию сертификацию, на основании оценки которых лицензия и выдается.

В будущем лицензирование будет проходить и врач, а не больница в целом. Что это даст? Если сегодня за ошибки врача несет ответственность ЛПУ и это юридически закреплено при его лицензировании, то в будущем отвечать будет врач. Лицензия врачу будет выдаваться на основе его сертификации, которую он может получить через первичную специализацию в ординатуре и в последующем при периодической профессиональной переподготовке.

В отличие от лицензирования в процессе аккредитациивыявляется соответствие или несоответствие деятельности учреждений и медицинского персонала установленным стандартам по оказанию лечебно-профилактической помощи и медицинских услуг. Т.е. оценивается: соответствуют применяемые лечебно-профилактическим учреждением методы лечения, диагностики или профилактики установленным в государстве профессиональным стандартам.

В настоящее время существуют 16 видов стандартов, утвержденных Минздравом РФ: лечение туберкулеза, наркологических и онкологических больных, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

1. **Внутри и вневедомственный контроль качества медицинской помощи.**

Нормативная база делит всех перечисленных участников контроля на 2 звена. Принято выделять ведомственное и вневедомственное звенья качества медицинской помощи. При этом к ведомственному звену относятся медицинские учреждения и органы управления здравоохранением, к вневедомственному - все остальные.

Система ведомственного контроля качества медицинской помощи призвана осуществлять:

1) оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов ЛПУ (т.е. контроль структурного качества помощи, оказы­ваемой медицинским учреждениям в целом);

2) оценку профессиональных качества медицинских работников путем осуществления аттестации персонала;

3) экспертизу процесса оказания медицинской помощи конкретным па­циентам (т.е. контроль технологического компонента качества медицин­ской помощи);

4) выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение эффективности медицинской помощи;

5) подготовку рекомендаций для руководителей ЛПУ и органов управ­ления здравоохранением, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эф­фективности медицинской помощи;

6) изучение удовлетворенности пациентов от их взаимодействия с системой здравоохранения;

7) расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;

8) выбор наиболее рациональных и управленческих решений, проведе­ние оперативных корректирующих воздействий и контроль за реализацией управленческих решений.

Вневедомственный контроль качества медицинской помощи включает:

— анализ результатов оказания медицинской помощи населению;

— подготовку рекомендаций по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи и контролю за их выполнением;

— изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью;

— проверку выполнения договорных обязательств между страхователем и страховщиком;

— проверку выполнения договорных обязательств между учреждениями здравоохранения и страховыми медицинскими организациями;

— контроль соблюдения инструкции о порядке выдачи документов, удо­стоверяющих временную нетрудоспособность граждан;

— оценку возможностей учреждений здравоохранения гарантировать требуемый уровень качества медицинской помощи;

— контроль правильности применения тарифов и соответствия предъ­являемых к оплате счетов выполненному объему медицинской помощи;

— другие виды контроля, осуществляемые субъектами в пределах сво­ей компетенции.

С точки зрения общности интересов, преследуемых в процессе контро­ля качества медицинской помощи, всех участников системы можно объединить в 3 звена:

— контроль со стороны производителя медицинских услуг (внутренний контроль качества);

— контроль со стороны потребителя медицинских услуг (потребитель­ский контроль качества);

— контроль со стороны организаций, независимых от потребителей и производителей медицинских услуг (внешний контроль качества).

1. **Экономические методы управления учреждениями здравоохранения.**

Экономические методы управления - необходимое условие для обеспечения доступности и высокого качества медицинской помощи, услуг и товаров здравоохранения при ограниченных и сокращающихся ресурсах, растущих затратах, связанных с кризисом здоровья и здравоохранения, инфляцией и спадом производства отечественного оборудования и лекарств

 Основные понятия экономического анализа: стоимость, цена, себестоимость, рентабельность, прибыль, затраты, результат, эффект, эффективность, ущерб, предотвращенный ущерб.

Важнейшим элементом использования экономических методов в управлении является материальное стимулирование производительного и высококачественного труда.

Решение этой задачи особенно сложно в связи с дефицитом финансовых ресурсов в системе здравоохранения.

1. **Управление качеством медицинской помощи.**

Управление качеством медицинской помощи – это организация и контроль деятельности системы здравоохранения для обеспечения имеющихся и предполагаемых потребностей населения в медицинской помощи и удовлетворения потребителей.

