

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Основ общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

 Л.А.Мурашова

«16» марта 2023 г.



Рабочая программа дисциплины
Общественное здоровье и здравоохранение, экономика
здравоохранения

для студентов 4-5 курсов,

специальность

_____ ,
лечебное дело (31.05.01)

форма обучения

очная

Рабочая программа дисциплины обсуждена
на заседании кафедры
«20.02.2023 г.
(протокол № 5)

Зав. кафедрой  Иванов А.Г.

Разработчик (и) рабочей программы:
к.м.н., доцент Березовский И.В.
д.м.н., профессор Иванов А.Г.

Тверь, 2023

I. Внешняя рецензия дана главным врачом государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тверской области «Городская клиническая больница № 7» Янушевичем Евгением Антоновичем

Рабочая программа рассмотрена на заседании профильного методического совета «02» февраля 2023 г. (протокол № 3)

Рабочая программа рекомендована к утверждению на заседании центрального координационно-методического совета «16» марта 2023 г. (протокол № 7)

II. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.05.01 Лечебное дело, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся универсальных, общепрофессиональных, профессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;
- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- создание в медицинских организациях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала;
- ведение медицинской документации в медицинских организациях;
- участие в организации оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- анализ научной литературы и официальных статистических обзоров, участие в проведении статистического анализа и публичное представление полученных результатов;

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
УК-2. Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла	ИУК-2.1 Формулирует на основе поставленной проблемы проектную задачу и способ ее решения через реализацию проектного управления	Владеет навыками: - решения проектных задач через реализацию проектного управления; Уметь: - формулировать проектные задачи и способы их решения; Знать: - принципы, методы и требования, предъявляемые к проектной работе.
	ИУК-2.2 Разрабатывает концепцию проекта в рамках обозначенной проблемы: формулирует цель, задачи, обосновывает актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения	Уметь: - формулировать цель и задачи проекта; - обосновывать актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения. Знать: - принципы разработки концепции

		проекта.
	ИУК-2.3 Планирует необходимые ресурсы, в том числе с учетом их заменяемости	Уметь: - планировать ресурсы, в том числе с учетом их заменяемости. Знать: - виды планов; - виды ресурсов здравоохранения.
	ИУК-2.4 Разрабатывает план реализации проекта с использованием инструментов планирования	Уметь: - разрабатывать план реализации проекта. Знать: - инструменты планирования.
	ИУК-2.5 Осуществляет мониторинг хода реализации проекта, корректирует отклонения, вносит дополнительные изменения в план реализации проекта, уточняет зоны ответственности участников проекта	Уметь: - осуществлять мониторинг хода реализации проекта; - корректировать отклонения хода реализации проекта; - вносить дополнительные изменения в план реализации проекта; - уточнять зоны ответственности участников проекта. Знать: - принципы мониторинга хода реализации проекта; - способы коррекции отклонений; - принципы распределения зон ответственности участников проекта.
УК-10. Способен принимать обоснованные экономические решения в различных областях жизнедеятельности	ИУК-10.1 Обладает основами экономической теории и базовыми принципами функционирования экономики и экономического развития	Владеть навыками: - использования базовых принципов функционирования и экономического развития медицинских организаций. Уметь: - применять принципы функционирования экономики и экономического развития в различных областях жизнедеятельности. Знать: - основы экономической теории; - природу экономических связей и отношений; - базовые принципы функционирования экономики и экономического развития.
	ИУК-10.2 Анализирует конкретные экономические ситуации и применяет обоснованные экономические решения в профессиональной деятельности	Владеть навыками: - анализа деятельности медицинской организации; - обоснования экономических решений в профессиональной деятельности. Уметь: - анализировать деятельность ме-

		<p>дицинской организации;</p> <ul style="list-style-type: none"> - обосновывать экономические решения в профессиональной деятельности. <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - показатели экономической деятельности медицинской организации.
<p>ОПК-2. Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>ИОПК-2.1. Планирует и применяет наиболее эффективные методы и средства информирования населения о здоровом образе жизни, повышения его грамотности в вопросах профилактики заболеваний</p>	<p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - планирования и применения методов и средств пропаганды здорового образа жизни и профилактики наиболее распространенных заболеваний; - проведения санитарно-просветительской работы среди населения с целью повышения его грамотности в вопросах профилактики заболеваний; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - планировать и проводить санитарно-гигиеническое просвещение среди населения с целью информирования о здоровом образе жизни и профилактики заболеваний; <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные элементы здорового образа жизни и методы их формирования; - методы и средства повышения грамотности населения в вопросах профилактики заболеваний.
	<p>ИОПК-2.2. Осуществляет пропаганду здорового образа жизни, санитарно-просветительскую работу среди населения</p>	<p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пропаганды здорового образа жизни. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять пропаганду здорового образа жизни; - осуществлять пропаганду здорового образа жизни и формировать у населения поведение, направленное на сохранение и повышение уровня соматического здоровья; <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - социально-гигиенические и медицинские аспекты алкоголизма, наркоманий, токсикоманий, основные принципы их профилактики; - методы профилактики инфекционных и неэпидемических заболе-

<p>ОПК-9. Способен реализовывать принципы менеджмента качества в профессиональной деятельности</p>	<p>ИОПК-9.1. Использует статистические показатели, принципы системы менеджмента качества в профессиональной деятельности</p>	<p>ваний.</p> <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - расчета статистических показателей, средних величин, показателей характеризующих разнообразие признака в статистической совокупности и достоверности результатов исследования; - расчета показателей здоровья населения; - расчета показателей деятельности медицинских организаций. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать статистические показатели для оценки здоровья населения и деятельности медицинских организаций. <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы расчета статистических показателей, средних величин, показателей характеризующих разнообразие признака в статистической совокупности и достоверности результатов исследования; - методы расчета показателей здоровья населения; - методы расчета показателей деятельности медицинских организаций; - принципы организации медицинской помощи различным категориям населения в зависимости от места проживания, возраста и пола; - нормы и нормативы используемые в работе медицинских организаций; - критерии качества оказания медицинской помощи населению в зависимости от места проживания, возраста и пола; - основные принципы системы менеджмента качества медицинской организации.
	<p>ИОПК-9.2. Анализирует и критически оценивает качество профессиональной деятельности по заданным показателям; использует алгоритм оценки качества работы медицинских организаций</p>	<p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализа качества профессиональной деятельности по заданным показателям. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить анализ качества оказания медицинской помощи; - использовать алгоритм оценки

		<p>качества работы медицинских организаций.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - показатели качества профессиональной деятельности; - алгоритм оценки качества работы медицинских организаций.
<p>ОПК-11. Способен подготавливать и применять научную, научно-производственную, проектную, организационно-управленческую и нормативную документацию в системе здравоохранения</p>	<p>ИОПК-11.1. Осуществляет поиск и отбор научной, нормативно-правовой документации в соответствии с заданными целями, их анализ и применение для решения профессиональных задач</p>	<p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - подготовки и применения научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации для решения профессиональных задач. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять поиск и отбор научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации в соответствии с заданными целями, ее анализ и применение для решения профессиональных задач; <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основную научную, научно-производственную, проектную, организационно-управленческую и нормативную документацию в системе здравоохранения.
<p>ПК-5. Способен к ведению медицинской документации и организации деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала</p>	<p>ИПК-5.1 Применяет нормативно-правовые акты и иные документы в сфере охраны здоровья, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников при оформлении медицинской документации в амбулаторных и стационарных медицинских организациях, в работе с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну</p>	<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> применять нормативно-правовые акты и иные документы в сфере охраны здоровья, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников при оформлении медицинской документации в амбулаторных и стационарных медицинских организациях, в работе с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан; - нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников при оформлении медицинской документации в амбулаторных и ста-

		<p>ционарных медицинских организациях, в работе с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну;</p>
	<p>ИПК-5.2 Применяет правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника</p>	<p>Уметь: - применять правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника.</p> <p>Знать: - правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника; - организацию медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника</p>

3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» входит в Обязательную часть Блока 1 ОПОП специалитета.

Содержательно она закладывает основы знаний и практических умений в области общественного здоровья, организации и управления здравоохранения, экономики здравоохранения.

Состояние здоровья населения России на фоне радикальных социально-экономических преобразований, демонополизации системы здравоохранения, децентрализации управления отраслью, развития системы медицинского страхования и стандартизации, возникновения новых экономических отношений и появления дополнительных источников финансирования повышает значимость подготовки врачей по проблемам общественного здоровья, организации, управления и экономики здравоохранения.

Врачи XXI века врачи должны иметь знания и умения и выработать ПК по оценке общественного здоровья, функционированию и анализу деятельности медицинских организаций в условиях обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, развития медицинского страхования и совершенствованию существующих и внедрению новых организационно-клинических технологий и др.

За время обучения, обучающиеся должны совершенствовать свои знания и приобретенные компетенции по изученным разделам общественного здоровья. В рамках данной дисциплины проводится изучение таких разделов, как: теоретические основы дисциплины и политика в области охраны здоровья населения; основы медицинской статистики, организация статистического исследования и статистический анализ; общественное здоровье и факторы его определяющие; охрана здоровья населения; укрепление здоровья

населения и современные проблемы профилактики; важнейшие неинфекционные и инфекционные заболевания, как медико-социальная проблема, организация медико-социальной помощи, профилактика; основы проектирования, управления, экономики и финансирования здравоохранения, некоторые аспекты экономики, ценообразование в здравоохранении, экономический анализ деятельности медицинских организаций, финансовая среда, рыночные отношения в здравоохранении, финансирование и оплата труда медицинских работников.

Уровень начальной подготовки обучающегося для успешного освоения дисциплины:

- *Иметь представление* о факторах внешней среды, влияющих на здоровье человека; о месте и роли врача в системе оказания медицинской помощи населению.
- *Знать* историю развития медицины и здравоохранения, исторические этапы здравоохранения России, теорию вероятности, патологические состояния и нозологические формы заболеваний, организацию работы среднего медицинского персонала.

Преподавание дисциплины «общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения» в рамках ООП базируется на знаниях, полученных на дисциплинах: биоэтика, история медицины, математика, медицинская информатика, гигиена.

1. Перечень дисциплин и практик, усвоение которых обучающимися необходимо для изучения общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения:

- Медицинская этика
Разделы: моральные принципы биоэтики; врач – пациент, модели взаимоотношений; новые репродуктивные технологии, морально-этические проблемы аборта; смерть и умирание. проблемы эвтаназии; эпидемиология и этика, СПИД: морально-этические проблемы; этика биомедицинских исследований на человеке и животных, биоэтические комитеты.
- История медицины
Разделы: медицина в период развития капитализма в России. (II половина XIX в - начало XX в), развитие клинических дисциплин гигиены, земской медицины; становление отечественной медицины и здравоохранения в советский период. Фрагменты разделов, рассматривающие вклад ученых и естествоиспытателей в изучение влияния социальных факторов на здоровье населения.
- Математика
Разделы: Теория вероятности.
- Медицинская информатика
Разделы: Типовые задачи информатизации медицинского технологического процесса; информационные системы в здравоохранении; автоматизированное рабочее место врача
- Гигиена.
Разделы: гигиенические аспекты работы медицинских учреждений, гигиена питания, гигиена труда.
- Учебная практика "Научно-исследовательская работа"
подготовка научной, научно-производственной, проектной, документации.

2. Перечень дисциплин и практик, для усвоения которых обучающимся необходимо знание дисциплины «общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» как предшествующее:

- Поликлиническая терапия
Раздел 1. Теоретические основы общественного здоровья и здравоохранения. Политика в области охраны здоровья населения
Раздел 3. Общественное здоровье и факторы его определяющие

3.1. Медицинская демография.

3.2. Заболеваемость

3.4. Физическое развитие.

3.3. Инвалидность

Раздел 4. Охрана здоровья населения

4.1. Организация лечебно-профилактической помощи населению.

4.2. Анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений и оценка качества лечебно-профилактической помощи.

4.3. Медицинская экспертиза.

4.8. Социальное и медицинское страхование.

Раздел 5. Укрепление здоровья населения. Современные проблемы профилактики

Раздел 6. Важнейшие неинфекционные и инфекционные заболевания, как медико-социальная проблема: эпидемиология, организация медико-социальной помощи, профилактика

4. Объём дисциплины составляет 6 зачетных единиц, 216 академических часов, в том числе 118 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 98 часов самостоятельной работы обучающихся.

5. Образовательные технологии

В процессе освоения дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций:

традиционная лекция, лекция-визуализация, проблемная лекция, занятие – конференция, тренинг, мозговой штурм, деловая учебная игра, учебно-исследовательская работа студента, подготовка письменных аналитических работ, подготовка и защита рефератов.

В самостоятельной работе студентов: участие в научно-практических конференциях, учебно-исследовательская работа студентов в форме доклада (написание лекций для населения по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний), написание рефератов, освоение определенных разделов теоретического материала, подготовка к практическим занятиям.

6. Формы промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация – в X семестре проводится трехэтапный курсовой экзамен.

III. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины

Модуль 1.

«Общественное здоровье и здравоохранение»

Раздел 1. Теоретические основы общественного здоровья и здравоохранения. Политика в области охраны здоровья населения

Общественное здоровье и здравоохранение как научная дисциплина о закономерностях общественного здоровья, воздействия социальных условий, факторов внешней среды и образа жизни на здоровье, способах его охраны и улучшения. Основные теоретические концепции медицины и здравоохранения.

Место дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» среди медицинских, гигиенических и общественных наук в системе медицинского образования. Роль дисциплины в практической деятельности врача, органов и учреждений здравоохранения, в планировании, управлении, организации труда в здравоохранении.

Основные методы исследования дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение»: статистический, исторический, экспериментальный, социологический, экономико-математический, моделирования, метод экспертных оценок, эпидемиологический и др.

Возникновение и развитие социальной гигиены (общественной медицины) в зарубежных странах. Становление и развитие социальной гигиены и организации здравоохранения в России.

Здравоохранение как система мероприятий по сохранению укреплению и восстановлению здоровья населения.

Основные принципы отечественного здравоохранения на этапах его развития.

Кодекс законов об охране здоровья населения и теоретические аспекты врачебной этики медицинской деонтологии. Федеральный закон «Об охране здоровья населения Российской Федерации». Общие положения. Основные принципы охраны здоровья граждан. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья. Организация охраны здоровья. Права медицинских работников.

Участие общественных организаций в охране здоровья населения. Роль профессиональных союзов. Общество Красного Креста. Профессиональные медицинские ассоциации.

Раздел 2. Основы медицинской статистики и организация статистического исследования. Статистический анализ.

2.1. Организация статистического исследования. Основные этапы. Составление плана и программы исследования. Единица наблюдения. Объект исследования. Виды статистических исследований. Понятие репрезентативности выборочного исследования и его виды. Сбор материала. Способы сбора материала. Разработка статистического материала. Виды статистических таблиц. Группировка и шифровка статистических данных. Обработка и статистический анализ. Ошибки статистического анализа.

2.2. Статистические методы обработки результатов медико-биологических исследований:

2.2.1. Методы расчета обобщающих коэффициентов и величин. Методы анализа динамики явлений. Понятие об относительных величинах. Способы вычисления, область применения и их характеристики.

Динамический ряд, определение. Типы динамических рядов. Показатели динамического ряда, их вычисление и практическое применение.

2.2.2. Методы расчета средних величин и статистических критериев разнообразия признака. Вариационный ряд, виды вариационных рядов, величины его характеризующие. Средние величины, статистические критерии разнообразия признака, их свойства и применение.

2.2.3. Методы оценки достоверности относительных и средних величин. Критерии параметрического метода оценки и способы их расчета.

2.2.4. Методы сравнения статистических совокупностей (параметрические и непараметрические методы), их применения. Методика расчета и анализа результатов критерия соответствия (χ^2).

2.2.5. Методы оценки взаимодействия факторов. Понятие о функциональной и корреляционной зависимости. Коэффициент корреляции, его оценка. Параметрические и непараметрические методы расчета коэффициента корреляции, их значение и практическое применение.

2.2.6. Метод стандартизации. Сущность значение и применение метода стандартизации. Методика вычисления и анализ стандартизованных показателей.

2.3. Графическое изображение в статистике. Виды графических изображений, их использование для анализа явлений.

Раздел 3. Общественное здоровье и факторы его определяющие

Индивидуальное здоровье. Общественное здоровье. Схема изучения здоровья населения и отдельных его групп: важнейшие факторы и условия, определяющие уровень общественного здоровья: социально-экономические (условия и образ жизни), экологические и природно-климатические, биологические (наследственность, этнические особенности, возраст, пол), уровень и организация медицинской помощи.

3.1. Медицинская демография. Медико-социальные аспекты демографических процессов.

3.1.1. Определение медицинской демографии, основные разделы. Значение демографических данных для характеристики здоровья населения, анализа и планирования деятельности органов и учреждений здравоохранения.

3.1.2. Статика населения: важнейшие показатели. Переписи населения, методика проведения, результаты. Характеристика изменений численности населения. Типы возрастно-половой структуры населения. Постарение населения как современная демографическая тенденция развитых стран. Медико-социальное значение этой проблемы.

3.1.3. Динамика населения, ее виды. Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация, сезонная, маятниковая). Факторы ее определяющие; основные тенденции. Влияние миграции на здоровье населения; задачи органов и учреждений здравоохранения. Дети мигрантов. Влияние миграции на здоровье детей.

3.1.4. Воспроизводство населения (естественное движение). Общие и специальные показатели, методы расчета, анализ и оценка. Современное состояние и основные тенденции демографических процессов в РФ и зарубежных странах, факторы, определяющие особенности и динамику современных демографических процессов.

3.1.5. Рождаемость, методика изучения, общие и специальные показатели. Смертность населения, методика изучения, общие и по возрастные показатели. Младенческая и перинатальная смертность, их основные причины. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении и средняя продолжительность предстоящей жизни. Сущность и значение этих показателей. Факторы, влияющие на уровень и структуру общих и специальных показателей. Использование демографических показателей в практической деятельности врача, их значение для оценки деятельности органов и учреждений здравоохранения.

3.1.6. Детская смертность и ее составляющие: младенческая смертность, неонатальная смертность, постнеонатальная смертность и др. Перинатальная смертность, мертворождаемость. Методика изучения детской и перинатальной смертности; факторы, влияющие на их уровень; тенденции. Смертность подростков. Младенческая и перинатальная смертность как медико-социальная проблема.

3.1.7. Материнская смертность как медико-социальная проблема. Методика изучения, уровень, тенденции. Факторы, влияющие на материнскую смертность.

3.2. Заболеваемость

3.2.1. Определение понятия заболеваемости. Роль государственной статистики заболеваемости в изучении состояния здоровья населения.

3.2.2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-Х), принципы и особенности ее построения.

3.2.3. Методы изучения заболеваемости и их сравнительная характеристика. Эпидемиологические методы изучения заболеваемости. Виды заболеваемости. Заболеваемость по обращаемости за медицинской помощью. Специальные виды изучения заболеваемости по обращаемости, их особенности. Методика изучения: единица наблюдения, учетные документы и их содержание. Показатели заболеваемости и их уровни.

3.2.4. Значение заболеваемости как основного критерия здоровья населения и отдельных его групп для анализа и планирования деятельности врачей, органов и учреждений здравоохранения, для оценки качества и эффективности медицинской помощи.

3.3. Инвалидность. Определение понятие инвалидности. Источники информации. Понятие о показателях первичной инвалидности, распространенности инвалидности. Со-

временное состояние и тенденции инвалидизации населения при основных заболеваниях, факторы их определяющие.

3.4. Физическое развитие. Определение понятия. Физическое развитие как один из критериев оценки состояния здоровья населения. Антропометрические, соматометрические и физиометрические признаки. Индексы физического развития. Основные показатели физического развития в различных возрастно-половых группах, их особенности и тенденции. Стандарты физического развития. Факторы, влияющие на динамику физического развития.

Раздел 4. Охрана здоровья населения

Определение понятия «Охрана здоровья населения». Принципы охраны здоровья граждан РФ. Программы государственных гарантий. Структура системы охраны здоровья населения: общественное и частное здравоохранение; служба государственного санитарно-эпидемиологического надзора, система санаторно-курортного лечения и реабилитации; система медицинского страхования, система лекарственного обеспечения. Номенклатура учреждений здравоохранения.

4.1. Организация лечебно-профилактической помощи населению.

Медицинская помощь. Виды медицинской помощи. Медицинские организации (МО). Основные виды деятельности МО. Преемственность и взаимосвязь между различными медицинскими организациями: формы организации и значение.

4.1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь населению.

Декларация конференции по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (Алматы, 1978 г.). Принципы ПМСП. Основные направления (элементы) ПМСП: гигиеническое обучение и воспитание населения, содействие обеспечению рациональным питанием, доброкачественным водоснабжением, иммунизация населения и др. Критерии оценки деятельности по организации ПМСП (доля ВВП, уровень младенческой смертности и СППЖ, доступность ПМСП и др.).

Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению. Основные учреждения: общие, специализированные; структура задачи направления деятельности.

Поликлиника. Ее роль в организации медицинской помощи населению и изучении его здоровья. Функции и организационная структура поликлиники. Организация работы поликлиники в условиях медицинского страхования. Регистратура и ее назначение. Участковый принцип поликлинического обслуживания.

Организация неотложной медицинской помощи. Лечебно-диагностическая деятельность поликлиники. Реформирование первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики. Организация его работы, взаимодействие с другими специалистами.

Лечебно-диагностические вспомогательные подразделения. Их значение для обеспечения ЛПП населению.

Профилактическая работа поликлиники. Диспансерный метод в работе поликлиники, его элементы. Профилактические осмотры. Отделение и виды профилактики. Роль поликлиники в формировании здорового образа жизни.

Специализированные учреждения амбулаторно-поликлинической помощи. Специализированные поликлиники. Диагностические центры. Их функции, организация работы.

Диспансеры. Их функции, организация работы.

Организация скорой медицинской помощи. Скорая медицинская помощь: определение, принципы организации службы.

4.1.2. Стационарная помощь.

Лечебно-профилактические учреждения, оказывающие стационарную помощь: больницы самостоятельные и объединенные с поликлиниками, стационарные отделения диспансеров и др.

Стационар: функции, организационная структура. Порядок поступления и выписки больных. Приемное отделение: структура, организация работы. Основные отделения ста-

ционара. Отделение медицинской статистики. Роль врача в организации лечебно-охранительного режима. Санитарно-противоэпидемиологический режим .

Альтернативные формы стационарной помощи. Дневные стационары, стационары на дому, центры амбулаторной хирургии. Дифференциация стационарной помощи по степени интенсивности лечения и ухода: больницы интенсивного лечения, для долечивания, восстановительного лечения, медицинской реабилитации, медико-социальной помощи; больницы сестринского ухода. Хосписы.

Организация санаторно-курортной помощи. Санаторно-курортная помощь как одно из важных звеньев в системе лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Лекарственная помощь населению. Обеспечение учреждений здравоохранения медицинским оборудованием и инструментами. Развитие лекарственной помощи населению и медико-технического снабжения в условиях медицинского страхования. Аптеки. Взаимодействие аптечных и медицинских организаций.

4.1.3. Организация медико-санитарной помощи работникам промышленных предприятий.

Особенности и основные формы организации медицинской помощи, работающим на промышленных предприятиях.

Медико-санитарная часть, здравпункты: их задачи, структура и функции. Цеховой участковый принцип работы. Основные функции цехового врача, его роль в снижении заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Диспансерное наблюдение различных групп работающих. Профилактика производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

4.1.4. Организация медицинской помощи сельскому населению.

Особенности медицинской помощи сельскому населению в связи со спецификой условий организации сельскохозяйственного производства и расселения в сельских районах. Этапность организации медицинской помощи сельскому населению.

Сельский врачебный участок: его структура и функции. *Фельдшерско-акушерский пункт. Врачебная амбулатория. Общая врачебная практика. Участковая больница:* организация амбулаторной и стационарной помощи.

Центральная районная больница: ее задачи структура и функции. Роль ЦРБ в организации специализированной помощи сельскому населению. ЦРБ как организационно-методический центр по руководству медицинскими учреждениями района, формы и методы работы.

Областные медицинские учреждения. Областная больница. Областные диспансеры, областные санитарно-профилактические учреждения. Их роль в обеспечении высококвалифицированной медико-санитарной помощи сельскому населению. Основные направления совершенствования помощи сельскому населению.

4.1.5. Система охраны здоровья матери и ребенка.

Система охраны здоровья матери и ребенка: цель, задачи, основные этапы.

Акушерско-гинекологические учреждения: женская консультация, родильный дом, гинекологические больницы и отделения. Женская консультация: типы, структура, задачи, особенности организации работы. Диспансерный метод в работе женских консультаций. Функции участковых акушеров гинекологов.

Родильный дом: его задачи и структура. Мероприятия по предупреждению материнской и перинатальной смертности. Репродуктивные потери.

Объединенная детская больница. Детская поликлиника: ее задачи, особенности организации амбулаторно-поликлинической помощи детям, структура. Участковый принцип и диспансерный метод в организации медицинской помощи детям.

Детские стационары: их виды, задачи, структура, особенности организации работы. Особенности лечебно-охранительного режима. Основные разделы деятельности медицинских работников детских дошкольных и школьных учреждений.

Организация службы планирования семьи. Региональная модель службы планирования семьи. Организация реабилитации репродуктивного здоровья в супружеской паре.

Организация лечебно-профилактической помощи детям и подросткам. Порядок передачи наблюдаемых контингентов по достижении возраста 18 лет под наблюдение амбулаторно-поликлинического учреждения общей сети.

4.2. Анализ деятельности медицинских организаций и качество медицинской помощи.

Элементы лечебно-диагностического процесса. Основные понятия клинического менеджмента. Основная учетная документация. Отчет медицинской организации. Основные показатели деятельности амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений.

Качество медицинской помощи. Определение, основные понятия (медицинская технология, профессиональный стандарт и др.) Управление качеством медицинской помощи. Качество структуры, процесса и результата. Компоненты деятельности по оценке качества. Компоненты деятельности по обеспечению качества. Методика оценки качества медицинской помощи.

Стандарты в медицине и здравоохранении. Стандарты медицинской помощи (ресурсные, организационные, технологические).

Внутриведомственный и вневедомственный контроль качества медицинской помощи, ее уровни и участники.

Факторы, оказывающие влияние на деятельность амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений.

4.3. Медицинская экспертиза.

Понятие о нетрудоспособности (временной и стойкой). Экспертиза временной нетрудоспособности. Листок нетрудоспособности, порядок его выдачи. Основные ошибки, связанные с выдачей и оформлением документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность.

Медико-социальная экспертиза. Основные понятия, используемые при проведении МСЭ: инвалид, инвалидность, нарушения здоровья, жизнедеятельность, ограничение жизнедеятельности, степени выраженности ограничений жизнедеятельности, социальная недостаточность. МСЭК. Порядок направления граждан на МСЭ.

4.4. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Принципы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Место и роль службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в системе охраны здоровья населения. Система управления службой. Структура, функции, задачи. Основные законодательные и нормативные акты.

4.5. Социальное и медицинское страхование.

4.5.1. Социальная защита населения. Определение. Органы социальной защиты. Виды социальной защиты (пособия, пенсии, услуги, льготы). Социальное страхование. Государственный характер социального страхования и социальной защиты населения.

4.5.2. Социальное страхование. Органы социального страхования, структура и функции. Бюджет социального страхования. Государственный характер социального страхования и социальной защиты. Взаимодействие органов и учреждений здравоохранения с учреждениями социального страхования и социальной защиты.

4.5.3. Медицинское страхование. Добровольное и обязательное медицинское страхование. История. Законодательная база медицинского страхования в РФ. Виды, принципы. Организация медицинского страхования: субъекты, их права и обязанности, взаимодействие на основе договорных отношений. Страховой полис. Источники финансирования. Фонды ОМС. Программа государственных гарантий. Лицензирование и аккредитация как условие деятельности медицинских учреждений в системе медицинского страхования. Порядок оплаты медицинских услуг в лечебных учреждениях в системе медицинского страхования.

Раздел 5. Укрепление здоровья населения. Современные проблемы профилактики.

Профилактика как одно из приоритетных направлений охраны здоровья населения. Вопросы профилактики в законодательных документах.

Цель профилактики; ее задачи, уровни и виды. Стадии профилактики. Категории оценки эффективности профилактики.

Факторы риска и «антириска». Классификация факторов риска и их практическое значение. Стратегии профилактики (популяционная, высокого риска).

Скрининг. Определение, цель, виды. Группы риска: определение, этапы формирования.

Образ жизни. Определение, категории. Влияние образа жизни на индивидуальное и общественное здоровье.

Здоровый образ жизни. Определение, механизмы его формирования. ЗОЖ как инструмент реализации профилактических программ на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях. Понятие о медицинской активности, ее параметры.

Гигиеническое обучение и воспитание населения. Цели, принципы, методы, формы и средства.

Раздел 6. Важнейшие неинфекционные и инфекционные заболевания, как медико-социальная проблема: эпидемиология, организация медико-социальной помощи, профилактика.

Медико-социальная проблема: определение, критерии значимости (первичная заболеваемость, распространенность, инвалидность, смертность, экономический ущерб, организация специализированной медицинской помощи).

Болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания, туберкулез, нервно-психические заболевания, травматизм как медико-социальные проблемы. Их уровни заболеваемости и смертности, инвалидность, факторы риска. Возрастно-половые, социальные (профессиональные) и региональные особенности. Особенности диспансеризации населения с этими заболеваниями. Особенности организации медицинской помощи.

Алкоголизм, наркомания, токсикомания как медико-социальная проблема. Динамика распространения, возрастно-половые и региональные особенности, медицинские и социальные последствия. Организация медицинской помощи лицам, страдающим различными формами алкогольной и наркотической зависимости.

Инфекционные заболевания как медико-социальная проблема. Распространенность и структура инфекционной патологии, региональные особенности эпидемиологии. Карантинные заболевания. Туберкулез. ВИЧ-инфекция. СПИД. Факторы, влияющие на их частоту в различных группах населения. Возрастно-половые и региональные особенности.

Модуль 2

Экономика, проектирование и управление здравоохранением.

Раздел 1. Экономика здравоохранения.

1.1. Теоретические основы «Экономики здравоохранения». Определение, цели, задачи, виды. Взаимосвязь здравоохранения и экономики. Направления экономической деятельности (экономичность и экономическая эффективность). Виды эффективности здравоохранения (медицинская, социальная, экономическая). Методики оценки экономической эффективности здравоохранения. Критерии и показатели для оценки эффективности деятельности медицинских учреждений и требования к ним. Методы определения экономических потерь и экономии средств по показателям деятельности стационарных учреждений. Экономический ущерб от заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Пути повышения эффективности здравоохранения. Повышение экономической эффективности функционирования медицинских учреждений. Экономические эксперименты в здравоохранении.

1.2. Формирование рыночных отношений в здравоохранении. Понятие рынка и рыночных отношений. Принципы и условия формирования рыночных отношений в здравоохранении. Понятие товара и услуги. Медицинская услуга в сфере товарно-денежных отношений. Понятие спроса и покупательной способности. Закон спроса. Факторы влияющие на спрос в здравоохранении. Виды спроса. Предложения применительно к здравоохранению. Понятие цены. Функции цен. Цена спроса, цена предложения, цена равновесия. Их значение применительно к здравоохранению. Понятие конкуренции. Её виды. Участники конкуренции в здравоохранении. Конкурентные преимущества в здравоохранении. Важнейшие функции рынка в здравоохранении. Типы рынка. Рынок медицинских услуг. Виды медицинских услуг. Их специфические особенности. Теневой рынок товаров и услуг в здравоохранении. Причины его формирования. Оценка экономической эффективности коммерческих медицинских организаций. Понятие балансовой прибыли, выручки. Себестоимость медицинских услуг и её составляющие. Безубыточность и убытки. Определение точки критического объёма реализации медицинских услуг.

1.3. Финансирование охраны здоровья граждан. Определение медицинского учреждения, финансов учреждений здравоохранения, финансовых средств, финансовых ресурсов. Источники финансовых ресурсов системы здравоохранения в Российской Федерации.

Многоканальное финансирование и принцип бюджетного финансирования ЛПУ. Многоканальное финансирование и принцип финансирования ЛПУ в системе обязательного медицинского страхования. Федеральный бюджет. Финансирование здравоохранения за счет средств федерального бюджета. Бюджет субъекта РФ. Финансирование здравоохранения за счет средств бюджета субъекта РФ. Бюджет муниципального образования. Финансирование здравоохранения за счет средств бюджета муниципального образования. Источники финансовых средств ОМС. Бюджет. Бюджетная классификация, ее структура. Смета расходов ЛПУ. Её составные части. Порядок формирования сметы.

1.4. Система оплаты труда работников здравоохранения. Должностной оклад. Профессиональные квалификационные группы и квалификационные уровни. Порядок и условия установления компенсационных выплат. Размеры компенсационных выплат. Доплата работникам, занятым в опасных для здоровья и тяжёлых условиях труда. Надбавка за выслугу лет и за работу в сельской местности. Доплата за работу в ночное время и в выходные и праздничные дни. Надбавка за квалификационную категорию и руководителям ЛПУ. Порядок и условия установления стимулирующих выплат. Размеры стимулирующих выплат. Надбавка за присвоение учёной степени, почётного звания и награждение почётным знаком. Составление тарификационного списка работника. Начисления на оплату труда.

1.5. Финансовая среда и финансовое обеспечение деятельности ЛПУ. Финансовые ресурсы и их классификация. Кредиты и их виды. Лизинг. Факторинг. Финансовые показатели деятельности ЛПУ. Экономический механизм управления ресурсами ЛПУ. Характеристика материальных ресурсов ЛПУ. Эффективность использования коечного фонда. Экономический ущерб вследствие нерационального и нецелевого использования коечного фонда.

1.6. Экономический анализ деятельности медицинских организаций. Цель анализа финансовой деятельности медицинской организации. Аудит. Использование результатов анализа финансовой деятельности медицинских организаций. Внутренний и внешний финансовый анализ. Показатели, характеризующие производственную и финансовую деятельность медицинской организации. Показателей анализа использования основных фондов, методика их расчета. Показатели использования коечного фонда, их расчет. Показатели использования медицинской техники, их расчет. Анализ финансовых средств.

1.7. Ценообразование в здравоохранении. Определение понятий: ценообразование, цена, тариф, стоимость, потребительская стоимость, себестоимость, удельная стоимость, прибыль, рентабельность. Основные принципы ценообразования. Задачи и цели

ценообразования. Виды цен на медицинские услуги. Структура тарифа на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Единицы расчета цены на медицинские услуги. Себестоимость медицинских услуг. Затраты (элементы), входящие в себестоимость. Факторы, влияющие на снижение и повышение себестоимости медицинских услуг. Расчет себестоимости одной медицинской услуги. Расчет госпитализации одного больного. Цена медицинской услуги и методики её расчета. Прибыль и рентабельность. Их роль и значение в формировании цены на медицинские услуги.

Раздел 2. Управление проектами в медицинской организации

Введение в управление проектами. Основные понятия. История вопроса. Типы и виды проектов. Основные функции управления проектами. Окружение проекта. Участники проекта. Концепция управления проектами. Жизненный цикл и фазы проекта. Критерии успешности проекта. Цели и задачи проекта.

Менеджмент проекта. Подготовка и открытие проекта. Диагностика и целевое состояние. Карта потока создания ценности. Текущее и целевое состояние. Инструменты анализа потерь: метод «5 почему?», метод «5W1H», диаграмма Исикавы, диаграмма спагетти, диаграмма Парето, диаграмма связей, метод 365, NUF-тест, анализ баланса сил, древовидная диаграмма, матрица показателей. Визуальный менеджмент. Паспорт проекта. Внедрение улучшений. Закрепление результатов. Стандартизация процессов. Стандартная операционная карта. Мониторинг устойчивости улучшений. Закрытие проекта.

Концепция бережливого производства, ее цели. История возникновения системы. Стратегия и цели развития компании. Бережливое производство в рамках других моделей повышения эффективности. Бережливых технологий в здравоохранении. Заказчик. Поставщик. Способы выявления потерь. Перепроизводство. Ожидание. Лишние движения. Перемещение. Излишняя обработка. Запасы. Брак. Нерациональное использование рабочей силы. Основные шаги внедрения приоритетного проекта "Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь".

Раздел 3. Управление здравоохранением. Менеджмент в здравоохранении.

Центральные и местные органы управления здравоохранением. Их структура и функции. Менеджмент в здравоохранении.

2. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций*

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем		Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции						Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего в т.ч рубежного контроля успеваемости
	лекции	практические занятия				УК-2	УК-10	ОПК-2	ОПК-9	ОПК-11	ПК-5		
Модуль 1. Общественное здоровье и здравоохранение.													
1. Теоретические основы общественного здоровья и здравоохранения. Политика в области охраны здоровья населения.	4		4	6	10						X	Л	
2. Основы медицинской статистики и организация статистического исследования. Статистический анализ, в т.ч.		28	28	15	43								
2.1. Организация статистического исследования. Основные этапы.		5	5	2	7					X		Т	Т, ЗС, Пр, С

2.2. Статистические методы обработки результатов медико-биологических исследований в т.ч.		22	22	11	33				X				
2.2.1. Методы расчета обобщающих коэффициентов и величин, их свойства и применение. Методы анализа динамики явлений.		5	5	2	7				X			Т	Т, ЗС, Пр, С
2.2.2. Методы расчета средних величин и статистических критериев разнообразия признака.		3	3	2	5				X			Т	Т, ЗС, Пр, С
2.2.3. Методы оценки достоверности относительных и средних величин		3	3	1	4				X			Т	Т, ЗС, Пр, С
2.2.4. Методы сравнения статистических совокупностей (параметрические и непараметрические методы), их применение.		3	3	2	5				X			Т	Т, ЗС, Пр, С
2.2.5. Методы оценки взаимодействия факторов.		3	3	2	5				X			Т	Т, ЗС, Пр, С
2.2.6. Метод стандартизации.		5	5	2	7				X			ДИ	Т, ЗС, Пр, С
2.3. Графическое изображение в статистике.		1	1	2	3				X				Т, ЗС, Пр, С
3. Общественное здоровье и факторы его определяющие, в т.ч.	2	11	13	6	19								
3.1. Медицинская демография.	2	6	8	2	10				X			ЛВ, АР	Т, ЗС, Пр, С
3.2. Заболеваемость.		3	3	2	5				X			АР	Т, ЗС,

3.3. Инвалидность.		1	1	1	2				X			AP	Пр, С Т, ЗС, Пр, С
3.4. Физическое развитие.		1	1	1	2				X				С
4. Охрана здоровья населения, в т.ч.	12	18	30	17	47						X		
4.1. Организация лечебно-профилактической помощи населению, в т.ч.	5	8	13	10	23						X		
4.1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь населению.	1	1	2	5	7					X	X	AP	Т, ЗС, Пр, С
4.1.2. Стационарная помощь.		1	1	2	3					X	X	AP	Т, ЗС, Пр, С
4.1.3. Организация медико-санитарной помощи работникам промышленных предприятий	1		1	1	2						X	Л	
4.1.4. Организация медицинской помощи сельскому населению.	1		1	1	2						X	Л	
4.1.5. Система охраны здоровья матери и ребенка.	2	6	8	1	9				X		X	ПЛ	
4.2. Анализ деятельности медицинских организаций и качество медицинской помощи.	2	4	6	3	9				X	X	X	Т, AP	Т, ЗС, Пр, С
4.3. Медицинская экспертиза.		4	4	2	6					X	X		
4.4. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополу-	1		1		1						X	Л	

чия человека.													
4.5. Социальное и медицинское страхование, в т.ч.	4	2	6	3	9						X	Л	Т, ЗС, Пр, С,
4.5.1. Социальная защита населения.	1	1	2	1	3						X	Л, Т	Т, ЗС, Пр, С,
4.5.2. Социальное страхование.	1	1	2	1	3						X	Л, Т	Т, ЗС, Пр, С,
4.5.3. Медицинское страхование.	2		2	1	3						X	Л	
5. Укрепление здоровья населения. Современные проблемы профилактики.	2	1	3	3	6			X				Л, ЗК	Т, С, Д, Пр, Р
6. Важнейшие неинфекционные и инфекционные заболевания, как медико-социальная проблема: эпидемиология, организация медико-социальной помощи, профилактика.	4		4	5	9			X				Л, ЛВ	
Итого по модулю	<u>24</u>	<u>58</u>	<u>82</u>	<u>52</u>	<u>134</u>								

Модуль 2. Экономика, проектирование и управление здравоохранением.