Система управления качеством медицинской помощи представляет собой совокупность организационно-управленческих структур и действий, анализирующих, оценивающих и корректирующих условия, процесс оказания и результата медицинской помощи для обеспечения пациенту качественной медицинской помощи в объемах, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Эта система основывается на следующих принципах:

- непрерывность управления качеством;

- использование достижений доказательной медицины;

- проведение экспертизы качества медицинской помощи на основе медицинских стандартов (протоколов);

- единство подходов в проведении ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи для получения сопоставимых результатов;

- использование экономических и правовых методов для управления качеством медицинской помощи;

- мониторинг системы управления качеством медицинской помощи;

- анализ экономической эффективности затрат по достижению оптимального уровня качества медицинской помощи;

- изучение общественного мнения по вопросам качества медицинской помощи.

Управление качеством медицинской помощи состоит из четырех основных видов деятельности.

Дизайн качества включает: определение того, кто является потребителем медицинских услуг; установление нужд потребителей; определение результата, отвечающего нуждам потребителей; разработку структуры, необходимой для достижения нужного результата; превращение плана в действия.

Обеспечения качества – это виды деятельности, планируемые и систематически осуществляемые в рамках системы управления качеством при условии их подтверждения и при наличии уверенности в том, что объект будет выполнять планируемые требования к качеству.

Контроль качества – это методы и виды деятельности оперативного характера, используемые для оценки выполнения требований к качеству, его измерению и мониторингу.

Непрерывное повышение качества – это комплекс мероприятий, постоянно проводимых медицинскими организациями с целью повышения эффективности и результативности их деятельности, совершенствования всех показателей работы организаций здравоохранения в целом, всех подразделений и отдельных сотрудников. Процесс повышения качества предусматривает получение выгоды как для медицинской организации, так и для потребителей медицинских услуг.

1. **Листок нетрудоспособности. Порядок выдачи больничных листов при различных видах временной нетрудоспособности.**

Листок нетрудоспособности является многофункциональным документом, служащим для:

- освобождения от работы;

- начисления пособия по временной нетрудоспособности;

- статистической разработки и анализа заболеваемости.

Справка о нетрудоспособности служит юридическим основанием для освобождения от работы или учебы и является документом для разработки и анализа заболеваемости.

В случае наступления временной утраты трудоспособности при заболевании или травме листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом единолично и единовременно на срок до 10 календарных дней.

Единолично лечащий врач государственного или муниципального лечебно-профилактического учреждения может продлить листок нетрудоспособности на срок до 30 календарных дней в зависимости от состояния больного и с учетом ориентировочных сроков временной нетрудоспособности при заболеваниях и травмах, утвержденных Министерством здравоохранения России.

Лечащий врач, занимающийся частной медицинской практикой вне лечебно-профилактического учреждения, имеет право выдать листок нетрудоспособности на срок не более 30 календарных дней.

По решению местных органов здравоохранения выдача листка нетрудоспособности при особых условиях (отдаленные районы сельской местности, Крайнего Севера и др.) может быть разрешена лечащему врачу до полного восстановления трудоспособности или направления на медико-социальную экспертизу.

Медицинский работник со средним медицинским образованием, имеющий право на выдачу листка нетрудоспособности, единолично и единовременно может выдать его на срок до 5 дней с последующим продлением до 10 дней, а в исключительных случаях, после консультации с врачом ближайшего лечебно-профилактического учреждения, -- до 30 дней.

При временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 30 дней, вопросы продления листка нетрудоспособности осуществляется клинико-экспертной комиссией лечебно-профилактического учреждения, назначаемой его руководителем.

Продление листка нетрудоспособности свыше 30 дней: частнопрактикующими врачами осуществляется в порядке, определяемом Министерством здравоохранения России совместно с Фондом социального страхования России.

Клинико-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе имеет право продлить листок нетрудоспособности в общей сложности на срок не более 10 месяцев, а при заболеваниях туберкулезом, состояниях после реконструктивных операций и тяжелых травм не более 12 месяцев (до направления во МСЭК) с периодичностью освидетельствования больного не реже чем один раз в 30 дней.

Продолжительность освобождения от работы (учебы) по листку нетрудоспособности (справке) в случае заболевания или травмы законодательством не ограничивается: освобождение от работы предоставляется на весь срок временной утраты трудоспособности - до ее восстановления или установления больному медико-социальной экспертной комиссией (МСЭК) системы Министерства социальной защиты населения России, инвалидности.

1. **Определение экономики здравоохранения.**

Экономику здравоохранения можно определить, с одной стороны, как экономику одной из отраслей народного хозяйства страны, выполняющей функции сохранения и укрепления здоровья населения, и, с другой стороны, как отраслевую экономическую науку.

Предмет экономики здравоохранения как отраслевой экономики, тесно связан с такими понятием как «отрасль» – область экономической деятельности, характеризующаяся определенным единством выполняемых функций, видом и назначением создаваемого продукта, технологическим процессом. Различают отрасли материального производства (или производственной сферы) и отрасли социально-культурной сферы (или непроизводственной сферы), создающие услуги/товары в области социальной, образовательно-информационной деятельности.

Экономика здравоохранения, как отраслевая экономическая наука, изучает действие экономических законов в конкретных условиях производства, оказания и потребления медицинских услуг, а также условия и факторы, обеспечивающие наиболее полное удовлетворение потребностей общества в медицинском обслуживании и охране здоровья населения.

Специфика экономики здравоохранения заключается в том, что предметы ее изучения: медицинские услуги и процессы их оказания, имеют значительные отличия от товаров с точки зрения рыночной характеристики.

Основные вопросы, которыми занимается экономика здравоохранения:

- исследование роли здравоохранения в общей экономике (обосновывает медицинскую, социальную и экономическую эффективность здравоохранения);

- разработка методов рационального и эффективного использования материальных, финансовых и трудовых ресурсов здравоохранения;

- вопросы финансирования здравоохранения;

- разработка подходов и методов ценообразования на различные виды медицинских услуг и многое другое.

1. **Понятие об экономической эффективности здравоохранения.**

Экономическая эффективность в здравоохранении рассматривается в двух направлениях: во-первых, эффективность использования различных видов ресурсов, во-вторых, с точки зрения влияния здравоохранения на развитие общественного производства в целом.

Экономическая эффективность в здравоохранении не может являться определяющей при выборе тех или иных средств профилактики, лечения, организационных форм оказания медицинской помощи. Однако критерии экономической эффективности - наряду с медицинской и социальной эффективностью - могут помочь в установлении очередности проведения тех или иных мероприятий в условиях ограниченных ресурсов.

Особенностью здравоохранения является то, что труд, затраченный на оказание медицинской помощи, может быть меньше труда, сэкономленного благодаря этой помощи. Например: выздоровление трудоспособного работника, которое будет означать уменьшение потерь национального дохода от недопроизведенной продукции, то есть принесет значительный экономический эффект. В то же время, выздоровление нетрудоспособного пенсионера или инвалида не принесет экономического эффекта, более того, будет означать дополнительные потери в связи с необходимостью выплаты пенсии по старости или пособия по инвалидности.

В медицине нет четкой взаимосвязи между количеством затраченного врачом труда и конечным результатом. Не всегда сэкономленный за счет восстановления здоровья труд больше вложенного врачом на одну и ту же величину. Например, при одинаковой патологии на пожилого человека будет затрачено больше времени и средств, чем на молодого, а результат может быть неоднозначным.

Знание экономической эффективности лечения и предупреждения заболеваний позволяет получить информацию о затрачиваемых средствах, что, в свою очередь, более точно позволяет определить нормативы финансирования.

Методические подходы к определению экономической эффективности здравоохранения основываются, прежде всего, на определении стоимости от­дельных видов медицинской помощи и санитарно-эпидемиологического обслуживания, а также величины ущерба, наносимого теми или иными заболева­ниями. Стоимостные показатели медицинской помощи служат исходными для соизмерения затрат и экономического эффекта при определении экономиче­ской эффективности здравоохранения. В конкретных расчетах эта эффектив­ность может измеряться частным от деления суммы, отражающей выгоду (экономический эффект) данного мероприятия, на сумму расходов на него.

1. **Ценообразование в здравоохранении.**

Медицинская помощь наделена всеми свойствами товара: она имеет потребительскую стоимость (удовлетворяет жизненную потребность в здоровье), обладает денежным выражением.

Цена представляет собой денежное выражение стоимости медицинской услуги, является показателем ее величины, количества и качества труда.

Основными структурными составляющими цены является себестоимость оказания медицинской помощи и прибыль.

Прибыль — часть чистого дохода, включаемая в цену пропорционально видам затрат (валовая - балансовая прибыль ЛПУ для уплаты налогов, выплаты % по займу и чистая – направляется на формирование фондов накопления и потребления).

Можно выделить четыре вида стоимостных расценок в здравоохранении:

- стоимостные расценки медицинского обслуживания, основанные на фактически сложившихся затратах;

- цены на медицинскую помощь сверх установленных норм;

- цены на платные работы, оказываемые учреждениями здравоохранения;

- цены индивидуальной трудовой деятельности врача.

Себестоимость медицинских услуг — это денежное выражение материальных затрат и затрат на оплату труда в лечебно-профилактических учреждениях при оказании медицинских услуг.