1. Экономика здравоохранения.	1	27	28	8	36								
1.1. Теоретические основы экономики здравоохранения.	1	4	5	1	6			X				Л	Т, С, ЗС, Пр
1.2. Формирование рыночных отношений в здравоохранении.		5	5	1	6			X					Т, С, ЗС, Пр
1.3. Финансирование охраны здоровья граждан.		2	2	1	3			X					Т, С, ЗС, Пр

1.4. Система оплаты труда работников здравоохранения.		3	3	2	5		X						Т, С, ЗС, Пр
1.5. Финансовая среда и финансовое обеспечение деятельности ЛПУ.		4	4	1	5		X					АР	Т, С, ЗС, Пр
1.6. Экономический анализ деятельности медицинских организаций.		5	5	1	6		X					АР	Т, С, ЗС, Пр
1.7. Ценообразование в здравоохранении.		4	4	1	5		X					Л	Т, С, ЗС, Пр
2. Управление проектами в медицинской организации	2	5	7	6	13	X				X			Т, С, ЗС, Пр
3. Управление здравоохранением. Менеджмент в здравоохранении.	1		1	5	6							Л	
Итого по модулю	4	32	36	19	55								
Экзамен				27	27								
Итого по дисциплине (Модуль 1 + Модуль 2)	28	90	118	98	216								

- 4 часа лекций и 2 часа Пз

Список сокращений:

Образовательные технологии, способы и методы обучения: традиционная лекция (Л), лекция-визуализация (ЛВ), проблемная лекция (ПЛ), занятие – конференция (ЗК), тренинг (Т), мозговой штурм (МШ), деловая учебная игра (ДИ), метод малых групп (МГ), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), подготовка письменных аналитических работ (АР), подготовка и защита рефератов (Р).

Оценка уровня сформированности компетенций

осуществляется в процессе следующих форм контроля:

- Текущего:

Проводится оценка выполнения студентами заданий в ходе практических занятий в виде тестовых заданий исходного уровня знаний, собеседования, решения типовых и ситуационных задач и оценкой овладения практическими навыками;

Оценивается самостоятельная работа студентов: лекция для населения по вопросам профилактики заболеваний или формирования здорового образа жизни, тематический реферат или доклад по темам дисциплины.

- Промежуточного:

Курсовой экзамен проводится в конце IX семестра, который построен по 3-х этапному принципу. Первый этап - решение 100 заданий в тестовой форме; второй этап - оценка практических навыков вынесенных на экзамен; третий этап – собеседование по контрольным вопросам.

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Оценочные средства для текущего контроля успеваемости:

1. Задания в тестовой форме:

Примеры заданий в тестовой форме.

Задания в тестовой форме для контроля исходного уровня знаний.

Укажите один правильный ответ:

1. Общественное здоровье и здравоохранение является

- 1) наукой о здоровье общества и здравоохранении
- 2) наукой о социальных проблемах медицины и здравоохранения
- 3) системой мероприятий по охране здоровья населения
- 4) наукой о регулировании общественных отношений в здравоохранении
- 5) наукой об организации медицинской помощи различным контингентам населения

2. Общественное здоровье и здравоохранение по сути является

- 1) гигиенической наукой
- 2) клинической наукой
- 3) интегративной наукой
- 4) общественной наукой
- 5) экономической наукой

3. При необходимости отобрать в выборочную совокупность 1/20 единиц наблюдения генеральной совокупности следует пользоваться способом (методом) выборки

- 1) методом копи-пар
- 2) типологическим отбором
- 3) механическим отбором
- 4) ступенчатым отбором
- 5) когортным методом

4. Второй этап статистического исследования включает

- 1) составление программы наблюдения, программы разработки, программы анализа, плана наблюдения, сбор материала и выводы
- 2) сбор материала, шифровка и группировка
- 3) сбор материала, шифровка и табличная сводка
- 4) сбор материала
- 5) составление программы наблюдения, определение цели и задач исследования, сбор материала

5. Основными требованиями к статистической учетной карте являются

- 1) карта должна быть индивидуальна и формализована, включать только атрибутивные признаки
- 2) карта должна быть неформализована, включать только учетные признаки
- 3) карта должна быть неформализована и включать количественные и качественные признаки
- 4) карта должна быть индивидуальна, формализована и включать только учетные признаки
- 5) карта должна быть индивидуальна, формализована и включать результативные признаки

Эталон ответов

- 1) 1, 2) 3, 3) 3, 4) 4, 5) 4

Примеры контрольных вопросов выносимых на занятие:

Тема 1. Медицинская статистика, организация статического (медико-социального) исследования и его этапы

1. Контрольные вопросы

1. Определение статистики как науки и дисциплины
2. Теоретические основы статистики
3. Биостатистика (медицинская или санитарная) статистика и ее разделы
4. Понятие статистической совокупности
5. Генеральная и выборочная совокупность (ее свойства)
6. Этапы статистического исследования
7. I этап статистического исследования - составление программы и плана исследования
8. Определение единицы наблюдения и учетных признаков
9. Виды статистического наблюдения по объему, по времени (сплошное, несплошное, текущее, единовременное)
10. Статические документы
11. II этап статистического исследования - сбор материала. Виды сбора статистического материала
12. Из каких элементов складывается разработка статистического материала?
13. Виды группировки статистического материала и требования к ним
14. Виды статических таблиц (простые, групповые, комбинационные)
15. Правила составления и заполнения статических таблиц

Пример ситуационной задачи выносимой на занятие:

Исходные данные

В городе К. Н-ской области в 2019 году:

среднегодовая численность населения	495 000
число родившихся живыми за год	3168
общее число умерших за год	6188
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	40
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	20
умерло детей в возрасте до 1 месяца	28
зарегистрировано мертворожденных	44

В городе К. Н-ской области в 2018 году были следующие демографические показатели:

рождаемость	7,2 на 1000 населения
смертность	14,0 на 1000 населения
естественная убыль	– 6,8 на 1000 населения
младенческая смертность	12,4 на 1000 родившихся живыми

ранняя неонатальная смертность	6,8 на 1000 родившихся живыми
неонатальная смертность	7,1 на 1000 родившихся живыми
перинатальная смертность	17,3 на 1000 родившихся живыми и мертвыми

В Н-ской области в 2019 г.:

среднегодовая численность населения	1 540 000
число родившихся живыми за год	11 088
общее число умерших за год	25 256
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	186
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	96
умерло детей в возрасте до 1 месяца	128
зарегистрировано мертворожденных	154

Распределение умерших в Н-ской области по основным причинам смерти 2019 году:

от болезней системы кровообращения	15 507
от новообразований	3485
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	3435
от болезней органов дыхания	1237
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	202
от болезней органов пищеварения	480
от болезней нервной системы	126
от прочих причин	784
в с е г о:	25 256

Распределение умерших детей в возрасте до 1 года по причинам смерти в Н-ской области в 2019 году:

от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	8
от болезней нервной системы	2
от болезней органов дыхания	27
от болезней органов пищеварения	2
от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий	42
от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	97
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	4
от прочих причин	4
в с е г о:	186

Задание

На основании исходных данных:

1) вычислить демографические показатели для города К. в 2019 году и Н-ской области в 2019 году и вписать их в таблицу 2;

2) рассчитать структуру общей и младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году;

3) дать оценку демографической ситуации в городе К. в 2019 году сравнив их с показателями города К. за 2018 год, показателями Н-ской области за 2019 год и оценочными уровнями рождаемости, смертности и младенческой смертности (таблица 1).

Таблица 1

Оценочные уровни рождаемости, смертности и младенческой смертности

Уровень	Рождаемость (на 1000 населения)	Смертность (на 1000 населения)	Младенческая смертность (на 1000 детей, родившихся живыми)
Очень низкий	до 10	до 7	

Низкий	11-15	7-8	15 и ниже
Ниже среднего	16-20	9-10	
Средний	21-25	11-12	15-22
Выше среднего	26-30	13-15	
Высокий	31-40	16-20	
Очень высокий	больше 40	больше 20	22 и больше

Решение

1. Рассчитываем демографические показатели для города К. в 2019 году и заносим их в таблицу:

$$\text{- рождаемость} = \frac{\text{число родившихся живыми за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000 = \frac{3168}{495\,000} \times 1000 = 6,4\text{‰}$$

$$\text{- смертность} = \frac{\text{общее число умерших за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000 = \frac{6188}{495\,000} \times 1000 = 12,5\text{‰}$$

$$\text{- естественный прирост (убыль)} = \text{коэффициент рождаемости} - \text{коэффициент смертности} = 6,4 - 12,5 = -6,1\text{‰}$$

$$\text{- младенческая смертность} = \frac{\text{общее число детей, умерших на 1-ом году жизни}}{\text{число родившихся живыми за год}} \times 1000 = \frac{40}{3168} \times 1000 = 12,6\text{‰}$$

$$\text{- ранняя неонатальная смертность} = \frac{\text{число детей, умерших в возрасте 0-7 дней}}{\text{число родившихся живыми за год}} \times 1000 = \frac{20}{3168} \times 1000 = 6,3\text{‰}$$

$$\text{- неонатальная смертность} = \frac{\text{число детей, умерших в возрасте до 1 месяца}}{\text{число родившихся живыми за год}} \times 1000 = \frac{28}{3168} \times 1000 = 8,8\text{‰}$$

$$\text{- перинатальная смертность} = \frac{\text{мёртворождённые + умершие в возрасте 0-7 дней}}{\text{число родившихся за год живыми и мёртвыми}} \times 1000 =$$

$$= \frac{44 + 20}{3168 + 44} \times 1000 = \frac{64}{3212} \times 1000 = 19,9\text{‰}$$

2. Рассчитываем демографические показатели для Н-ской области в 2019 году и заносим их в таблицу:

$$\text{- рождаемость} = \frac{\text{число родившихся живыми за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000 = \frac{11\ 088}{1\ 540\ 000} \times 1000 = 7,2\%$$

$$\text{- смертность} = \frac{\text{общее число умерших за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000 = \frac{25\ 256}{1\ 540\ 000} \times 1000 = 16,4\%$$

$$\text{- естественный прирост (убыль)} = \text{коэффициент рождаемости} - \text{коэффициент смертности} = 7,2 - 16,4 = -9,2\%$$

$$\text{- младенческая смертность} = \frac{\text{общее число детей, умерших на 1-ом году жизни}}{\text{число родившихся живыми за год}} \times 1000 = \frac{186}{11\ 088} \times 1000 = 16,8\%$$

$$\text{- ранняя неонатальная смертность} = \frac{\text{число детей, умерших в возрасте 0-7 дней}}{\text{число родившихся живыми за год}} \times 1000 = \frac{96}{11\ 088} \times 1000 = 8,7\%$$

$$\text{- неонатальная смертность} = \frac{\text{число детей, умерших в возрасте до 1 месяца}}{\text{число родившихся живыми за год}} \times 1000 = \frac{128}{11\ 088} \times 1000 = 11,5\%$$

$$\text{- перинатальная смертность} = \frac{\text{мёртворождённые} + \text{умершие в возрасте 0-7 дней}}{\text{число родившихся за год живыми и мёртвыми}} \times 1000 =$$

$$= \frac{154 + 96}{11\ 088 + 154} \times 1000 = \frac{250}{11\ 242} \times 1000 = 22,2\%$$

Таблица 1

Демографические показатели в городе К. Н-ской области в 2018 и 2019 годах и Н-кой области в 2019 году

№	Показатели	Город К. Н-ской области 2018 г.	Город К. Н-ской области 2019 г.	Н-ская об- ласть 2019 г.
1	Рождаемость	7,2	6,4	7,2

	(на 1000 населения)			
2	Смертность (на 1000 населения)	14,0	12,5	16,4
3	Естественный прирост (убыль)	- 6,8	-6,1	-9,2
4	Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	12,4	12,6	16,8
5	Ранняя неонатальная смертность (на 1000 родившихся живыми)	6,8	6,3	8,7
6	Неонатальная смертность (на 1000 родившихся живыми)	7,1	8,8	11,5
7	Перинатальная смертность (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)	17,3	19,9	22,2

3. Рассчитываем структуру общей смертности населения Н-ской области в 2019 году:

$$\text{- от болезней системы кровообращения} = \frac{15\ 507}{25\ 256} \times 100\% = 61,4\%$$

$$\text{- от новообразований} = \frac{3485}{25\ 256} \times 100\% = 13,8\%$$

$$\text{- от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин} = \frac{3435}{25\ 256} \times 100\% = 13,6\%$$

$$\text{- от болезней органов дыхания} = \frac{1237}{25\ 256} \times 100\% = 4,9\%$$

$$\text{- от некоторых инфекционных и паразитарных болезней} = \frac{202}{25\ 256} \times 100\% = 0,8\%$$

$$\text{- от болезней органов пищеварения} = \frac{480}{25\ 256} \times 100\% = 1,9\%$$

$$\text{- от болезней нервной системы} = \frac{126}{25\ 256} \times 100\% = 0,5\%$$

$$\text{- от прочих причин} = \frac{784}{25\ 256} \times 100\% = 3,1\%$$

4. Рассчитываем структуру младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году:

$$\text{- от некоторых инфекционных и паразитарных болезней} = \frac{8}{186} \times 100\% = 4,3\%$$

- от болезней нервной системы = $\frac{2}{186} \times 100\% = 1,1\%$
- от болезней органов дыхания = $\frac{27}{186} \times 100\% = 14,5\%$
- от болезней органов пищеварения = $\frac{2}{186} \times 100\% = 1,1\%$
- от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий = $\frac{42}{186} \times 100\% = 22,6\%$
- от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде = $\frac{97}{186} \times 100\% = 52,2\%$
- от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин = $\frac{4}{186} \times 100\% = 2,1\%$
- от прочих причин = $\frac{4}{186} \times 100 = 2,1\%$

Вывод

Уровень рождаемости в городе К. в 2019 году очень низкий и по сравнению с 2018 годом снизился на 0,8‰. Подобная ситуация прослеживается и в отношении показателя рождаемости в Н-ской области в целом.

Уровень смертности в городе К. в 2019 году выше среднего и снизился на 1,5‰ по сравнению с 1998 годом. Смертность в городе К. в 2019 году ниже на 3,9 ‰, чем в Н-кой области в целом.

Естественная убыль населения в городе К. в 2019 году самая низкая по сравнению с 2018 годом и Н-ской областью.

Таким образом, в городе К. 2019 году демографическую ситуацию можно охарактеризовать как неблагоприятную, несмотря на уменьшение естественной убыли и снижение смертности населения. Вместе с тем, она несколько лучше, чем в Н-кой области в целом.

Показатель младенческой смертности (12,6‰) в городе К. в 2019 году низкий; по сравнению с 2018 годом он повысился на 0,2 ‰. Однако младенческая смертность в городе К. в 2019 году ниже, чем по Н-кой области в 1,3 раза.

В городе К. 2019 году по сравнению с 2018 годом наблюдается снижение ранней неонатальной смертности на 0,5‰, а в сравнении с Н-ской областью она ниже на 2,4‰.

В городе К. неонатальная смертность в 2019 году выросла по сравнению с 2018 годом на 1,7‰, вместе с тем, она ниже на 2,7‰ по сравнению с Н-ской областью.

Коэффициент перинатальной смертности в городе К. в 2019 году выше, чем в 2018 году (19,9‰ против 17,3‰) но ниже по сравнению с Н-ской областью на 2,3‰.

В структуре общей смертности населения Н-ской области в 2019 году основной причиной смерти являются болезни системы кровообращения (61,4%). Второе место занимает смертность от новообразований (13,8%) и третье – от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин (13,6%).

В Н-ской области в структуре смерти детей на первом году жизни ведущей причиной являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (52,2%), далее следуют врожденные аномалии развития, деформация и хромосомные аномалии (22,6%), а также болезни органов дыхания (14,5%).

Критерии оценки по формам текущего контроля:

Критерии оценки заданий в тестовой форме текущего контроля:

Из 10 предложенных заданий в тестовой форме студентом даны правильные ответы:

- 70% и менее – оценка «2»
- 71-80% заданий – оценка «3»
- 81-90% заданий – оценка «4»
- 91-100% заданий – оценка «5»

Критерии оценки устного ответа на контрольные вопросы к занятию:

- оценка «отлично» ставится студенту, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, а также знание основной и дополнительной литературы, владеющему научным языком, осуществляющему логичное изложение программного материала на различных уровнях его представления, умеющему аргументировать точку зрения и приводить примеры;

- оценки «хорошо» заслуживает студент, обнаруживший полное знание основного программного материала;

- оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, обнаруживший достаточный уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении;

- оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

Критерии оценки освоения практических навыков и умений

«зачтено» - студент знает основные положения методики выполнения задания, правильно выполняет задание, не допуская принципиальных ошибок, анализирует результаты полученные в ходе работы. При допуске некоторых неточностей (малозначительных ошибок), самостоятельно их обнаруживает и быстро исправляет;

«не зачтено» - студент не знает методики выполнения задания, не может самостоятельно выполнить задание или делает ошибки принципиального характера. Не может провести анализ полученных результатов и сформулировать выводы по работе.

Перечень тем рефератов, рекомендованных студентам для выполнения самостоятельной работы по написанию лекций для населения

1. Достижения Российского здравоохранения.
2. Здоровый образ жизни – фундамент здоровья человека.
3. Научно-технический прогресс и здоровье.
4. Охрана окружающей среды – охрана здоровья.
5. Отдых – дело общественное. Умейте отдыхать.
6. Факторы риска в возникновении болезней (можно указать конкретные болезни).
7. Гигиена умственного труда.
8. Значение закаливания, физкультуры, спорта для сохранения здоровья.
9. Человек должен жить долго. Проблемы долголетия.
10. Основы рационального питания.
11. Алкоголь – враг здоровья человека.

12. Почему запрещается пить алкогольные напитки детям.
13. Алкоголь и психические заболевания.
14. Курение – вредная привычка.
15. Курение или здоровье – выбирайте сами.
16. Вступая в брак – думайте о бедующих детях.
17. Здоровье матери – здоровье ребенка.
18. Аборт и его последствия.
19. Профилактика венерических заболеваний.
20. СПИД и его профилактика
21. Профилактика предраковых и раковых заболеваний.
22. Неврозы и их предупреждения.
23. Язвенная болезнь желудка и его профилактика.
24. Предупреждение травматизма.
25. Простудные заболевания и их профилактика .
26. Желудочно-кишечные заболевания и их профилактика.
27. Гепатиты и их профилактика.
28. Токсоплазмоз и его профилактика.
29. Сахарный диабет и его профилактика.
30. Рахит и его профилактика.
31. Туберкулез и его профилактика.
32. Лекарственные растения в медицине.
33. Вред самолечения.
34. Дифтерия и ее профилактика.
35. Корь и ее профилактика
36. Основные детские инфекционные заболевания и их профилактика.
37. Предохранительные прививки детям – один из путей профилактики детских инфекционных болезней.
38. Как сохранить здоровыми зубы.
39. Кариозная болезнь и ее профилактика.
40. Пародонтозная болезнь и ее предупреждение.
41. заболевания полости рта и зубов и их предупреждение.
42. Своевременная санация полости рта – залог сохранения здоровья.
43. Врожденные аномалии зубочелюстной системы у детей и их предупреждение и лечение.

Критерии оценки самостоятельной работы по написанию рефератов лекций для населения:

Оценка «зачтено» ставится при наличии списка используемой литературы (не менее 5 источников) и с указанием сайтов и других Интернет-ресурсов; при раскрытии тематики лекции, логичности изложения основных разделов реферата и их доступности для населения; при наличии развернутого плана лекции, отвечающего основным требованиям; при правильном оформлении реферата.

Оценка «не зачтено» ставится при отсутствии списка используемой литературы; не раскрытии тематики лекции и отсутствии логики изложения основных разделов реферата; при отсутствии развернутого плана лекции или наличии грубых ошибок при его написании; при не правильном оформлении реферата.

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту

1. Методика статистического исследования.
2. Методика составления статистических таблиц и применение их на практике.
3. Шифровка первичных учетных документов с использованием статистических классификаций болезней.

4. Использование абсолютных и относительных величин в практике, методики преобразования абсолютных величин в относительные показатели, их оценка; методика построения и анализа динамических рядов.
5. Методы построения, обработки вариационных рядов, а также методика вычисления и использования средней арифметической, среднего квадратического отклонения и средней ошибки средней арифметической.
6. Определение достоверности средних и относительных величин при большом и малом числе наблюдений, а также достоверности разности результатов статистических исследований.
7. Методика расчета основных демографических показателей, используемых в практике здравоохранения и научного анализа.
8. Построение и применение при статистическом анализе графических изображений.
9. Методика комплексного изучения заболеваемости, расчет показателей заболеваемости, ее учет и анализ.
10. Оформление медицинской документации по сплошному учету заболеваемости по обращаемости: «Ведомость ежедневного учета работы врача», «Талон амбулаторного пациента».
11. Оформление медицинской документации по специальному учету госпитальной заболеваемости: «Листка ежедневного учета движения больных и коечного фонда», «Статистической карты выбывшего из стационара».
12. Заполнение документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, согласно действующим документам.
13. Методика проведения пропаганды здорового образа жизни, составление планов и конспектов лекций по профилактике заболеваний и пропаганда здорового образа жизни, выступление с лекциями среди населения с использованием при этом наглядных пособий.
14. Методика расчета стандартизированных показателей и использование их для анализа.
15. Расчет коэффициента корреляции (методом квадратов и рангов) и оценка силы, направления и достоверности связей между признаками.
16. Методика ценообразования на медицинские услуги.
17. Методика оценки качества медпомощи с расчетом коэффициентов для оценки качества медпомощи
18. Расчет экономического ущерба от заболеваемости с временной утратой трудоспособности, невыполнения плана койко-дней
19. Расчет эффективности проведения профилактических мероприятий
20. Методика анализа работы медицинской организации на основании годового отчета с вычислением показателей деятельности и рекомендациями по улучшению работы.
21. Методика анализа экономической деятельности медицинской организации.
22. Методика расчета безубыточности работы.

Критерии оценки выполнения практических навыков - *зачтено/не зачтено (см. выше)*

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины (экзамен)

- Первый этап экзамена - тестовый контроль (100 заданий в тестовой форме):

- Второй этап – практические навыки (решение 5-ти типовых ситуационных задач):

Вариант ситуационной задачи 1.

Ситуационная задача на оформление листка нетрудоспособности:

Работница ОАО ТЯЖМЕХПРЕС г. Твери Свиридова Светлана Константиновна, дата рождения 12.08.1988 года. Медицинскую помощь получает в ГБУЗ КБСМП, в поликлинике № 1 г. Твери (Проспект Ленина 6). ОГРН 1036789016537. 25 сентября 2011 года обратился к врачу общей практики по поводу заболевания. Врач поставил диагноз острого

респираторного заболевания и признал ее нетрудоспособной. Назначен амбулаторный режим. Назначен срок следующей явки 28.08.2011 г. При повторном посещении листок нетрудоспособности был продлен до 01.09.2011 г. В связи с уходом в отпуск ВОП пациентка обратилась к врачу терапевту. Во время лечения нарушений режима не было. Приступить к работе с 12.03.2010 г. Вы являетесь врачом общей практики. Врач терапевт Иванова М.Н. Оформите листок нетрудоспособности.

Эталон решения задачи:

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



001 234 567 891

Поликлиника-
ПЕРВИЧНЫЙ -
заболевание

первичный

дубликат

продолжение листка
нетрудоспособности №

Г Б У З К Б С М П

(наименование лечебного учреждения/ФИО частного практикующего врача)

Т В Е Р Ь П Р О С П Е К Т Л Е Н И Н А 6

(адрес лечебного учреждения / части practicing врача)

Дата выдачи

2 5 - 0 8 - 2 0 1 1 1 0 3 6 7 8 9 0 1 6 5 3 7

(год/месяц/число)

Ф С В И Р И Д О В А

И С В Е Т Л А Н А

О К О Н С Т А Н Т И Н О В Н А

(фамилия, имя и отчество нетрудоспособного)

1 2 - 0 8 - 1 9 8 8

(дата рождения)

м ж

Причина нетрудоспособности 0 1

код деп. код код изм.

О А О Т Я Ж М Е Х П Р Е С С

(место работы/наименование организации)

Состоит на учете
в государственных
учреждениях
службы занятости

Печать
медицинской
организации

Основное По совместительству №

Дата 1 - дата 2

На пути

О.Р.Н. стационара или клиники ИИИ

по уходу

возраст (лет/мес.)

родственная связь

ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход

Поставлена на учет в ранние сроки беременности (до 12 недель) да нет

Отметки о нарушении режима Дата - - Подпись врача

Находился в стационаре: с - по -

Дата направления в бюро МСЭ

Дата регистрации документов
в бюро МСЭ:

Установлена/изменена группа инвалидности

Освидетельствован в бюро МСЭ

Подпись руководителя бюро МСЭ

Печать
учреждения
МСЭ

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный	Подпись врача
2 5 - 0 8 - 2 0 1 1	2 8 - 0 8 - 2 0 1 1	В О П	Л А З О Р Е В А О Н	Лазарева
2 9 - 0 8 - 2 0 1 1	0 1 - 0 9 - 2 0 1 1	В О П	Л А З О Р Е В А О Н	Лазарева
0 2 - 0 9 - 2 0 1 1	0 4 - 0 9 - 2 0 1 1	Т Е Р А П Е В Т	И В А Н О В А М Н	Иванова

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ С 0 5 - 0 9 - 2 0 1 1 Иное: - -

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) №

Подпись врача: Иванова

Печать
медицинской
организации

Основное По совместительству

Регистрационный № (место работы/наименование организации)

Код подчиненности

ИНН нетрудоспособного:

СНИЛС

Печать
работодателя

Условия исчисления

Акт формы Н-1 от

Дата начала работы

Страховой стаж: лет мес.

в т.ч. нестраховые периоды

Причитается пособие за период: с - по -

Средний заработок для исчисления пособия:

Средний дневной заработок:

Сумма пособия: за счет средств работодателя

за счет средств Фонда страхования Российской Федерации

итого начислено

Фамилия и инициалы руководителя:

Подпись

Фамилия и инициалы гл. бухгалтера:

Подпись

линия отреза

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



001 234 567 891

заполняется врачом и остается в
медицинской организации

первичный

дубликат

продолжение листка
нетрудоспособности №

Ф С В И Р И Д О В А

И С В Е Т Л А Н А

О К О Н С Т А Н Т И Н О В Н А

(фамилия, имя и отчество нетрудоспособного)

О А О Т Я Ж М Е Х П Р Е С С

(место работы/наименование организации)

Основное По совместительству №

Л А З О Р Е В А О Н

(фамилия, инициалы врача)

№ истории болезни 0 1 1 7 8 5

Дата выдачи 2 5 - 0 8 - 2 0 1 1

расписка получателя

Свиридова

3	хрон. ишемическая болезнь сердца										
4	кровоизлияние в мозг										
	И Т О Г О										

Таблица 2

Распределение умерших от болезней системы кровообращения по возрасту, совпадению клинического и патологоанатомического диагнозов
(комбинационная таблица)

№	диагноз	Возраст (лет)										всего
		До 20 л.		20-29		30-39		40-49		50 и старше		
		совпал	нет	совпал	нет	совпал	нет	совпал	нет	совпал	нет	
1	болезни митрального клапана											
2	гипертоническая болезнь											
3	хроническая ишемическая болезнь сердца											
4	кровоизлияние в мозг											
	И Т О Г О											

Вариант типовой ситуационной задачи 4.

Проведите анализ интенсивных показателей летальности и стандартизованных показателей летальности в больнице №1 и больнице №2 и сформулируйте вывод при условии, что состав больных в этих больницах отличается по срокам госпитализации с момента начала заболевания:

показатели	больница №1	больница №2	результаты сравнения летальности
------------	-------------	-------------	----------------------------------

интенсивные	1,1	1,3	в больнице №1 меньше больницы №2
стандартизован- ные	1,42	1,27	в больнице №1 больше больницы №2

Вывод: сравнение стандартизованных показателей по больницам №1 и №2 позволяет сделать заключение, что, если бы состав больных по срокам поступления в эти больницы был одинаковым, то показатель летальности в больнице №2 был бы значительно ниже, чем в больнице №1.

Из анализа общих интенсивных показателей такой вывод сделать нельзя, т.к. на общие интенсивные показатели оказывает влияние разный состав больных по срокам госпитализации в эти больницы.

Вариант типовой ситуационной задачи 5:

5. Пример решения типовой ситуационной задачи

При решении задачи необходимо:

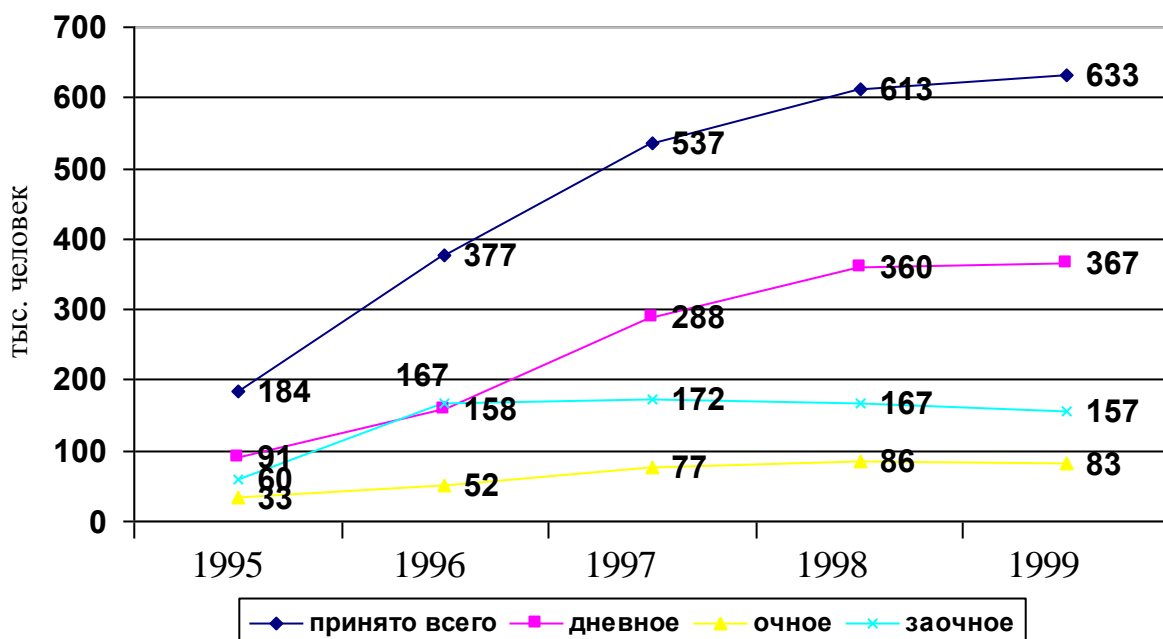
1. определить название диаграммы
2. определить вид графического изображения (диаграммы)
3. определить и обозначить масштаб
4. нанести на диаграмму условные обозначения и исходные данные
5. сделать выводы

Условие для решения типовой задачи

Прием в высшие учебные заведения в 1995-1999 гг. по видам обучения (тыс.чел.).

года	1995	1996	1997	1998	1999
принято всего	154	377	537	613	633
в т.ч. дневное отд.	91	158	288	360	367
вечернее отд.	3	52	77	86	83
заочное отд.	60	167	172	167	157

Эталон решения задачи:



Прием в высшие учебные заведения в 1995-1999гг. по видам обучения

Выводы: как видно из диаграммы, происходит постоянное увеличение приема студентов в вузы. В 1999 г. прием увеличился почти в 4 раза по сравнению 1995 г. Больше всего прием студентов на дневное отделение. На вечернее и заочное отделения прием студентов меньше, чем на дневное. Начиная с 1998 г. произошло незначительное снижение приема студентов на эти отделения. Таким образом, в целом наблюдается положительная динамика приема студентов в вузы.

Третий этап – устное собеседование:

Пример экзаменационного билета:

1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания. История развития. Основные методы исследования: исторический, статистический, социологический и экспериментальный.
2. Организация работы врача в стационаре больницы. Нормативы нагрузки. Правила внутреннего распорядка. Элементы лечебно-охранительного режима в стационаре. Функции приемного отделения.

Критерии оценки тестового контроля знаний:

Студентом предоставляются задания в тестовой форме (100 тестовых заданий). Количество правильных ответов:

- 70% и менее – оценка «2»
- 71-100% выполненных заданий – зачтено
- 70% и менее выполненных заданий – не зачтено

Критерии оценки освоения практических навыков и умений

«зачтено» - студент знает основные положения методики выполнения задания, правильно выполняет задание, не допуская принципиальных ошибок, анализирует результаты полученные в ходе работы. При допуске некоторых неточностей (малосущественных ошибок), самостоятельно их обнаруживает и быстро исправляет;

«не зачтено» - студент не знает методики выполнения задания, не может самостоятельно выполнить задание или делает ошибки принципиального характера. Не может провести анализ полученных результатов и сформулировать выводы по работе.

Критерии оценки устного собеседования по вопросам на курсовом экзамене:

- оценка «отлично» ставится студенту, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, а также знание основной и дополнительной литературы, владеющему научным языком, осуществляющему логичное изложение программного материала на различных уровнях его представления, умеющему аргументировать точку зрения и приводить примеры;

- оценки «хорошо» заслуживает студент, обнаруживший полное знание основного программного материала; владеющему научным языком, осуществляющему логичное изложение программного материала.

- оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, обнаруживший достаточный уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении;

- оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера или полное незнание эквивалентного вопроса.

Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации разработан в компетентностном формате для каждой формируемой компетенции и представлен в Приложении № 1.

V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

а). Основная литература:

1. Медик, Валерий Алексеевич Общественное здоровье и здравоохранение[Текст]: учебник / Валерий Алексеевич Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 649 с.
2. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение[Текст]: руководство к практическим занятиям / В. А. Медик, В. И. Лисицин, М. С. Токмачев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 452 с.
3. Решетников, А. В. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / А. В. Решетников. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431368.html>
4. Полунина, Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение[Текст]: учебник / Н. В. Полунина. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. - 543 с.

Электронный ресурс:

1. *Общественное здоровье и здравоохранение* [Электронный ресурс]: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html>

б) Дополнительная литература:

1. Здравоохранение и общественное здоровье [Текст]: учебник / ред. Г. Н. Царик. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 910 с.
2. Экономика здравоохранения[Текст]: учебник / ред. М. Г. Колосницына, И.М. Шейман, С. В. Шишкин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 461 с.
3. Иванов А.Г. Ценообразование в здравоохранении [Текст]: учебно-методическое пособие / А.Г. Иванов. - Тверь: ТГМА, 2010. - 23 с.
4. Иванов, А.Г. Организация медико-социологического исследования и методы статистического анализа. Статистика здоровья населения: учебно-методическое пособие для самостоятельной подготовки студентов к практическим занятиям / А.Г. Иванов, В.Л. Красненков, И.В. Березовский. – 2 –е изд., исп. и доп. – Тверь: Ред.-изд.

Центр Твер. гос. Мед. ун-та, 2020. – 171с. – ISBN 978-5-8388-0212-5. – Текст: непосредственный.

5. Формирование здорового образа жизни. Профилактическое направление здравоохранения : учебно-методическое пособие / А.Г. Иванов, И.В. Березовский. – Тверь: Ред.-издат. центр Твер. гос. мед. акад., 2020. – 34 с. – Текст : непосредственный.

6.

Электронный ресурс:

1. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения [Электронный ресурс]: учебное пособие /ред. В.З. Кучеренко. - 4 изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419151.html>
2. *Экспертиза временной нетрудоспособности* медико-социальная экспертиза в амбулаторной практике [Электронный ресурс]: учеб.пособие / И. А. Викторова, И. А. Гришечкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432280.html>

2. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

1. Экзаменационные тесты по общественному здоровью и здравоохранению [Текст]: учебно-методическое пособие / В.Л. Красненков [и др.]. – Тверь: Триада, 2014.- 60с.

3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

Стандарты медицинской помощи: <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>;

Электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений (www.informio.ru);

Университетская библиотека on-line (www.biblioclub.ru);

Информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);

Сводный каталог Корбис (Тверь и партнеры) (<http://www.corbis.tverlib.ru>);

Доступ к базам данных POLPRED (www.polpred.ru);

Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;

Бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» // <http://window.edu.ru/>;

Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России // <http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191/>;

Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <http://www.rosminzdrav.ru/>;

Российское образование. Федеральный образовательный портал. //<http://www.edu.ru/>;

4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2013:

- Excel 2013;
 - Outlook 2013 ;
 - PowerPoint 2013;
 - Word 2013;
2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.
 3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOffice-

Pro

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);
2. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – Режим доступа: www.geotar.ru;

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

Приложение № 2.

VI. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине.

Приложение № 3

VII. Научно-исследовательская работа студента

Научно-исследовательская работа студентов представлена: реферативной работой; проведением научных исследований с последующим выступлением на итоговых научных студенческих конференциях в Твери и в других городах России; публикацией в сборниках студенческих работ; кафедральных изданиях и Верхневолжском медицинском журнале.

VIII. Протоколы согласования рабочей программы дисциплины с другими кафедрами

Протокол согласования рабочей программы дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» с кафедрами, ведущими преподавание на этапе, предшествующем изучению данной дисциплины

№	Наименование дисциплины, изучение которой предшествует освоению настоящей дисциплины	Наименование тем (разделов модулей), изучение которых предшествует освоению дисциплины	Подпись заведующего кафедрой, с которой проводится согласование
1.	Биоэтика	Разделы: моральные принципы биоэтики; врач – пациент, модели взаимоотношений; новые репродуктивные технологии, морально-этические проблемы аборта; эпидемиология и этика, этика биомедицинских исследований на человеке и животных, биоэтические комитеты.	
2.	История медицины	История становления и развития земской медицины в России; государственной системы здравоохранения в СССР; фрагменты разделов, рассматривающие вклад ученых и естествоиспытателей в изучение влияния социальных факторов на здоровье насе-	

		ления.	
3.	Математика	Теория вероятности	
4.	Медицинская информатика	Типовые задачи информатизации. Работа с приложения Microsoft office Word и Excel	
5.	Гигиена	Гигиенические аспекты работы медицинских учреждений, гигиена питания, гигиена труда. Влияние экологических факторов на здоровье населения.	