Элементы себестоимости:

- заработная плата (не менее 30%) с отчислениями на социальное страхование;

- обязательное медицинское страхование;

- износ основных фондов (оборудования, зданий, инструментария);

- стоимость используемых медикаментов, реактивов;

- затраты на энергоносители;

-затраты на питание (в стационарах);

- износ оборудования, мягкого инвентаря;

- косвенные расходы

При расчете одного посещения врача используется затратный метод ценообразования. Факторы, влияющие на формирование цен, называют ценообразующими.

На себестоимость медицинской услуги оказывают влияние различные факторы. Рациональное использование средств, сокращение сроков лечения, улучшение организации лечебно-диагностического процесса приводит к ее снижению.

Необходима гибкая ценовая политика, которая может обеспечить не только выживание ЛПУ, но и максимализацию прибыли.

Когда цена прогнозируется (до продажи), прибыль еще не известна, так как товар не реализован. В связи с этим для определения прибыли используется категория рентабельности или относительной прибыли.

Рентабельность это отношение прибыли к себестоимости. В отечественной экономики она выражается в %. Так рентабельность равная 10% - считается приемлемой, 20% - удовлетворительной, 30% - высокой.

Цены могут быть придельными, равновесными, свободными, фиксированными, прейскурантными.

Схема ценообразования:

1 этап – подготовительный (конкретизация задач и выбор метода ценообразования). ЛПУ должно конкретизировать задачи ценообразования.

2 этап – сбор первичной информации и оперативного экономического анализа. Основная работа по сбору первичной информации лежит на среднем медицинском персонале, старших и главных медицинских сестрах. Для расчета стоимости медицинской услуги необходима информация о количестве оказанных за определенный период услуг данного вида, количественной оценке необходимых материалов и медикаментов.

3 этап – определение себестоимости (расчет затрат на заработную плату, прямых, косвенных и накладных расходов). Расчет заработной платы складывается из двух основных моментов: определения трудозатрат на оказание услуги и вычисления стоимости единицы трудоемкости

4 этап - формирование цены (включение в структуру цены коэффициента рентабельности, поправочных коэффициентов (надбавка-скидка), заключительная экспертная оценка, калькуляция цены и оформление прейскуранта).

Расчет цен завершается оформлением документации. Основными итоговыми документами являются калькуляционные листы и прейскурант.

1. **Маркетинг в здравоохранении.**

Маркетинг в здравоохранении – это система принципов, методов и мер, базирующихся на комплексном изучении спроса потребителя и целенаправленном формировании предложений медицинских услуг производителем.

Цель маркетинга состоит:

1. в разработке прогнозов развития рынка лечебно-профилактических услуг (медикаментов, изделий);

2. оптимизации стратегии оказания медико-санитарной помощи;

3. решении проблем создания новых видов услуг, товаров, лекарственных средств для более полного удовлетворения спроса на них.

Принципы маркетинга, применяемые в здравоохранении (процесс управления маркетингом):

1. Всестороннее исследование всех типов рынков в здравоохранении (рынок мед. услуг, рынок специалистов и т.д.);

2. Сегментирование рынка (по группам ЛПУ, потребителей и т.д.) ;

3. Гибкое реагирование производства и сбыта мед. услуг на требования активного и потенциального спроса;

4. Инновация – внедрение новых форм организации труда и управления;

5. Планирование (видов, объемов и качества мед. услуг).

Основные направления маркетинговой деятельности:

- изучение и прогнозирование рынка;

- разработку методов воздействия на рынок;

- определение эффективной ценовой политики;

- информационное обеспечение;

- разработка плана маркетинга.

Чрезвычайно важным направлением маркетинговой деятельности является изучение потребности населения в медицинской помощи. Основным методом исследования является анализ статистических отчетов лечебно-профилактических учреждений.

В настоящее время осуществление маркетинговых исследований рынка медицинских услуг становится обязательным условием организации эффективной деятельности медицинских учреждений.

1. **Финансирование. Источники финансирования здравоохранения.**

В качестве экономического посредника на рынке медицинских услуг выступает территориальный фонд ОМС.

Субъекты федерации средства, собранные от фондов ДМС, переводят в фонды ОМС следующим образом: 40 % — в Федеральный фонд ОМС, а 60% — в свой территориальный фонд ОМС. Кроме этого, территориальный фонд ОМС получает средства из Федерального фонда ОМС.

Источниками финансирования могут быть:

1. Общие налоговые доходы всех видов и уровней.

2. Целевые налоговые поступления.

3. Целевой взнос на обязательное медицинское страхование (или налог на заработную плату).

4. Личные средства граждан и иные источники.

Система, базирующаяся на общих налоговых доходах, называется бюджетной.

Системы, основанные преимущественно на целевом взносе на медицинское страхование, получили название систем обязательного медицинского страхования.

Личные средства населения как основной источник оплаты медицинской помощи являются основой частной системы финансирования. Ни в одной стране не существует в чистом виде бюджетной, страховой или частной системы финансирования.

Помимо финансирования из налогов здравоохранение должно иметь и другие источники поступления финансовых средств: акцизные сборы, налоги и штрафы, устанавливаемые на табачные изделия, алкогольные напитки, экологические нарушения, игорный бизнес и другие виды деятельности, оказывающие неблагоприятное влияние на здоровье.

Источники финансирования медицинской деятельности.

1.бюджетное финансирование;

2.страховые взносы ОМС;

3.страховые взносы ДМС;

4.платные услуги;

5.доходы от ценных бумаг;

6.безвозмездные взносы и пожертвования;

7.иные источники, не запрещенные законодательством. На данный момент средств из бюджета катастрофически не хватает. Бюджетное финансирование осуществляется не в полной мере, т.е. уровень средств очень низок, а список заболеваний, по которому происходит бюджетное финансирование, очень мал.

Финансирование ЛПУ в системе ОМС осуществляется по нескольким схемам:

1) по смете, представленной ЛПУ;

2) за каждого пролеченного больного;

3) по конечному результату (медицинская эффективность).

В настоящее время все большее распространение получает принцип оплаты за каждого пролеченного больного с учетом степени его излечения и экономической эффективности деятельности ЛПУ. Это содействует более эффективному использованию денежных средств.

1. **Планирование расходов на здравоохранение.**

Расходы на здравоохранение ежегодно предусматриваются в бюджетах всех уровней: федеральном, субъектов РФ и местных. Важным для оценки предусматриваемых объемов расходов на здарвоохранение является подход к их планированию не на основе заявленных потребностей ведомства, а исходя из реальных возможностей бюджета. Расходы федерального бюджета на здравоохранение ориентированны на:

* реализацию приоритетных направлений реформирования и совершенствования отрасли, приносящих максимальный эффект определенных концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в РФ;
* соответствие выделяемых средств гарантированным объемам медицинских услуг;
* обеспечение реальной доступности и высокого качества медицинской помощи для всех слоев населения.

На уровне бюджетов субъектов РФ также предусматривается финансирование мероприятий и программ здравоохране5ния в рамках целевых программ.

Формирование расходов бюджета на здравоохранение каждый субъект РФ проводит самостоятельно. Объем расходов на содержание учреждений здравоохранения складывается из расходов по каждой целевой статье. Кроме того, определяются платежи из бюджета на обязательное медицинское страхование неработающих граждан.

Для планирования расходов на здравоохранение, как и в системе образования, существуют оперативно-сетевые показатели: среднегодовое количество коек; число дней работы койки в год; количество койко-дней; среднегодовое количество штатных единиц; среднегодовое число детей в детских учреждениях; число посещений к врачам и врачами на дому.

**Практические задания**

**I. На основании изученных статистических показателей и методики их расчета проведите расчет следующих статистических показателей деятельности Вашего учреждения или региона за 3 года:**

1) показатели удовлетворения населения стационарной помощью

2) уровень (частота) госпитализации населения (на 1 тыс. жителей)

3) уровень госпитализации больных (на 100 зарегистрированных больных соответствующего профиля)

4) структура коечного фонда больницы по профилям отделений (коек), в процентах к итогу

5) структура госпитализированных больных по классам заболеваний, отдельным нозологиям, в процентах к итогу

6) выполнение планового норматива числа койко-дней, в процентах

7) удельный вес сельских жителей среди госпитализированных больных, в процентах.

Полученные результаты оформите графически и дайте аналитическую оценку показателей в динамике.

Расчеты представим в таблице 1.

Таблица 1

Показатели удовлетворенности населения Новосибирской области стационарной помощью