Протокол согласования рабочей программы дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» кафедрой, ведущей преподавание на последующем этапе обучения

№	Наименование дисциплины, изучение которой проводится на последующем этапе обучения	Наименование тем (разделов модулей), изучение которых используется на последующем этапе обучения	Подпись заведующего кафедрой, с которой проводится согласование
1.	Поликлиническая терапия	Основы медицинской статистики и организация статистического исследования; организация медицинского обслуживания городского и сельского населения; социальная защита населения, организация экспертизы стойкой и временной нетрудоспособности.	

Приложение № 1

**Фонд оценочных средств
для проверки сформированности компетенций (части компетенций)
при промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины/практики**

Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения

Название дисциплины/практики

для студентов 4 - 5 курса,

направление подготовки (специальность)

лечебное дело (31.05.01)

код и наименование в соответствии с ФГОС ВО

форма обучения

очная

Шифр компетенции	Номера заданий в тестовой форме	Номера (перечень) заданий для оценки практических навыков	Номера экзаменационных вопросов
<i>УК-2</i>	<i>Раздел 11: вопросы 1 - 15</i>		<i>Вопросы: 9, 76 - 84</i>
<i>УК-10</i>	<i>Раздел 10: вопросы 1 - 74</i>		<i>Вопросы: 53 - 58,</i>
<i>ОПК-2</i>	<i>Раздел 9: вопросы 1 - 36</i>	<i>Задача 4 10 вариантов</i>	<i>Вопросы: 41, 52, 61 - 75.</i>
<i>ОПК-9</i>	<i>Раздел 2: вопросы 1 - 87; Раздел 3: вопросы 1 - 93; Раздел 8: вопросы 1 - 14;</i>	<i>Задачи 1, 2, 3 По 10 вариантов</i>	<i>Вопросы: 21 - 39</i>
<i>ОПК-11</i>	<i>Раздел 5: вопросы 1 - 31;</i>	<i>Задача 5 10 вариантов</i>	<i>Вопросы: 40 - 51, 59</i>
<i>ПК-5</i>	<i>Раздел 1: вопросы 1 - 21; Раздел 2: вопросы 1 - 148; Раздел 6: вопросы 1 - 25; Раздел 7: вопросы 1 - 12;</i>	<i>Задача 5 10 вариантов</i>	<i>Вопросы: 1 - 8, 10 - 20, 40 - 51, 60,</i>

Тема «Экономический анализ деятельности медицинской организации»**Цель занятия:**

Студент должен **знать:**

1. Экономический анализ деятельности медицинской организации как функция управления.
2. Основные показатели, характеризующие производственную и финансовую деятельность медицинской организации, методику их расчета.

Студент должен **уметь:**

1. Рассчитать основные показатели экономического анализа деятельности медицинской организации.
2. Уметь оценить показатели.

Основная литература:**а) Основная литература**

1. Решетников, А. В. Экономика здравоохранения [Текст] / А. В. Решетников. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Электронный ресурс:

1. Решетников, А. В. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / А. В. Решетников. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431368.html>

б) Дополнительная литература

1. Экономика здравоохранения[Текст]: учебник / ред. М. Г. Колосницына, И.М. Шейман, С. В. Шишкин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 461 с.

Контрольные вопросы:

1. Для чего проводится анализ финансовой деятельности медицинской организации?
2. Что такое аудит?
3. Кто и как использует результаты анализа финансовой деятельности медицинских организаций?
4. Чем отличается внутренний и внешний финансовый анализ?
5. каковы основные показатели, характеризующие производственную и финансовую деятельность медицинской организации?
6. Объясните назначение бухгалтерского дела и бухгалтерского учета.
7. В чем состоит основное содержание бухгалтерской работы?
8. Сущность и задачи экономического анализа.
9. С помощью каких показателей анализируется использование основных фондов, методика их расчета?
10. Показатели использования коежного фонда, их расчет.
11. Показатели использования медицинской техники, их расчет.
12. Анализ финансовых средств.

Дополнительный материалы:

Сущность и задачи экономического анализа

В управлении общественным производством на современном этапе важную роль играет экономический анализ. Необходимость экономического анализа вытекает из того, что экономика практически любой отрасли народного хозяйства, в т. ч. и здравоохранения, является основой развития, а научно обоснованная методология анализа этого развития — есть неотъемлемая часть хозяйственной деятельности.

Особенность экономического анализа как функции управления состоит в том, что посредством анализа оцениваются результаты действия всех других функций управления производством: организации, планирования, координации, учета, контроля и стимулирования, благодаря чему предоставляется возможность выработать решения — плановые, организационные и другие управленческие акты, способствующие переводу деятельности учреждений на более высокий уровень развития.

Процесс управления общественным производством включает сбор экономической информации о состоянии производства, изучение этой информации, разработку и принятие управленческих решений. Экономический анализ как средство познания всей совокупности фактов хозяйственной деятельности занимает в нем ведущее место. На практике экономический анализ позволяет дать характеристику состояния сети бюджетных учреждений, осуществить проверку правильности плановых показателей хозяйственной деятельности, состояния норм и нормативов, их регулирующих. В условиях коренной перестройки управления экономикой роль экономического анализа возрастает.

Место и роль экономического анализа в управлении обусловили формирование самостоятельной отрасли экономической науки — анализа хозяйственной деятельности. Он представляет собой систему знаний о сущности и содержании работы бюджетных учреждений, о его предмете и методе, задачах и формах организации, а также о процедурах рассмотрения конкретных производственных ситуаций с целью оценки результатов деятельности, выявления и характеристики факторов их изменения, изыскания резервов дальнейшего повышения эффективности проводимых мероприятий. Таким образом, исходя из содержания анализа, можно выделить основные его задачи.

Первая задача — выявление потребности общества в услугах медицинских учреждений в нужном объеме. При определении общественных потребностей исходят из того, что они не имеют предела, но их удовлетворение ограничено уровнем развития материального производства.

Роль экономического анализа при изучении потребности общества в услугах учреждений состоит в том, что он подкрепляет организационные мероприятия экономическими расчетами, позволяет выявить факторы, которые могут оказать на нее влияние.

Вторая задача — изучение полноты удовлетворения потребности общества в услугах учреждений и проверка соблюдения установленных нормативов. Ее решение предусматривает выявление по данным отчетности учреждений соответствия количества оказанных услуг потребности в них, изучение их состава по различным признакам. Так, поступившие в учреждения здравоохранения с этой целью подразделяются по видам заболеваний, исходу лечения и его продолжительности.

Третья задача — оценка эффективности использования ресурсов.

Важность этой задачи повышается в связи с той ролью, которую играют трудовые и материальные ресурсы в хозяйственной деятельности учреждений, где они выступают неотъемлемым элементом удовлетворения потребности в услугах.

Четвертая задача — выявление и измерение факторов отклонений фактических показателей хозяйственной деятельности учреждений от нормативных и определение резервов. При решении этой задачи в наибольшей степени проявляется действенность экономического анализа.

Пятая задача — контроль за соблюдением принципов финансирования бюджетных учреждений. Ее решение позволяет выявить полноту их использования в ходе хозяйственной деятельности коллективов учреждений, обеспечение сочетания общественных, коллективных и личных интересов специалистов как необходимого условия соблюдения требований экономических законов.

Шестая задача — подготовка аналитической информации для выбора оптимальных управленческих решений. Она состоит в сборе данных о работе учреждения, их аналитической обработке и обобщении результатов анализа. Кроме того, в ходе анализа формируются предложения об устранении недостатков и улучшении работы учреждения. Успех

хозяйственной деятельности в наибольшей степени зависит от полноты и правильности решения этой задачи анализа.

Значение экономического анализа в организации работы медицинских учреждений характеризуется задачами, которые он выполняет. Экономический анализ является орудием планового руководства и управления деятельностью учреждений. В условиях радикальной реформы управления задачи анализа усложняются. Он должен способствовать более глубокому изучению действия экономических законов, научить хозяйственные кадры искусству управления.

Экономический анализ может успешно выполнять свои задачи только при надлежащей его организации. Содержанием организации анализа является перечень мероприятий, связанных с изучением деятельности медицинских учреждений. В организации анализа работы учреждений выделяются следующие основные этапы: составление планов и программ проведения анализа, сбор необходимой информации, аналитическая обработка информации, оценка результатов деятельности учреждений, обобщение результатов анализа. Каждый из них имеет определенное содержание.

Однако содержание отдельных ее этапов может иметь особенности в зависимости от видов анализа, поэтому необходимо рассмотреть отличительные признаки основных из них. Так, основным и наиболее существенным признаком того или иного вида экономического анализа является содержание процесса управления.

По этому признаку различают текущий, оперативный и перспективный анализ.

Текущий анализ представляет собой процесс изучения деятельности учреждений по отчетным периодам (месяц, квартал, год). Главная его задача состоит в комплексной оценке результатов деятельности, установлении полноты выполнения медицинскими учреждениями своих функций, а также эффективного использования ресурсов, выявлении недостатков в работе и резервов ее улучшения.

Задачей *оперативного анализа* является постоянный контроль за ходом деятельности медицинских учреждений и эффективностью использования всех видов ресурсов. Его особенность состоит в том, что он сопутствует периоду свершения отдельных функций учреждения, проведения мероприятий по организации их работы.

Перспективный анализ занимает особое место в системе управления. Его особенность состоит в рассмотрении явлений и процессов с точки зрения перспектив дальнейшего развития их деятельности. Основная его цель заключается в выявлении в процессах и явлениях хозяйственной деятельности перспективных элементов, способных коренным образом улучшить механизм функционирования учреждения. Особенностью перспективного анализа является то, что объектом его изучения выступает динамика показателей.

По полноте охвата различают: полный, локальный, тематический анализ; по методам изучения объектов — комплексный, сплошной, выборочный; по периодичности проведения — систематический, разовый.

Кроме того, различают *внешний и внутренний* анализы. *Внешний анализ* связан с оценкой рентабельности работы учреждения, интенсивности использования его финансовых средств в целом. На основе внешнего анализа определяются взаимоотношения объекта здравоохранения с акционерами, кредиторами и налоговыми органами.

Внутренний анализ деятельности учреждения здравоохранения рассматривает механизм достижения экономических результатов. В процессе этого анализа прослеживается формирование прибыли учреждения, структура оказываемых услуг, характер и причины отклонения цен на услуги от запланированных.

Основные направления экономического анализа деятельности ЛПУ

Анализ деятельности ЛПУ проводится по следующим основным направлениям:

- использование основных фондов;
- использование коечного фонда;
- использование медицинской техники;

- использование персонала;
- анализ финансовых расходов.

I. Использование основных фондов

Основные фонды ЛПУ — это материальная основа его функционирования. В их структуру входят активная и пассивная части. На долю пассивной части (здания, сооружения, передаточные устройства) приходится около 80 %, на долю активной (приборы, аппараты, медицинская техника) — соответственно 20 %.

Основными показателями использования основных фондов являются:

1.1. Фондовооруженность труда, показывающая, какая часть стоимости основных фондов приходится на одного работающего:

$$\text{Фондовооруженность} = \frac{\text{Стоимость основных фондов}}{\text{Среднегодовая численность работающих}}$$

Большое значение для оценки «оснащенности» медицинского персонала техникой имеет такой показатель, как:

$$\text{I.2 Фондовооруженность труда медицинского персонала} = \frac{\text{Стоимость активной части основных фондов}}{\text{Среднегодовая численность врачей и среднего медперсонала}}$$

Эти показатели являются важной характеристикой структурного компонента качества. Для того чтобы охарактеризовать, в какой степени в течение года использовались основные фонды для лечебно-диагностического процесса, рассчитывают показатель *фондоотдачи*:

$$\text{I.3 Фондоотдача} = \frac{\text{Число пролеченных за год}}{\text{Стоимость основных фондов}} \times 1000$$

Показатель, обратный фондоотдаче, называется фондоемкость, он рассчитывается по формуле:

$$\text{I.4 Фондоемкость} = \frac{\text{Стоимость основных фондов}}{\text{Число пролеченных за год}} \times 1000$$

Часто этот показатель рассчитывают в стоимостном выражении, как отношение стоимости основных фондов к полученному доходу от реализации медицинских услуг.

Следующие показатели характеризуют степень возобновления основных фондов (они могут рассчитываться как в целом для основных фондов, так и отдельно для их активной части).

$$\text{I.5 Коэффициент выбытия} = \frac{\text{Сумма выбывших основных фондов за год}}{\text{Стоимость основных фондов на начало года}}$$

$$\text{I.6 Коэффициент обновления} = \frac{\text{Сумма введенных основных фондов за год}}{\text{Стоимость основных фондов на конец года}}$$

$$\text{I.7 Коэффициент накопления} = \frac{\text{Разница между введенными и выбывшими основными фондами}}{\text{Стоимость основных фондов на начало года}}$$

Естественно, что при прочих равных условиях в более выигрышном положении находится то медицинское учреждение, где коэффициент накопления выше. Коэффициент износа — это доля стоимости основных фондов, оставшаяся на списание в затратах в по-

следующих периодах. Коэффициент, дополняющий его до единицы, называется *коэффициентом годности*.

II. Использование коечного фонда

Показатели использования коечного фонда делятся на экономические и стоимостные.

Экономические показатели

$$\text{II.1 Использование пропускной способности стационара} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре}}{\text{Плановое число койко-дней}} \times 100\%$$

При этом плановое число койко-дней определяется произведением числа коек (средне-годовых) и количества дней работы койки в течение года (по нормативу составляет для большинства профилей коек в городских детских больницах 320 дней).

В оптимальном случае показатель составляет 100 %. Если он менее 100 %, то больница работает с недогрузкой, если более 100 % — с перегрузкой (т. е. появляются незапланированные койки).

$$\text{II.2 Средняя длительность работы койки в году} = \frac{\text{Число проведенных больными койко-дней}}{\text{Среднегодовое число коек}}$$

Если больница работает в соответствии с планом, данный показатель составляет 320 дней соответственно, если он больше или меньше 320 дней, больница работает с пере- или недогрузкой.

Основными причинами невыполнения плана могут быть: недостаточное поступление больных (что требует сокращения количества коек, их перепрофилизации), незапланированный простой коек (вследствие экстренной необходимости ремонта и т. д.).

Показатель изменяется синхронно с предыдущим.

$$\text{II.3 Средняя длительность пребывания больного на койке} = \frac{\text{Число проведенных больными койко-дней}}{\text{Среднее число лечившихся в больнице}}$$

Число лечившихся в больнице определяется как полусумма поступивших в нее и выбывших в течение года, т. е.

$$\frac{\text{число поступивших} + \text{число выписанных} + \text{число умерших}}{2}$$

Данный показатель рассчитывается как в целом по больнице, так и по разным отделениям, нозологическим формам и зависит от еще двух основных факторов: профиля коек, характера и степени тяжести основного заболевания, наличия осложнений и сопутствующей патологии, возраста пациентов, характера госпитализации состояния при поступлении, качества и организации лечебно-диагностического процесса (своевременное начало и адекватность лечебных и диагностических мероприятий, интенсивность лечения, применение новых технологий, проведение активного лечения в выходные и праздничные дни и т. д.).

Имеет большое значение изучение показателя в динамике и сравнение его в однопрофильных отделениях:

$$\text{II.4 Оборот койки} = \frac{\text{Число пролеченных}}{\text{Среднегодовое число коек}}$$

Показатель находится в обратной зависимости от предыдущего и определяется влиянием тех же факторов:

$$\text{II.5 Время простоя койки} = \frac{365 \text{ дней - среднегодовая занятость койки}}{\text{(фактически)}}$$

Средний оборот койки
Стоимостные показатели

II.6 Сумма расходов больницы=

Стоимость содержания одной койки в год х Среднегодовое число коек

II.7

Сумма расходов больницы

Стоимость одного койко-дня = Фактически проведенное число койко-дней

II.8

Стоимость содержания одного больного = Стоимость одного койко-дня х Средняя длительность пребывания больного на койке.

Анализируя значимость данных показателей, необходимо отметить следующее. В настоящее время основными проблемами рационализации использования коечного фонда являются:

1. Его недостаточное использование (когда больница в целом или отдельные отделения, профили работают с недогрузкой). Необходимо отметить, что стоимость содержания незанятой койки составляет 70-75 % от стоимости содержания занятой, так как большинство расходов (за исключением расходов на питание и медикаменты) сохраняются. В этих условиях необходимо либо перепрофилирование коечного фонда, либо его сокращение.

2. Средняя длительность пребывания больных в стационаре остается достаточно высокой (особенно по сравнению с западными странами). Сокращение этого показателя возможно за счет следующих факторов:

— улучшения работы догоспитального этапа (максимальное обследование больных, преимущественно плановый характер госпитализации, организация работы дневных стационаров, стационаров на дому, центров амбулаторной хирургии, развитие служб и реабилитации);

— перепрофилирование стационаров с учетом дифференциации по степени интенсивности ухода и лечения;

— сокращения непроизводительных потерь времени в стационаре (четкое планирование и реализация всех видов обследований и консультаций, что оптимально возможно в условиях компьютеризации больницы; отсутствие дублирования в обследованиях; организация работы вспомогательных служб в выходные и праздничные дни; введение механизма материального стимулирования медицинского персонала за сокращение длительности лечения при сохранении его высокого качества).

Необходимо отметить также следующие обстоятельства. При интенсификации использования коечного фонда (т. е. увеличении показателя среднегодовой занятости койки) стоимость койки увеличивается (за счет дополнительных расходов на питание и медикаменты для больного), а стоимость одного койко-дня (и лечения одного больного) сокращается (так как эти статьи расходов занимают небольшой удельный вес в их общей структуре); при снижении показателя динамика противоположна.

На стоимостные показатели влияют и такие факторы, как:

— мощность больницы (выше они в маломощных больницах, где лечится небольшое число больных, а хозяйственные расходы велики; снижаются при числе коек 300-400 и вновь возрастают в крупных стационарах, где сосредоточена дорогостоящая техника и работают наиболее высококвалифицированные специалисты);

— профиль коек (в специализированных отделениях стоимостные! показатели выше);

— организация работы (в частности, организация экономичного расходования различных ресурсов, рационализация расходов — приобретение оптимальных по цене и качеству продуктов питания, медикаментов и т. д.).

Расчет экономических потерь от простоя коек в лечебно-профилактических учреждениях

Методика расчета экономических потерь от простоя коек в лечебных учреждениях может быть проведен по методике, предложенной Б.Б. Головтеевым, Б. А. Демьяновой и М. П. Ройтманом.

$$З = \frac{Wф}{Ур} - \frac{Wф}{Ур} \times Уф,$$

Где:

З — экономические потери за год, руб.;

Wф — фактические расходы на содержание больничных коек в год, кроме расходов на питание и медикаменты сметы расходов, руб.;

Уф — фактическое число проведенных койко-дней;

Ур — расчетное число койко-дней.

Пример:

По N-ской центральной районной больнице должно быть выполнено за год 85800 койко-дней (учитывая 330 дней работы койки и 260 коек). Фактически выполнено 83789 койко-дней. Израсходовано на содержание стационара (без расходов на питание больных и медикаменты) 290416 руб.

Схема расчета:

$$\text{Фактические расходы} = \frac{290\,416 \text{ руб}}{83\,789 \text{ койко-дней}} = 3 \text{ руб. } 47 \text{ коп.}$$

$$\text{Затраты на один койко-день по расчетным данным} = \frac{290\,416 \text{ руб}}{85\,800 \text{ койко-дней}} = 3 \text{ руб. } 38 \text{ коп.}$$

3 руб. 47 коп. - 3 руб. 38 коп. = 0 руб. 09 коп. - 0,09 руб. x 83789 койко-дней = 7541 руб. 01 коп.

Таким образом, потери от простоя коек в N-ской больнице составили за год 7541 рублей.

III. Использование медицинской техники

К показателям использования медицинской техники относятся:

$$\text{Коэффициент календарного обслуживания} = \frac{t \text{ номинальное}}{t \text{ календарное}},$$

Где: t номинальное — время возможного использования оборудования в связи с режимом работы стационара;

t календарное — число дней в году.

Естественно, что чем выше коэффициент (при прочих равных условиях), тем более эффективно используется имеющееся оборудование.

$$\text{Коэффициент сменности} = \frac{\text{Ч фактическое}}{\text{Ч максимальное}},$$

Где:

Ч фактическое — число фактических часов работы оборудования;

Ч максимальное — число максимально возможных часов работы оборудования.
Данный показатель следует рассчитывать отдельно по дорогостоящему оборудованию.
Промежутки времени могут быть различными — год, месяц.

IV. Использование персонала

Анализ использования персонала проводится на основании следующих показателей:

$$\text{а) Укомплектованность} = \frac{\text{Число занятых должностей}}{\text{Число должностей по штатному расписанию}} \times 100 \%$$

Отдельно этот показатель рассчитывается для врачей и среднего медперсонала. При низкой укомплектованности штатов может снижаться качество медицинской помощи. В то же время за счет некомплектованности штатов создается финансовый резерв, который может распределяться с учетом КТУ (коэффициента трудового участия) в условиях бригадного подряда.

б) Число врачей (среднего медперсонала), обслуживающих стационар, в расчете на 100 коек.

в) Число работников, обслуживающие стационар, в расчете на 100 коек.

г) Соотношение числа врачей и среднего медперсонала, которое должно составлять не менее 1:3-1:4, а реально в нашей стране намного ниже (в западных странах показатель достигает 1:6-1: 8 и даже выше).

д) Удельный вес аттестованных работников (врачей и среднего медперсонала) из их общего числа и распределение аттестованных по квалификационным категориям.

$$\text{е) Производительность труда} = \frac{\text{Результаты}}{\text{Затраты живого труда}}$$

$$\text{ж) Трудоемкость} = \frac{\text{Затраты живого труда}}{\text{Результаты}}$$

Данный показатель характеризует, сколько должно быть «вложено» труда для достижения единицы результата.

V. Анализ финансовых средств

При анализе финансовых средств, во-первых, необходимо по смете определить структуру доходов и расходов. Основными документами при этом являются «Баланс исполнения сметы расходов» (форма № 1) и «Отчет об исполнении сметы доходов и расходов учреждения» (форма № 2).

В структуре доходов, в частности, определяется доля средств, поступающих из бюджета, ОМС, по договорам с предприятиями, за платные услуги, кредиты и другие заемные средства, пр.

В структуре расходов выделяют удельный вес таких, как:

- заработная плата (а в новых условиях — единый фонд оплаты труда, включающий заработную плату и фонд материального поощрения);
- начисления на заработную плату,
- расходы на питание;
- расходы на приобретение медикаментов и перевязочных средств;
- расходы на приобретение мягкого инвентаря и оборудования;
- прочие статьи расходов (канцелярские, хозяйственные расходы; амортизационные отчисления, командировки и пр.).

В условиях нового хозяйственного механизма также учитываются фонд производственного и социального развития (приобретение оборудования и инвентаря, капитальный ремонт зданий и др.).

Кроме того, анализируются соотношение основных и оборотных (необходимых для проведения производственного цикла) средств, количество и структура заемных средств, наличие задолженностей (в т. ч. кредиторских).

Среди многообразия показателей, характеризующих финансовую устойчивость предприятий (учреждений), можно выделить:

— коэффициент абсолютной ликвидности, показывающий платежеспособность предприятия (какая часть краткосрочных заемных средств может быть при необходимости немедленно погашена);

— ликвидность активов — свидетельствующая о том, сколько рублей текущих активов приходится на 1 рубль текущих обязательств;

— ресурсоотдача — объем реализации продукции, приходящейся на 1 рубль средств, вложенных в деятельность предприятия;

— рентабельность — отношение прибыли и среднегодовой стоимости основных фондов и оборотных средств (или прибыли и себестоимости). Отдельно можно рассчитывать рентабельность собственного и авансированного капитала;

— коэффициент покрытия, показывающий, как текущие кредитные обязательства обеспечены оборотными средствами.

Для предприятия, производящих товары, число этих показателей гораздо больше.

Таким образом, анализ экономической деятельности лечебно-профилактических учреждений, включающий большое многообразие составляющих, - необходимое условие его дальнейшего существования и развития.

Практическая работа:

На основании данных варианта рассчитать показатели: с I.1 по I.7, с II.1 по II.8

Пользуясь приведенными в методических указаниях нормативами и данными за прошедший год из варианта задачи сделайте выводы об экономической деятельности больницы.

Задания в тестовой форме:

- По содержанию процесса управления экономический анализ подразделяется на:
 - текущий
 - оперативный
 - внутренний
 - перспективный
 - сплошной
- В организации анализа работы учреждений выделяются следующие основные этапы:
 - составление планов и программ анализа
 - сбор необходимой информации
 - аналитическая обработка информации
 - оценка результатов деятельности учреждений
 - обобщение результатов анализа
- Укажите формулу для расчета фондовооруженности:
 - $$\Phi = \frac{\text{Стоимость основных фондов}}{\text{Среднегодовая численность работающих}}$$
 - $$\Phi = \frac{\text{Стоимость активной части основных фондов}}{\text{Среднегодовая численность врачей и среднего медперсонала}}$$
 - $$\Phi = \frac{\text{Стоимость основных фондов}}{\text{Число пролеченных за год}}$$
- При интенсификации использования коечного фонда, т.е. увеличении показателя среднегодовой занятости койки стоимость койки:
 - увеличивается
 - уменьшается
 - остаётся постоянной

5. Анализ деятельности ЛПУ проводится по следующим основным направлениям:
- а) использование основных фондов б) использование коечного фонда
 - в) использование медицинской техники г) использование персонала
 - д) анализ финансовых расходов
6. По периодичности проведения экономического анализ подразделяется на:
- а) выборочный б) разовый в) систематический
7. Укажите формулу для расчета фондоемкости:

а)
$$\text{Фондоемкость} = \frac{\text{Число пролеченных за год}}{\text{Стоимость основных фондов}} \times 1000$$

б)
$$\text{Фондоемкость} = \frac{\text{Стоимость основных фондов}}{\text{Число пролеченных за год}} \times 1000$$

в)
$$\text{Фондоемкость} = \frac{\text{Стоимость основных фондов}}{\text{Среднегодовая численность работающих}} \times 1000$$

8. Степень возобновления основных фондов характеризует:
- а) коэффициент выбытия б) коэффициент накопления
 - в) фондоотдача г) фондоемкость д) коэффициент обновления
9. Стоимость одного койко-дня представляет собой отношение:
- а) числа лечившихся в больнице к среднегодовому числу коек
 - б) суммы расходов больницы к фактически проведенному числу койко-дней
 - в) суммы расходов больницы к среднегодовому числу коек
10. Укажите формулу для расчета трудоемкости:

а)
$$\text{Трудоемкость} = \frac{\text{Результаты}}{\text{Затраты живого труда}}$$

б)
$$\text{Трудоемкость} = \frac{\text{Затраты живого труда}}{\text{Результаты}}$$

в)
$$\text{Трудоемкость} = \frac{\text{Число пролеченных за год}}{\text{Стоимость основных фондов}}$$

11. По полноте охвата экономического анализ подразделяется на:
- а) внешний б) полный
 - в) локальный г) тематический
12. Экономический анализ представляет собой систему знаний о:
- а) сущности и содержании работы бюджетных учреждений
 - б) предмете, методе, задачах и формах организации анализа
 - в) процедурах рассмотрения конкретных производственных ситуаций
13. Укажите формулу для расчета фондовооруженности труда медицинского персонала:
- а)
$$\Phi = \frac{\text{Стоимость активной части основных фондов}}{\text{Среднегодовая численность врачей и среднего медперсонала}}$$
- б)
$$\Phi = \frac{\text{Стоимость основных фондов}}{\text{Среднегодовая численность работающих}}$$
- в)
$$\Phi = \frac{\text{Стоимость основных фондов}}{\text{Число пролеченных за год}}$$
14. При интенсификации использования коечного фонда, т.е. увеличении показателя среднегодовой занятости койки стоимость одного койко-дня (и лечения одного больного):
- а) увеличивается б) остается постоянной в) уменьшается
15. По методам изучения объектов экономического анализ подразделяется на:
- а) комплексный б) систематический
 - в) сплошной г) выборочный

16. Укажите формулу для расчета фондоотдачи:

а) $\text{Фондоотдача} = \frac{\text{Стоимость основных фондов}}{\text{Число пролеченных за год}} \times 1000$

б) $\text{Фондоотдача} = \frac{\text{Число пролеченных за год}}{\text{Стоимость основных фондов}} \times 1000$

в) $\text{Фондоотдача} = \frac{\text{Стоимость основных фондов}}{\text{Среднегодовая численность работающих}} \times 1000$

17. Оборот койки представляет собой отношение:

а) числа лечившихся в больнице к среднегодовому числу коек

б) суммы расходов больницы к среднегодовому числу коек

в) суммы расходов больницы к фактически проведенному числу койко-дней

18. Укажите формулу для расчета укомплектованности штатов:

а) $\text{Укомплектованность штатов} = \frac{\text{Затраты живого труда}}{\text{Число должностей по штатному расписанию}} \times 100\%$

б) $\text{Укомплектованность штатов} = \frac{\text{Число занятых должностей}}{\text{Число должностей по штатному расписанию}} \times 100\%$

в) $\text{Укомплектованность штатов} = \frac{\text{Затраты живого труда}}{\text{Результаты}} \times 100\%$

19. Основными показателями, характеризующими финансовую устойчивость являются:

а) ликвидность активов б) ресурсоотдача

в) рентабельность г) коэффициент покрытия

д) коэффициент абсолютной ликвидности

20. Коэффициент календарного обслуживания представляет собой отношение:

а) числа фактических часов работы оборудования к числу дней в году

б) числа фактических часов работы оборудования к числу максимально возможных часов работы оборудования

в) времени возможного использования оборудования в связи с режимом работы стационара к числу дней в году

Тема: «Финансирование и оплата труда медицинских работников»

Цель занятия – формирование у студентов знаний по вопросам финансирования медицинских организаций бюджетно-страховой медицины.

В результате изучения темы студент должен знать:

1. Определение основных финансовых категорий таких, как финансы учреждений здравоохранения, деньги, денежные средства, финансовые средства, финансовые ресурсы.
2. Источники и порядок финансирования медицинских организаций.
3. Структуру сметы медицинской организации и порядок ее составления.
5. Порядок расчета заработной платы медицинских работников.

На основании этих знаний студент должен уметь определять:

1. Заработную плату медицинских работников, включая должностной оклад, выплаты компенсационного и стимулирующего характера.
2. Начисления на оплату труда.

Литература:

а) Основная:

1. Экономика здравоохранения [Текст]: учебник / ред. А.В. Решетников. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 50 – 60, 107 – 118

7. Электронный ресурс:

1. Решетников, А. В. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / А. В. Решетников. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431368.html>

б) Дополнительная литература:

8. Экономика здравоохранения [Текст]: учебник / ред. М. Г. Колосницына, И.М. Шейман, С. В. Шишкин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 461 с.

Контрольные вопросы.

1. Определение медицинского учреждения, финансов учреждений здравоохранения, финансовых средств, финансовых ресурсов.
2. Источники финансовых ресурсов системы здравоохранения в Российской Федерации.
3. Многоканальное финансирование и принцип бюджетного финансирования ЛПУ.
4. Многоканальное финансирование и принцип финансирования ЛПУ в системе обязательного медицинского страхования.
5. Федеральный бюджет. Финансирование здравоохранения за счет средств федерального бюджета.
6. Бюджет субъекта РФ. Финансирование здравоохранения за счет средств бюджета субъекта РФ.
7. Бюджет муниципального образования. Финансирование здравоохранения за счет средств бюджета муниципального образования.
8. Фонды обязательного медицинского страхования. Источники финансовых средств ОМС.
9. Программа обязательного медицинского страхования. Ее реализация на региональном уровне.
10. Бюджет. Бюджетная классификация, ее структура.
11. Смета расходов ЛПУ. Ее составные части. Порядок формирования сметы.
12. Система оплаты труда работников здравоохранения.
13. Должностной оклад. Профессиональные квалификационные группы и квалификационные уровни.
14. Порядок и условия установления компенсационных выплат.

15. Размеры компенсационных выплат. Доплата работникам, занятым в опасных для здоровья и тяжёлых условиях труда.
16. Размеры компенсационных выплат. Надбавка за выслугу лет и за работу в сельской местности.
17. Размеры компенсационных выплат. Доплата за работу в ночное время и в выходные и праздничные дни.
18. Размеры компенсационных выплат. Надбавка за квалификационную категорию и руководителям ЛПУ.
19. Порядок и условия установления стимулирующих выплат.
20. Размеры стимулирующих выплат. Надбавка за присвоение учёной степени, почётного звания и награждение почётным знаком.
21. Составление тарификационного списка работника.
22. Начисления на оплату труда.

Пример решения типовой ситуационной задачи

Условие задачи:

1. Наименование ЛПУ: Сельская участковая больница
2. Коечный фонд: нет
3. Число врачебных должностей: 7
4. Штатное расписание:

Должность	Ставки (объем работы)	Квалификационная категория	Стаж
Главный врач	1	высшая	12 лет
Врач-терапевт участковый	1,5	первая	8 лет
Врач-терапевт участковый	1	нет	0 лет
Врач-хирург	1	нет	4 года
Врач-педиатр участковый	1	вторая	5 лет
Врач-педиатр подростковый участковый	0,5	вторая	5 лет
Врач-инфекционист	1	вторая	5 лет
Врач-стоматолог	1	нет	4 года
Итого:	7		

Задание:

На основе предложенных данных рассчитайте:

- месячные оклады врачей,
- месячный фонд заработной платы больницы,
- годовой фонд заработной платы больницы,
- начисления на оплату труда (единый социальный налог)
- сумму расходов по оплате труда и начислений на оплату труда

Решение задачи:

1. На основе предложенных данных составляем тарификационные списки врачей и заносим полученные результаты в таблицу:

Должность	Основ-	Компенсационные выплаты	Всего:
-----------	--------	-------------------------	--------

	ной оклад	Квалификационная категория		Стаж работы		За работу в сель. местности		Опасные условия труда		Другие выплаты		руб.
		%	руб	%	руб	%	руб	%	руб	%	руб	
Главный врач 1 ст.	6550	40	262 0	15	982 ,5	25	163 7,5	-	-	Рук-во		14410
										40	262 0	
Врач-терапевт 1,5 ст.	5400*1, 5=8100 15	15	121 5	15	121 5	25	202 5	-	-	-	-	12555
Врач-терапевт 1 ст.	5400	-	-	-	-	25	135 0			Мол. спец.		9450
										50	270 0	
Врач-хирург 1 ст.	5300			10	530	25	132 5					7155
Врач-педиатр 1 ст.	5400	10	540	10	540	25	135 0					7830
Врач-педиатр подростковый 0,5 ст.	2700	10	270	10	270	25	675					3915
Врач-инфекционист 1 ст.	5300	10	530	10	530	25	132 5	6	318			8003
Врач-стоматолог 1 ст.	5300	-	-	10	530	25	132 5					7155
Итого:												70473

Годовой фонд оплаты труда: 70473*12=845676 рублей

2. Начисления на оплату труда:

➤ Пенсионный фонд и Федеральный бюджет (20% от годового фонда оплаты труда):

845676:100*20=169135,2 руб.

➤ Социальное страхование (2,9% от годового фонда оплаты труда):

845676:100*2,9=24524,6 руб.

➤ Обязательное медицинское страхование:

- Федеральный фонд ОМС (1,1% от годового фонда оплаты труда):

845676:100*1,1=9302,4 руб.

- Территориальный фонд ОМС (2% от годового фонда оплаты труда)

845676:100*2=16913,5 руб.

ИТОГО: 219875,7 руб.

3. Сумма расходов по оплате труда медицинского персонала и начислений на оплату труда:

845676+219875,7=1.065.551,7 руб.