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | 2015г | 2016г | 2017г |
| Общие данные по субъекту РФ –Новосибирская область |  |  |  |
| 1. Среднегодовая численность населения  | 2746822 | 2762237 | 2779555 |
| 2. Число коек, в том числе | 27190 | 26876 | 26488 |
| терапевтических | 5965 | 5897 | 5819 |
| хирургических | 4832 | 4882 | 4761 |
| гинекологических | 1871 | 1854 | 1873 |
| педиатрических | 1690 | 1637 | 1587 |
| других | 12832 | 12606 | 12449 |
| 3. Число поступивших в стационары за отчетный период | 656490 | 676748 | 694889 |
| 4. Число койко-дней, проведенных больными в стационарах в течение года | 7943535 | 8053302 | 8260837 |
| 5. Обеспеченность населения больничными койками (2/1\*10000), % | 98,99 | 97,30 | 95,30 |
| 6. Структура коечного фонда, % |   |   |   |
| терапевтического профиля (2.1/2\*100) | 21,94 | 21,94 | 21,97 |
| хирургического профиля | 17,77 | 18,16 | 17,97 |
| гинекологического профиля | 6,88 | 6,90 | 7,07 |
| педиатрического профиля | 6,22 | 6,09 | 5,99 |
| другого профиля | 47,19 | 46,90 | 47,00 |
| 7. Частота (уровень) госпитализации (3/1\*100), % | 23,90 | 24,50 | 25,00 |
| 8. Обеспеченность населения стационарной помощью на одного человека в год (4/1) | 289,19 | 291,55 | 297,20 |
| 9. Уровень (частота) госпитализации населения (на 1 тыс. жителей) (3\*1000/1) | 239,00 | 245,00 | 250,00 |
| 10. Число пролеченных больных | 640078 | 663890 | 683076 |
| 11. Число зарегистрированных больных | 1980459 | 1963951 | 2034634 |
| 12. Уровень госпитализации больных (на 100 зарегистрированных больных соответствующего профиля) (10\*100/3) | 32,32 | 33,80 | 33,57 |
| 13. Заболеваемость на 1000 человек населения по основным классам болезней |  |  |  |
| Некоторые инфекционные и паразитарные болезни | 32,5 | 26,5 | 25,9 |
| Новообразования | 13,5 | 12,1 | 13,0 |
| Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм | 3,2 | 3,2 | 3,0 |
| Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ | 12,3 | 13,1 | 12,1 |
| Болезни нервной системы | 10,4 | 10,2 | 9,2 |
| Болезни глаза и его придаточного аппарата | 28,9 | 25,8 | 25,5 |
| Болезни уха и сосцевидного отростка | 24,0 | 22,8 | 22,8 |
| Болезни системы кровообращения | 43,7 | 40,2 | 39,3 |
| Болезни органов дыхания | 336,5 | 364,4 | 397,2 |
| Болезни органов пищеварения | 25,2 | 25,4 | 32,6 |
| Болезни кожи и подкожной клетчатки | 34,8 | 25,8 | 26,3 |
| Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани | 22,6 | 22,2 | 20,9 |
| Болезни мочеполовой системы | 34,7 | 30,9 | 33,5 |
| Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения | 1,2 | 1,1 | 1,3 |
| Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин | 105,7 | 103,0 | 90,6 |
| 14. Структура госпитализированных больных по классам заболеваний на 1000 человек, % |  |  |  |
| Некоторые инфекционные и паразитарные болезни | 4,46 | 3,65 | 3,44 |
| Новообразования | 1,85 | 1,67 | 1,73 |
| Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм | 0,44 | 0,44 | 0,40 |
| Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ | 1,69 | 1,80 | 1,61 |
| Болезни нервной системы | 1,43 | 1,40 | 1,22 |
| Болезни глаза и его придаточного аппарата | 3,96 | 3,55 | 3,39 |
| Болезни уха и сосцевидного отростка | 3,29 | 3,14 | 3,03 |
| Болезни системы кровообращения | 5,99 | 5,53 | 5,22 |
| Болезни органов дыхания | 46,15 | 50,14 | 52,73 |
| Болезни органов пищеварения | 3,46 | 3,50 | 4,33 |
| Болезни кожи и подкожной клетчатки | 4,77 | 3,55 | 3,49 |
| Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани | 3,10 | 3,05 | 2,77 |
| Болезни мочеполовой системы | 4,76 | 4,25 | 4,45 |
| Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения | 0,16 | 0,15 | 0,17 |
| Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин | 14,50 | 14,17 | 12,03 |
| 15. Плановое число койко-дней (2\*16) | 9244600 | 9137840 | 9005920 |
| 16. Норматив занятости койки | 340 | 340 | 340 |
| 17. Выполнение планового норматива числа койко-дней, в процентах (4/15\*100) | 85,93 | 88,13 | 91,73 |
| 18. Число сельских жителей, госпитализированных в стационар за год | 151649 | 151592 | 151486 |
| 19. Удельный вес сельских жителей среди госпитализированных больных, в процентах(18/3\*100) | 23,10 | 22,40 | 21,80 |

Анализ выявил, что к 2017 году ухудшилась обеспеченность населения больничными койками на 4%.В структуре коечного фонда наибольшую долю занимают терапевтический (22%) и хирургический профиль (18%) (рис. 1). Уровень госпитализации составляет 25%. Обеспеченность населения стационарной помощью находится на низком уровне. Значения превышают рекомендуемые значения, что является основанием для проведения реструктуризации (оптимизации) сети учреждений здравоохранения данного субъекта РФ.