Ситуационная задача

Вариант 1

Условие задачи:

1. Наименование ЛПУ: Сельская участковая больница
2. Коечный фонд: нет
3. Число врачебных должностей: 11
4. Штатное расписание:

Должность	Ставки (объем работы)	Квалификационная категория	Стаж
Главный врач	1	Высшая, к.м.н.	12 лет
Врач-терапевт участковый	1	первая	8 лет
Врач-терапевт участковый	1	нет	0 лет
Врач-хирург поликлиники	1	нет	4 года
Врач-педиатр участковый	1	вторая	5 лет
Врач-педиатр участковый	1	первая	10 лет
Врач-педиатр подростковый участковый	1	вторая	5 лет
Врач-инфекционист	1	первая	8 лет
Врач-рентгенолог	1	первая	8 лет
Врач-стоматолог	1	нет	4 года
Врач-стоматолог	1	высшая	11 лет
Итого:	11		

Задание:

На основе предложенных данных рассчитайте:

- месячные оклады врачей,
- месячный фонд заработной платы больницы,
- годовой фонд заработной платы больницы,
- начисления на оплату труда (единый социальный налог)
- сумму расходов по оплате труда и начислений на оплату труда

Ситуационная задача Вариант 2

Условие задачи:

1. Наименование ЛПУ: Сельская участковая больница
2. Коечный фонд: нет
3. Число врачебных должностей: 10
4. Штатное расписание:

Должность	Ставки (объем работы)	Квалификационная категория	Стаж
Главный врач	1	первая	8 лет
Врач-терапевт участковый	1	Высшая, почетное звание «Народный врач РФ»	25 лет
Врач-терапевт участковый	1	нет	0 лет
Врач-хирург	1,5	нет	4 года
Врач-педиатр участковый	1	вторая	5 лет
Врач-педиатр	1	первая	10 лет

участковый			
Врач-педиатр подростковый участковый	0,5	вторая	5 лет
Врач-инфекционист	0,5	вторая	5 лет
Врач-рентгенолог	0,5	первая	8 лет
Врач-стоматолог	1	первая	11 лет
Итого:	10		

Задание:

На основе предложенных данных рассчитайте:

- месячные оклады врачей,
- месячный фонд заработной платы больницы,
- годовой фонд заработной платы больницы,
- начисления на оплату труда (единый социальный налог)
- сумму расходов по оплате труда и начислений на оплату труда

Ситуационная задача Вариант 3

Условие задачи:

1. Наименование ЛПУ: Сельская участковая больница
2. Коечный фонд: 50 коек
3. Число врачебных должностей: 12
4. Штатное расписание:

Должность	Ставки (объем работы)	Квалификационная категория	Стаж
Главный врач	1	вторая	5 лет
Зав. терапевтическим отделением	1	Высшая, к.м.н.	15 лет
Врач-терапевт стационара	1	нет	1 год
Врач-терапевт участковый	1	нет	2 года
Врач-терапевт участковый	1	высшая	10 года
Врач-терапевт участковый	1	нет	4 года
Врач-хирург поликлиники	1	первая	7 лет
Врач-педиатр участковый	1	вторая	9 лет
Врач-педиатр участковый	1,5	первая	10 лет
Врач-инфекционист	0,5	нет	4 года
Врач-рентгенолог	1	первая	8 лет
Врач-стоматолог	1	нет	12 лет
Итого:	12		

Задание:

На основе предложенных данных рассчитайте:

- месячные оклады врачей,
- месячный фонд заработной платы больницы,

- годовой фонд заработной платы больницы,
- начисления на оплату труда (единый социальный налог)
- сумму расходов по оплате труда и начислений на оплату труда

Ситуационная задача
Вариант 4

Условие задачи:

1. Наименование ЛПУ: Сельская участковая больница
2. Коечный фонд: 80 коек
3. Число врачебных должностей: 14
4. Штатное расписание:

Должность	Ставки (объем работы)	Квалификационная категория	Стаж
Главный врач	1	высшая, к.м.н.	25 лет
Зам. главного врача по мед. части	1	первая	8 лет
Зав. терапевтическим отделением	1	высшая	15 лет
Врач-терапевт стационара	1	нет	2 года
Зав. хирургическим отделением стационара	1	первая	8 лет
Врач анестезиолог- реаниматолог	1	нет	1 год
Врач-терапевт участковый	1	нет	2 года
Врач-терапевт участковый	1	высшая	10 года
Врач-хирург поликлиники	1	первая	7 лет
Врач-педиатр участковый	1	вторая	9 лет
Врач-педиатр участковый	1,5	первая	10 лет
Врач-инфекционист	0,5	нет	4 года
Врач-рентгенолог	1	нет	3 года
Врач-стоматолог	1	нет	12 лет
Итого:	14		

Задание:

На основе предложенных данных рассчитайте:

- месячные оклады врачей,
- месячный фонд заработной платы больницы,
- годовой фонд заработной платы больницы,
- начисления на оплату труда (единый социальный налог)
- сумму расходов по оплате труда и начислений на оплату труда

Задания в тестовой форме

Вариант 1

1. Источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения в Российской Федерации являются:

- а. средства республиканского бюджета, бюджетов республик, краев и областей в составе Российской Федерации и бюджетов муниципальных образований;
 - б. средства государственных и общественных организаций (объединений), предприятий и других хозяйствующих субъектов;
 - в. личные средства граждан;
 - г. безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
 - д. доходы от ценных бумаг;
 - е. кредиты банков и других кредиторов;
 - ж. иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации;
 - з. все вышеперечисленное.
2. В рамках бюджетного финансирования, планируемые для ЛПУ средства, определяются на основе:
 - а. сумм их финансирования за прошлый год по отдельным статьям;
 - б. выполнения плановых показателей работы за прошлый год;
 - в. обоснования расходов, рассчитанных с использованием имеющихся нормативов;
 - г. критериев качества работы ЛПУ;
3. Расходование полученных финансовых средств осуществляется:
 - а. строго по их целевому назначению;
 - б. самостоятельно перераспределяется их между разными статьями расходов;
 - в. по решению главного врача ЛПУ;
 - г. в зависимости от потребности в медикаментах и перевязочных средствах.
4. В системе ОМС для финансирования амбулаторно-поликлинической помощи применяются методы оплаты:
 - а. оплата медицинских услуг по согласованным тарифам;
 - б. оплата медицинских услуг, выраженных в баллах, по единой системе тарифов;
 - в. оплата законченных случаев лечения по согласованным тарифам;
 - г. оплата медицинских услуг в соответствии с реальными расходами поликлиники;
 - д. финансирование по подушевому принципу на одного прикрепленного к амбулаторно-поликлиническому учреждению;
5. В государственных учреждениях здравоохранения субъектов РФ за счет средств соответствующего бюджета предоставляются следующие виды медицинской помощи:
 - а. санитарно-авиационная скорая медицинская помощь;
 - б. специализированные виды медицинской помощи;
 - в. амбулаторно-поликлиническая в государственных учреждениях здравоохранения;
 - г. первичная медико-санитарная помощь.
6. Бюджетная классификация состоит из:
 - а. сметы расходов;
 - б. кода администратора расходов бюджета, присвоенный главному распорядителю бюджетных средств;
 - в. функциональной классификации;
 - г. экономической классификации.
7. В структуре расходов на скорую медицинскую помощь наибольший удельный вес соответствует статье:
 - а. оплата труда;
 - б. медикаменты и перевязочные средства;

- в. продукты питания;
 - г. приобретение оборудования.
8. Основной оклад врача, среднего медицинского персонала складывается из:
- а. должностного оклада;
 - б. стимулирующих выплат;
 - в. распределяющих выплат;
 - г. компенсационных выплат;
9. К выплатам стимулирующего характера относятся следующие доплаты и надбавки:
- а. доплата работникам, занятым в опасных для здоровья и тяжёлых условиях труда;
 - б. надбавка за квалификационную категорию;
 - в. надбавка за выслугу лет;
 - г. надбавка за присвоение учёной степени, почётного звания и награждение почётным знаком по соответствующему профилю;
 - д. надбавка за работу в сельской местности.
10. Надбавка молодым специалистам устанавливается на период первых трёх лет работы после окончания учреждений высшего или среднего профессионального образования за работу в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных в сельской местности, в размере:
- а. 30% от должностного оклада;
 - б. 40% от должностного оклада;
 - в. 50% от должностного оклада;
 - г. 60% от должностного оклада.

Вариант 2

1. Из источников финансовых ресурсов системы здравоохранения формируются средства:
- а. государственной системы здравоохранения;
 - б. муниципальной системы здравоохранения;
 - в. государственной системы обязательного медицинского страхования;
 - г. государственной системы социального страхования.
4. Поступление бюджетных средств осуществляется:
- а. по заявкам медицинских учреждений;
 - б. по смете расходов;
 - в. по номенклатуре учреждений;
 - г. по государственным заказам.
5. Недостатками сметного финансирования являются:
- а. отсутствие у учреждений стимулов к более рациональному использованию ресурсов;
 - б. отсутствие целевого назначения использования финансовых средств;
 - в. распределение финансовых средств по статьям сметы;
 - г. воспроизводит затратный тип хозяйствования.
6. В системе ОМС для финансирования стационарной помощи применяются методы оплаты:
- а. финансирование стационара по смете расходов под согласованные объемы помощи;
 - б. оплата по числу фактически проведенных пациентом койко-дней, дифференцированная по отделениям стационара;

- в. оплата за число пролеченных больных по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении;
 - г. оплата медицинских услуг в соответствии с реальными расходами стационара;
 - д. оплата за количество законченных случаев госпитализации по тарифам, дифференцированным в соответствии с клинико-статистическими группами или медико-экономическими стандартами.
5. В муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета предоставляются следующие виды медицинской помощи:
- а. скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной);
 - б. первичная медико-санитарная помощь в муниципальных амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях;
 - в. медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов;
 - г. санитарно-авиационная скорая медицинская помощь.
6. Смета лечебно-профилактического учреждения по существу является:
- а. инструкцией по расходованию финансовых средств;
 - б. финансовым планом учреждения на предстоящий финансовый год;
 - в. экономической программой обоснования расходов;
 - г. перечнем указаний по перечислению налогов.
7. В структуре расходов на стационарную помощь наибольший удельный вес соответствует статье:
- а. оплата труда;
 - б. медикаменты и перевязочные средства;
 - в. продукты питания;
 - г. приобретение оборудования;
8. Должностной оклад назначается в соответствии:
- а. с номенклатурой специальностей;
 - б. с квалификационным уровнем профессиональной квалификационной группы;
 - в. с размером стимулирующих выплат;
 - г. с выполнением плановой нагрузки врачом и средним медицинским работником.
9. Надбавка за выслугу лет устанавливается при выслуге лет от 1 года до 3 лет, от 3 лет до 5 лет, свыше 5 лет в следующих размерах:
- а. 5%, 10%, 15% от должностного оклада;
 - б. 10%, 15%, 20% от должностного оклада;
 - в. 15%, 20%, 25% от должностного оклада;
 - г. 20%, 30%, 40% от должностного оклада.
10. Доплата за работу в выходные и нерабочие праздничные дни производится работникам не менее чем:
- а. в полуторном размере;
 - б. в двойном размере;
 - в. в тройном размере;
 - г. в четверном размере.

Вариант 3

1. Наибольшее распространение в здравоохранении получил принцип:
- а. одноканального бюджетного финансирования ;
 - б. одноканального финансирования из средств ОМС;

- в. многоканального финансирования с использованием средств государственных и муниципальных бюджетов и средств ОМС;
 - г. многоканального финансирования с использованием средств государственных и муниципальных бюджетов.
7. Финансовые средства перечисляются в соответствии:
- а. с потребностями медицинских учреждений;
 - б. со статьями экономической классификации бюджетных расходов;
 - в. с численностью обслуживаемого населения;
 - г. с накладными расходами учреждений.
8. Средства ОМС должны направляться на финансирование расходов медицинских учреждений по статьям:
- а. заработная плата;
 - б. начисления на заработную плату в;
 - в. командировочные расходы;
 - г. продукты питания;
 - д. медикаменты и перевязочные средства.
4. За счет средств федерального бюджета предоставляются следующие виды медицинской помощи:
- а. экстренная медицинская помощь, оказываемая в муниципальных медицинских учреждениях;
 - б. специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях;
 - в. высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в специализированных медицинских организациях;
 - г. осуществление дополнительных мероприятий по развитию профилактического направления медицинской помощи;
 - д. дополнительная бесплатная медицинская помощь, оказываемая в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;
 - е. медико-санитарное обеспечение граждан отдельных территорий.
5. В Территориальные фонды ОМС средства для оплаты медицинской помощи населению поступают из следующих источников:
- а. взносы всех предприятий, организаций, учреждений в размере 2% от фонда оплаты труда (процент может пересматриваться);
 - б. личные средства граждан
 - в. взносы органов исполнительной власти на страхование неработающего населения;
 - г. возврат денежных средств из Федерального фонда ОМС в виде субвенций;
6. В структуре расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь наибольший удельный вес соответствует статье:
- а. оплата труда;
 - б. медикаменты и перевязочные средства;
 - в. продукты питания;
 - г. приобретение оборудования.
7. В структуре расходов на диагностические услуги наибольший удельный вес соответствует статье:
- а. оплата труда;
 - б. медикаменты и перевязочные средства;

- в. продукты питания;
- г. приобретение оборудования;

8. К выплатам компенсационного характера относятся:

- а. доплата работникам, занятым в опасных для здоровья и тяжёлых условиях труда;
- б. надбавка за присвоение учёной степени;
- в. надбавка за выслугу лет;
- г. надбавка за квалификационную категорию
- д. надбавка за работу в сельской местности.

9. Надбавка за работу в сельской местности устанавливается в размере:

- а. 10% от должностного оклада;
- б. 20% от должностного оклада;
- в. 25% от должностного оклада;
- г. 30% от должностного оклада.

10. Надбавка за высшую, первую и вторую квалификационные категории устанавливается врачам-специалистам соответственно в размере:

- а. 40%, 15% и 10% от должностного оклада;
- б. 30%, 15% и 10% от должностного оклада;
- в. 20%, 15% и 10% от должностного оклада;
- г. 15%, 10% и 5% от должностного оклада.

Тема: «Ценообразование в здравоохранении»

Целью изучения темы является – формирование у студентов знаний по медико-экономическим вопросам ценообразования в системе здравоохранения.

В результате изучения темы «Ценообразование в здравоохранении» студент должен:

иметь представление:

- о понятийном аппарате системы ценообразования в здравоохранении;
- об основных принципах ценообразования в здравоохранении;

знать:

- задачи и цели ценообразования;
- виды цен на медицинские услуги;
- единицы расчёта цены на медицинские услуги;
- основные понятия и методики расчёта себестоимости, рентабельности, прибыли и цены медицинской услуги;

уметь:

- рассчитывать себестоимость, рентабельность, прибыль и цену медицинской услуги лечебного учреждения;

Основная литература:

1. Экономика здравоохранения [Текст]: учебник / ред. А.В. Решетников. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 93 – 106

Дополнительная литература

1. Иванов, А.Г. Ценообразование в здравоохранении [Текст]: учебно-методическое пособие / А.Г. Иванов, Сайед К.З.- РИЦ ТГМА, 2010.- 23 с.

Вопросы для самоподготовки

1. Дайте определение понятий «ценообразование», «цена», «тариф», «стоимость», «потребительская стоимость», «себестоимость», «удельная себестоимость», «прибыль» и «рентабельность».
2. Основные принципы ценообразования.
3. Задачи и цели ценообразования.
4. Виды цен на медицинские услуги.
5. Структура тарифа на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).
6. Единицы расчёта цены на медицинские услуги.
7. Себестоимость медицинских услуг. Затраты (элементы), входящие в себестоимость.
8. Факторы, влияющие на снижение и повышение себестоимости медицинских услуг.
9. Расчёт себестоимости одной медицинской услуги.
10. Расчёт себестоимости госпитализации одного больного.
11. Цена медицинской услуги и методики её расчёта.
12. Прибыль и рентабельность. Их роль и значение в формировании цены на медицинские услуги.

Дополнительные материалы для подготовки (реферат)

Система **ценообразования** в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги.

Ценообразование – это определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.

В условиях рыночной экономики медицинские услуги (например диагностические, лечебно-профилактические и реабилитационные) выступают в качестве специфического товара, на который должна быть установлена **цена**.

Цена – это денежное выражение **стоимости** медицинской услуги.

Стоимость – это количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги определённого вида и качества.

Потребительская стоимость – это способность вещи (товара, в данном случае медицинской услуги) удовлетворить какую-либо человеческую потребность, т.е. её полезность.

Цена медицинской услуги с одной стороны обусловлена объективными затратами, с другой – субъективной оценкой её полезности (или востребованности).

Рыночные отношения в здравоохранении предполагают достижение лечебными учреждениями высоких конечных экономических результатов с минимальными затратами. При этом установление директивных цен практически невозможно, так как затраты различных лечебных учреждений (амбулаторно-поликлинических, стационарных, параклинических и т.д.) неодинаково влияют на цены медицинских услуг. Так, если пациенты не согласны с предлагаемой им ценой на медицинскую услугу, то они могут отказаться от неё в данном лечебном учреждении и получить её в другом по более приемлемой для них цене. Следовательно, рыночные отношения предполагают установление равновесной цены, рассчитанной каждым конкретным лечебным учреждением с учётом потребительского спроса.

При установлении цены на медицинские услуги следует учитывать следующие **принципы ценообразования**:

- 1) цена должна отражать общественно необходимые затраты труда на оказываемые услуги, их потребительские свойства и качество;
- 2) цена должна учитывать соотношение спроса и предложения на данный вид медицинских услуг;
- 3) цена на медицинскую услугу должна обеспечивать получение прибыли каждым нормально функционирующим лечебным учреждением;
- 4) цена должна носить противозатратный характер и стимулировать повышение качества медицинских услуг;
- 5) цена должна индексироваться в условиях инфляции.

При ценообразовании лечебное учреждение должно устанавливать такие цены на медицинские услуги и так изменять их в зависимости от внешних и внутренних условий функционирования, чтобы это способствовало решать стратегические (долгосрочные) и оперативные (краткосрочные) задачи для достижения поставленных целей. При этом **задачи ценообразования должны совпадать с целями**, которые ставит в своей деятельности лечебное учреждение (рис.1).



Рис. 1. Задачи и цели ценообразования лечебного учреждения

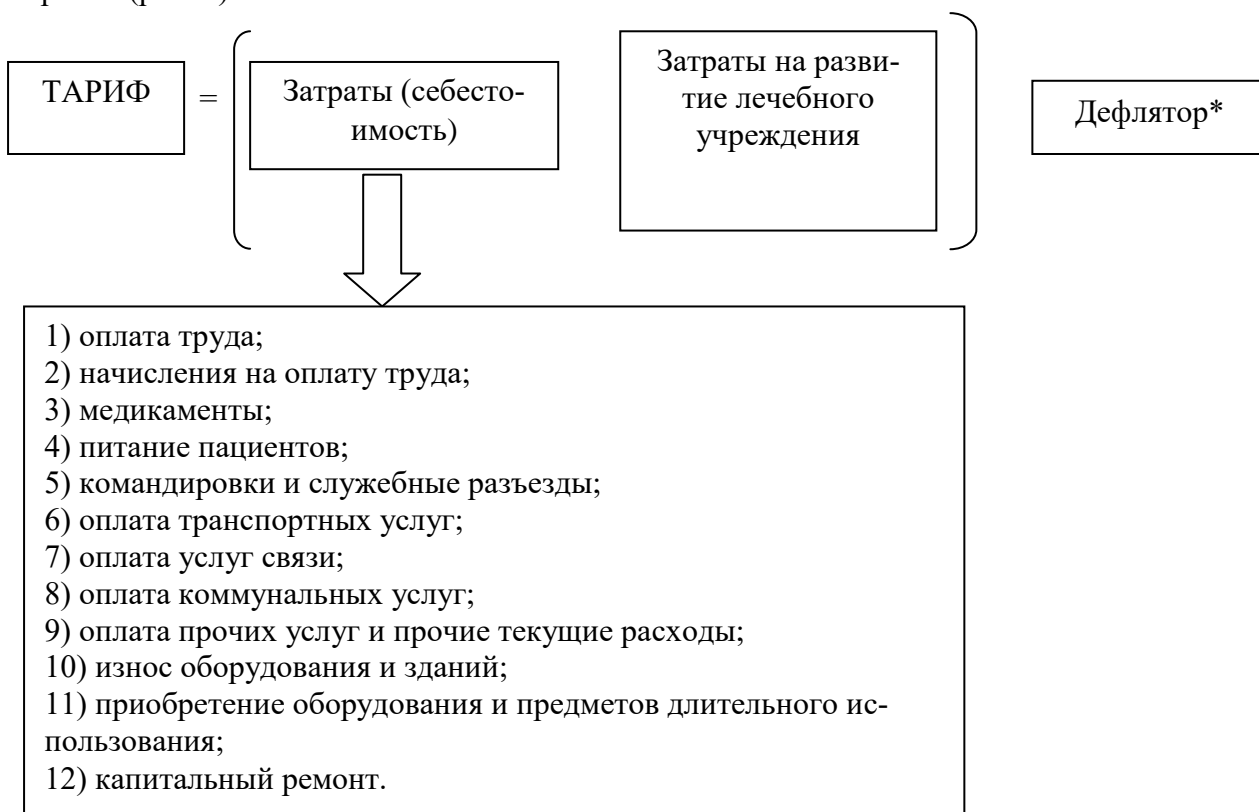
Исходя из многообразия целей и задач ценообразования, существуют следующие **виды цен на медицинские услуги:**

- 1) бюджетные нормативы;
- 2) тарифы в системе ОМС;
- 3) договорные цены (в том числе в системе добровольного медицинского страхования);
- 4) свободные рыночные цены на платные медицинские услуги.

Формирование цены медицинской услуги в системе ОМС осуществляется в виде **тарифа**, который должен возмещать затраты и обеспечивать развитие лечебного учреждения, а значит иметь в структуре прибыль.

Тариф – это система ставок, определяющая размер платы за различные услуги (цена услуг), предоставляемые предприятиями, организациями и учреждениями населению.

Структура тарифа на медицинскую услугу в системе ОМС выглядит следующим образом (рис. 2):



Дефлятор* – индекс роста цен, коэффициент преобразования экономических параметров, рассчитанных в текущих ценах, в постоянные (базисные или неизменные) цены; дефлятор > 1 – повышение уровня цен; дефлятор < 1 – понижение уровня цен.

Рис. 2. Структура тарифа на медицинскую услугу в системе ОМС

Расчёт тарифов стоимости медицинских услуг стационарных учреждений производится отдельно по основным (отделения стационара, имеющие койки), вспомогательным (отделения, оказывающие услуги основным: физиотерапевтическое, рентгеновское, патологоанатомическое, анестезиолого-реанимационное, приёмное, клинично-диагностическое, лаборатория и др.) и административно-хозяйственным подразделениям.

В настоящее время **единицами расчёта цены на медицинские услуги** являются:

- 1) одна простая медицинская услуга;
- 2) один пролеченный больной по данной нозологической форме;
- 3) одно посещение;
- 4) один койко-день;
- 5) один пациенто-день (по рекомендации ВОЗ);
- 6) один вызов скорой помощи;
- 7) один день пребывания в дневном стационаре;
- 8) одна условная единица (в санэпидслужбе);
- 9) одна условная единица трудоёмкости (УЕТ; в стоматологии);
- 10) одна зубопротезная единица (в стоматологии).

Название расчётной единицы цены отражает не только способ оплаты медицинской услуги, но и профиль лечебного учреждения.

Определение **себестоимости (затратности)**, которая позволяет судить о затратах лечебного учреждения (или подразделения) на оказание медицинской услуги, ориентируется на многообразные расчётные единицы цены. Расчёт себестоимости отражает цену медицинской услуги, её реализацию и самокупаемость.

***Себестоимость** – это выраженная в денежной форме сумма всех затрат лечебного учреждения по текущей деятельности.*

***Удельная себестоимость** – это выраженные в денежной форме материальные затраты и оплата труда на единицу расчёта цены медицинской услуги.*

Затраты, входящие в себестоимость, подразделяются на:

- постоянные издержки;
- переменные издержки (зависят от количества предоставляемых медицинских услуг);
- валовые (общие), которые равны сумме постоянных и переменных издержек.

К переменным издержкам относятся такие, как затраты на медикаменты, предметы ухода за больными, питание больных и др.

На себестоимость оказывают влияние две группы факторов, которые действуют противоположно на величину себестоимости медицинских услуг:

1-я группа факторов – снижает себестоимость медицинских услуг;

2-я группа факторов – повышает себестоимость медицинских услуг.

Снижение себестоимости медицинских услуг имеет важное экономическое значение для лечебного учреждения и выражает в денежной форме уменьшение затрат труда на единицу медицинской услуги.

Основными путями снижения себестоимости медицинских услуг являются:

1) рост производительности труда медицинских работников, а именно:

- увеличение количества оказываемых медицинских услуг при одновременном обеспечении их высокого качества без увеличения числа работников на основе внедрения нового лечебно-диагностического оборудования и современных медицинских технологий;
- оптимизация организации лечебно-диагностического процесса;
- научная организация труда;
- повышение уровня квалификации медицинского персонала;

2) экономное расходование материальных ресурсов (топлива, электроэнергии, газа), бережное отношение к мягкому инвентарю, рациональное назначение лекарственных средств с учётом их адекватности, медицинского эффекта и стоимости;

3) эффективное использование лечебного и диагностического оборудования, производственных площадей;

4) сокращение непроизводительных затрат, излишних административно-управленческих расходов.

Однако снижение себестоимости не должно являться самоцелью и вести к ухудшению качества оказания медицинских услуг.

Внедрение новой медицинской техники, использование дорогостоящих медикаментов, привлечение высококвалифицированных специалистов, рост заработной платы медицинских работников, увеличение затрат на питание, улучшение комфортности пребывания больных в лечебных учреждениях способствуют увеличению себестоимости медицинских услуг.

Повышение себестоимости может быть экономически оправдано лишь в том случае, если оно обеспечивает существенный рост качества медицинских услуг, сокращение сроков диагностики и лечения больных.

Расчёт себестоимости (С) определяется по следующей формуле:

$$C = З + НЗ + Ао + Ад + М + И + Б + АХ + П , \quad (1)$$

где:

З – фонд оплаты труда работников;

НЗ – начисления на оплату труда;

Ао – амортизация основного оборудования;

Ад – амортизация дополнительного оборудования;

М – медикаменты, перевязочные средства, реактивы, рентгеновская плёнка и пр.;

И – износ инструментария;

Б – износ белья и другого мягкого инвентаря;

АХ – административно-хозяйственные расходы;

П – прочие расходы.

Расчёт удельной себестоимости (Су) одной медицинской услуги (диагностического исследования или одной процедуры) проводится по формуле:

$$C_y = \frac{Z + HZ + A_o + A_d + M + I + B + AX + P}{\text{Ч}}, \quad (2)$$

где:

Ч – число медицинских услуг.

Важными интегрированными (сложными) стоимостными показателями являются:

- в стационарах условиях – себестоимость лечения одного госпитализированного больного;
- в амбулаторно-поликлинических условиях – себестоимость одного случая поликлинического посещения.

Расчёт себестоимости госпитализации одного больного (Сг) проводится по формуле:

$$C_{\Gamma} = C_o + a_{\text{х}} + C_{\text{п}} + a_{\text{х}}, \quad \text{где} \quad (3)$$

$C_o + a_{\text{х}}$ – затраты в основном отделении с учётом общебольничных административно-хозяйственных расходов;

$C_{\text{п}} + a_{\text{х}}$ – затраты в параклинических отделениях с учётом общебольничных административно-хозяйственных расходов.

Если больной был прооперирован, то расчёт себестоимости госпитализации одного больного (Сг) проводится по формуле:

$$C_{\Gamma} = C_o + a_{\text{х}} + C_{\text{п}} + a_{\text{х}} + O, \quad \text{где} \quad (4)$$

O – затраты на проведение операции.

Таким образом, правильное определение себестоимости медицинских услуг (как при оказании платной, так и бесплатной медицинской помощи) является основой для экономически обоснованного расчёта цен.

Вместе с тем, структура цены зависит от цели, которую стремится достичь лечебное учреждение. Следовательно, выбор цели и определяет ту или иную методику расчёта цены, которые бывают следующими:

- установление цены исходя из ценности медицинской услуги;
- установление цены медицинской услуги в конкретном лечебном учреждении на уровне уже сложившихся цен на рынке услуг в здравоохранении;
- установление цены как средних издержек прибыли;
- установление цены на уровне себестоимости и т.д.

Установление цены на медицинскую услугу представляет собой процесс поиска промежуточной цены между слишком высокой и слишком низкой. Такая промежуточная цена должна обеспечить лечебному учреждению получение определённого дохода, но вместе с тем не ограничивать формирование потребительского спроса на медицинскую услугу. Цена медицинской услуги должны базироваться на экономически обоснованных затратах лечебного учреждения, которые зависят от возможностей современной медицинской науки и практики, а также от нозологической формы заболевания.

Цена платной медицинской услуги (**Ц**) должна не только покрыть её себестоимость (**С**), но и обеспечить получение прибыли (**П**):

$$\mathbf{Ц} = \mathbf{С} + \mathbf{П} \quad (5)$$

Метод формирования цены медицинской услуги во многом определяет финансовую устойчивость лечебного учреждения, так как цена должна компенсировать затраты и обеспечить **прибыль**, которая является источником развития лечебного учреждения, а именно:

- для закупки нового оборудования,
- для расширения медицинской деятельности,
- применения новых технологий диагностики и лечения.

Прибыль (П) – это разница между ценой (**Ц**), по которой реализуется медицинская услуга, и себестоимостью (**С**):

$$\mathbf{П} = \mathbf{Ц} - \mathbf{С} \quad (6)$$

При определённом уровне цен прибыль будет тем больше, чем ниже себестоимость, следовательно, всё, что способствует снижению затрат, увеличивает прибыль. Однако, как уже отмечалось выше, снижение себестоимости не должно ухудшать качества медицинских услуг. Снижение себестоимости является условием экономически обоснованного снижения цен, что очень важно для повышения конкурентоспособности лечебного учреждения и привлечения дополнительных пациентов.

В условиях монопольного положения производителей на рынке медицинских услуг возможен рост прибыли за счёт роста цен, а не за счёт увеличения объёма производства или повышения качества услуг. Однако в условиях конкурентного рынка неизбежна ценовая и неценовая конкуренция. С расширением рынка платных медицинских услуг конкуренция будет возрастать. Ценовая конкуренция побуждает производителей к снижению цен, следовательно, заставляет их активно стремиться к снижению себестоимости. Неценовая конкуренция экономически побуждает лечебные учреждения к повышению качества медицинских услуг.

Эффективность хозяйственной деятельности лечебного учреждения оценивается с помощью показателя **рентабельности** (или **нормы прибыли**).

Рентабельность – это относительное выражение прибыли и показатель эффективности хозяйственной деятельности лечебного учреждения.

Общий смысл показателя рентабельности – это определение суммы прибыли с одного рубля, вложенного в деятельность лечебного учреждения.

Рентабельность (**Р**) определяется как отношение прибыли (**П**) к себестоимости (**С**), выраженное в процентах, по формуле:

$$\mathbf{Р} = \frac{\mathbf{П}}{\mathbf{С}} \times 100\% \quad (7)$$

Уровень **рентабельности** устанавливается не более 50% (в большинстве случаев – 20-35%) от стоимости медицинской услуги.

Лечебные учреждения имеют право устанавливать цены на медицинские услуги при заключении договоров на платное медицинское обслуживание:

- 1) самостоятельно;
- 2) по соглашению со страховыми компаниями;
- 3) с предприятиями и организациями;
- 4) с отдельными лицами.

Наиболее распространённой формулой определения цены медицинской услуги является такая, в которой учитывается себестоимость и прибыль, рассчитанные на основе принятого уровня рентабельности:

$$\mathbf{Ц} = \mathbf{С} + \mathbf{П}, \text{ где } \mathbf{П} = \mathbf{С} \times \mathbf{Р} \rightarrow \mathbf{Ц} = \mathbf{С} + (\mathbf{С} \times \mathbf{Р}), \text{ где} \quad (8)$$

$\mathbf{С} = \mathbf{З} + \mathbf{НЗ} + \mathbf{Ао} + \mathbf{Ад} + \mathbf{М} + \mathbf{И} + \mathbf{Б} + \mathbf{АХ} + \mathbf{П}$ – себестоимость;

P – рентабельность.

Таким образом, в условиях рыночной экономики вопросы ценообразования весьма актуальны для студентов – будущих врачей любой специальности, которые должны уметь ориентироваться в экономических отношениях, возникающих в здравоохранении, а также определять цены на медицинские услуги в системе охраны здоровья населения.

Ситуационные задачи для закрепления знаний по теме

Задача № 1 (для студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену снятия одной ЭКГ на базе ЦРБ, при этом:

- 1) сделано за год ЭКГ:
 - в стационаре (Чс) – 11235;
 - в поликлинике (Чп) – 6432;
- 2) Заработная плата:
 - основная (Зо) – 103456 руб.;
 - дополнительная (Зд) – 76576 руб.;
- 3) премии (П) – 2199 руб.;
- 4) расходы на мягкий инвентарь (Ри) – 1278 руб.;
- 5) расходы на медикаменты (Рм) – 1567 руб.;
- 6) рентабельность (P) – 25,0%;
- 7) начисления на заработную плату – 26,2%.

Решение задачи:

1. Рассчитываем фонд заработной платы (Фзп):

$$Zo + Zd + П = 103456 \text{ руб.} + 76576 \text{ руб.} + 2199 \text{ руб.} = \mathbf{182231 \text{ руб.}}$$

2. Рассчитываем начисления на заработную плату (Нзп):

$$\text{Фзп} \times 26, 2\% = 182231 \text{ руб.} \times 26, 2\% = \mathbf{47745 \text{ руб.}}$$

3. Рассчитываем общую сумму расходов (Роб):

$$\text{Фзп} + \text{Нзп} + \text{Ри} + \text{Рм} = 182231 \text{ руб.} + 47745 \text{ руб.} + 1278 \text{ руб.} + 1567 \text{ руб.} = \mathbf{232821}$$

руб.

4. Рассчитываем суммарное число ЭКГ (Ч):

$$\text{Чс} + \text{Чп} = 11235 + 6432 = \mathbf{17667}$$

5. Рассчитываем себестоимость одной ЭКГ:

$$\text{Роб} \quad 232821 \text{ руб.}$$

$$C = \frac{\text{Роб}}{\text{Ч}} = \frac{232821}{17667} = \mathbf{13,18 \text{ руб.}}$$

$$\text{Ч} \quad 17667$$

6. Рассчитываем цену одной ЭКГ:

$$\text{Ц} = C + (C \times P) = 13,18 + (13,18 \times 25,0\%) = 13,18 + 3,30 = \mathbf{16,48 \text{ руб.}}$$

Задача № 2 (для студентов лечебного, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену (Ц) медицинского обслуживания объединённой городской больницей пациента А, страдающего гипертонической болезнью, который был госпитализирован в кардиологическое отделение стационара на 20 дней, 8 раз в течение года посещал участкового врача-терапевта в поликлинике, при этом:

- 1) среднемесячная зарплата врача стационара (Зпвст) – 13000 руб.;
- 2) среднемесячная зарплата медсестры стационара (Зпмст) – 7500 руб.;

- 3) накладные расходы по стационару в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрст) – 1,25 руб.;
- 4) стоимость медикаментов на 1 койко-день (Стмст) – 185 руб.;
- 5) стоимость питания на 1 койко-день (Стпст) – 255 руб.;
- 6) среднемесячная зарплата врача поликлиники (Зпвп) – 10500 руб.;
- 7) среднемесячная зарплата медсестры поликлиники (Зпмп) – 5500 руб.;
- 8) накладные расходы по поликлинике в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрп) – 1,10 руб.;
- 9) стоимость медикаментов на 1 посещение поликлиники (Стмп) – 135 руб.;
- 10) цена параклинических услуг (Цпу) – 560 руб.;
- 11) среднее число рабочих дней в месяц – 23;
- 12) среднее число рабочих часов в месяц – 144;
- 13) норматив ежедневной нагрузки на 1 врачебную ставку в стационаре – 25;
- 14) норматив нагрузки на 1 час поликлинического приёма – 3,5;
- 15) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 16) рентабельность (Р) – 25,0%.

Решение задачи

1. Рассчитываем условную цену медицинского обслуживания в стационаре.

1.1. Рассчитываем заработную плату врача на 1 койко-день:

$$\text{Зпвст 1к-д} = \text{Зпвст} : 23 : 25 = 13000 : 23 : 25 = \mathbf{22,60 \text{ руб.}}$$

1.2. Рассчитываем заработную плату медсестры на 1 койко-день:

$$\text{Зпмст 1к-д} = \text{Зпмст} : 23 : 25 = 7500 : 23 : 25 = \mathbf{13,04 \text{ руб.}}$$

1.3. Рассчитываем начисления на заработную плату врача и медсестры на 1 койко-день:

$$\begin{aligned} \text{Нзп 1к-д} &= (\text{Зпвст 1к-д} + \text{Зпмст 1к-д}) \times \frac{26,2\%}{100\%} = (22,60 + 13,04) \times \frac{26,2\%}{100\%} = \\ &= \mathbf{9,33 \text{ руб.}} \end{aligned}$$

1.4. Рассчитываем накладные расходы на 1 койко-день:

$$\text{Нрст 1к-д} = (\text{Зпвст 1к-д} + \text{Зпмст 1к-д}) \times \text{Нрст} = (22,60 + 13,04) \times 1,25 = \mathbf{44,55 \text{ руб.}}$$

1.5. Рассчитываем себестоимость 1 койко-дня:

$$\begin{aligned} \text{С1к-д} &= \text{Зпвст 1к-д} + \text{Зпмст 1к-д} + \text{Нзп 1к-д} + \text{Стмст} + \text{Стпст} + \text{Нрст 1к-д} = \\ &= 22,60 + 13,04 + 9,33 + 185,0 + 255,0 + 44,55 = \mathbf{529,52 \text{ руб.}} \end{aligned}$$

1.6. Рассчитываем цену 1 койко-дня:

$$\text{Ц 1к-д} = \text{С1к-д} + (\text{С1к-д} \times \text{Р}) = 529,52 + (529,52 \times 25,0\%) = 529,52 + 132,38 = \mathbf{661,90 \text{ руб.}}$$

1.7. Рассчитываем условную цену медицинского обслуживания в стационаре в течение 20 койко-дней:

$$\text{Цст} = \text{Ц 1к-д} \times 20 = 661,90 \times 20 = \mathbf{13238,0 \text{ руб.}}$$

2. Рассчитываем условную цену медицинского обслуживания в поликлинике.

2.1. Рассчитываем заработную плату врача на 1 посещение:

$$\text{Зпвп 1п} = \text{Зпвп} : 144 : 3,5 = 10500 : 144 : 3,5 = \mathbf{20,83 \text{ руб.}}$$

2.2. Рассчитываем заработную плату медсестры на 1 посещение:

$$\text{Зпмп 1п} = \text{Зпмп} : 144 : 3,5 = 5500 : 144 : 3,5 = \mathbf{10,91 \text{ руб.}}$$

2.3. Рассчитываем начисления на заработную плату врача и медсестры на 1 посещение:

$$\begin{aligned} \text{Нзп 1п} &= (\text{Зпвп 1п} + \text{Зпмп 1п}) \times \frac{26,2\%}{100\%} = (20,83 + 10,91) \times \frac{26,2\%}{100\%} = \end{aligned}$$

= **8,31 руб.**

2.4. Рассчитываем накладные расходы на 1 посещение:

$$\text{Нрп 1п} = (\text{Зпвп 1п} + \text{Зпмп 1п}) \times \text{Нрп} = (20,83 + 10,91) \times 1,10 = \mathbf{34,91 \text{ руб.}}$$

2.5. Рассчитываем себестоимость 1 посещения:

$$\text{С1п} = \text{Зпвп 1п} + \text{Зпмп 1п} + \text{Нзп 1п} + \text{Стмп} + \text{Нрп 1п} = 20,83 + 10,91 + 8,31 + 135,0 + 34,91 = \mathbf{209,96 \text{ руб.}}$$

2.6. Рассчитываем цену 1 посещения:

$$\text{Ц 1п} = \text{С1п} + (\text{С1п} \times \text{Р}) = 209,96 + (209,96 \times 25,0\%) = 209,96 + 52,49 = \mathbf{262,45 \text{ руб.}}$$

2.7. Рассчитываем условную цену медицинского обслуживания в поликлинике (8 посещений):

$$\text{Цп} = \text{Ц 1п} \times 8 = 262,45 \times 8 = \mathbf{2099,60 \text{ руб.}}$$

3. Рассчитываем условную цену медицинского обслуживания объединённой городской больницы:

$$\text{Ц} = \text{Цст} + \text{Цп} + \text{Цпу} = 13238,0 + 2099,60 + 560,0 = \mathbf{15897,60 \text{ руб.}}$$

Задача № 3 (для студентов стоматологического факультета)

Рассчитайте условную цену лечения пациента А, страдающего глубоким кариесом, при этом:

- 1) среднегодовая зарплата врача-стоматолога (Зп) – 144000 руб.;
- 2) стоимость материалов, медикаментов и инструментария на 1 врача-стоматолога в год (Стм) – 125000 руб.;
- 3) накладные расходы на 1 руб. начисленной заработной платы (Нр) – 1,25 руб.;
- 4) среднегодовой план работы 1 врача-стоматолога в год – 6300 УЕТ;
- 5) объём выполненной работы (Овр) – 1,5 УЕТ.
- 6) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 7) рентабельность (Р) – 25,0%.

Решение задачи

1. Рассчитываем себестоимость 1 УЕТ:

$$\text{С1ует} = \frac{\text{Зп}}{6300} + \left(\frac{\text{Зп}}{6300} \times \frac{26,2\%}{100\%} \right) + \left(\frac{\text{Зп}}{6300} \times \text{Нр} \right) + \frac{\text{Стм}}{6300} =$$
$$= \frac{144000}{6300} + \left(\frac{144000}{6300} \times \frac{26,2\%}{100\%} \right) + \left(\frac{144000}{6300} \times 1,25 \right) + \frac{125000}{6300} =$$

$$= 22,85 + 5,98 + 28,56 + 19,84 = \mathbf{77,23 \text{ руб.}}$$

2. Рассчитываем цену 1 УЕТ:

$$\text{Ц1ует} = \text{С1ует} + (\text{С1ует} \times \text{Р}) = 77,23 + (77,23 \times 25\%) = 77,23 + 19,30 = \mathbf{96,53 \text{ руб.}}$$

3. Рассчитываем условную цену лечения пациента А:

$$\text{Ц} = \text{Ц1ует} \times \text{Овр} = 96,53 \times 1,5 = \mathbf{144,79 \text{ руб.}}$$

Тестовые задания

1. Укажите принципы ценообразования:

- а) цена должна отражать общественно необходимые затраты труда на оказываемые услуги, их потребительские свойства и качество;
- б) цена должна быть минимальной и не учитывать внешние факторы экономики;
- в) цена должна учитывать соотношение спроса и предложения на данный вид медицинских услуг;
- г) цена на медицинскую услугу должна обеспечивать получение прибыли каждым нормально функционирующим лечебным учреждением;
- д) цена должна носить противозатратный характер и стимулировать повышение качества медицинских услуг;
- е) цена должна индексироваться в условиях инфляции.

2. Укажите определение понятия «цена»:

- а) цена – это денежное выражение стоимости медицинской услуги;
- б) цена – это количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги определённого вида и качества;
- в) цена – это способность вещи (товара, в данном случае медицинской услуги) удовлетворить какую-либо человеческую потребность, т.е. её полезность;
- г) цена – это количество денежных средств, которое население выплачивает лечебному учреждению за оказание медицинской услуги определённого вида и качества.

3. Соотнесите между собой задачи (А) и цели (Б) ценообразования, которые ставит в своей деятельности лечебное учреждение:

А. Задачи	Б. Цели
а) обеспечение выживаемости лечебного учреждения;	а) рост величины текущей прибыли;
б) максимализация текущей выручки от платной медицинской деятельности;	б) увеличение будущих доходов;
в) максимализация текущей прибыли от платной медицинской деятельности;	в) рост величины выручки;
г) максимализация объёма реализации медицинских услуг (ценообразование при проникновении на рынок медицинских услуг);	г) максимализация использования высшего ценового сегмента рынка;
д) максимализация метода «снятия сливок» на рынке медицинских услуг;	д) получение дополнительных доходов;
е) завоевание лидерства по показателям доли рынка и качеству.	е) сохранить экономические ресурсы лечебного учреждения.

4. Укажите виды цен на медицинские услуги:

- а) бюджетные нормативы;
- б) тарифы в системе ОМС;
- в) бюджетные цены на медицинские услуги в системе ОМС;
- г) договорные цены (в том числе в системе добровольного медицинского страхования);
- д) свободные рыночные цены на платные медицинские услуги.

5. В системе ОМС формирование цены медицинской услуги осуществляется в виде:

- а) тарифа;
- б) норматива;
- в) прейскуранта;
- г) калькуляции.

6. Укажите структуру тарифа на медицинскую услугу в системе ОМС:
а) затраты на развитие лечебного учреждения + дефлятор;
б) затраты (себестоимость) + затраты на развитие лечебного учреждения;
в) (затраты (себестоимость) + затраты на развитие лечебного учреждения) x дефлятор;
г) затраты (себестоимость) x дефлятор.

7. Укажите структуру затрат (себестоимости) медицинской услуги в системе ОМС:
а) оплата труда и начисления на оплату труда;
б) медикаменты и питание пациентов;
в) командировки и служебные разъезды;
г) приобретение оргтехники;
д) оплата транспортных услуг, услуг связи и коммунальных услуг;
е) оплата прочих услуг и прочие текущие расходы;
ж) износ оборудования и зданий;
з) приобретение оборудования и предметов длительного использования;
и) капитальный ремонт.

8. Укажите единицы расчёта цены на медицинские услуги:
а) одна простая медицинская услуга;
б) один пролеченный больной по данной нозологической форме;
в) одно посещение;
г) один койко-день;
д) один день пребывания в реабилитационном центре;
е) один пациенто-день;
ж) один вызов скорой помощи;
з) один день пребывания в дневном стационаре;
и) одна условная единица (в санэпидслужбе);
к) одна УЕТ;
л) одна зубопротезная единица.

9. Укажите определение понятия «себестоимость»:
а) себестоимость – это количество денежных средств, которое население выплачивает лечебному учреждению за оказание медицинской услуги определённого вида и качества;
б) себестоимость – это выраженные в денежной форме материальные затраты и оплата труда на единицу расчёта цены медицинской услуги;
в) себестоимость – это количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги определённого вида и качества;
г) себестоимость – это количество денежных средств, вложенных в оказание медицинской услуги определённого вида и качества.

10. Затраты, входящие в себестоимость медицинской услуги, подразделяются на:
а) постоянные издержки;
б) переменные издержки;
в) валовые (общие);
г) временные.

11. Укажите основные пути снижения себестоимости медицинских услуг:
а) рост производительности труда медицинских работников;

б) экономное расходование материальных ресурсов, бережное отношение к мягкому инвентарю, рациональное назначение лекарственных средств с учётом их адекватности, медицинского эффекта и стоимости;

в) эффективное использование лечебного и диагностического оборудования, производственных площадей;

г) сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре;

д) сокращение непроизводительных затрат, излишних административно-управленческих расходов.

12. Укажите структуру себестоимости одной медицинской услуги (диагностического исследования или одной процедуры):

а) фонд оплаты труда работников и начисления на оплату труда;

б) амортизация основного и дополнительного оборудования;

в) медикаменты, перевязочные средства, реактивы, рентгеновская плёнка и пр.;

г) износ инструментария, белья и другого мягкого инвентаря;

д) командировочные расходы;

е) административно-хозяйственные и прочие расходы.

13. Укажите структуру себестоимости госпитализации одного больного:

а) затраты в основном отделении с учётом общебольничных административно-хозяйственных расходов;

б) затраты в основном отделении без учёта общебольничных административно-хозяйственных расходов;

в) затраты в параклинических отделениях с учётом общебольничных административно-хозяйственных расходов;

г) затраты в параклинических отделениях без учёта общебольничных административно-хозяйственных расходов.

14. Укажите структуру себестоимости госпитализации одного прооперированного больного:

а) затраты в основном отделении с учётом общебольничных административно-хозяйственных расходов;

б) затраты в основном отделении;

в) затраты на проведение операции;

г) затраты в параклинических отделениях с учётом общебольничных административно-хозяйственных расходов.

15. Укажите методики расчёта цены медицинской услуги (в зависимости от цели, которую стремится достичь лечебное учреждение):

а) установление цены исходя из ценности медицинской услуги;

б) установление цены медицинской услуги на уровне уже сложившихся цен на рынке услуг в здравоохранении;

в) установление цены как средних издержек прибыли;

г) установление цены на уровне себестоимости;

д) установление цены на уровне тарифов ОМС.

16. Укажите определение понятия «прибыль»:

а) прибыль – это разница между себестоимостью, по которой реализуется медицинская услуга, и рентабельностью;

б) прибыль – это разница между рентабельностью, по которой реализуется медицинская услуга, и себестоимостью;

в) прибыль – это разница между ценой, по которой реализуется медицинская услуга, и себестоимостью;

г) прибыль – это разница между ценой, по которой реализуется медицинская услуга, и рентабельностью.

17. Укажите формулу для расчёта цены медицинской услуги:

а) $Ц = С + Р$;

б) $Ц = С + П$;

в) $Ц = С + П + Р$;

г) $Ц = С + П - Р$.

Условные обозначения: Ц – цена; С – себестоимость; П – прибыль; Р – рентабельность.

18. Укажите формулу для расчёта прибыли на медицинскую услугу:

а) $П = Ц - Р$;

б) $П = Ц - С + Р$;

в) $П = Ц - С$;

г) $П = Ц - С - Р$.

Условные обозначения: Ц – цена; С – себестоимость; П – прибыль; Р – рентабельность.

19. Укажите определение понятия «рентабельность»:

а) рентабельность – это показатель единовременной или текущей прибыли за определённый период времени;

б) рентабельность – это показатель хозяйственных затрат за определённый период времени;

в) рентабельность – это показатель прибыли в результате хозяйственной деятельности за определённый период времени;

г) рентабельность – это показатель эффективности хозяйственной деятельности, единовременных и текущих затрат за определённый период времени.

20. Укажите формулу для расчёта рентабельности медицинской услуги:

а) $Р = \frac{Ц}{С} \times 100\%$;

б) $Р = \frac{П}{С} \times 100\%$;

в) $Р = \frac{С}{П} \times 100\%$;

г) $Р = \frac{Ц}{П} \times 100\%$.

Условные обозначения: Ц – цена; С – себестоимость; П – прибыль; Р – рентабельность.

21. Лечебные учреждения имеют право устанавливать цены на медицинские услуги при заключении договоров на платное медицинское обслуживание:

- а) самостоятельно;
- б) по соглашению со страховыми компаниями;
- в) с предприятиями и организациями;
- г) с отдельными лицами;
- д) по соглашению с фондами ОМС.

22. Укажите определение понятия «стоимость»:

- а) стоимость – это количество денежных средств, вложенных в оказание медицинской услуги определённого вида и качества;
- б) стоимость – это количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги определённого вида и качества;
- в) стоимость – это количество денежных средств, полученных от оказания медицинской услуги определённого вида и качества;
- г) стоимость – это количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги определённого вида и качества для удовлетворения какую-либо человеческой потребности.

23. Укажите формулу для расчёта себестоимости госпитализации одного больного:

- а) $C_{г} = C_{о} + a_{х} + C_{п} + a_{х}$;
- б) $C_{г} = C_{о} + a_{х} - C_{п} + a_{х}$;
- в) $C_{г} = C_{о} + a_{х} + C_{п} + a_{х} + П$;
- г) $C_{г} = C_{о} + a_{х} + C_{п} + a_{х} + Р$.

Условные обозначения: $C_{г}$ – себестоимость; $C_{о} + a_{х}$ – затраты в основном отделении с учётом общепольничных административно-хозяйственных расходов; $C_{п} + a_{х}$ – затраты в параклинических отделениях с учётом общепольничных административно-хозяйственных расходов; $П$ – прибыль; $Р$ – рентабельность.

24. Укажите формулу для расчёта себестоимости госпитализации одного прооперированного больного:

- а) $C_{г} = C_{о} + a_{х} + C_{п} + a_{х} - Р$;
- б) $C_{г} = C_{о} + a_{х} + C_{п} + a_{х} + О$;
- в) $C_{г} = C_{о} + a_{х} + C_{п} + a_{х} + П$;
- г) $C_{г} = C_{о} + a_{х} + C_{п} + a_{х} + Р$.

Условные обозначения: $C_{г}$ – себестоимость; $C_{о} + a_{х}$ – затраты в основном отделении с учётом общепольничных административно-хозяйственных расходов; $C_{п} + a_{х}$ – затраты в параклинических отделениях с учётом общепольничных административно-хозяйственных расходов; $П$ – прибыль; $Р$ – рентабельность; $О$ – затраты на проведение операции.

25. Рентабельность рассчитывается:

- а) как отношение прибыли к себестоимости, выраженное в процентах;
- б) как отношение цены к себестоимости, выраженное в процентах;
- в) как отношение себестоимости к прибыли, выраженное в процентах;
- г) как отношение цены к прибыли, выраженное в процентах.

Ситуационные задачи для студентов по теме «Ценообразование в здравоохранении»

Вариант № 1

Задача № 1 (для студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену снятия одной ЭКГ на базе ЦРБ, при этом:

- 1) сделано за год ЭКГ:
 - в стационаре (Чс) – 11245;
 - в поликлинике (Чп) – 6422;
- 2) Заработная плата:
 - основная (Зо) – 103655 руб.;
 - дополнительная (Зд) – 75575 руб.;
- 3) премии (П) – 2100 руб.;
- 4) расходы на мягкий инвентарь (Ри) – 1375 руб.;
- 5) расходы на медикаменты (Рм) – 1565 руб.;
- 6) рентабельность (Р) – 24,0%;
- 7) начисления на заработную плату – 26,2%.

Задача № 2 (для студентов лечебного, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену (Ц) медицинского обслуживания объединённой городской больницей пациента А, страдающего гипертонической болезнью, который был госпитализирован в кардиологическое отделение стационара на 18 дней, 7 раз в течение года посещал участкового врача-терапевта в поликлинике, при этом:

- 1) среднемесячная зарплата врача стационара (Зпвст) – 13100 руб.;
- 2) среднемесячная зарплата медсестры стационара (Зпмст) – 7600 руб.;
- 3) накладные расходы по стационару в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрст) – 1,24 руб.;
- 4) стоимость медикаментов на 1 койко-день (Стмст) – 186 руб.;
- 5) стоимость питания на 1 койко-день (Стпст) – 256 руб.;
- 6) среднемесячная зарплата врача поликлиники (Зпвп) – 10510 руб.;
- 7) среднемесячная зарплата медсестры поликлиники (Зпмп) – 5550 руб.;
- 8) накладные расходы по поликлинике в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрп) – 1,12 руб.;
- 9) стоимость медикаментов на 1 посещение поликлиники (Стмп) – 138 руб.;
- 10) цена параклинических услуг (Цпу) – 565 руб.;
- 11) среднее число рабочих дней в месяц – 23;
- 12) среднее число рабочих часов в месяц – 144;
- 13) норматив ежедневной нагрузки на 1 врачебную ставку в стационаре – 25;
- 14) норматив нагрузки на 1 час поликлинического приёма – 3,5;
- 15) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 16) рентабельность (Р) – 25,0%.

Задача № 3 (для студентов стоматологического факультета)

Рассчитайте условную цену лечения пациента А, страдающего глубоким кариесом, при этом:

- 1) среднегодовая зарплата врача-стоматолога (Зп) – 145000 руб.;
- 2) стоимость материалов, медикаментов и инструментария на 1 врача-стоматолога в год (Стм) – 126000 руб.;
- 3) накладные расходы на 1 руб. начисленной заработной платы (Нр) – 1,25 руб.;
- 4) среднегодовой план работы 1 врача-стоматолога в год – 6350 УЕТ;
- 5) объём выполненной работы (Овр) – 1,5 УЕТ.
- 6) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 7) рентабельность (Р) – 25,0%.

Вариант № 2

Задача № 1 (для студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену снятия одной ЭКГ на базе ЦРБ, при этом:

- 1) сделано за год ЭКГ:
 - в стационаре (Чс) – 11135;
 - в поликлинике (Чп) – 6632;
- 2) Заработная плата:
 - основная (Зо) – 103446 руб.;
 - дополнительная (Зд) – 76596 руб.;
- 3) премии (П) – 2191 руб.;
- 4) расходы на мягкий инвентарь (Ри) – 1289 руб.;
- 5) расходы на медикаменты (Рм) – 1587 руб.;
- 6) рентабельность (Р) – 25,0%;
- 7) начисления на заработную плату – 26,2%.

Задача № 2 (для студентов лечебного, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену (Ц) медицинского обслуживания объединённой городской больницей пациента А, страдающего гипертонической болезнью, который был госпитализирован в кардиологическое отделение стационара на 21 дней, 7 раз в течение года посещал участкового врача-терапевта в поликлинике, при этом:

- 1) среднемесячная зарплата врача стационара (Зпвст) – 13600 руб.;
- 2) среднемесячная зарплата медсестры стационара (Зпмст) – 7700 руб.;
- 3) накладные расходы по стационару в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрст) – 1,26 руб.;
- 4) стоимость медикаментов на 1 койко-день (Стмст) – 190 руб.;
- 5) стоимость питания на 1 койко-день (Стпст) – 275 руб.;
- 6) среднемесячная зарплата врача поликлиники (Зпвп) – 10700 руб.;
- 7) среднемесячная зарплата медсестры поликлиники (Зпмп) – 5600 руб.;
- 8) накладные расходы по поликлинике в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрп) – 1,15 руб.;
- 9) стоимость медикаментов на 1 посещение поликлиники (Стмп) – 145 руб.;
- 10) цена параклинических услуг (Цпу) – 580 руб.;
- 11) среднее число рабочих дней в месяц – 23;
- 12) среднее число рабочих часов в месяц – 144;
- 13) норматив ежедневной нагрузки на 1 врачебную ставку в стационаре – 25;
- 14) норматив нагрузки на 1 час поликлинического приёма – 3,5;
- 15) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 16) рентабельность (Р) – 25,0%.

Задача № 3 (для студентов стоматологического факультета)

Рассчитайте условную цену лечения пациента А, страдающего глубоким кариесом, при этом:

- 1) среднегодовая зарплата врача-стоматолога (Зп) – 146000 руб.;
- 2) стоимость материалов, медикаментов и инструментария на 1 врача-стоматолога в год (Стм) – 127000 руб.;
- 3) накладные расходы на 1 руб. начисленной заработной платы (Нр) – 1,30 руб.;

- 4) среднегодовой план работы 1 врача-стоматолога в год – 6370 УЕТ;
- 5) объём выполненной работы (Овр) – 1,5 УЕТ.
- 6) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 7) рентабельность (Р) – 25,0%.

Вариант № 3

Задача № 1 (для студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену снятия одной ЭКГ на базе ЦРБ, при этом:

- 1) сделано за год ЭКГ:
 - в стационаре (Чс) – 12235;
 - в поликлинике (Чп) – 6732;
- 2) Заработная плата:
 - основная (Зо) – 113456 руб.;
 - дополнительная (Зд) – 77576 руб.;
- 3) премии (П) – 2299 руб.;
- 4) расходы на мягкий инвентарь (Ри) – 1478 руб.;
- 5) расходы на медикаменты (Рм) – 1767 руб.;
- 6) рентабельность (Р) – 25,0%;
- 7) начисления на заработную плату – 26,2%.

Задача № 2 (для студентов лечебного, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену (Ц) медицинского обслуживания объединённой городской больницей пациента А, страдающего гипертонической болезнью, который был госпитализирован в кардиологическое отделение стационара на 23 дней, 8 раз в течение года посещал участкового врача-терапевта в поликлинике, при этом:

- 1) среднемесячная зарплата врача стационара (Зпвст) – 15100 руб.;
- 2) среднемесячная зарплата медсестры стационара (Зпмст) – 7700 руб.;
- 3) накладные расходы по стационару в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрст) – 1,25 руб.;
- 4) стоимость медикаментов на 1 койко-день (Стмст) – 195 руб.;
- 5) стоимость питания на 1 койко-день (Стпст) – 275 руб.;
- 6) среднемесячная зарплата врача поликлиники (Зпвп) – 11600 руб.;
- 7) среднемесячная зарплата медсестры поликлиники (Зпмп) – 5700 руб.;
- 8) накладные расходы по поликлинике в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрп) – 1,15 руб.;
- 9) стоимость медикаментов на 1 посещение поликлиники (Стмп) – 165 руб.;
- 10) цена параклинических услуг (Цпу) – 765 руб.;
- 11) среднее число рабочих дней в месяц – 23;
- 12) среднее число рабочих часов в месяц – 144;
- 13) норматив ежедневной нагрузки на 1 врачебную ставку в стационаре – 25;
- 14) норматив нагрузки на 1 час поликлинического приёма – 3,5;
- 15) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 16) рентабельность (Р) – 25,0%.

Задача № 3 (для студентов стоматологического факультета)

Рассчитайте условную цену лечения пациента А, страдающего глубоким кариесом, при этом:

- 1) среднегодовая зарплата врача-стоматолога (Зп) – 145500 руб.;
- 2) стоимость материалов, медикаментов и инструментария на 1 врача-стоматолога в год (Стм) – 133000 руб.;
- 3) накладные расходы на 1 руб. начисленной заработной платы (Нр) – 1,25 руб.;
- 4) среднегодовой план работы 1 врача-стоматолога в год – 6350 УЕТ;
- 5) объём выполненной работы (Овр) – 2,5 УЕТ.
- 6) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 7) рентабельность (Р) – 25,0%.

Вариант № 4

Задача № 1 (для студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену снятия одной ЭКГ на базе ЦРБ, при этом:

- 1) сделано за год ЭКГ:
 - в стационаре (Чс) – 10255;
 - в поликлинике (Чп) – 5734;
- 2) Зарботная плата:
 - основная (Зо) – 111456 руб.;
 - дополнительная (Зд) – 69576 руб.;
- 3) премии (П) – 4190 руб.;
- 4) расходы на мягкий инвентарь (Ри) – 1376 руб.;
- 5) расходы на медикаменты (Рм) – 1817 руб.;
- 6) рентабельность (Р) – 25,0%;
- 7) начисления на заработную плату – 26,2%.

Задача № 2 (для студентов лечебного, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену (Ц) медицинского обслуживания объединённой городской больницей пациента А, страдающего гипертонической болезнью, который был госпитализирован в кардиологическое отделение стационара на 24 дней, 7 раз в течение года посещал участкового врача-терапевта в поликлинике, при этом:

- 1) среднемесячная зарплата врача стационара (Зпвст) – 15050 руб.;
- 2) среднемесячная зарплата медсестры стационара (Зпмст) – 6900 руб.;
- 3) накладные расходы по стационару в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрст) – 1,25 руб.;
- 4) стоимость медикаментов на 1 койко-день (Стмст) – 285 руб.;
- 5) стоимость питания на 1 койко-день (Стпст) – 355 руб.;
- 6) среднемесячная зарплата врача поликлиники (Зпвп) – 12100 руб.;
- 7) среднемесячная зарплата медсестры поликлиники (Зпмп) – 5370 руб.;
- 8) накладные расходы по поликлинике в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрп) – 1,15 руб.;
- 9) стоимость медикаментов на 1 посещение поликлиники (Стмп) – 185 руб.;
- 10) цена параклинических услуг (Цпу) – 669 руб.;
- 11) среднее число рабочих дней в месяц – 23;
- 12) среднее число рабочих часов в месяц – 144;
- 13) норматив ежедневной нагрузки на 1 врачебную ставку в стационаре – 25;
- 14) норматив нагрузки на 1 час поликлинического приёма – 3,5;

15) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;

16) рентабельность (Р) – 25,0%.

Задача № 3 (для студентов стоматологического факультета)

Рассчитайте условную цену лечения пациента А, страдающего глубоким кариесом, при этом:

1) среднегодовая зарплата врача-стоматолога (Зп) – 117000 руб.;

2) стоимость материалов, медикаментов и инструментария на 1 врача-стоматолога в год (Стм) – 119500 руб.;

3) накладные расходы на 1 руб. начисленной заработной платы (Нр) – 1,25 руб.;

4) среднегодовой план работы 1 врача-стоматолога в год – 6365 УЕТ;

5) объём выполненной работы (Овр) – 2,0 УЕТ.

6) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;

7) рентабельность (Р) – 25,0%.

Вариант № 5

Задача № 1 (для студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену снятия одной ЭКГ на базе ЦРБ, при этом:

1) сделано за год ЭКГ:

- в стационаре (Чс) – 13235;

- в поликлинике (Чп) – 7432;

2) Зарботная плата:

- основная (Зо) – 143456 руб.;

- дополнительная (Зд) – 86575 руб.;

3) премии (П) – 3165 руб.;

4) расходы на мягкий инвентарь (Ри) – 1377 руб.;

5) расходы на медикаменты (Рм) – 1727 руб.;

6) рентабельность (Р) – 25,0%;

7) начисления на заработную плату – 26,2%.

Задача № 2 (для студентов лечебного, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену (Ц) медицинского обслуживания объединённой городской больницей пациента А, страдающего гипертонической болезнью, который был госпитализирован в кардиологическое отделение стационара на 24 дней, 9 раз в течение года посещал участкового врача-терапевта в поликлинике, при этом:

1) среднемесячная зарплата врача стационара (Зпвст) – 15050 руб.;

2) среднемесячная зарплата медсестры стационара (Зпмст) – 8200 руб.;

3) накладные расходы по стационару в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрст) – 1,30 руб.;

4) стоимость медикаментов на 1 койко-день (Стмст) – 285 руб.;

5) стоимость питания на 1 койко-день (Стпст) – 355 руб.;

6) среднемесячная зарплата врача поликлиники (Зпвп) – 12550 руб.;

7) среднемесячная зарплата медсестры поликлиники (Зпмп) – 6520 руб.;

8) накладные расходы по поликлинике в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрп) – 1,15 руб.;

9) стоимость медикаментов на 1 посещение поликлиники (Стмп) – 205 руб.;

- 10) цена параклинических услуг (Цпу) – 865 руб.;
- 11) среднее число рабочих дней в месяц – 23;
- 12) среднее число рабочих часов в месяц – 144;
- 13) норматив ежедневной нагрузки на 1 врачебную ставку в стационаре – 25;
- 14) норматив нагрузки на 1 час поликлинического приёма – 3,5;
- 15) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 16) рентабельность (Р) – 25,0%.

Задача № 3 (для студентов стоматологического факультета)

Рассчитайте условную цену лечения пациента А, страдающего глубоким кариесом, при этом:

- 1) среднегодовая зарплата врача-стоматолога (Зп) – 154600 руб.;
- 2) стоимость материалов, медикаментов и инструментария на 1 врача-стоматолога в год (Стм) – 135050 руб.;
- 3) накладные расходы на 1 руб. начисленной заработной платы (Нр) – 1,15 руб.;
- 4) среднегодовой план работы 1 врача-стоматолога в год – 6350 УЕТ;
- 5) объём выполненной работы (Овр) – 2,5 УЕТ.
- 6) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 7) рентабельность (Р) – 24,0%.

Вариант № 6

Задача № 1 (для студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену снятия одной ЭКГ на базе ЦРБ, при этом:

- 1) сделано за год ЭКГ:
 - в стационаре (Чс) – 11435;
 - в поликлинике (Чп) – 5839;
- 2) Заработная плата:
 - основная (Зо) – 104459 руб.;
 - дополнительная (Зд) – 79597 руб.;
- 3) премии (П) – 3195 руб.;
- 4) расходы на мягкий инвентарь (Ри) – 1870 руб.;
- 5) расходы на медикаменты (Рм) – 1668 руб.;
- 6) рентабельность (Р) – 25,0%;
- 7) начисления на заработную плату – 26,2%.

Задача № 2 (для студентов лечебного, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену (Ц) медицинского обслуживания объединённой городской больницей пациента А, страдающего гипертонической болезнью, который был госпитализирован в кардиологическое отделение стационара на 22 дня, 7 раз в течение года посещал участкового врача-терапевта в поликлинике, при этом:

- 1) среднемесячная зарплата врача стационара (Зпвст) – 15000 руб.;
- 2) среднемесячная зарплата медсестры стационара (Зпмст) – 7700 руб.;
- 3) накладные расходы по стационару в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрст) – 1,27 руб.;
- 4) стоимость медикаментов на 1 койко-день (Стмст) – 385 руб.;
- 5) стоимость питания на 1 койко-день (Спст) – 355 руб.;

- 6) среднемесячная зарплата врача поликлиники (Зпвп) – 12570 руб.;
- 7) среднемесячная зарплата медсестры поликлиники (Зпмп) – 6590 руб.;
- 8) накладные расходы по поликлинике в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрп) – 1,15 руб.;
- 9) стоимость медикаментов на 1 посещение поликлиники (Стмп) – 179 руб.;
- 10) цена параклинических услуг (Цпу) – 665 руб.;
- 11) среднее число рабочих дней в месяц – 23;
- 12) среднее число рабочих часов в месяц – 144;
- 13) норматив ежедневной нагрузки на 1 врачебную ставку в стационаре – 25;
- 14) норматив нагрузки на 1 час поликлинического приёма – 3,5;
- 15) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 16) рентабельность (Р) – 25,0%.

Задача № 3 (для студентов стоматологического факультета)

Рассчитайте условную цену лечения пациента А, страдающего глубоким кариесом, при этом:

- 1) среднегодовая зарплата врача-стоматолога (Зп) – 154070 руб.;
- 2) стоимость материалов, медикаментов и инструментария на 1 врача-стоматолога в год (Стм) – 128050 руб.;
- 3) накладные расходы на 1 руб. начисленной заработной платы (Нр) – 1,26 руб.;
- 4) среднегодовой план работы 1 врача-стоматолога в год – 6375 УЕТ;
- 5) объём выполненной работы (Овр) – 1,5 УЕТ.
- 6) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 7) рентабельность (Р) – 25,0%.

Вариант № 7

Задача № 1 (для студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену снятия одной ЭКГ на базе ЦРБ, при этом:

- 1) сделано за год ЭКГ:
 - в стационаре (Чс) – 16237;
 - в поликлинике (Чп) – 5492;
- 2) Заработная плата:
 - основная (Зо) – 106476 руб.;
 - дополнительная (Зд) – 66506 руб.;
- 3) премии (П) – 4197 руб.;
- 4) расходы на мягкий инвентарь (Ри) – 1871 руб.;
- 5) расходы на медикаменты (Рм) – 1562 руб.;
- 6) рентабельность (Р) – 25,0%;
- 7) начисления на заработную плату – 26,2%.

Задача № 2 (для студентов лечебного, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену (Ц) медицинского обслуживания объединённой городской больницей пациента А, страдающего гипертонической болезнью, который был госпитализирован в кардиологическое отделение стационара на 20 дней, 8 раз в течение года посещал участкового врача-терапевта в поликлинике, при этом:

- 1) среднемесячная зарплата врача стационара (Зпвст) – 17030 руб.;

- 2) среднемесячная зарплата медсестры стационара (Зпмст) – 6520 руб.;
- 3) накладные расходы по стационару в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрст) – 1,27 руб.;
- 4) стоимость медикаментов на 1 койко-день (Стмст) – 282 руб.;
- 5) стоимость питания на 1 койко-день (Стпст) – 305 руб.;
- 6) среднемесячная зарплата врача поликлиники (Зпвп) – 11560 руб.;
- 7) среднемесячная зарплата медсестры поликлиники (Зпмп) – 6530 руб.;
- 8) накладные расходы по поликлинике в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрп) – 1,12 руб.;
- 9) стоимость медикаментов на 1 посещение поликлиники (Стмп) – 238 руб.;
- 10) цена параклинических услуг (Цпу) – 710 руб.;
- 11) среднее число рабочих дней в месяц – 23;
- 12) среднее число рабочих часов в месяц – 144;
- 13) норматив ежедневной нагрузки на 1 врачебную ставку в стационаре – 25;
- 14) норматив нагрузки на 1 час поликлинического приёма – 3,5;
- 15) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 16) рентабельность (Р) – 25,0%.

Задача № 3 (для студентов стоматологического факультета)

Рассчитайте условную цену лечения пациента А, страдающего глубоким кариесом, при этом:

- 1) среднегодовая зарплата врача-стоматолога (Зп) – 181000 руб.;
- 2) стоимость материалов, медикаментов и инструментария на 1 врача-стоматолога в год (Стм) – 119050 руб.;
- 3) накладные расходы на 1 руб. начисленной заработной платы (Нр) – 1,27 руб.;
- 4) среднегодовой план работы 1 врача-стоматолога в год – 6440 УЕТ;
- 5) объём выполненной работы (Овр) – 2,5 УЕТ.
- 6) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 7) рентабельность (Р) – 23,0%.

Вариант № 8

Задача № 1 (для студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену снятия одной ЭКГ на базе ЦРБ, при этом:

- 1) сделано за год ЭКГ:
 - в стационаре (Чс) – 10266;
 - в поликлинике (Чп) – 5477;
- 2) Заработная плата:
 - основная (Зо) – 128459 руб.;
 - дополнительная (Зд) – 79599 руб.;
- 3) премии (П) – 3298 руб.;
- 4) расходы на мягкий инвентарь (Ри) – 1878 руб.;
- 5) расходы на медикаменты (Рм) – 1779 руб.;
- 6) рентабельность (Р) – 25%;
- 7) начисления на заработную плату – 26,2%.

Задача № 2 (для студентов лечебного, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену (Ц) медицинского обслуживания объединённой городской больницей пациента А, страдающего гипертонической болезнью, который был госпитализирован в кардиологическое отделение стационара на 25 дней, 9 раз в течение года посещал участкового врача-терапевта в поликлинике, при этом:

- 1) среднемесячная зарплата врача стационара (Зпвст) – 13100 руб.;
- 2) среднемесячная зарплата медсестры стационара (Зпмст) – 7600 руб.;
- 3) накладные расходы по стационару в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрст) – 1,25 руб.;
- 4) стоимость медикаментов на 1 койко-день (Стмст) – 275 руб.;
- 5) стоимость питания на 1 койко-день (Стпст) – 395 руб.;
- 6) среднемесячная зарплата врача поликлиники (Зпвп) – 10990 руб.;
- 7) среднемесячная зарплата медсестры поликлиники (Зпмп) – 5890 руб.;
- 8) накладные расходы по поликлинике в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрп) – 1,10 руб.;
- 9) стоимость медикаментов на 1 посещение поликлиники (Стмп) – 135 руб.;
- 10) цена параклинических услуг (Цпу) – 770 руб.;
- 11) среднее число рабочих дней в месяц – 23;
- 12) среднее число рабочих часов в месяц – 144;
- 13) норматив ежедневной нагрузки на 1 врачебную ставку в стационаре – 25;
- 14) норматив нагрузки на 1 час поликлинического приёма – 3,5;
- 15) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 16) рентабельность (Р) – 24,0%.

Задача № 3 (для студентов стоматологического факультета)

Рассчитайте условную цену лечения пациента А, страдающего глубоким кариесом, при этом:

- 1) среднегодовая зарплата врача-стоматолога (Зп) – 172000 руб.;
- 2) стоимость материалов, медикаментов и инструментария на 1 врача-стоматолога в год (Стм) – 133000 руб.;
- 3) накладные расходы на 1 руб. начисленной заработной платы (Нр) – 1,25 руб.;
- 4) среднегодовой план работы 1 врача-стоматолога в год – 6370 УЕТ;
- 5) объём выполненной работы (Овр) – 3,5 УЕТ.
- 6) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 7) рентабельность (Р) – 26,0%.

Вариант № 9

Задача № 1 (для студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену снятия одной ЭКГ на базе ЦРБ, при этом:

- 1) сделано за год ЭКГ:
 - в стационаре (Чс) – 12232;
 - в поликлинике (Чп) – 5433;
- 2) Заработная плата:
 - основная (Зо) – 113756 руб.;
 - дополнительная (Зд) – 79576 руб.;
- 3) премии (П) – 3109 руб.;
- 4) расходы на мягкий инвентарь (Ри) – 2298 руб.;
- 5) расходы на медикаменты (Рм) – 2597 руб.;
- 6) рентабельность (Р) – 25,0%;

7) начисления на заработную плату – 26,2%.

Задача № 2 (для студентов лечебного, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену (Ц) медицинского обслуживания объединённой городской больницей пациента А, страдающего гипертонической болезнью, который был госпитализирован в кардиологическое отделение стационара на 20 дней, 8 раз в течение года посещал участкового врача-терапевта в поликлинике, при этом:

- 1) среднемесячная зарплата врача стационара (Зпвст) – 15090 руб.;
- 2) среднемесячная зарплата медсестры стационара (Зпмст) – 7555 руб.;
- 3) накладные расходы по стационару в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрст) – 1,27 руб.;
- 4) стоимость медикаментов на 1 койко-день (Стмст) – 380 руб.;
- 5) стоимость питания на 1 койко-день (Стпст) – 365 руб.;
- 6) среднемесячная зарплата врача поликлиники (Зпвп) – 11555 руб.;
- 7) среднемесячная зарплата медсестры поликлиники (Зпмп) – 6545 руб.;
- 8) накладные расходы по поликлинике в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрп) – 1,15 руб.;
- 9) стоимость медикаментов на 1 посещение поликлиники (Стмп) – 245 руб.;
- 10) цена параклинических услуг (Цпу) – 765 руб.;
- 11) среднее число рабочих дней в месяц – 23;
- 12) среднее число рабочих часов в месяц – 144;
- 13) норматив ежедневной нагрузки на 1 врачебную ставку в стационаре – 25;
- 14) норматив нагрузки на 1 час поликлинического приёма – 3,5;
- 15) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 16) рентабельность (Р) – 25,0%.

Задача № 3 (для студентов стоматологического факультета)

Рассчитайте условную цену лечения пациента А, страдающего глубоким кариесом, при этом:

- 1) среднегодовая зарплата врача-стоматолога (Зп) – 144090 руб.;
- 2) стоимость материалов, медикаментов и инструментария на 1 врача-стоматолога в год (Стм) – 125080 руб.;
- 3) накладные расходы на 1 руб. начисленной заработной платы (Нр) – 1,27 руб.;
- 4) среднегодовой план работы 1 врача-стоматолога в год – 6380 УЕТ;
- 5) объём выполненной работы (Овр) – 2,5 УЕТ.
- 6) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 7) рентабельность (Р) – 25,0%.

Вариант № 10

Задача № 1 (для студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену снятия одной ЭКГ на базе ЦРБ, при этом:

- 1) сделано за год ЭКГ:
 - в стационаре (Чс) – 11295;
 - в поликлинике (Чп) – 6492;
- 2) Заработная плата:

- основная (Зо) – 103496 руб.;
- дополнительная (Зд) – 76596 руб.;
- 3) премии (П) – 3199 руб.;
- 4) расходы на мягкий инвентарь (Ри) – 1298 руб.;
- 5) расходы на медикаменты (Рм) – 1597 руб.;
- 6) рентабельность (Р) – 25,0%;
- 7) начисления на заработную плату – 26,2%.

Задача № 2 (для студентов лечебного, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену (Ц) медицинского обслуживания объединённой городской больницей пациента А, страдающего гипертонической болезнью, который был госпитализирован в кардиологическое отделение стационара на 25 дней, 8 раз в течение года посещал участкового врача-терапевта в поликлинике, при этом:

- 1) среднемесячная зарплата врача стационара (Зпвст) – 13780 руб.;
- 2) среднемесячная зарплата медсестры стационара (Зпмст) – 7578 руб.;
- 3) накладные расходы по стационару в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрст) – 1,28 руб.;
- 4) стоимость медикаментов на 1 койко-день (Стмст) – 485 руб.;
- 5) стоимость питания на 1 койко-день (Стпст) – 555 руб.;
- 6) среднемесячная зарплата врача поликлиники (Зпвп) – 10589 руб.;
- 7) среднемесячная зарплата медсестры поликлиники (Зпмп) – 5589 руб.;
- 8) накладные расходы по поликлинике в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрп) – 1,15 руб.;
- 9) стоимость медикаментов на 1 посещение поликлиники (Стмп) – 195 руб.;
- 10) цена параклинических услуг (Цпу) – 660 руб.;
- 11) среднее число рабочих дней в месяц – 23;
- 12) среднее число рабочих часов в месяц – 144;
- 13) норматив ежедневной нагрузки на 1 врачебную ставку в стационаре – 25;
- 14) норматив нагрузки на 1 час поликлинического приёма – 3,5;
- 15) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 16) рентабельность (Р) – 25,0%.

Задача № 3 (для студентов стоматологического факультета)

Рассчитайте условную цену лечения пациента А, страдающего глубоким кариесом, при этом:

- 1) среднегодовая зарплата врача-стоматолога (Зп) – 184000 руб.;
- 2) стоимость материалов, медикаментов и инструментария на 1 врача-стоматолога в год (Стм) – 175000 руб.;
- 3) накладные расходы на 1 руб. начисленной заработной платы (Нр) – 1,27 руб.;
- 4) среднегодовой план работы 1 врача-стоматолога в год – 6350 УЕТ;
- 5) объём выполненной работы (Овр) – 1,5 УЕТ.
- 6) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 7) рентабельность (Р) – 25,0%.

Вариант № 11

Задача № 1 (для студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену снятия одной ЭКГ на базе ЦРБ, при этом:

- 1) сделано за год ЭКГ:
 - в стационаре (Чс) – 12235;
 - в поликлинике (Чп) – 6232;
- 2) Заработная плата:
 - основная (Зо) – 123456 руб.;
 - дополнительная (Зд) – 75576 руб.;
- 3) премии (П) – 2299 руб.;
- 4) расходы на мягкий инвентарь (Ри) – 2273 руб.;
- 5) расходы на медикаменты (Рм) – 2564 руб.;
- 6) рентабельность (Р) – 25,0%;
- 7) начисления на заработную плату – 26,2%.