Рис. 1 . Структура коечного фонда в 2017г.

В структуре госпитализированных больных по классам заболеваний на 1000 человек преобладают болезни органов дыхания (52%) и травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин (12%) (рис. 2).

Рис. 2 . Структура госпитализированных больных по классам заболеваний на 1000 человек, % в 2017 г.

Выполнение планового норматива к 2017 году увеличилось до 91%, отражается положительная динамика.

Удельный вес сельских жителей среди госпитализированных больных сократился с 23% до 21%.

**II. На основании изученных статистических показателей и методики их расчета проведите расчет следующих статистических показателей нагрузки медицинского персонала Вашего учреждения за 3 года:**

1) среднее число коек на 1 должность среднего медицинского работника

2) среднее число пролеченных больных на 1 должность среднего медицинского персонала

3) среднее число койко-дней на 1 должность среднего медицинского персонала.

Полученные результаты оформите графически и дайте аналитическую оценку показателей в динамике.

Результаты представим в таблице 2.

Таблица 2

Показатели нагрузки медицинского персоналаГБУЗ НСО « НРБ № 1» (Новосибирская область)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | 2015г | 2016г | 2017г |
| 1.Среднегодовое число коек | 238 | 238 | 238 |
| 2.Общее число поступивших в стационар | 6524 | 6754 | 6902 |
| 3.Число койко-дней проведенных больными в стационаре в течение года | 76331 | 78414 | 79856 |
| 4.Число пролеченных больных /2 | 6387 | 6626 | 6778 |
| 5.Число врачей | 154 | 158 | 160 |
| 6.Число среднего медицинского персонала | 290 | 295 | 303 |
| 7.Среднее число коек на 1 должность среднего медицинского работника (1/6) | 1 | 1 | 1 |
| 8.Среднее число пролеченных больных на 1 должность среднего медицинского персонала (4/6) | 22 | 22 | 22 |
| 9.Среднее число койко-дней на 1 должность среднего медицинского персонала (3/6) | 263 | 266 | 264 |

Анализ выявил, что на 1 среднего медицинского работника приходится в среднем 1 койка, число пролеченных больных – 22. Данные показатели в динамике не меняются. Среднее число койко-дней на 1 должность среднего медицинского персонала в динамике увеличилось на 1 койко-день. Показатели больницы не превышают нормативные значения, благодаря чему обеспечивается высокое качество оказываемых услуг.



Рис. 3 . Среднее число койко-дней на 1 должность среднего медицинского персонала

**III. Качество медицинских услуг рассматривается с позиций их доступности, безопасности, оптимальности и оценивается по трем направлениям, получившим название «триада Донабедиана» – качество структуры, качество процесса и качество результата.** Все три составляющие можно представить в виде «треугольника качества» медицинской помощи/услуги. Оцените качество медицинской помощи в Вашем ЛПУ по предложенной схеме. Сделайте выводы о качестве МП (удовлетворительно/неудовлетворительно).

Результаты анализа представлены на рисунке 3.

Анализ выявил, что качество медицинских услуг в ГБУЗ НСО « НРБ № 1» (Новосибирская область) находится на удовлетворительном уровне, близки к стандартам.

Структурное качество

Качество процесса

Качество результата

 За ГБУЗ НСО « НРБ № 1»   закреплено оказание медицинской  помощи 39 тысячам жителей 5 муниципальных образований Новосибирского

В состав ГБУЗ НСО « НРБ № 1» входит:
1. Стационар на 238 коек , в том числе:
-    хирургическое отд.  на 35 коек
-    терапевтическое отд. на 50 коек
-    гинекологическое отд. на 27 коек
-    детское отд. на 30коек ( в т.ч. 15 коек реабилитации детей с ДЦП)
-     неврологическое отделение на 15 коек
-    отделение анестезиологии и реанимации на 6 коек
-    отделение скорой и неотложной помощи с 2-мя круглосуточными бригадами

  По штатному расписанию более 750 единиц , из них врачей 160 , среднего мед. персонала 303 .  Укомплектованность более 70 % .
      За последние 3 года проведены ремонты и реконструкция следующих отделений: хирургического, неврологического, терапевтического, гинекологического, Р-отделения, КДЛ, патанатомического отделения, поликлиники, отделения скорой помощи.
  Произведена полная реконструкция операционного блока , Р кабинета стационара . Отремонтировано , укомплектовано  оборудованием и штатами в соответствии с порядком оказания мед помощи отделение реабилитации детей с ДЦП . Внедрены и отработаны методики ЛФК , массажа, физиолечения , логопеда , иппотерапии , арттерапии , психолога.
 В прошлом году проведена  реконструкция отделения анестезиологии и реанимации , возведена двухскатная крыша на главном корпусе стационара , закончена реконструкция физиоотделения стационара , где   широко представлен блок электро магнито лечения , тепло лечения , массажные кабинеты , зал ЛФК, тренажерный зал.

Удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи – более 505

 Выполнение планов по достижению соотношений заработной платы по всем категориям медицинских работников со средней заработной платой в

субъекте - 100%

 Укомплектованность врачебным / средним медицинским персоналом -100%

Доля посещений с профилактической целью от общего числа посещений – 27%

 Уровень охвата новорожденных ранним врачебным наблюдением (патронажем) – более 95%

 Охват профилактическими прививками – 85% от плана

 Средние сроки пребывания больного на койке – 91% от норматива

 Процент вызовов со временем доезда до 20 минут - 79%

 Доля расхождения диагноза скорой медицинской помощи от приемного отделения медицинской организации - менее 5%

Рис. 3. Качество медицинских услуг ГБУЗ НСО « НРБ № 1» (Новосибирская область)

**IV. Предложите собственную модель (или виденье) повышения качества медицинской помощи в Вашем ЛПУ.**

В качестве повышения качества медицинской помощи в ГБУЗ НСО « НРБ № 1» (Новосибирская область) представим административную модель.

Будет проводиться оценка оценка законченных случаев лечения.

На рис. 4. представлена схема процесса системы контроля качества в ГБУЗ НСО « НРБ № 1» по законченным случаям, которая будет проводиться как для всего ЛПУ в целом, так и для анализа и оценки качества работы его подразделений и отдельных врачей.



Рис. 4. Процесс (функционирование) системы контроля законченных случаев лечения в ГБУЗ НСО « НРБ № 1»

Все законченные случаи (выписки из историй болезни и истории болезни) поступают для анализа, оцениваются в рамках специально разработанной программы на соответствие определенным критериям.

При выявлении в историях болезни отклонений (превышение средних сроков лечения на определенную величину, несоответствие диагноза классификации, длительный предоперационный период, наличие осложнений и т.д.), последние направляются для анализа врачу-эксперту (специалисту по обеспечению качества: терапевту, хирургу, неврологу и т.д. в зависимости от профиля). Для экспертизы законченного случая лечения используется «Карта оценки качества медицинской помощи», заполняемая врачом-экспертом и включающая следующие разделы: обоснованность госпитализации, полнота и своевременность постановки диагноза, полнота и своевременность обследования и лечения (в соответствии со стандартом) и причины отклонения от стандарта, качество оформления документов.

Анализируются причины возникших осложнений, соответствие средним для данной нозологической формы срокам лечения и причины возможных отклонений от этих сроков, достижение положительного результата лечения, для хирургических пациентов дополнительно средние сроки до операции и после операции, характер анестезиологического пособия и реанимационных мероприятий. В последующем по таким картам может проводиться анализ работы каждого врача, отделения.

После анализа при выявлении недостатков и проблем данные случаи рассматриваются соответствующими комиссиями по качеству (терапевтической, хирургической, неврологической и т.д.). Комиссией выявляются основные причины недостатков, которые условно можно разделить на три основные группы:

- недостатки профессиональной подготовки и знаний медицинского персонала;

- недостатки структуры и дефекты системы; неадекватное исполнение и поведение;

- субъективные причины (невнимательное отношение и т.д.)

Недостатки знаний можно компенсировать дополнительными занятиями, обучением, повышением квалификации, перестройкой существующего образовательного процесса. Дефекты системы устраняются перераспределением кадров, более эффективным использованием оборудования и медикаментов, изменением политики в ЛПУ и другими мероприятиями. В системе обеспечения качества медицинской помощи необходима разработка стандартных алгоритмов управления КМП по основным направлениям выявленных дефектов.

**V. Ситуация: руководство Вашего ЛПУ решило перевести на контрактную форму труда сотрудников, стаж работы которых не превышает 1 год. Ваше мнение? Плюсы и минусы данного решения.**

Плюсы:

- Контракт позволяет и работнику, и нанимателю заранее определить период возможного прекращения трудовых отношений:

- Четкое распределение обязанностей сотрудника, повышение уровня производительности ЛПУ

- Позволяет достаточно объективно учесть объем и качество выполненной работы;

- Предусматривает выплату отпускных всего за один день до начала отпуска, заработная плата может выплачиваться только раз в месяц.

-Позволяет учитывать специфику медицинского труда

Минусы:

- Контракт предусматривает повышение тарифной ставки для работника в размере до 50% и дополнительный отпуск.