Задача № 2 (для студентов лечебного, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену (Ц) медицинского обслуживания объединённой городской больницей пациента А, страдающего гипертонической болезнью, который был госпитализирован в кардиологическое отделение стационара на 20 дней, 8 раз в течение года посещал участкового врача-терапевта в поликлинике, при этом:

- 1) среднемесячная зарплата врача стационара (Зпвст) – 13250 руб.;
- 2) среднемесячная зарплата медсестры стационара (Зпмст) – 7540 руб.;
- 3) накладные расходы по стационару в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрст) – 1,25 руб.;
- 4) стоимость медикаментов на 1 койко-день (Стмст) – 199 руб.;
- 5) стоимость питания на 1 койко-день (Стпст) – 278 руб.;
- 6) среднемесячная зарплата врача поликлиники (Зпвп) – 11510 руб.;
- 7) среднемесячная зарплата медсестры поликлиники (Зпмп) – 5580 руб.;
- 8) накладные расходы по поликлинике в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрп) – 1,10 руб.;
- 9) стоимость медикаментов на 1 посещение поликлиники (Стмп) – 135 руб.;
- 10) цена параклинических услуг (Цпу) – 598 руб.;
- 11) среднее число рабочих дней в месяц – 23;
- 12) среднее число рабочих часов в месяц – 144;
- 13) норматив ежедневной нагрузки на 1 врачебную ставку в стационаре – 25;
- 14) норматив нагрузки на 1 час поликлинического приёма – 3,5;
- 15) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 16) рентабельность (Р) – 25,0%.

Задача № 3 (для студентов стоматологического факультета)

Рассчитайте условную цену лечения пациента А, страдающего глубоким кариесом, при этом:

- 1) среднегодовая зарплата врача-стоматолога (Зп) – 164660 руб.;
- 2) стоимость материалов, медикаментов и инструментария на 1 врача-стоматолога в год (Стм) – 126570 руб.;
- 3) накладные расходы на 1 руб. начисленной заработной платы (Нр) – 1,25 руб.;
- 4) среднегодовой план работы 1 врача-стоматолога в год – 6390 УЕТ;
- 5) объём выполненной работы (Овр) – 2,5 УЕТ.
- 6) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 7) рентабельность (Р) – 24,0%.

Вариант № 12

Задача № 1 (для студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену снятия одной ЭКГ на базе ЦРБ, при этом:

- 1) сделано за год ЭКГ:
 - в стационаре (Чс) – 11935;
 - в поликлинике (Чп) – 6932;
- 2) Заработная плата:
 - основная (Зо) – 109456 руб.;
 - дополнительная (Зд) – 76976 руб.;
- 3) премии (П) – 2999 руб.;
- 4) расходы на мягкий инвентарь (Ри) – 1978 руб.;
- 5) расходы на медикаменты (Рм) – 1967 руб.;
- 6) рентабельность (Р) – 23,0%;
- 7) начисления на заработную плату – 26,2%.

Задача № 2 (для студентов лечебного, педиатрического факультетов и факультета высшего сестринского образования)

Рассчитайте условную цену (Ц) медицинского обслуживания объединённой городской больницей пациента А, страдающего гипертонической болезнью, который был госпитализирован в кардиологическое отделение стационара на 22 дней, 6 раз в течение года посещал участкового врача-терапевта в поликлинике, при этом:

- 1) среднемесячная зарплата врача стационара (Зпвст) – 13700 руб.;
- 2) среднемесячная зарплата медсестры стационара (Зпмст) – 7700 руб.;
- 3) накладные расходы по стационару в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрст) – 1,27 руб.;
- 4) стоимость медикаментов на 1 койко-день (Стмст) – 187 руб.;
- 5) стоимость питания на 1 койко-день (Стпст) – 257 руб.;
- 6) среднемесячная зарплата врача поликлиники (Зпвп) – 10570 руб.;
- 7) среднемесячная зарплата медсестры поликлиники (Зпмп) – 5570 руб.;
- 8) накладные расходы по поликлинике в целом на 1 руб. начисленной заработной платы (Нрп) – 1,17 руб.;
- 9) стоимость медикаментов на 1 посещение поликлиники (Стмп) – 137 руб.;
- 10) цена параклинических услуг (Цпу) – 567 руб.;
- 11) среднее число рабочих дней в месяц – 23;
- 12) среднее число рабочих часов в месяц – 144;
- 13) норматив ежедневной нагрузки на 1 врачебную ставку в стационаре – 25;
- 14) норматив нагрузки на 1 час поликлинического приёма – 3,5;
- 15) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 16) рентабельность (Р) – 25,5%.

Задача № 3 (для студентов стоматологического факультета)

Рассчитайте условную цену лечения пациента А, страдающего глубоким кариесом, при этом:

- 1) среднегодовая зарплата врача-стоматолога (Зп) – 144800 руб.;
- 2) стоимость материалов, медикаментов и инструментария на 1 врача-стоматолога в год (Стм) – 125800 руб.;
- 3) накладные расходы на 1 руб. начисленной заработной платы (Нр) – 1,22 руб.;

- 4) среднегодовой план работы 1 врача-стоматолога в год – 6380 УЕТ;
- 5) объём выполненной работы (Овр) – 3,5 УЕТ.
- 6) начисления на заработную плату (Нзп) – 26,2%;
- 7) рентабельность (Р) – 24,5%.

ВАРИАНТ 1 (тестовые задания)

1. Укажите принципы ценообразования:
 - а) цена должна отражать общественно необходимые затраты труда на оказываемые услуги, их потребительские свойства и качество;
 - б) цена должна быть минимальной и не учитывать внешние факторы экономики;
 - в) цена должна учитывать соотношение спроса и предложения на данный вид медицинских услуг;
 - г) цена на медицинскую услугу должна обеспечивать получение прибыли каждым нормально функционирующим лечебным учреждением;
 - д) цена должна носить противозатратный характер и стимулировать повышение качества медицинских услуг;
 - е) цена должна индексироваться в условиях инфляции.

2. Укажите структуру затрат (себестоимости) медицинской услуги в системе ОМС:
 - а) оплата труда и начисления на оплату труда;
 - б) медикаменты и питание пациентов;
 - в) командировки и служебные разъезды;
 - г) приобретение оргтехники;
 - д) оплата транспортных услуг, услуг связи и коммунальных услуг;
 - е) оплата прочих услуг и прочие текущие расходы;
 - ж) износ оборудования и зданий;
 - з) приобретение оборудования и предметов длительного использования;
 - и) капитальный ремонт.

3. Укажите определение понятия «себестоимость»:
 - а) себестоимость – это количество денежных средств, которое население выплачивает лечебному учреждению за оказание медицинской услуги определённого вида и качества;
 - б) себестоимость – это выраженные в денежной форме материальные затраты и оплата труда на единицу расчёта цены медицинской услуги;
 - в) себестоимость – это количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги определённого вида и качества;
 - г) себестоимость – это количество денежных средств, вложенных в оказание медицинской услуги определённого вида и качества.

4. Укажите основные пути снижения себестоимости медицинских услуг:
 - а) рост производительности труда медицинских работников;
 - б) экономное расходование материальных ресурсов, бережное отношение к мягкому инвентарю, рациональное назначение лекарственных средств с учётом их адекватности, медицинского эффекта и стоимости;
 - в) эффективное использование лечебного и диагностического оборудования, производственных площадей;
 - г) сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре;
 - д) сокращение непроизводительных затрат, излишних административно-управленческих расходов.

5. Укажите методики расчёта цены медицинской услуги (в зависимости от цели, которую стремится достичь лечебное учреждение):

- а) установление цены исходя из ценности медицинской услуги;
- б) установление цены медицинской услуги на уровне уже сложившихся цен на рынке услуг в здравоохранении;
- в) установление цены как средних издержек прибыли;
- г) установление цены на уровне себестоимости;
- д) установление цены на уровне тарифов ОМС.

6. Укажите формулу для расчёта цены медицинской услуги:

- а) $Ц = С + Р$;
- б) $Ц = С + П$;
- в) $Ц = С + П + Р$;
- г) $Ц = С + П - Р$.

Условные обозначения: Ц – цена; С – себестоимость; П – прибыль; Р – рентабельность.

7. Укажите определение понятия «рентабельность»:

- а) рентабельность – это показатель единовременной или текущей прибыли за определённый период времени;
- б) рентабельность – это показатель хозяйственных затрат за определённый период времени;
- в) рентабельность – это показатель прибыли в результате хозяйственной деятельности за определённый период времени;
- г) рентабельность – это показатель эффективности хозяйственной деятельности, единовременных и текущих затрат за определённый период времени.

8. Укажите определение понятия «стоимость»:

- а) стоимость – это количество денежных средств, вложенных в оказание медицинской услуги определённого вида и качества;
- б) стоимость – это количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги определённого вида и качества;
- в) стоимость – это количество денежных средств, полученных от оказания медицинской услуги определённого вида и качества;
- г) стоимость – это количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги определённого вида и качества для удовлетворения какую-либо человеческой потребности.

9. Рентабельность рассчитывается:

- а) как отношение прибыли к себестоимости, выраженное в процентах;
- б) как отношение цены к себестоимости, выраженное в процентах;
- в) как отношение себестоимости к прибыли, выраженное в процентах;
- г) как отношение цены к прибыли, выраженное в процентах.

10. Укажите структуру себестоимости госпитализации одного больного:

- а) затраты в основном отделении с учётом общебольничных административно-хозяйственных расходов;
- б) затраты в основном отделении без учёта общебольничных административно-хозяйственных расходов;
- в) затраты в параклинических отделениях с учётом общебольничных административно-хозяйственных расходов;

г) затраты в параклинических отделениях без учёта общебольничных административно-хозяйственных расходов.

ВАРИАНТ 2 (тестовые задания)

1. Укажите определение понятия «цена»:

- а) цена – это денежное выражение стоимости медицинской услуги;
- б) цена – это количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги определённого вида и качества;
- в) цена – это способность вещи (товара, в данном случае медицинской услуги) удовлетворить какую-либо человеческую потребность, т.е. её полезность;
- г) цена – это количество денежных средств, которое население выплачивает лечебному учреждению за оказание медицинской услуги определённого вида и качества.

2. Укажите виды цен на медицинские услуги:

- а) бюджетные нормативы;
- б) тарифы в системе ОМС;
- в) бюджетные цены на медицинские услуги в системе ОМС;
- г) договорные цены (в том числе в системе добровольного медицинского страхования);
- д) свободные рыночные цены на платные медицинские услуги.

3. Укажите структуру тарифа на медицинскую услугу в системе ОМС:

- а) затраты на развитие лечебного учреждения + дефлятор;
- б) затраты (себестоимость) + затраты на развитие лечебного учреждения;
- в) (затраты (себестоимость) + затраты на развитие лечебного учреждения) x дефлятор;
- г) затраты (себестоимость) x дефлятор.

4. Затраты, входящие в себестоимость медицинской услуги, подразделяются на:

- а) постоянные издержки;
- б) переменные издержки;
- в) валовые (общие);
- г) временные.

5. Укажите структуру себестоимости одной медицинской услуги (диагностического исследования или одной процедуры):

- а) фонд оплаты труда работников и начисления на оплату труда;
- б) амортизация основного и дополнительного оборудования;
- в) медикаменты, перевязочные средства, реактивы, рентгеновская плёнка и пр.;
- г) износ инструментария, белья и другого мягкого инвентаря;
- д) командировочные расходы;
- е) административно-хозяйственные и прочие расходы.

6. Укажите структуру себестоимости госпитализации одного прооперированного больного:

- а) затраты в основном отделении с учётом общебольничных административно-хозяйственных расходов;
- б) затраты в основном отделении;
- в) затраты на проведение операции;

г) затраты в параклинических отделениях с учётом общебольничных административно-хозяйственных расходов.

7. Укажите определение понятия «прибыль»:

а) прибыль – это разница между себестоимостью, по которой реализуется медицинская услуга, и рентабельностью;

б) прибыль – это разница между рентабельностью, по которой реализуется медицинская услуга, и себестоимостью;

в) прибыль – это разница между ценой, по которой реализуется медицинская услуга, и себестоимостью;

г) прибыль – это разница между ценой, по которой реализуется медицинская услуга, и рентабельностью.

8. Укажите формулу для расчёта прибыли на медицинскую услугу:

а) $\Pi = Ц - Р$;

б) $\Pi = Ц - С + Р$;

в) $\Pi = Ц - С$;

г) $\Pi = Ц - С - Р$.

Условные обозначения: Ц – цена; С – себестоимость; Π – прибыль; Р – рентабельность.

9. Лечебные учреждения имеют право устанавливать цены на медицинские услуги при заключении договоров на платное медицинское обслуживание:

а) самостоятельно;

б) по соглашению со страховыми компаниями;

в) с предприятиями и организациями;

г) с отдельными лицами;

д) по соглашению с фондами ОМС.

10. Укажите формулу для расчёта себестоимости госпитализации одного прооперированного больного:

а) $C_{г} = C_{о} + a_{х} + C_{п} + a_{х} - Р$;

б) $C_{г} = C_{о} + a_{х} + C_{п} + a_{х} + О$;

в) $C_{г} = C_{о} + a_{х} + C_{п} + a_{х} + \Pi$;

г) $C_{г} = C_{о} + a_{х} + C_{п} + a_{х} + Р$.

Условные обозначения: $C_{г}$ – себестоимость; $C_{о} + a_{х}$ – затраты в основном отделении с учётом общебольничных административно-хозяйственных расходов; $C_{п} + a_{х}$ – затраты в параклинических отделениях с учётом общебольничных административно-хозяйственных расходов; Π – прибыль; Р – рентабельность; О – затраты на проведение операции.

ВАРИАНТ 3 (тестовые задания)

1. Соотнесите между собой задачи (А) и цели (Б) ценообразования, которые ставит в своей деятельности лечебное учреждение:

А. Задачи	Б. Цели
а) обеспечение выживаемости лечебного учреждения;	а) рост величины текущей прибыли;
б) максимализация текущей выручки от платной медицинской деятельности;	б) увеличение будущих доходов;
в) максимализация текущей прибыли от	в) рост величины выручки;

платной медицинской деятельности;	
г) максимализация объёма реализации медицинских услуг (ценообразование при проникновении на рынок медицинских услуг);	г) максимализация использования высшего ценового сегмента рынка;
д) максимализация метода «снятия сливок» на рынке медицинских услуг;	д) получение дополнительных доходов;
е) завоевание лидерства по показателям доли рынка и качеству.	е) сохранить экономические ресурсы лечебного учреждения.

2. В системе ОМС формирование цены медицинской услуги осуществляется в виде:

- а) тарифа; б) норматива; в) прейскуранта; г) калькуляции.

3. Укажите единицы расчёта цены на медицинские услуги:

- а) одна простая медицинская услуга;
 б) один пролеченный больной по данной нозологической форме;
 в) одно посещение;
 г) один койко-день;
 д) один день пребывания в реабилитационном центре;
 е) один пациенто-день;
 ж) один вызов скорой помощи;
 з) один день пребывания в дневном стационаре;
 и) одна условная единица (в санэпидслужбе);
 к) одна УЕТ;
 л) одна зубопротезная единица.

4. Укажите структуру себестоимости госпитализации одного больного:

- а) затраты в основном отделении с учётом общебольничных административно-хозяйственных расходов;
 б) затраты в основном отделении без учёта общебольничных административно-хозяйственных расходов;
 в) затраты в параклинических отделениях с учётом общебольничных административно-хозяйственных расходов;
 г) затраты в параклинических отделениях без учёта общебольничных административно-хозяйственных расходов.

5. Укажите определение понятия «прибыль»:

- а) прибыль – это разница между себестоимостью, по которой реализуется медицинская услуга, и рентабельностью;
 б) прибыль – это разница между рентабельностью, по которой реализуется медицинская услуга, и себестоимостью;
 в) прибыль – это разница между ценой, по которой реализуется медицинская услуга, и себестоимостью;
 г) прибыль – это разница между ценой, по которой реализуется медицинская услуга, и рентабельностью.

6. Укажите формулу для расчёта рентабельности медицинской услуги:

- а) $P = \frac{Ц}{С} \times 100\%$; б) $P = \frac{П}{С} \times 100\%$;

$$\text{в) } P = \frac{C}{\Pi} \times 100\%; \quad \text{г) } P = \frac{\Pi}{C} \times 100\%.$$

Условные обозначения: Ц – цена; С – себестоимость; П – прибыль; Р – рентабельность.

7. Укажите формулу для расчёта себестоимости госпитализации одного больного:

$$\begin{array}{ll} \text{а) } C_{\Gamma} = C_0 + a_x + C_{\Pi} + a_x; & \text{б) } C_{\Gamma} = C_0 + a_x - C_{\Pi} + a_x; \\ \text{в) } C_{\Gamma} = C_0 + a_x + C_{\Pi} + a_x + \Pi; & \text{г) } C_{\Gamma} = C_0 + a_x + C_{\Pi} + a_x + P. \end{array}$$

Условные обозначения: C_{Γ} – себестоимость; $C_0 + a_x$ – затраты в основном отделении с учётом общепольничных административно-хозяйственных расходов; $C_{\Pi} + a_x$ – затраты в параклинических отделениях с учётом общепольничных административно-хозяйственных расходов; П – прибыль; Р – рентабельность.

8. Укажите основные пути снижения себестоимости медицинских услуг:

- а) рост производительности труда медицинских работников;
- б) экономное расходование материальных ресурсов, бережное отношение к мягкому инвентарю, рациональное назначение лекарственных средств с учётом их адекватности, медицинского эффекта и стоимости;
- в) эффективное использование лечебного и диагностического оборудования, производственных площадей;
- г) сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре;
- д) сокращение непроизводительных затрат, излишних административно-управленческих расходов.

9. Укажите формулу для расчёта прибыли на медицинскую услугу:

$$\begin{array}{ll} \text{а) } \Pi = Ц - P; & \text{б) } \Pi = Ц - C + P; \\ \text{в) } \Pi = Ц - C; & \text{г) } \Pi = Ц - C - P. \end{array}$$

Условные обозначения: Ц – цена; С – себестоимость; П – прибыль; Р – рентабельность.

10. Рентабельность рассчитывается:

- а) как отношение прибыли к себестоимости, выраженное в процентах;
- б) как отношение цены к себестоимости, выраженное в процентах;
- в) как отношение себестоимости к прибыли, выраженное в процентах;
- г) как отношение цены к прибыли, выраженное в процентах.

Тема «Некоторые аспекты экономики здравоохранения»

Цель обучения. В результате изучения темы студент должен **знать:**

1. Взаимосвязь здравоохранения и экономики
2. Место экономики здравоохранения в системе экономических наук.
3. Определение экономики здравоохранения.
4. Направление эффективности здравоохранения
5. Основные принципы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений.
6. Систему показателей для оценки эффективности деятельности медицинских организаций.
7. Некоторые экономические аспекты повышения эффективности использования денежных средств, выделяемых лечебно-профилактическим учреждениям.
8. Элементы экономического ущерба в связи с заболеваемостью с временной утратой трудоспособности.

На основании этих знаний студент **ДОЛЖЕН УМЕТЬ ОПРЕДЕЛЯТЬ**

1. Размер ущерба на предприятии в связи с заболеваемостью с временной утратой трудоспособности и предотвращенный экономический ущерб.
2. Экономическую эффективность деятельности лечебно-профилактического учреждения.
3. Экономические потери, связанные с невыполнением стационаром плана койко-дней.
4. Условную экономию бюджетных средств больниц в результате сокращения сроков лечения.

Контрольные вопросы

1. Экономические проблемы и характерные черты рыночных отношений в здравоохранении.
2. Взаимосвязь здравоохранения и экономики. Экономика здравоохранения в системе экономических наук.
3. Основы экономической теории.
4. Определение экономики здравоохранения и ее направления изучения.
5. Медицинская эффективность.
6. Социальная эффективность.
7. Экономическая эффективность и ее виды.
8. Основные принципы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений.
9. Критерии и показатели для оценки эффективности деятельности медицинских учреждений и требования к ним.
10. Определение экономических потерь, связанных с невыполнением стационаром плана койко-дней.
11. Определение условной экономии бюджетных средств стационара больницы в результате сокращения сроков лечения.
12. Элементы экономического ущерба от заболеваемости с временной утратой трудоспособности.
13. Определение предотвращенного экономического ущерба от снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Основная литература:

Основная:

1. Решетников, А. В. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / А. В. Решетников. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - С. 7 – 17, 31 – 39

Электронный ресурс:

1. Решетников, А. В. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / А. В. Решетников. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431368.html>

б) Дополнительная литература:

2. Экономика здравоохранения [Текст]: учебник / ред. М. Г. Колосницына, И. М. Шейман, С. В. Шишкин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 461 с.

Примеры решения типовых ситуационных задач

ЗАДАЧА 1.

Рабочий С. в 1999 г. году по болезни пропустил 31 рабочий день, в том числе 18 дней находился в стационаре. На приеме у врача в поликлинике был 4 раза. В 2000 году он пропустил по болезни 24 рабочих дня, из них 16 находился в стационаре. Трижды был в поликлинике на приеме у врача. Непрерывный стаж работы 11 лет. Средняя заработная плата в месяц составляла в 1999 году – 2690 руб., в 2000 году – 2920 руб.

Необходимо рассчитать:

1. Экономический ущерб от заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочего С. в 1999 и 2000 годах.
2. Предотвращенный экономический ущерб от снижения заболеваемости рабочего С. в 2000 году.

Решение задачи:

Для определения экономического ущерба необходимы данные, представленные в таблице 1.

Таблица 1

Ориентировочные данные, необходимые для расчета экономического ущерба от заболеваемости с временной утратой трудоспособности

1.	Стоимость чистой продукции, произведенной на 1 работающего в день	330 руб.
2.	Средняя стоимость стационарного лечения 1 койко-дня	170 руб.
3.	Средняя стоимость 1 посещения к врачам в поликлинику	12 руб.
4.	Среднее число рабочих дней в месяце: - 2009 год - 2010 год	21,2 21,3
5.	Размер оплаты больничного листа из фонда социального страхования при стаже непрерывной работы: - до 5 лет - от 5 до 8 лет - 8 лет и более	60% от основной заработной платы 80% 100%

Примечание: данные, представленные в пунктах 1, 2,3 являются условными.

Расчет заработной платы рабочего С. в день:

В 1999 году она составила: $2690 : 21,2 = 126,88$ руб.

В 2000 году она составила: $2920 : 21,3 = 137,08$ руб.

Размер пособия по социальному страхованию в день (100% от заработной платы, т.к. стаж работы 11 лет):

В 1999 году – 126,88 руб.

В 2000 году – 137,08 руб.

Экономический ущерб ($\mathcal{E}_{ущ}$) определяется по формуле (1):

$$\mathcal{E}_{ущ} = (\text{НД} \times \text{МД} + \text{Б} \times \text{МД} + \text{С} \times \text{МС} + \text{СП} \times \text{Ч}) - \text{ЗП} \times \text{МД},$$

где НД – стоимость чистой продукции, производимой рабочим в день;

МД – число дней временной нетрудоспособности;

Б – размер пособия по временной нетрудоспособности;

С – средняя стоимость одного койко-дня;

МС – длительность стационарного лечения;

СП – средняя стоимость одного посещения к врачу в поликлинике;

Ч – число посещений в поликлинике;

ЗП – размер зарплаты в день.

Формула для определения предотвращенного экономического ущерба от снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности выражается следующим образом (2):

$$\mathcal{E}_{пред.ущерб} = \mathcal{E}_{пр} - \mathcal{E}_{тек},$$

где $\mathcal{E}_{пр}$ – ущерб в предыдущем году;

$\mathcal{E}_{тек}$ – ущерб в текущем году.

Таким образом, экономический ущерб в 1999 году составил:

$$(330 \times 31 + 126,88 \times 31 + 170 \times 18 + 12 \times 4) - 126,88 \times 31 = 13338 \text{ руб.}$$

Экономический ущерб в 2000 году составил:

$$(330 \times 24 + 137,08 \times 24 + 170 \times 16 + 12 \times 3) - 137,08 \times 24 = 10676 \text{ руб.}$$

Размер предотвращенного экономического ущерба в связи со снижением заболеваемости с временной утратой трудоспособности у рабочего С. составил:

$$\mathcal{E}_{пред.ущерб} = 13338 - 10676 = 2662 \text{ руб.}$$

Вывод: Размер предотвращенного экономического ущерба в связи со снижением заболеваемости с временной утратой трудоспособности только у одного рабочего в 2000 году составил 2662 руб. По аналогичной методике можно рассчитать экономический ущерб в целом по предприятию.

ЗАДАЧА 2.

Рассчитайте относительную и абсолютную экономическую эффективность деятельности лечебного учреждения и сделайте вывод, если известно, что за отчетный период лечебное учреждение добилось определенного полезного экономического результата, достигнутого за счет:

1. снижения расходов на одно посещение поликлиники в среднем;
2. снижения расходов на среднего пролеченного больного в стационаре;
3. увеличения количества пациентов, обратившихся за медицинской помощью из других районов города.

В результате сокращения штата амбулаторно-поликлинического отделения на 36% и соответствующего сокращения фонда оплаты труда, расходы на одно посещение в поликлинике снизились с $C_{нп} = 13,69$ руб., до $C_{фп} = 12,53$ руб.

Число посещений в отчетном году составило 235420.

Нормативные расходы на одного пролеченного больного в стационаре составляли 1830 рублей.

Снижение расходов на одного больного в стационаре было достигнуто следующими путями:

1. Внедрение интенсивных методов лечения и уменьшением средних сроков лечения с 13 до 12 дней. За счет этого фактические расходы на пролеченного больного составили 92,35% от плановых.
2. Рациональное использование материальных ресурсов: площадей помещений, текущих расходов на их содержание и обслуживание, это сократило расходы на пролеченного больного дополнительно на 238,03 руб.

Число пролеченных (Б) в стационаре составило 21913 руб.

Затраты на осуществление мер, направленных на повышение эффективности работы лечебного учреждения, составили 5838600 руб., превысив на эту величину затраты базового периода (З_о – З_б).

Решение задачи:

1. Определение фактических расходов на одного пролеченного в стационаре:
 $C_{ф ст} = 1830 : 100\% \times 92,35 - 238,03 = 1451,97$ руб.
2. Определение абсолютной экономической эффективности деятельности медицинского учреждения по формуле
$$Эа = [(П \times (C_{нп} - C_{фп}) + Б \times (C_{н ст} - C_{ф ст})] - (З_о - З_б) = [(235420 \times (13,69 - 12,53) + 21913 \times (1830 - 1451,97))] - 5838600 = 2716629,5$$
 руб.
3. Определение относительной экономической эффективности деятельности медицинского учреждения по формуле:
$$Эо = [(П \times (C_{нп} - C_{фп}) + Б \times (C_{н ст} - C_{ф ст})] / (З_о - З_б) = [(235420 \times (13,69 - 12,53) + 21913 \times (1830 - 1451,97))] / 5838600 = 1,47$$

Вывод: эффект от деятельности ЛПУ на 47% превысил затраты на осуществление мер и на каждый вложенный рубль отдача составила 1,47 руб., а эффективность в абсолютном выражении составила 2716629,5 руб.

ЗАДАЧА 3.

Бюджет больницы (без расходов на поликлинику) в 2000 г. составил 45.000.000 руб., в том числе расходы на питание, медикаменты, перевязочные средства – 15.000.000 руб. Плановая работа 1 койки в год – 340 дней, фактически 1 койка была занята 330 дней.

Рассчитать: экономические потери больницы в 2000 г., связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

Решение задачи:

Для расчета экономических потерь, связанных с невыполнением стационаром в 2000 г. плана по койко-дням, используем формулу:

$$Ус = (Б - Р_{пм}) \times (1 - K_{ф} / K_{п}) = (45000000 - 15000000) \times (1 - 330 / 340) = 9000000 \text{ руб.}$$

Вывод: экономические потери, связанные с невыполнением стационаром в 2000 г. плана по койко-дням составили 9000000 руб.

ЗАДАЧА 4.

Бюджет больницы (без расходов на поликлинику) в 2000 г. составил 45.000.000 руб., плановая работа 1 койки в год – 340 дней. Средняя длительность пребывания больного на койке в 2000 г. составила 14,5 дней, а в 1999 г. – 15,5 дней. Число больных, лечившихся в стационаре в 1999 г. – 4500 человек. Коечный фонд (число коек) – 1000.

Рассчитать: условную экономию бюджетных средств больницы в связи с сокращением сроков лечения в 2000 г.

Решение задачи:

Для расчета условной экономии бюджетных средств больницы в связи с сокращением сроков лечения в 1995 г. используем формулу:

$$\text{Эс} = \frac{Б}{Кп \times Чк} \times (тб - тп) \times Чб = \frac{45000000}{340 \times 1000} \times (15,5 - 14,5) \times 4500 = 595588,24 \text{ руб.}$$

Вывод: условная экономия бюджетных средств больницы в связи с сокращением сроков лечения в 2000 г. составила 595588,243 руб.

Ситуационные задачи:

Вариант 1

ЗАДАЧА 1.

Рабочий С. в 1999 г. году по болезни пропустил **40** рабочих день, в том числе **20** дней находился в стационаре. На приеме у врача в поликлинике был **7** раз. В 2000 году он пропустил по болезни **33** рабочих дня, из них **19** находился в стационаре. **4** раза был в поликлинике на приеме у врача. Непрерывный стаж работы **6** лет. Средняя заработная плата в месяц составляла в 1999 году – руб.**1800**, в 2000 году – **2000** руб.

Необходимо рассчитать:

1. Экономический ущерб от заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочего С. в 1999 и 2000 годах.
2. Предотвращенный экономический ущерб от снижения заболеваемости рабочего С. в 2000 году.

ЗАДАЧА 2.

Рассчитайте относительную и абсолютную экономическую эффективность деятельности лечебного учреждения и сделайте вывод, если известно, что за отчетный период лечебное учреждение добилось определенного полезного экономического результата, достигнутого за счет:

1. снижения расходов на одно посещение поликлиники в среднем;
2. снижения расходов на среднего пролеченного больного в стационаре;
3. увеличения количества пациентов, обратившихся за медицинской помощью из других районов города.

В результате сокращения штата амбулаторно-поликлинического отделения на **30%** и соответствующего сокращения фонда оплаты труда, расходы на одно посещение в поликлинике снизились с $С_{нп} = 14$ руб., до $С_{фп} = 12,9$ руб.

Число посещений в отчетном году составило **305750**.

Нормативные расходы на одного пролеченного больного в стационаре составляли **1740** рублей.

Снижение расходов на одного больного в стационаре было достигнуто следующими путями:

1. Внедрение интенсивных методов лечения и уменьшением средних сроков лечения с **13,2** до **12,4** дней. За счет этого фактические расходы на пролеченного больного составили **94,2** от плановых.

2. Рациональное использование материальных ресурсов: площадей помещений, текущих расходов на их содержание и обслуживание, это сократило расходы на пролеченного больного дополнительно на **205,2**руб.

Число пролеченных (Б) в стационаре составило **22560**.

Затраты на осуществление мер, направленных на повышение эффективности работы лечебного учреждения, составили **5110500** руб., превысив на эту величину затраты базового периода (Зо – Зб).

ЗАДАЧА 3.

Бюджет больницы (без расходов на поликлинику) в 2000 г. составил **70.000.000** руб., в том числе расходы на питание, медикаменты, перевязочные средства – **20.000.000** руб.

Плановая работа 1 койки в год – **340** дней, фактически 1 койка была занята **305** дней.

Рассчитать: экономические потери больницы в 2000 г., связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

ЗАДАЧА 4.

Бюджет больницы (без расходов на поликлинику) в 2000 г. составил **70.000.000** руб., плановая работа 1 койки в год – **340** дней. Средняя длительность пребывания больного на койке в 2000 г. составила **14,0** дней, а в 1999 г. – **16,0** дней. Число больных, лечившихся в стационаре в 1999 г. – **6240** человек.

Рассчитать: условную экономию бюджетных средств больницы в связи с сокращением сроков лечения в 2000 г.

Вариант 2

ЗАДАЧА 1.

Рабочий С. в 1999 г. году по болезни пропустил **48** рабочих день, в том числе **25** дней находился в стационаре. На приеме у врача в поликлинике был **5** раз. В 2000 году он пропустил по болезни **39** рабочих дня, из них **19** находился в стационаре. **3** раза был в поликлинике на приеме у врача. Непрерывный стаж работы **7** лет. Средняя заработная плата в месяц составляла в 1999 году – руб.**3240**, в 2000 году – **3560** руб.

Необходимо рассчитать:

1. Экономический ущерб от заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочего С. в 1999 и 2000 годах.

2. Предотвращенный экономический ущерб от снижения заболеваемости рабочего С. в 2000 году.

ЗАДАЧА 2.

Рассчитайте относительную и абсолютную экономическую эффективность деятельности лечебного учреждения и сделайте вывод, если известно, что за отчетный период лечебное учреждение добилось определенного полезного экономического результата, достигнутого за счет:

1. снижения расходов на одно посещение поликлиники в среднем;
2. снижения расходов на среднего пролеченного больного в стационаре;
3. увеличения количества пациентов, обратившихся за медицинской помощью из других районов города.

В результате сокращения штата амбулаторно-поликлинического отделения на **25%** и соответствующего сокращения фонда оплаты труда, расходы на одно посещение в поликлинике снизились с $S_{нп} = 13,69$ руб., до $S_{фп} = 12,9$ руб.

Число посещений в отчетном году составило **255410**.

Нормативные расходы на одного пролеченного больного в стационаре составляли **1560** рублей.

Снижение расходов на одного больного в стационаре было достигнуто следующими путями:

1. Внедрение интенсивных методов лечения и уменьшением средних сроков лечения с **15** до **13** дней. За счет этого фактические расходы на пролеченного больного составили **85** от плановых.

2. Рациональное использование материальных ресурсов: площадей помещений, текущих расходов на их содержание и обслуживание, это сократило расходы на пролеченного больного дополнительно на **195,6** руб.

Число пролеченных (Б) в стационаре составило **26540**.

Затраты на осуществление мер, направленных на повышение эффективности работы лечебного учреждения, составили **4499000** руб., превысив на эту величину затраты базового периода (Зо – Зб).

ЗАДАЧА 3.

Бюджет больницы (без расходов на поликлинику) в 2000 г. составил **10.000.000** руб., в том числе расходы на питание, медикаменты, перевязочные средства – **42.850.000** руб.

Плановая работа 1 койки в год – **330** дней, фактически 1 койка была занята **270** дней.

Рассчитать: экономические потери больницы в 2000 г., связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

ЗАДАЧА 4.

Бюджет больницы (без расходов на поликлинику) в 2000 г. составил **10.000.000** руб., плановая работа 1 койки в год – **330** дней. Средняя длительность пребывания больного на койке в 2000 г. составила **12,0** дней, а в 1999 г. – **16,2** дней. Число больных, лечившихся в стационаре в 1999 г. – **12851** человек.

Рассчитать: условную экономию бюджетных средств больницы в связи с сокращением сроков лечения в 2000 г.

Вариант 3

ЗАДАЧА 1.

Рабочий С. в 1999 г. году по болезни пропустил **47** рабочих дней, в том числе **19** дней находился в стационаре. На приеме у врача в поликлинике был **7** раз. В 2000 году он пропустил по болезни **29** рабочих дней, из них **14** находился в стационаре. **2** раза был в поликлинике на приеме у врача. Непрерывный стаж работы **10** лет. Средняя заработная плата в месяц составляла в 1999 году – руб. **1890**, в 2000 году – **2100** руб.

Необходимо рассчитать:

1. Экономический ущерб от заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочего С. в 1999 и 2000 годах.

2. Предотвращенный экономический ущерб от снижения заболеваемости рабочего С. в 2000 году.

ЗАДАЧА 2.

Рассчитайте относительную и абсолютную экономическую эффективность деятельности лечебного учреждения и сделайте вывод, если известно, что за отчетный период лечебное учреждение добилось определенного полезного экономического результата, достигнутого за счет:

1. снижения расходов на одно посещение поликлиники в среднем;
2. снижения расходов на среднего пролеченного больного в стационаре;
3. увеличения количества пациентов, обратившихся за медицинской помощью из других районов города.

В результате сокращения штата амбулаторно-поликлинического отделения на **10%** и соответствующего сокращения фонда оплаты труда, расходы на одно посещение в поликлинике снизились с С_{нп} = **12,2** руб., до С_{фп} = **11,7** руб.

Число посещений в отчетном году составило **196540**.

Нормативные расходы на одного пролеченного больного в стационаре составляли **1560** рублей.

Снижение расходов на одного больного в стационаре было достигнуто следующими путями:

1. Внедрение интенсивных методов лечения и уменьшением средних сроков лечения с **13,6** до **12,1** дней. За счет этого фактические расходы на пролеченного больного составили **90,1%** от плановых.

2. Рациональное использование материальных ресурсов: площадей помещений, текущих расходов на их содержание и обслуживание, это сократило расходы на пролеченного больного дополнительно на **250,6** руб.

Число пролеченных (Б) в стационаре составило **24572**.

Затраты на осуществление мер, направленных на повышение эффективности работы лечебного учреждения, составили **5821400** руб., превысив на эту величину затраты базового периода (Зо – Зб).

ЗАДАЧА 3.

Бюджет больницы (без расходов на поликлинику) в 2000 г. составил **80.000.000** руб., в том числе расходы на питание, медикаменты, перевязочные средства – **19154210** руб.

Плановая работа 1 койки в год – **330** дней, фактически 1 койка была занята **220** дней.

Рассчитать: экономические потери больницы в 2000 г., связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

ЗАДАЧА 4.

Бюджет больницы (без расходов на поликлинику) в 2000 г. составил **80.000.000** руб., плановая работа 1 койки в год – **330** дней. Средняя длительность пребывания больного на койке в 2000 г. составила **11,6** дней, а в 1999 г. – **14,2** дней. Число больных, лечившихся в стационаре в 1999 г. – **3850** человек.

Рассчитать: условную экономию бюджетных средств больницы в связи с сокращением сроков лечения в 2000 г.

Вариант 4

ЗАДАЧА 1.

Рабочий С. в 1999 г. году по болезни пропустил **32** рабочих день, в том числе **14** дней находился в стационаре. На приеме у врача в поликлинике был **5** раз. В 2000 году он пропустил по болезни **13** рабочих дня, из них **10** находился в стационаре. **2** раза был в поликлинике на приеме у врача. Непрерывный стаж работы **15** лет. Средняя заработная плата в месяц составляла в 1999 году – руб.**1690**, в 2000 году – **2150** руб.

Необходимо рассчитать:

1. Экономический ущерб от заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочего С. в 1999 и 2000 годах.

2. Предотвращенный экономический ущерб от снижения заболеваемости рабочего С. в 2000 году.

ЗАДАЧА 2.

Рассчитайте относительную и абсолютную экономическую эффективность деятельности лечебного учреждения и сделайте вывод, если известно, что за отчетный период лечебное учреждение добилось определенного полезного экономического результата, достигнутого за счет:

1. снижения расходов на одно посещение поликлиники в среднем;

2. снижения расходов на среднего пролеченного больного в стационаре;

3. увеличения количества пациентов, обратившихся за медицинской помощью из других районов города.

В результате сокращения штата амбулаторно-поликлинического отделения на **36%** и соответствующего сокращения фонда оплаты труда, расходы на одно посещение в поликлинике снизились с Снп = **14,2** руб., до Сфп = **13,1** руб.

Число посещений в отчетном году составило **2655117**.

Нормативные расходы на одного пролеченного больного в стационаре составляли **1750** рублей.

Снижение расходов на одного больного в стационаре было достигнуто следующими путями:

1. Внедрение интенсивных методов лечения и уменьшением средних сроков лечения с **13,4** до **12,4** дней. За счет этого фактические расходы на пролеченного больного составили **92,2%** от плановых.

2. Рациональное использование материальных ресурсов: площадей помещений, текущих расходов на их содержание и обслуживание, это сократило расходы на пролеченного больного дополнительно на **240,3** руб.

Число пролеченных (Б) в стационаре составило **5810500**.

Затраты на осуществление мер, направленных на повышение эффективности работы лечебного учреждения, составили **5821400** руб., превысив на эту величину затраты базового периода (З_о – З_б).

ЗАДАЧА 3.

Бюджет больницы (без расходов на поликлинику) в 2000 г. составил **50.000.000** руб., в том числе расходы на питание, медикаменты, перевязочные средства – **16154210** руб.

Плановая работа 1 койки в год – **340** дней, фактически 1 койка была занята **319** дней.

Рассчитать: экономические потери больницы в 2000 г., связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

ЗАДАЧА 4.

Бюджет больницы (без расходов на поликлинику) в 2000 г. составил **50.000.000** руб., плановая работа 1 койки в год – **340** дней. Средняя длительность пребывания больного на койке в 2000 г. составила **13,6** дней, а в 1999 г. – **14,7** дней. Число больных, лечившихся в стационаре в 1999 г. – **4420** человек.

Рассчитать: условную экономию бюджетных средств больницы в связи с сокращением сроков лечения в 2000 г.

Вариант 5

ЗАДАЧА 1.

Рабочий С. в 1999 г. году по болезни пропустил **39** рабочих дней, в том числе **20** дней находился в стационаре. На приеме у врача в поликлинике был **4** раз. В 2000 году он пропустил по болезни **30** рабочих дней, из них **16** находился в стационаре. **3** раза был в поликлинике на приеме у врача. Непрерывный стаж работы **5** лет. Средняя заработная плата в месяц составляла в 1999 году – руб.**3350**, в 2000 году – **3600** руб.

Необходимо рассчитать:

1. Экономический ущерб от заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочего С. в 1999 и 2000 годах.

2. Предотвращенный экономический ущерб от снижения заболеваемости рабочего С. в 2000 году.

ЗАДАЧА 2.

Рассчитайте относительную и абсолютную экономическую эффективность деятельности лечебного учреждения и сделайте вывод, если известно, что за отчетный период лечебное учреждение добилось определенного полезного экономического результата, достигнутого за счет:

1. снижения расходов на одно посещение поликлиники в среднем;

2. снижения расходов на среднего пролеченного больного в стационаре;

3. увеличения количества пациентов, обратившихся за медицинской помощью из других районов города.

В результате сокращения штата амбулаторно-поликлинического отделения на **35%** и соответствующего сокращения фонда оплаты труда, расходы на одно посещение в поликлинике снизились с С_{нп} = **13,5** руб., до С_{фп} = **12,7** руб.

Число посещений в отчетном году составило **245800**.

Нормативные расходы на одного пролеченного больного в стационаре составляли **1790** рублей.

Снижение расходов на одного больного в стационаре было достигнуто следующими путями:

1. Внедрение интенсивных методов лечения и уменьшением средних сроков лечения с **14** до **12** дней. За счет этого фактические расходы на пролеченного больного составили **89%** от плановых.

2. Рациональное использование материальных ресурсов: площадей помещений, текущих расходов на их содержание и обслуживание, это сократило расходы на пролеченного больного дополнительно на **236,2** руб.

Число пролеченных (Б) в стационаре составило **24560**.

Затраты на осуществление мер, направленных на повышение эффективности работы лечебного учреждения, составили **5820400** руб., превысив на эту величину затраты базового периода (З_о – З_б).

ЗАДАЧА 3.

Бюджет больницы (без расходов на поликлинику) в 2000 г. составил **50.000.000** руб., в том числе расходы на питание, медикаменты, перевязочные средства – **16000000** руб.

Плановая работа 1 койки в год – **335** дней, фактически 1 койка была занята **320** дней.

Рассчитать: экономические потери больницы в 2000 г., связанные с невыполнением стационаром плана по койко-дням.

ЗАДАЧА 4.

Бюджет больницы (без расходов на поликлинику) в 2000 г. составил **50.000.000** руб., плановая работа 1 койки в год – **335** дней. Средняя длительность пребывания больного на койке в 2000 г. составила **13,2** дней, а в 1999 г. – **15,2** дней. Число больных, лечившихся в стационаре в 1999 г. – **4420** человек.

Рассчитать: условную экономию бюджетных средств больницы в связи с сокращением сроков лечения в 2000 г.

Задания в тестовой форме

Вариант 1.

1. Объектами собственности в здравоохранении не могут являться:
 - а) медицинская технология
 - б) ресурсы учреждения здравоохранения
 - в) средства производства медицинского труда
 - г) продукция медицинской промышленности
 - д) здоровье индивидуума
 - е) медицинские открытия
2. Укажите направления изучения эффективности здравоохранения:
 - а) медицинское
 - б) экономическое
 - в) социальное
 - г) концептуальное
3. Укажите виды экономического ущерба в здравоохранении:
 - а) прямой
 - б) косвенный
 - в) обратный
4. Относительная экономическая эффективность представляет собой:
 - а) разность между полученным экономическим эффектом и затратами
 - б) отношение экономического эффекта к затратам
 - в) отношение разности между полученным экономическим эффектом и затратами к затратам
5. Коэффициент социальной удовлетворенности (К_{су}) представляет собой отношение:

- а) числа пациентов, удовлетворенных полученной медицинской помощью к общему числу пациентов
 - б) числа случаев достигнутых медицинских результатов к общему числу оцениваемых случаев
 - в) числа лечившихся в больнице к среднегодовому числу коек
6. К какой группе экономических знаний относится «экономика здравоохранения»:
- а) прикладные экономические науки
 - б) отраслевые экономические науки
 - в) специальные экономические науки
7. Укажите критерии, используемые для оценки эффективности деятельности медицинского учреждения:
- а) уровень качества и эффективности медицинской помощи
 - б) число койко-дней, проведенных больными в стационаре
 - в) объем оказанной медицинской помощи
 - г) затраты, понесенные медицинским учреждением
8. Коэффициент экономичности (Кэк) представляет собой отношение:
- а) стоимости основных фондов к числу пролеченных за год
 - б) плановых расходов к фактическим
 - в) числа случаев достигнутых медицинских результатов к общему числу оцениваемых случаев
9. Экономическая эффективность может быть:
- а) абсолютной б) номинальной
 - в) относительной
10. Укажите формулу для расчета интегрального показателя эффективности (Кэф):
- а) $K_{эф} = K_{об} \times K_{р} \times K_{су} \times K_{эк}$

б)
$$K_{эф} = \frac{K_{об} \times K_{р} \times K_{су}}{K_{эк}}$$

в)
$$K_{эф} = \frac{K_{об} \times K_{р}}{K_{эк} \times K_{су}}$$

Вариант 2.

1. Укажите уровни оценки эффективности здравоохранения:
- а) уровень работы врача б) уровень работы подразделения
 - в) уровень работы медицинского учреждения
 - г) уровень работы отрасли здравоохранения
 - д) уровень работы народного хозяйства
2. Коэффициент объема деятельности, выполненной медицинским учреждением (Коб), представляет собой отношение:
- а) планового и фактического объемов
 - б) числа лечившихся в больнице к среднегодовому числу коек
 - в) числа пациентов, удовлетворенных полученной медицинской помощью к общему числу пациентов
3. Укажите методы экономики здравоохранения:
- а) анализ и синтез б) математико-статистический
 - в) балансовый г) наглядный
 - д) метод прогнозирования
4. Макроэкономический уровень экономической деятельности в здравоохранении это отношения:
- а) между здравоохранением и другими отраслями народного хозяйства

- б) между учреждениями здравоохранения
 - в) между отдельными подразделениями одного ЛПУ
5. Страховая модель стимулирует медицинские учреждения к повышению качества и эффективности медицинской помощи посредством:
- а) медико-экономических стандартов
 - б) тарифов
 - в) нормативов
6. Перечислите задачи экономики здравоохранения:
- а) определение роли и места здравоохранения в системе общественного производства
 - б) изучение объемов экономических ресурсов здравоохранения
 - в) определение экономической эффективности медицинской помощи
 - г) изучение проблем, связанных с изменениями форм оплаты труда
 - д) совершенствование подготовки и переподготовки руководителей здравоохранения
7. Коэффициент качества медицинской помощи представляет собой отношение:
- а) числа случаев нарушения технологий к числу случаев полного соблюдения адекватных технологий
 - б) числа случаев полного соблюдения адекватных технологий к общему числу оцениваемых случаев оказания медицинской помощи
 - в) числа пациентов, удовлетворенных полученной медицинской помощью к общему числу пациентов
8. Абсолютная экономическая эффективность представляет собой:
- а) разность между полученным экономическим эффектом и затратами
 - б) отношение экономического эффекта к затратам
 - в) отношение разности между полученным экономическим эффектом и затратами к затратам
9. Укажите из чего складывается экономический ущерб от заболеваемости с временной утратой трудоспособности:
- а) недополученная новая стоимость (чистая продукция)
 - б) выплата пособий по временной нетрудоспособности из фонда социального страхования
 - в) выплата пенсий по инвалидности
 - г) затраты на амбулаторное лечение
 - д) затраты на стационарное лечение
10. Коэффициент результативности (K_p) представляет собой отношение:
- а) числа достигнутых результатов к общему числу случаев оказания медицинской помощи
 - б) числа пациентов, удовлетворенных полученной медицинской помощью к общему числу пациентов
 - в) числа лечившихся в больнице к среднегодовому числу коек

Тема «Формирование рыночных отношений»

Цель изучения темы.

В результате изучения темы студент должен знать:

1. Определение основных экономических категорий таких, как рынок, рыночные отношения, товар, услуга, спрос, предложение, цена, конкуренция, прибыль, безубыточность и убытки.
2. Особенности рыночных отношений, конкурентных преимуществ в здравоохранении.
3. Виды медицинских услуг, их специфические особенности.
4. Способы оценки экономической эффективности коммерческих медицинских организаций.

На основании этих знаний студент должен уметь определять:

1. Балансовую прибыль, выручку и себестоимость медицинской услуги
2. Критический объем реализации медицинских услуг

Основная:

1. Экономика здравоохранения [Текст]: учебник / ред. А.В. Решетников. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 40 - 49

Электронный ресурс:

5. Решетников, А. В. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / А. В. Решетников. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431368.html>

Контрольные вопросы:

1. Основные направления экономических реформ и формирование рыночных отношений в России в конце 20 и начале 21 века. Роль государства.
2. Понятие рынка и рыночных отношений. Принципы и условия формирования рыночных отношений в здравоохранении.
3. Понятие товара и услуги. Медицинская услуга в сфере товарно-денежных отношений.
4. Понятие спроса и покупательной способности. Закон спроса. Факторы влияющие на спрос в здравоохранении. Виды спроса. Предложения применительно к здравоохранению.
5. Понятие цены. Функции цен. Цена спроса, цена предложения, цена равновесия. Их значение применительно к здравоохранению.
6. Понятие конкуренции. Её виды. Участники конкуренции в здравоохранении. Конкурентные преимущества в здравоохранении.
7. Важнейшие функции рынка в здравоохранении. Типы рынка.
8. Рынок медицинских услуг. Виды медицинских услуг. Их специфические особенности.
9. Теневой рынок товаров и услуг в здравоохранении. Причины его формирования.
10. Оценка экономической эффективности коммерческих медицинских организаций. Понятие балансовой прибыли, выручки. Себестоимость медицинских услуг и её составляющие. Безубыточность и убытки. Определение точки критического объёма реализации медицинских услуг.

Введение:

Принципиальная сущность современного периода реформирования отечественной системы здравоохранения, наряду с прочими, характеризуется объективными условиями, при которых медицинская услуга становится товаром, а отношения производителей и потребителей медицинских услуг (в частности, врача и пациента) по сути своей начинают определяться как маркетинговые с преобладающей ролью пациента. Подобными проявлениями отношений врача и пациента характеризуется система обязательного медицинского страхования, введение которой в России осуществляется с 1991 года.

Классические цивилизованные рыночные отношения, как известно, подчинены экономическим законам, специфичны в управлении и входят в противоречие с методами администрирования. В поле рыночных отношений медицинская помощь как своеобразный вид производственной деятельности наполняется экономическими характеристиками.

Распространение и применение экономических законов в деятельности лечебно-профилактических учреждений обуславливается объективной необходимостью при функционировании системы здравоохранения в реалиях маркетинговых (рыночных) взаимоотношений. В свою очередь, трансформация системы предоставления медицинской помощи населению в системный механизм, регулирующий спрос и предложения на рынке медицинских услуг, диалектически обусловлена глубинными процессами, происходящими в стране, в частности, достаточно четко обозначенным расслоением общества.

Направление реформирования экономики было обозначено как переход к рынку. Но что такое рынок. Он вовсе не является всеохватывающей системой общественных отношений.

Рынок — это лишь одна из форм связи между хозяйствующими субъектами, производителями и потребителями, продавцами и покупателями. Он присутствует во всяком обществе, где есть разделение труда. И объявлять о переходе к рынку — это все равно что ломиться в открытую дверь. К рынку нельзя перейти в силу чей-то на то воли. Для этого необходимо, чтобы условия созрели в самом производстве по мере развития производительных сил.

Основопологающим условием перехода к рынку реформаторы 90-х годов считали замену государственной собственности на частную. Но рынок равнодушен к формам собственности на средства производства. В рыночных отношениях участвуют на равных организации различных форм собственности. Более того, в развитых странах с рыночной экономикой индивидуальная частная собственность на средства производства постепенно заменяется акционерной, корпоративной собственностью. Происходят обратные процессы — национализации крупных монополий. Еще более абсурдно связывать становление рыночной экономики с капитализацией. Капитал стремится к монополии, ограничению конкуренции и в итоге — ограничению действия экономических законов рынка (законы спроса, предложения и др.).

Самые крупные беды принесла недооценка реформаторами роли государства. При этом не учитывалось, что для успеха всяких преобразований необходимо не просто государство, а сильная государственная власть. Рыночные отношения не универсальны, и они не могут охватывать все сферы жизни общества. Поэтому только государство обязано выполнять определенные, социальные, обязательства перед обществом, иначе оно не может существовать как государство.

Государство проводит инвестиционную политику, поддерживает предпринимательство, создает режим максимального благоприятствования как бизнесу, так и потребителю, устанавливая единые для всех правила игры. Развитие здравоохранения, образования, науки, защита национальных интересов, окружающей среды, человека невозможны без участия государства. Оно выступает гарантом стабильности, предотвращения социальных, экономических и других катаклизмов. Воздействие на экономику и социальное развитие государство осуществляет путем создания нормативно-правовых актов, разработки и реализации программ перспективного развития, контроля за соблюдением законодательства и с помощью других рычагов. Если государственные регуляторы не действуют, то никакая социально ориентированная модель развития общества не может быть реализована.

В настоящее время в России реализуется программа неотложных антикризисных мер. Сущность ее заключается в проведении трезвой финансово-бюджетной политики. Дополнительные доходы намечается получить в налоговой сфере, от управления государственной собственностью, от приватизации, по внешним займам. Расходы снизятся в результате отказа от дотаций и субсидий промышленности, сельскому хозяйству, транспорту, сокращения занятости в бюджетной сфере. Программа, однако, решает частные задачи в сфере финансов, "лечит" симптомы, а не причины болезни и не выходит за рамки монетаризма.

1. Основные понятия рынка

В обыденной жизни рынок чаще всего ассоциируется с местом, где можно купить продукты, одежду, хозяйственные товары и т. д. Это самая старая форма рынка — традиционное место, где покупатели и продавцы совершают сделки. С точки зрения экономики рынок отражает взаимоотношения, которые складываются между производителями, продавцами, посредниками и потребителями товаров и услуг. Существует множество определений рынка, но все они сводятся к тому, что он является совокупностью экономических отношений, проявляющихся в сфере обмена товаров и услуг, в результате которых формируются спрос, предложение и цена в условиях конкуренции. При этом на основе исследования и прогнозирования рынка формируется комплексная система организации, производства и сбыта товаров и услуг, получившая название маркетинга.

Рынок формируется и функционирует на трех основных принципах:

- взаимовыгодность;
- возмездность;
- эквивалентность.

Доминируя в экономике в целом, рыночные отношения одновременно охватывают и каждую отрасль, каждое предприятие и производство, не оставляя ни одного вне сферы своего влияния. В настоящее время рыночные отношения не обошли и здравоохранение.

Для развития и функционирования рынка в любой сфере жизни общества недостаточно лишь желания его участников, необходимо наличие определенных условий. Такими условиями становления рыночных отношений в здравоохранении являются:

- многообразие форм собственности и видов хозяйствования, а также их равные возможности (на этих условиях формируется основа для развития конкурентной сферы, без которой рынок не функционирует);
- неограниченное число участников рынка товаров и услуг в здравоохранении с равным, свободным доступом на рынок и выходом из него;
- действие механизмов рыночного ценообразования на основе складывающегося спроса и предложения;
- равный доступ всех участников рынка к имеющимся в здравоохранении ресурсам;
- наличие у каждого участника рынка необходимой рыночной информации (спрос, предложение, цены и др.);
- возможность регулирования рыночных процессов со стороны государства.

Различают следующие основные понятия рынка: *спрос, предложение, цена, конкуренция, маркетинг.*

Остановимся подробнее на каждом из них, применительно к здравоохранению в условиях рыночной экономики, тем более что переход от плановой экономики к рыночной, основанной на принципах свободного предпринимательства, многообразия форм собственности на средства производства, рыночного ценообразования, договорных отношений между хозяйствующими субъектами и ограниченного вмешательства государства в их деятельность, стал реальностью в нашей жизни.

Безусловно, сама терминология *производители, продавцы и покупатели медицинских товаров и услуг* вызывает определенное неприятие у медицинских работников. По мнению некоторых из них, все чаще используемые в лексиконе понятия "медицинская услуга", "продавцы и покупатели медицинских товаров и услуг" взамен привычного "оказание медицинской помощи" принижает высокое искусство врачевания, низводит его до уровня работников сферы обслуживания (банно-прачечного комбината, парикмахерской и др.). Не пытаясь подвергнуть ревизии глубоко гуманизированные, содержательные аспекты устоявшегося веками понятия "медицинская помощь", попробуем дать свою дефиницию приведенным выше терминам применительно к общепринятым в экономике категориям.

Товар — это *любой продукт производственно-экономической деятельности, полученный в материально-вещественной форме, который является объектом купли-продажи и установления рыночных отношений между продавцами и покупателями.*

Услуга — *вид деятельности, специфическая форма отношения человека к окружающему миру, в процессе которой не создается новый, ранее не существовавший материально-вещественный продукт.* Это благо, предоставляемое не в виде вещей, а в форме деятельности, в результате которой удовлетворяются как материальные, так и духовные потребности людей.

Медицинская помощь — *вид деятельности, направленный на реализацию комплекса лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах лицами, имеющими высшее или среднее медицинское образование.*

Таким образом, и услуга, и медицинская помощь — это вид человеческой деятельности, что их и сближает. Но услуга — это экономическая категория, имеющая стоимостное выражение. Экономический подход к толкованию термина "медицинская помощь" находит поддержку, если обратиться к законодательному регулированию отношений в сфере услуг, в том числе медицинских, которое дается в Гражданском кодексе РФ.

В разработанных Минздравом, Госстандартом и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования "Основных положениях стандартизации в здравоохранении", пожалуй, впервые официально дается определение медицинской услуге как "мероприятию или комплексу мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость". Исходя из этого, **медицинскую** услугу можно определить как *оказание профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, санаторно-курортной, санитарно-эпидемиологической, рекреационной, лекарственной, протезно-ортопедической и других видов помощи в сфере товарно-денежных отношений.*

Таким образом, мы не видим необходимости противопоставления или замены одного термина на другой. Речь идет о случаях правомерности применения того или иного термина. Оправданно, думается, сохранить термин "медицинская помощь" при заполнении медицинских документов, к примеру истории болезни. В случаях же, которые касаются товарно-денежных отношений, правомочно употреблять термин "медицинская услуга".

Что же касается употребления в словаре здравоохранения термина *товар*, то здесь все гораздо проще. Ни у кого не вызовет сомнения отнесение к категории товара лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, продуктов лечебного питания и др.

Часто в экономической литературе используется термин **экономический продукт** как результат человеческого труда, хозяйственной деятельности, представленный в материальной,

духовной, информационной форме либо в виде выполненных работ и услуг. Поэтому в дальнейшем этот термин мы будем употреблять наравне с понятием "медицинские товары и услуги".

И последнее, что психологически надо преодолеть, это отношение к категории "производитель, продавец и покупатель медицинских товаров и услуг". Раз медицинский товар и услуги имеют цену как денежное выражение их стоимости, то соответственно у них должны быть производитель, продавец и покупатель. Поэтому в дальнейшем к "**производителям**" будем относить организации по производству товаров и медицинских услуг (предприятия, лечебно-профилактические учреждения, организации здравоохранения всех форм собственности, медицинских и фармацевтических работников), как правило, они же являются и "**продавцами**", а к "**покупателям**" — пациентов и лиц, обращающихся за теми или иными видами медицинских товаров и услуг. При этом мы еще раз хотим подчеркнуть условность этой терминологии, корректность использования ее только применительно к товарно-денежным отношениям.

Спрос — одно из фундаментальных понятий рыночной экономики, означающее желание покупателей приобрести данный товар, которое подкреплено реальной денежной возможностью. Спрос измеряется величиной, означающей количество товаров и услуг, которое покупатель желает и способен приобрести по данной цене в данный период времени. Объем и структура спроса зависят не только от цен на товары и услуги, но и от других, неценовых факторов, таких, как мода, доходы потребителей, а также от цены на другие предметы потребления, в том числе на их заменители. Различают следующие виды спроса на производимые и продаваемые предметы потребления: *индивидуальный* (одного лица), *рыночный* (на данном рынке) и *совокупный* (на всех рынках).

Со спросом связано и другое понятие в рыночной экономике — **покупательная способность населения**. Это количество товаров и услуг, которое население способно приобрести в соответствии с имеющимися денежными средствами, при том уровне цен, который сложился в данное время. Покупательная способность зависит от уровня доходов населения (в той их части, которая может быть выделена на покупки), а также величины цен.

Применительно к здравоохранению **спрос (потребность)** — это *количество медицинских товаров и услуг, которое желают и могут приобрести пациенты в данный период времени по определенной цене*. Иными словами, спрос выступает как платежеспособная потребность населения в медицинских товарах и услугах. Для частной системы здравоохранения речь идет о платежеспособности человека или группы людей, для общественных систем здравоохранения (бюджетной, страховой, бюджетно-страховой) — это покупательная способность общества, которая подкреплена соответствующими источниками финансирования здравоохранения.

Закон спроса, который является одним из основных экономических законов, гласит, что при прочих равных условиях величина спроса будет больше при низких ценах и меньше при высоких. При прочих равных условиях — это очень важная часть формулировки. Мы можем с определенной уверенностью сказать, что спрос на аспирин будет больше, когда цена его упадет, но при том условии, что иные факторы не изменятся — например, цены на другие жаропонижающие препараты останутся прежними.

Помимо цены, следует учитывать и другие факторы, активно влияющие на спрос:

уровень доходов населения (чем выше доходы, тем больше вероятность обращения за дорогостоящей медицинской услугой);

- **возрастно-половая структура населения** (процесс старения населения увеличивает спрос на лекарственные препараты и основные виды медицинской помощи; преобладание женщин молодого возраста увеличивает спрос на специфические лекарственные препараты и медицинские изделия, применяемые в гинекологической и акушерской практике, — противозачаточные средства, тампоны и пр., а также косметологические услуги);

- **мода** (стремление к снижению веса или омоложению увеличивает спрос на биологические добавки, способствующие этому, и операции липосакции, пластические операции и др.);

- **"врачебный фактор"** (врачи своими не всегда обоснованными рекомендациями к проведению дополнительных диагностических процедур способны увеличить спрос на медицинские услуги);

- **реклама** (активная пропаганда в СМИ тех или иных лекарственных препаратов, диагностических или лечебных методов вызывает зачастую повышенный спрос на эти виды медицинских услуг).

Как было сказано выше, спрос — это потребность, подкрепленная покупательной способностью. Ресурсы для удовлетворения потребности, как правило, ограничены. Поэтому человек будет выбирать те товары и услуги, которые доставляют ему наибольшее удовлетворение в рамках его финансовых возможностей. При этом надо исходить из того, что потребности людей в медицинских услугах практически безграничны, но не безграничны возможности их удовлетворения. Например, есть необходимость поставить на зуб коронку. Естественное желание использовать для этого современные материалы: фарфор, металлокерамику. Однако, если нет финансовых возможностей для удовлетворения этого желания, пациент будет стоять несколько лет в очереди, чтобы бесплатно поставить самую обычную коронку.

В здравоохранении удовлетворение потребности зависит не только от платежеспособности пациента, но и от доступности медицинской помощи, оснащенности медицинского учреждения и квалификации врачей.

Например, если больному нужно поставить кардиостимулятор, даже при наличии у него денег, не в любой больнице удастся это сделать, так как не везде для этого есть необходимые условия.

Спрос — явление весьма динамичное. Он может изменять свое состояние от ажиотажа до полного отрицания необходимости каких-либо товаров и услуг. Различают следующие виды спроса:

- **Отрицательный спрос.** Медики часто встречаются с его проявлениями: отрицательный спрос на прививки, на прием к врачам отдельных специальностей; болезненные, дорогостоящие процедуры.

- **Скрытый спрос.** Отдельные пациенты могут испытывать потребность, которую невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке медицинских товаров и услуг, например: услуги семейного врача, одноразовые изделия медицинского назначения, сервисные услуги и индивидуальное питание в стационаре.

- **Падающий спрос.** К примеру, в последнее время упал спрос на шприцы, системы переливания крови многоразового использования, гипотензивные препараты отечественного производства. Поэтому рынок отреагировал повышенным предложением на шприцы и системы переливания крови одноразового использования, импортные лекарственные препараты.

- **Нерегулярный спрос.** Это сезонные временные колебания. Например, спрос на санаторно-курортное лечение выше в весенне-летний период, чем в осенне-зимний. Обращения к отдельным врачам-специалистам зависят от сезонности некоторых заболеваний (грипп, язвенная болезнь, вирусный гепатит и др.).

- **Чрезмерный спрос.** В здравоохранении наблюдается чрезмерный спрос на urgentную медицинскую помощь в праздничные и послепраздничные дни, когда больные, страдающие хроническими заболеваниями, нарушают диету, режим, злоупотребляют алкоголем; возрастает уровень травматизма.

Спрос на медицинские услуги можно рассчитать по следующей формуле:

$$C = K \times N,$$

где C — спрос на медицинские услуги; N — число пациентов; K — средний коэффициент обращения за медицинскими услугами.

В зависимости от характера спроса можно прогнозировать изменения потребностей пациентов в медицинских услугах, а следовательно, увеличение или уменьшение необходимого объема помощи.

Следующее основополагающее понятие рынка — **предложение**, которое характеризует стремление производителя (продавца) предложить к продаже свои товары и услуги. Величина предложения определяется количеством товаров и услуг, которое производитель желает и может продать по данной цене в определенный период времени. Она зависит от цены, но на нее влияют и многие другие, так называемые неценовые, факторы.

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 предлагают пациентам большее количество товаров и услуг. При падении цены их заинтересованность уменьшается и, соответственно, уменьшается объем производимых ими товаров и услуг.

На предложение оказывают влияние и такие факторы, как численность и квалификация персонала, производительность оборудования, налоговая и ценовая политика и др.

Медицинские товары и услуги, как и любой товар, обладают стоимостью, денежным выражением которой является **цена**, которая под воздействием экономических законов формируется на мировом, государственном или региональном уровнях. 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 этот товар или медицинскую услугу. Цена — это своего рода компромисс экономических интересов участников рынка.

Цены представляют собой мощный и в то же время гибкий рычаг управления экономикой. В централизованной экономике цены используются как эффективный инструмент воздействия со стороны государства на производство, обмен, потребление. В рыночной экономике цены под действием экономических законов способствуют саморегулированию экономических процессов на рынке и сами формируются в результате такой саморегуляции.

В экономике цены имеют множество назначений и выполняют следующие функции:

- измерительную;
- распределения и регулирования;
- социальную;
- учета;
- стимулирующую.

Измерительная функция. Цена выполняет измерительную функцию денег. Знание цен дает нам возможность сориентироваться в выборе товаров и услуг, определить необходимую сумму денег для их оплаты. По цене трудозатрат определяется заработная плата.

Функция распределения и регулирования. Эта функция цены в полной мере используется в плановой экономике и, частично, в рыночной. Путем налогового регулирования, введения дотаций государство может реально влиять на цены и, тем самым, на перераспределение доходов и ресурсов, поступающих юридическим и физическим лицам в разных регионах страны.

Социальная функция. Это одна из важнейших функций, которую выполняет цена. С ценами и их изменением связаны структура и объем потребления населением экономических и других благ, стоимость потребительской корзины (для расчета прожиточного уровня), потребительский бюджет семьи. Уровень цен во многом определяет благосостояние населения и качество жизни. Общество очень чутко реагирует на любое, даже незначительное, изменение цен.

Функция учета. Это важнейший инструмент бухгалтерского учета. Используется при учете имущественных комплексов учреждений, предприятий, организаций, а также для оценки основных фондов.

Стимулирующая функция. Эта функция реализуется в стремлении производителя и продавца, в условиях конкурентной борьбы, достигать наибольшего объема реализации товаров и услуг (при наименьшем уровне цен) для получения наибольшей прибыли. В свою очередь это вызывает необходимость внедрения современных технологий производства и сбыта продукции, способствует развитию научно-технического прогресса.

Как видно из многообразия перечисленных функций, ценообразование является одной из сложнейших проблем современной экономики. Поэтому методологию ценообразования в здравоохранении мы посчитали целесообразным изложить в отдельной лекции.

С учетом того, что цена органично связана с предложением и со спросом, выделяют следующие понятия;

- цена предложения;
- цена спроса;
- цена равновесия.

Цена спроса — это *такая рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается рынок покупателя.* По этой цене "покупатель" способен купить медицинскую услугу или товар. Выше этого предела цена подняться не может, так как у пациентов не будет возможности ее приобрести.

Цена предложения — это *рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается так называемый рынок продавца.* Это цена, по которой "продавец" предлагает свою услугу или товар. При этом цена предложения должна окупить затраты на производство медицинского товара и услуги.

При равенстве спроса и предложения на рынке устанавливается так называемая **цена равновесия**. При снижении цены спрос увеличивается, так как люди хотят приобрести больше товаров или услуг, и, наоборот, при увеличении цены спрос может пойти на спад.

Таким образом, рыночный механизм обеспечивает динамическое равновесие между спросом и предложением. Рынок в данном случае действует как саморегулирующаяся система, эффективный механизм взаимодействия спроса, предложения и конкуренции по формированию цен, объемов производства и продаж, а также уровня потребления товаров и услуг. Кроме того, он обеспечивает повышение эффективности производства, качества продукции. Однако рыночное саморегулирование не имеет всеобщего характера и должно дополняться механизмами государственного регулирования, что является основополагающей идеей совершенствования рыночных механизмов на современном этапе развития общества. Особенно это актуально для рынка товаров и услуг в здравоохранении.

Особенностью равновесной цены является ее эластичность: если под влиянием некоторых факторов произойдет повышение спроса при неизменном предложении или снижение предложения при неизменном спросе, то цена возрастет. Если при неизменном предложении произойдет снижение спроса или возрастет предложение при неизменном спросе, то цена снизится.

Потребности в медицинских товарах и услугах характеризуются неустойчивостью и изменчивостью. Предположим, что на рынке товаров и услуг в здравоохранении увеличился спрос. Коромысло рыночного равновесия покачнулось, подчиняясь законам спроса и предложения. Экономический смысл произошедшего выражается в том, что у пациентов возросла необходимость в получении данной услуги, и они согласны платить за нее больше. Как реагирует на это рынок? Первая реакция рыночного механизма — это рост цен, увеличение доходов тех организаций, медицинских учреждений или частнопрактикующих врачей, которые предоставляют товары и услуги данного вида. Вторая реакция — их стремление вложить дополнительно деньги в прибыльное дело, что, естественно, увеличивает объем предложения данных товаров и услуг. Преуспевает лишь тот, кто быстрее увеличит объем данных товаров и услуг при одновременном снижении затрат на их производство, а следовательно, и цен.

Положение на рынке вновь изменится. Предложение все больше соответствует спросу. Повышенную цену невозможно долго удерживать. Она начинает снижаться, достигая новой отметки равновесия.

В другой последовательности рынок реагировать на увеличение спроса не может, так как для организации дополнительного производства медицинских товаров и услуг требуется время, а финансовой основой такого увеличения как раз и послужат дополнительные доходы, полученные в результате роста цен.

Эффективно этот механизм может действовать только в условиях конкурентной борьбы. Поэтому перейдем к одному из главных двигателей рыночного механизма — конкуренции.

Конкуренция (лат. *concurrentia* — столкновение) — *состяжание между экономическими субъектами: борьба за рынки сбыта товаров с целью получения более высоких доходов, прибыли, других выгод.* В рыночной экономике такое столкновение неизбежно, ибо оно порождается следующими объективными условиями:

- наличие множества равноправных участников рынка;
- полная экономическая самостоятельность каждого из них;
- зависимость участников рынка от рыночной конъюнктуры;
- противоборство с другими рыночными субъектами за удовлетворение покупательского спроса.

Конкурентная борьба за экономическое процветание и выживание — закон рыночной экономики. Это борьба не только среди продавцов, но и среди покупателей, между покупателями и продавцами.

Продавцы хотят продать свою продукцию подороже, но конкуренция вынуждает сбывать ее дешевле, чтобы стимулировать покупательский спрос. В конкуренции среди покупателей побеждает тот, кто покупает больше или по более низкой цене по сравнению с рыночной. В конкурентной борьбе между продавцами и покупателями выигрывают те, кто более организован и способен навязать свою, выгодную для себя цену.

Таким образом, конкуренция и система рынков позволяют ответить на главные вопросы рыночной экономики: что производить, как производить и как распределить результаты производительного труда.

Именно конкуренция вызывает расширение производства и понижение цены экономического продукта до уровня, точно соответствующего издержкам производства и получению прибыли.

Конкуренция по своей природе весьма противоречива. С одной стороны, она выражает стремление к свободе, экономической независимости. С другой — стремление самих конкурентов к объединению усилий, экономической солидарности для того, чтобы обезопасить себя от превратностей судьбы. Стремление победить в конкурентной борьбе ведет к установлению господствующего положения на рынке, образованию монополий. Конкуренция и монополизм — это не две взаимоисключающие экономические силы, а два мощных маховика единого рыночного механизма.

Конкуренция представляет собой цивилизованную, легализованную форму борьбы за существование и один из наиболее действенных механизмов естественного отбора и регулирования в рыночной экономике. Различают следующие виды конкуренции:

- **совершенная конкуренция**, имеющая место на рынке с множеством продавцов и покупателей схожего, взаимозаменяемого товара. На таком рынке ни один из продавцов и покупателей не способен оказать решающего влияния на цену и масштабы продаж. Для нее характерна абсолютная мобильность производственных ресурсов и хорошая информированность производителей о состоянии рынка;
- **монополистическая конкуренция**, имеющая место на рынке с большим количеством продавцов и покупателей при значительном разнообразии товаров, продаваемых по разным ценам;

- **олигополистическая конкуренция**, имеющая место на рынке с небольшим количеством крупных продавцов товара, способных оказывать существенное влияние на цены, по которым продается данный товар;

- **недобросовестная конкуренция**, участники которой нарушают принятые на рынке правила и нормы конкуренции, вступают в сговор против других конкурентов, стремятся их опорочить, дискредитировать, используют ложную рекламу своей продукции, устанавливают дискриминационные, иногда демпинговые цены. Недобросовестную конкуренцию в наиболее простых формах называют **хищнической**;

- **несовершенная конкуренция** в условиях рынка, значительно отличающаяся от совершенной. Она предполагает функционирование на рынке одной или нескольких крупных фирм, производящих основную массу определенного товара. Она проявляется в виде монополии (один продавец) и монополии (один покупатель), когда отдельный рыночный субъект занимает доминирующее положение и контролирует рынок данного товара.

На рынке товаров и услуг здравоохранения конкурентными участниками могут быть:

- государственные, муниципальные учреждения здравоохранения — по реализации государственного (муниципального) заказа на конкурсной основе;

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

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

Как уже сказано, конкуренция на рынке регулирует цены на товары и услуги, ведет к повышению их качества.

Но для того, чтобы вступить в конкурентную борьбу, необходимо прежде всего как можно точнее установить реальных конкурентов, выявить их преимущества. Очень важно получить информацию обо всех аспектах деятельности конкурентов, в том числе их финансовом положении, ценах, затратах на производство медицинских товаров и услуг, их структуре. Руководителю организации здравоохранения, частнопрактикующим врачам необходимо знать соотношение цен и затрат на свои медицинские услуги и услуги конкурентов, выяснить, имеется ли у конкурентов особая стратегия в области рекламы, какие льготы предлагаются пациентам, постоянно обращающимся в данное учреждение, какие современные медицинские технологии используются. Все это даст возможность понять, в чем заключаются ваши сильные и слабые стороны, чтобы успешно двигаться вперед.

Конкуренты — это другие коммерческие организации, лечебно-профилактические учреждения, производящие медицинские товары и услуги. Изучение конкурентов, выделение их сильных и слабых сторон крайне важно для завоевания определенной доли рынка медицинских услуг. Сравнив свои услуги с услугами конкурентов, можно определить свои конкурентные преимущества, позиции на рынке.

Имея информацию о сильных и слабых сторонах конкурентов, следует, во-первых, определить отличительные особенности конкурентов, а во-вторых, обосновать свои собственные конкурентные преимущества. Конкурентные преимущества — это уникальные, особенные черты медицинских организаций, которые отличают их от других. Именно они помогают получить прибыль выше, чем другие, производящие и оказывающие одинаковые медицинские товары и услуги. Определяя конкурентные преимущества, важно ориентироваться на пациентов, на их потребности и быть уверенным, что эти преимущества воспринимаются ими как таковые. Главное требование при этом — то, что отличие должно быть реальным, выразительным, существенным. Можно выделить следующие конкурентные преимущества:

- высокая репутация организации здравоохранения;
- высокое качество медицинских товаров и оказываемых услуг;
- ориентация на пациента, его запросы и пожелания;
- достаточная материально-техническая база, высококвалифицированный персонал, современное оборудование, устойчивое финансовое обеспечение;

- уникальность предлагаемых медицинских товаров и услуг;
- приемлемые для пациентов цены, не превышающие или ниже цен на аналогичные медицинские товары и услуги других участников рынка.

Конкурентные преимущества следует рассматривать как основу стратегии поведения участников на рынке товаров и услуг здравоохранения. Вариантами подобной стратегии могут быть:

- стратегия низкой себестоимости;
- стратегия дифференциации услуг;
- стратегия новаторства.

Анализ конкуренции позволяет установить позиции организации здравоохранения на рынке медицинских товаров и услуг — произвести его позиционирование, т. е. определить те действия, которые обеспечат организации конкурентоспособность на рынке.

В условиях добровольного и обязательного медицинского страхования появляется борьба за потребителя медицинских услуг. Поэтому необходимо тщательно изучать мотивы поведения пациентов на рынке медицинских услуг.

В рамках маркетингового исследования руководитель организации здравоохранения должен определить, какие оказываемые услуги будут пользоваться наибольшим спросом, каков социальный, возрастной и профессиональный состав обращающихся за услугами, какова их реакция на предлагаемые цены. Цель подобного анализа будет заключаться в получении информации для принятия конкретного решения о том, какое количество или какой объем медицинских услуг следует оказывать.

Главный вопрос, на который здесь предстоит ответить, — почему пациенты стремятся получить данные услуги? Анализируя мотивы поведения пациентов, нужно не только изучить структуру заболеваемости среди отдельных групп населения, их привычки, вкусы, но и выяснить причины такого поведения.

В ходе анализа применяют различные методы социологических исследований с использованием специальных тестов, анкет, опросников, позволяющих фиксировать мнения пациентов в отношении тех или иных медицинских услуг.

Однако на сегодняшний день реально конкурентная среда формируется только в частном секторе здравоохранения. Существующая система распределения государственных и муниципальных заказов на реализацию территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи практически исключает конкуренцию между государственными и муниципальными организациями здравоохранения.

Мы описали возможное действие рыночных механизмов в здравоохранении с одной лишь целью — дать общее представление о рыночных отношениях, при этом отдавая себе отчет в том, что в чистом виде действие рыночных механизмов в системе здравоохранения неприемлемо. Нельзя абсолютизировать значение этого процесса, полностью подчинив управление и финансирование здравоохранения законам рыночной экономики. Здравоохранение как специфическая сфера, затрагивающая жизненно важные вопросы индивидуума и общества в целом, не может целиком и полностью аккумулировать в себе рыночные механизмы.

Для того чтобы погоня за прибылью и выгодными видами медицинских услуг не стала самоцелью, не сказалась пагубно на здоровье населения, должна быть разработана и внедрена модель здравоохранения, основанная на государственном управлении (регулировании) рыночных механизмов, единственной целью реализации которой должно стать повышение доступности и качества медицинской помощи населению, повышение эффективности деятельности самой системы здравоохранения.

2. Важнейшие функции и основные типы рынка

Рынок вообще, в том числе в здравоохранении, выполняет ряд важнейших функций:

- **информационная:** через меняющиеся цены, изменение спроса и предложения рынок дает объективную информацию об общественно необходимом количестве и качестве товаров и услуг;

- **ценообразующая:** на рынок поступают товары и услуги одного назначения, но различающиеся по затратам. Рынок признает лишь те затраты, которые соответствуют условиям предоставления основной массы товаров и услуг данного вида, именно их согласен оплачивать потребитель. Таким образом, сопоставляя и уравнивая спрос и предложение, рынок формирует рыночную цену;

- **стимулирующая:** через конкуренцию рынок регулирует снижение затрат на единицу произведенного экономического продукта, повышает его качество, поощряет научно-технический прогресс.

- **регулирующая:** реагируя на изменения спроса и предложения, рынок способствует адаптации структуры производства к структуре потребления населением товаров и услуг, формирует взаимовыгодные отношения между производителями и потребителями на основе развития производственно-торговых связей;

- **воспроизводственная:** обеспечивает непрерывность процесса производства различных форм экономического продукта. При этом производитель, сбывая на рынке свою продукцию, получая прибыль и приобретая необходимые ему дополнительные ресурсы, может производить продукцию уже не в прежних, а в увеличенных объемах.

Следует подчеркнуть, что эффективность реализации этих функций рынка имеет место только в условиях цивилизованных и законодательно подкрепленных рыночных отношений, где действуют механизмы государственного регулирования. В противном случае социально ориентированные принципы рыночной экономики заменяются на механизмы теневой или плановой экономики. Негативные последствия последних наше общество испытывает и сегодня.

По уровню конкуренции различают следующие виды рынков:

- высококонкурентный (свободный);
- монополистической конкуренции;
- олигополистический;
- монополистический (закрытый).

Высококонкурентный (свободный) рынок. Этот рынок характеризуется прежде всего неограниченным числом участников. Цены на этом рынке устанавливаются только согласно спросу и предложению, независимо от влияния каких-либо внешних факторов. Все продавцы и покупатели в равной мере владеют информацией о ситуации на рынке (спрос, предложение, цены и др.). На этом рынке отсутствует давление и принуждение со стороны одних участников по отношению к другим; каждый вправе свободно войти на рынок и покинуть его. Продавец и производитель могут укрепить свое положение на таком рынке лишь путем уменьшения затрат на производство продукции и повышения ее качества. К этому виду рынка наиболее приближены рынки лекарств, стоматологических услуг, некоторых изделий медицинского назначения (одноразовые шприцы, системы для переливания препаратов крови, предметы личной гигиены и др.).

Монополистической конкуренции рынок. На этом рынке большое число участников производят похожую, но не полностью взаимозаменяемую продукцию, сделки совершаются в широком диапазоне цен, а не по единичной, розничной цене. Поэтому чем выше степень взаимозаменяемости товаров и услуг, тем выше уровень конкуренции. Этот рынок занимает промежуточный сектор между свободной и монополистической разновидностями рынков. Примером такого рынка может служить рынок достаточно однотипного, взаимозаменяемого медицинского оборудования и аналогов лекарственных препаратов.

Олигополистический рынок. Для него характерно небольшое число продавцов, весьма чувствительных к политике ценообразования и маркетинговым технологиям, которые торгуют с большим количеством покупателей. Это наиболее типичный для современной рыночной

экономики вид рынка. На этом рынке могут быть представлены как однородные, так и дифференцированные товары и услуги. Он занимает среднее положение между монополистической конкуренцией и монополистическим рынком.

Монополистический (закрытый) рынок. Этот рынок характеризуется установившимися прочными коммерческими связями между продавцами и покупателями; проникновение новых лиц на него затруднено рядом формальных и неформальных обстоятельств. Характерно и то, что на этом рынке курс (цена, по которой продаются и покупаются товары) покупателя равен курсу продавца. Этот тип рынка — прямая противоположность свободному, высококонкурентному рынку. Как правило, на этом рынке присутствует один продавец, и он торгует товаром, не имеющим близкую себе замену. В здравоохранении подобный рынок может возникнуть в условиях, когда одно медицинское учреждение (например, республиканская или областная больница) способно оказывать уникальные виды медицинской помощи (кардиохирургия, трансплантология, реконструктивные операции и др.) или же единственная фирма является производителем оригинального лекарственного препарата. Для предотвращения появления и развития монополистического рынка в большинстве государств принимается антимонопольное законодательство.

Рынок в здравоохранении включает в себя целую систему взаимосвязанных рынков: рынок медицинских услуг, рынок лекарственных препаратов, рынок труда медицинского персонала, рынок научных разработок, рынок медицинских технологий, рынок медицинского оборудования и техники и др. Остановимся подробнее на характеристике рынка медицинских услуг.

3. Рынок медицинских услуг

Рынок медицинских услуг — это рынок, который удовлетворяет потребности людей в сохранении и улучшении здоровья. Он дает возможность получать и оказывать медицинские услуги, гарантирует их необходимый объем и соответствующий уровень качества.

Изучение социально-экономической природы услуг здравоохранения помогает лучше понять специфику и сущность отдельных видов медицинских услуг, уточнить их характерные особенности, разработать стратегию социально ориентированного рынка медицинских услуг.

По условиям и месту оказания медицинские услуги можно разделить на оказываемые на дому, в амбулаторно-поликлинических, больничных, санаторно-курортных и других учреждениях здравоохранения.

Виды медицинских услуг. Медицинская услуга может быть *простой* и *комплексной*.

Под **простой медицинской услугой** понимается неделимая услуга, например диагностическая манипуляция, осмотр врача и др.

Комплексная услуга может быть представлена как совокупность простых услуг, отражающих сложившийся в каждом конкретном учреждении технологический процесс оказания медицинской помощи при данной болезни. Под комплексной услугой понимается законченный случай по определенной нозологической форме: для стационаров — пролеченный больной, для амбулаторно-поликлинических учреждений — законченный случай лечения, для стоматологических поликлиник — санированный больной, для службы скорой помощи — выезд бригады и проведенное лечение.

Кроме того, различают *стандартные* и *индивидуальные* медицинские услуги.

Стандартные медицинские услуги в основном оказываются по унифицированной технологии для подавляющего большинства пациентов и имеют относительно устойчивое ценообразование.

Индивидуальные медицинские услуги обладают широким спектром манипуляций диагностических, лечебных процедур, большим набором лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Они имеют дифференцированные прецеденты цен, максимально учитывающие индивидуальность затрат при их выполнении.

Специфические особенности медицинских услуг:

- неосвязаемость;

- неотделимость от источника получения услуг;
- несохраняемость;
- вариабельность качества оказываемой медицинской услуги;
- неоднозначность оценки результата медицинской услуги;
- медицинская услуга — это продукт не только производителя (врача), но и потребителя (пациента).

Неосязаемость. Медицинскую услугу невозможно увидеть, услышать, потрогать, осязать до момента ее потребления. Ни одному пациенту никогда не удастся заранее узнать абсолютно все о потребительских свойствах оказываемых ему услуг. Любая информация об этом, даже исходящая от лечащего врача, всегда будет иметь вероятностный характер. Оценка потребительских свойств медицинских услуг проводится, как правило, на уровне субъективного восприятия их результативности (полезного эффекта и побочных действий), ощущений и эмоциональных переживаний пациентов.

Однако нельзя не учитывать, что значительная часть услуг здравоохранения может иметь, помимо своего нематериального проявления, еще и материально-вещественное воплощение. К их числу относятся, в частности, установка пломб, коронок, зубных протезов и др. Общее представление о соотношении различных видов медицинских услуг по степени их осязаемости дает схема, изображенная на рис. 1.

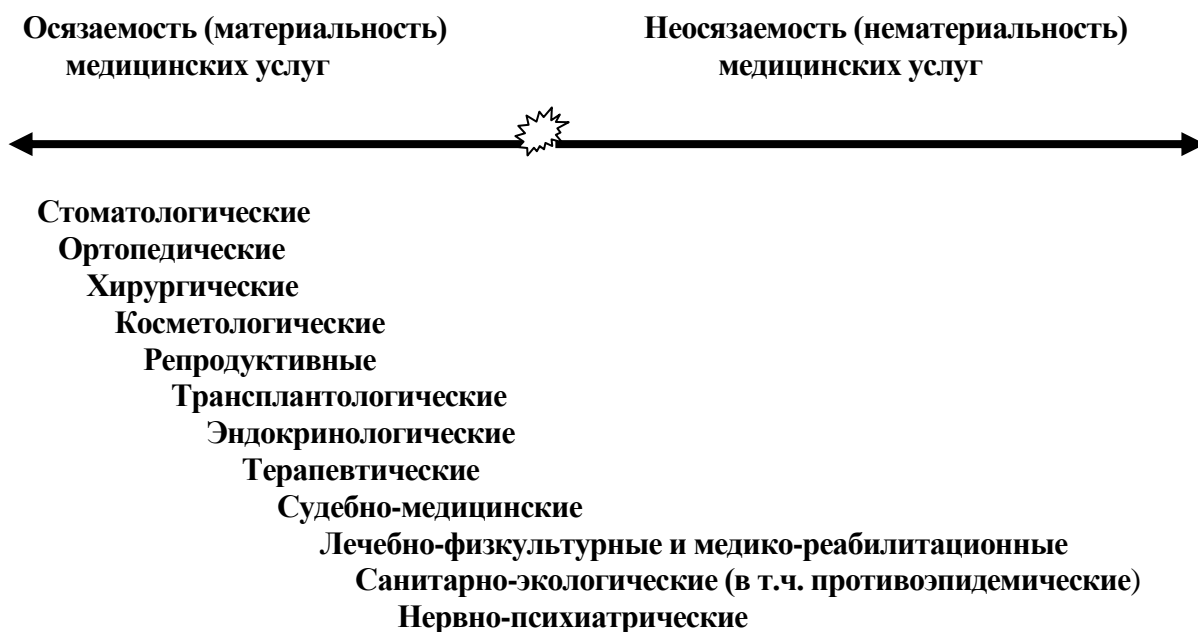


Рис.1. Соотношение медицинских услуг по степени их осязаемости

Степень осязаемости каждой конкретной услуги определяется количественным соотношением ее функционального и материально-вещественного содержания. В качестве показателя степени осязаемости медицинской услуги можно использовать, например, следующую величину:

$$O_{\text{му}} = \frac{C_{\text{мвк}}}{C_{\text{му}}} \times 100\%$$

Где: $O_{\text{му}}$ – коэффициент осязаемости медицинской услуги

$C_{\text{мвк}}$ – стоимость материально-вещественных компонентов услуги

$C_{\text{му}}$ – цена услуги, общая ее стоимость

Неотделимость от источника получения услуги. Процессы предоставления и потребления медицинских услуг не отделимы друг от друга ни в пространстве, ни во времени. Оказание медицинской услуги требует личных контактов производителя и потребителя, т. е. в подавляющем большинстве случаев оказание медицинской помощи требует непосредственного участия в этом процессе не только медицинских работников, но и пациентов — потребителей медицинских услуг. Не являются исключением из этого правила и услуги, связанные с созданием материально-вещественных объектов, например зубных протезов, кардиостимуляторов и др. На разных этапах оказания этих услуг (уточнение параметров, примерка, установка) неизбежно возникает потребность в непосредственном контакте между производителем услуг — медицинским работником и их потребителем — пациентом. Это обусловлено неосязаемостью и несохраняемостью медицинской услуги.

Несохраняемость. В отличие от товаров как медицинского, так и немедицинского предназначения, которые сначала производятся, затем какое-то время могут храниться на складе или стоять в магазине с целью продажи, медицинская услуга характеризуется тем, что процесс производства совпадает с процессом реализации. Медицинские услуги не подлежат хранению и накоплению с целью последующей реализации. Например, нельзя, воспользовавшись возросшим спросом на тот или иной вид медицинских услуг, мгновенно "выбросить" их со склада на рынок.

Вариабельность качества оказываемой медицинской услуги. Согласно формулировке, предложенной ВОЗ, *качество медицинских услуг* - это совокупность их характеристик и свойств, имеющих эмпирическую природу и способных удовлетворять установленным требованиям. Медицина - это творческий процесс, который не бывает однозначным или однообразным. Он отличается высокой индивидуальностью и нестандартностью врачебного подхода к пациенту, а в итоге, порой, непредсказуемостью результатов. Несмотря на строгую регламентацию медицинской деятельности, в здравоохранении не может быть единого, обезличенного подхода к лечению больных даже с одной и той же патологией. В диагностическом, тактическом и технологическом аспектах качество медицинских услуг может колебаться в широких пределах. Оно зависит, прежде всего от квалификации врача, оснащенности лечебно-профилактического учреждения, доступности медицинской помощи, времени и места оказания услуги, от того, кто является ее потребителем, и многих других факторов.

Обычно действия медицинских работников, повлекшие за собой неблагоприятные последствия, подразделяют на три группы: несчастные случаи, врачебные ошибки и наказуемые упущения, или профессиональные нарушения. Согласно экспертной оценке, 9,4% случаев некачественного лечения обусловлены запоздалым обращением за помощью и отказом от госпитализации, 5,5% - недостатками в организации медицинской помощи: несвоевременными консультациями специалистов, слабой преемственностью в работе врачей. Примерно равное по силе негативное воздействие оказывают на результаты лечения его дефекты: диагностические - 33%, тактические - 36%, технические - 31%. Недобросовестность персонала признана основной причиной 7,4% неблагоприятных исходов, зафиксированных в судебно-медицинских актах.

Основной фактор изменчивости качества и результативности медицинских услуг - особенности клинической картины каждого заболевания, которые нелегко быстро установить даже опытным врачам. Вероятность благоприятного исхода любого лечения зависит от степени излечимости заболевания, ослабленности организма больного, непереносимости им тех или иных препаратов, своевременности обращения за помощью.

Неоднозначность оценки результата медицинской услуги. Медицинскую услугу не всегда можно оценить только положительно: например, при ампутации ноги пациенту мы получим положительный медицинский и социальный эффект: больной остался жив и сможет выполнять какую-либо работу в специально созданных условиях. Но он стал инвалидом — это отрицательный эффект. В отличие от других сфер профессиональной деятельности, в медицине неблагоприятный и даже летальный исход отнюдь не всегда является противоестественным и противоправным. Это объясняется всеми перечисленными выше особенностями ме-

дицинской услуги. Нередко в случае неблагоприятного исхода лечения пациенты или их родственники пытаются искать виновных среди врачей, тогда как в действительности подобный исход объясняется специфическими особенностями организма больного и характером конкретного заболевания. Не имея возможности адекватно оценивать потребительские свойства услуг, пациенты волей неволей вынуждены всецело полагаться на профессиональную репутацию, уровень квалификации и опыт работы медицинского персонала.

Невозможность реституционного возврата – уже оказанной медицинской услуги к исходному состоянию в случаях оперативного или другого лечения. В отличие от простого товарного обмена отсутствует возможность вернуть оказанную медицинскую услугу, как возврат покупки.

Медицинская услуга — это *продукт не только производителя (врача), но и потребителя (пациента)*. Качество медицинской услуги формируется в результате согласованных действий врача и желания пациента получить пользу, с реально ощутимым восприятием от ее потребления. Результат лечения будет во многом зависеть от того, насколько точно больной выполняет рекомендации и назначения врача. Несвоевременное обращение за медицинской помощью, нездоровый образ жизни, неточно представленная больным информация о начале заболевания и его симптомах также могут стать причиной неблагоприятного исхода, что не зависит ни от уровня квалификации медицинского персонала, ни от характера его действий.

Рынок медицинских услуг имеет свои, присущие только ему особенности, к которым можно отнести следующие:

- на рынке медицинских услуг выступают три группы субъектов:
 - производитель, продавец медицинских товаров и услуг (медицинское учреждение, врач),
 - покупатель (пациент, работодатель, государство),
 - посредник — территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации;
- в отличие от других рынков производитель медицинской услуги и ее продавец выступают, как правило, в одном лице;
- выраженный сезонный характер спроса на медицинские услуги;
- особенности территориальной сегментности (дифференциации) рынка медицинских услуг и высокой изменчивости рыночной конъюнктуры в зависимости от уровня и структуры заболеваемости населения данного региона (эпидемии, экологические и техногенные катастрофы, эндемичность территории по тем или иным заболеваниям и др.);
- сложная структура спроса на медицинские услуги, связанная с необходимостью их персонализации и индивидуализации;
- способность продавца медицинских услуг одновременно влиять на спрос и на предложение (проводя необходимые или дополнительные исследования, врач устанавливает диагноз, определяя, таким образом, спрос пациента на конкретные медицинские услуги и одновременно оказывая эти услуги, удовлетворяет спрос, т. е. формирует предложение);
- ажиотажный спрос на медицинские услуги со стороны пациентов (стремление пациента в силу каких-то психологических причин настоять на дополнительном обследовании, получении дорогостоящих лекарств и др.);
- здравоохранение — это сфера, где существует высокая степень доверия к продавцу (врачу);
- особые требования, предъявляемые к качеству и безопасности медицинских услуг;
- высокая приоритетность и социальная значимость медицинской услуги;
- отсутствие четкой связи между затратами труда медицинских работников и конечным результатом;
- приоритет социальной и медицинской эффективности и второстепенная значимость экономической эффективности.

Теневой рынок товаров и услуг в здравоохранении. Наряду с цивилизованными, законодательно регламентируемыми рынками в рыночной экономике реально существует сектор так называемой теневой экономики. Для него характерны экономические процессы, которые не афишируются и скрываются их участниками, не контролируются государством и обществом, не регистрируются официальной статистикой. Это невидимые со стороны процессы производства, распределения, обмена, потребления товаров и услуг, в которых заинтересованы отдельные люди или группы людей. Все это, безусловно, наносит экономический урон обществу вследствие недопоступления экономических ресурсов в общественные фонды потребления.

Не является, к сожалению, исключением в этом плане и рынок товаров и услуг в здравоохранении. По различным оценкам, "теневая" оплата медицинских услуг и лекарственных средств составляет 15—20 % совокупных расходов государства и населения на здравоохранение, или же 45—50 % от общих платежей граждан в получении медицинской помощи.

Перечислим основные причины формирования теневого рынка товаров и услуг в здравоохранении:

- сохраняющийся выраженный дисбаланс между государственными обязательствами по оказанию населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и реальным объемом выделяемых на эти цели экономических ресурсов;
- несовершенство правовых механизмов защиты прав пациентов в судебных органах;
- несоизмеримо низкая по сравнению с физическими и психологическими затратами оплата труда работников здравоохранения. Несовершенство форм и механизмов оплаты труда;
- отсутствие конкуренции среди государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- низкое представительство на рынке медицинских услуг различных форм добровольного медицинского страхования.

Устранение этих и других причин позволит сократить сектор теневой экономики в здравоохранении, тем самым защитит права пациентов на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи, поднимет престиж медицинских работников в глазах населения и в обществе.

Медицинские услуги имеют те же рыночные, экономические характеристики: *себестоимость, цену, рентабельность*. Поэтому очень важно знание механизмов регулирования спроса и предложения на рынке медицинских услуг. Это зависит прежде всего от уровня платежеспособности пациентов, стоимости медицинских услуг, их качества и эффективности.

4. Оценка экономической эффективности коммерческих медицинских организаций

В системе показателей, используемых для оценки экономической эффективности коммерческих медицинских организаций, центральное место занимает показатель рентабельности, рассчитанный как процентное отношение балансовой или чистой (за вычетом налогов и обязательных платежей в бюджеты всех уровней) прибыли (П) к себестоимости (С) медицинских услуг.

На размер получаемой организацией балансовой прибыли (П) влияют две величины — выручка от реализации услуг (В) и их себестоимость, при этом

$$П = В - С.$$

Сумму выручки определяют цена (Ц) и количество (К) оказанных организацией услуг. В предположении одинаковой цены услуг

$$В = Ц \times К$$

Себестоимость медицинских услуг складывается из двух видов затрат — условно-постоянных ($Z_{\text{пост}}$) и условно-переменных ($Z_{\text{перем}}$), именуемых также просто постоянными и переменными:

$$C = Z_{\text{пост}} + Z_{\text{перем}}$$

Необходимость деления всех затрат на условно-постоянные и условно-переменные объясняется в данном случае тем, что значительная часть расходов, связанных с производством медицинских услуг, зависит в основном не от объема оказываемых услуг, а от условий организации процесса их предоставления.

Введя в рассмотрение еще один важный показатель, характеризующий удельные переменные затраты на единицу оказываемых услуг ($UZ_{\text{перем}}$), получим окончательную расчетную формулу, используемую для определения балансовой прибыли:

$$\Pi = K \times \Pi - (Z_{\text{пост}} + UZ_{\text{перем}} \times K)$$

Делением расходов на постоянные и переменные создаются условия для использования в экономическом анализе нового для медицинских организаций показателя — маржинального дохода, представляющего собой сумму прибыли и условно-постоянных расходов. А это делает возможным установление функциональной зависимости между прибылью, количеством оказанных услуг и их себестоимостью, на основе которой в процессе компьютерного моделирования проводится изучение особенностей влияния величины себестоимости и количества оказанных услуг на размер получаемой прибыли.

К условно-постоянным расходам в медицинской практике относятся:

- амортизация зданий, сооружений, оборудования и транспортных средств;
- амортизация нематериальных активов (приобретенных патентов, ноу-хау, программных продуктов и т.д.);
- затраты на капитальный ремонт;
- оплата труда вспомогательного персонала (основная и дополнительная заработная плата с начислениями);
- затраты на мягкий инвентарь и обмундирование;
- оплата коммунальных услуг и связи;
- расходы на канцелярские принадлежности, материалы и предметы для текущих хозяйственных целей;
- расходы на командировки и служебные разъезды;
- расходы на проведение научно-исследовательских работ (НИР);
- расходы на маркетинг (включая рекламу), представительские расходы;
- расходы на обучение и переобучение персонала.

Хотя значительную часть условно-постоянных расходов составляют затраты, без которых вести медицинскую деятельность практически невозможно (амортизация зданий, сооружений и оборудования, оплата труда вспомогательного персонала, коммунальных услуг и т.п.), есть среди них и такие, которые администрация медицинской организации может либо сократить, либо вовсе исключить. В первую очередь, в критических ситуациях прекращается финансирование НИР, уменьшаются представительские и командировочные расходы и т.д.

В число условно-переменных расходов входят:

- оплата труда основного медицинского персонала (основная и дополнительная заработная плата с начислениями);
- приобретение предметов снабжения и расходных материалов, используемых в процессе оказания медицинской услуги;
- стоимость электроэнергии, используемой на технологические цели, оказание услуг.

Важным методическим приемом при исследовании экономической эффективности медико-производственной деятельности является расчет точки критического объема производства услуг, работ, товаров с помощью графика безубыточности (рис. 2).

По горизонтали на графике безубыточности показывают объем реализации медико-фармацевтических услуг, работ, товаров, выраженный либо в условных единицах трудоемкости (УЕТ), характеризующих количество труда, затрачиваемого врачом в соответствии со стандартом на лечение одного больного (выполнение одной работы), либо в количестве пролеченных больных (количестве выполненных работ, проданных товаров), а по вертикали — выручку от реализации и ее составляющие — себестоимость и прибыль.

Из графика безубыточности видно, при каком минимальном объеме реализации услуг, работ, товаров медико-фармацевтическая деятельность становится прибыльной. Точка пересечения линий, соответствующих себестоимости услуг, работ, товаров и выручке от их реализации, называется точкой критического объема реализации — точкой безубыточности.

График, представленный на рис. 2, построен по данным лечебного хозрасчетного подразделения Центрального научно-исследовательского института стоматологии (Акопян А.С., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В., 2000). Точка безубыточности этой стоматологической структуры находится на уровне 16,4 тыс. реализованных услуг, что составляет около 50% ее максимальных технологических возможностей.

Работая в условиях неполной загрузки, коммерческие медицинские организации несут серьезные экономические потери, проявляющиеся в перерасходе средств в части их условно-постоянных затрат. Для оценки величины убытков такого рода ($У_{нз}$) можно воспользоваться формулой:

$$У_{нз} = УЗ_{пост} \times (N_{max} - N_{ф}),$$

где $УЗ_{пост} = \frac{З_{пост}}{N_{max}}$

удельные условно-постоянные затраты на лечение одного больного (оказание одной услуги, выполнение одной работы);

N_{max} — максимально возможное по технологическим условиям число обслуживаемых пациентов (количество оказываемых услуг, выполняемых работ);

$N_{ф}$ — фактическая численность пролеченных больных (количество оказанных услуг, выполненных работ) в анализируемом периоде.

Выручка от реализации

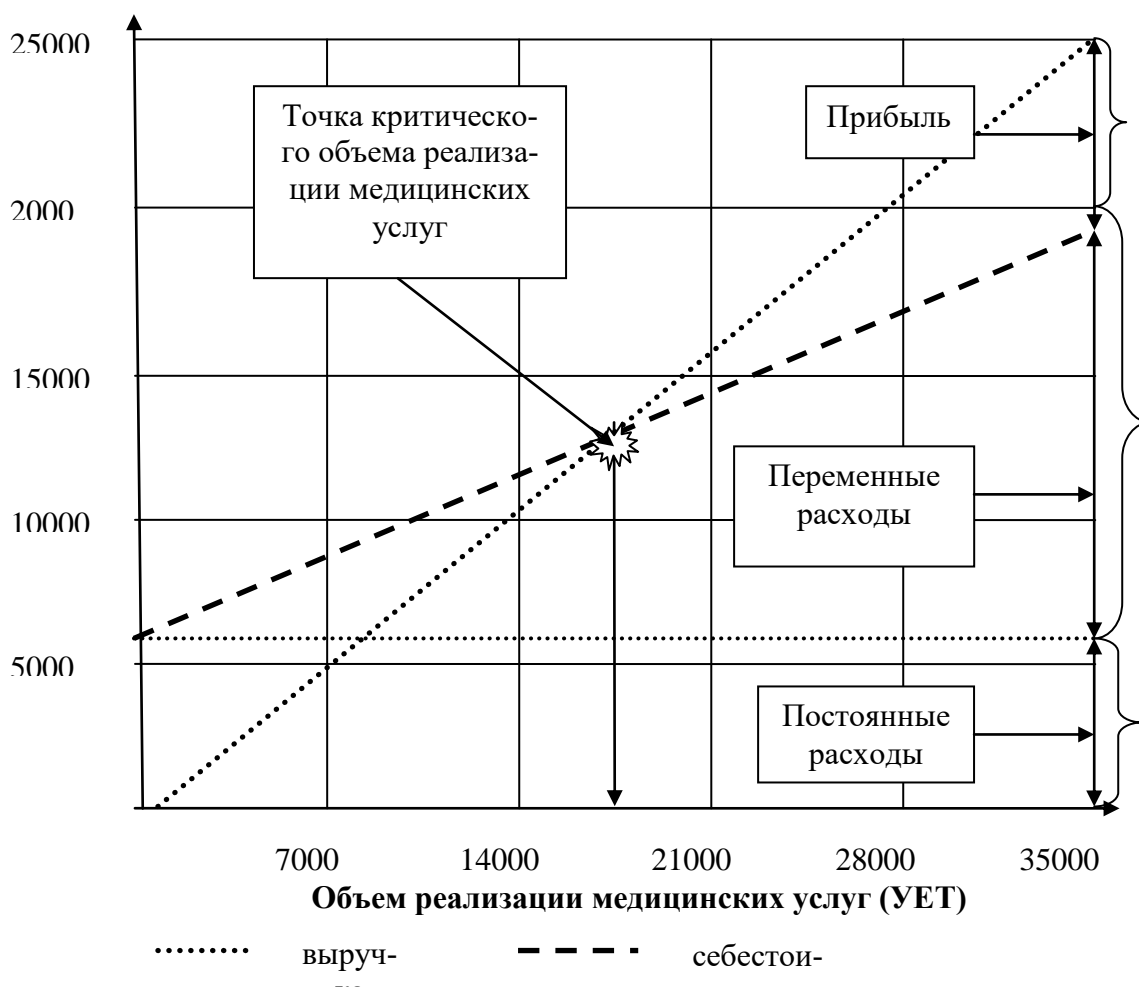


Рис.2. График безубыточности

Учебно-исследовательская работа студентов

Ситуационная задача:

В стоматологической клинике работает 7 врачей на 4 стоматологических креслах. В клинике практикуется 6-ти часовая рабочая смена. В качестве норматива нагрузки используется 18 УЕТ (условных единиц трудоемкости) в смену

Стоимость стоматологического оборудования – 1568000 рублей.

Амортизация зданий и транспортных средств – 36000 рублей.

Остальные условно-постоянные расходы были следующие: расходы на амортизацию нематериальных активов; затраты на капитальный ремонт; оплату труда бухгалтера и администратора клиники; затраты на мягкий инвентарь и обмундирование; оплата коммунальных услуг и связи; расходы на канцелярские принадлежности, материалы и предметы для текущих хозяйственных целей; расходы на маркетинг и расходы на переобучение персонала составили в сумме – 472967 рублей.

Условно-переменные расходы, включающие оплату труда основного медицинского персонала (основная и дополнительная заработная плата с начислениями); приобретение предметов снабжения и расходных материалов, используемых в процессе оказания медицинской услуги; стоимость электроэнергии, используемой на технологические цели, составили – 2663070 рублей.

Прибыль, которую должна получить клиника при реализации медицинских услуг составляет – 25% от суммы условно-постоянных и условно-переменных расходов.

Постройте график безубыточности и найдите точку критического объема реализации стоматологических услуг для данной стоматологической клиники и определите на каком проценте максимальных технологических возможностей при этом она должна работать.

Пример решения ситуационной задачи:

1. Определяем суммарное плановое годовое число УЕТ ($\Sigma_{\text{ует}}$)

$$\Sigma_{\text{ует}} = \begin{matrix} \text{число УЕТ} & \text{число врачебных} & \text{число рабочих} \\ \text{в смену} & \text{должностей} & \text{дней в году} \end{matrix} \\ \Sigma_{\text{ует}} = 18 \cdot 7 \cdot 285 = 35910 \text{ УЕТ}$$

2. Рассчитываем условно-постоянные расходы клиники:

2.1. Амортизация оборудования: $1568000 \text{ рублей} / 100\% \cdot 10\% = 15600 \text{ рублей}$
(амортизация оборудования определена из расчета ее использования в течение 10 лет, следовательно, процент амортизации составляет – 10% от ее стоимости в год).

2.2. Суммируем все остальные условно-постоянные расходы в клинике –
 $156800 \text{ рублей} + 36000 \text{ рублей} + 472967 \text{ рублей} = 665767 \text{ рублей.}$

3. Определяем сумму условно-постоянных и условно-переменных расходов путем сложения составляющих условно-постоянных (665767 рублей) и условно-переменных (2663070 рублей) расходов клиники, что составляет 3328837 рублей.

4. Определяем запланированную прибыль, которую должна получить клиника при реализации медицинских услуг ($3328837 \text{ рублей} / 100\% \cdot 25\% = 832\,209 \text{ рублей}$)

5. Определяем сумму прибыли, условно-постоянных и условно-переменных расходов ($832209 \text{ рублей} + 665767 \text{ рублей} + 2663070 \text{ рублей} = 4161046 \text{ рублей}$)

6. Переходим к построению графика безубыточности.

6.1. В соответствии с выбранным масштабом (1 деление – 7000 посещений) откладываем полученное число посещений на оси X (объем реализации медицинских услуг) – 34542 посещения.

6.2. В соответствии с выбранным масштабом (1 деление – 500000 рублей) на оси Y (выручка от реализации услуг) последовательно откладываем величину условно-постоянных расходов (665767 рублей), сумму условно-постоянных и условно-переменных расходов (3328837 рублей) и сумму условно-постоянных, условно-переменных расходов и прибыли (4161046 рублей).

6.3. Строим линейную функцию «выручки», начиная с нулевого значения объема выручки от реализации услуг до суммы прибыли условно-постоянных и условно-переменных расходов (4161046) на вертикальной линии, обозначающей объем реализации стоматологических услуг.

6.4. Строим линейную функцию «себестоимости» от точки условно-постоянных расходов на оси Y до величины условно-переменных расходов (3328837) на вертикальной линии, обозначающей объем реализации стоматологических услуг.

6.5. На пересечении указанных линий («выручки» и «себестоимости») определяется точка критического объема реализации стоматологических услуг.

6.6. Строим перпендикуляр из точки критического объема реализации на ось X. Определяем значение перпендикуляра в оси X (15600 посещений).

Вывод: следовательно, минимальным объемом реализации услуг является 15600 посещений в год, что составляет 45,2% от суммарного планового годового числа посещений

к врачам-стоматологам. По мере увеличения объема реализации услуг будет увеличиваться и прибыль стоматологической клиники.

Структура темы: "Формирование рыночных отношений в здравоохранении"

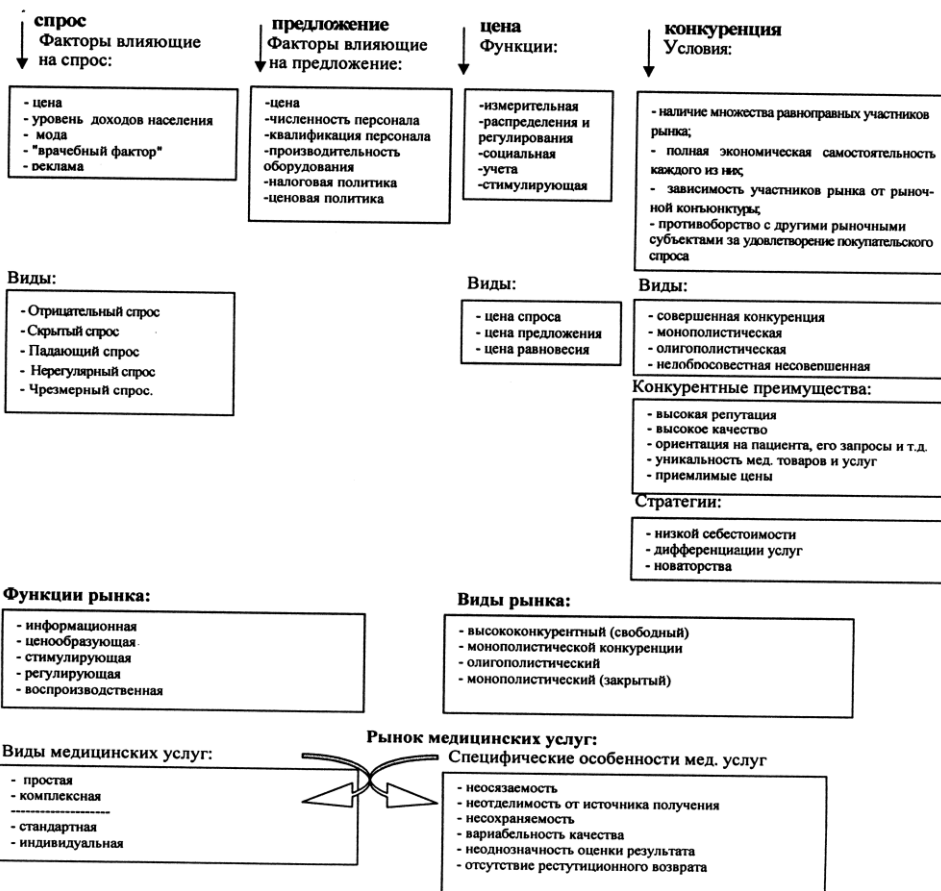
Принципы

взаимовыгодность возмездность эквивалентность

Условия становления рыночных отношений в здравоохранении

- многообразие форм собственности → развития конкурентной сферы
- неограниченное число участников + равный, свободный доступ на рынок и выход из него
- механизмы рыночного ценообразования ↔ спроса и предложения;
- равный доступ к имеющимся ресурсам здравоохранения
- наличие рыночной информации
- возможность регулирования рыночных процессов со стороны государства

основные понятия рынка



Задания в тестовой форме:

1. Степень осязаемости каждой конкретной медицинской услуги определяется:
 - а) соотношением числа контактов производителя и потребителя
 - б) соотношением ее функционального и материально-вещественного содержания
 - в) квалификацией врача
2. Рынок медицинских услуг формируется и функционирует на следующих основных принципах:
 - а) взаимовыгодность б) возмездность
 - в) наглядность г) эквивалентность
3. На размер получаемой организацией прибыли напрямую влияют две величины:
 - а) выручка от реализации услуг и себестоимость
 - б) цена спроса и цена предложения
 - в) уровень доходов населения и покупательная способность

4. Себестоимость медицинских услуг складывается из двух видов затрат:
 - а) условно-постоянных и условно-переменных
 - б) постоянных и регулирующих
 - в) общих и дифференцированных
 - г) простых и комплексных
5. Индивидуальная медицинская услуга:
 - а) обладает широким спектром манипуляций диагностических и лечебных процедур
 - б) большим набором лекарственных средств и изделий медицинского назначения
 - в) имеет дифференцированные прейскурранты цен
6. В диагностическом, тактическом и технологическом аспектах качество медицинских услуг зависит от:
 - а) квалификации врача
 - б) оснащенности лечебно-профилактического учреждения
 - в) доступности медицинской помощи
 - г) времени и места оказания услуги
7. Самой наименьшей осязаемостью обладают услуги:
 - а) стоматологические
 - б) нервно-психиатрические
 - в) лечебно-физкультурные
 - г) ортопедические
 - д) судебно-медицинские
8. К числу условно-постоянных расходов ЛПУ относятся:
 - а) оплата труда основного медицинского персонала
 - б) амортизация зданий, сооружений, оборудования
 - в) затраты на капитальный ремонт
 - г) затраты на мягкий инвентарь и обмундирование
 - д) оплата коммунальных услуг и связи
9. Комплексной медицинской услугой является:
 - а) пролеченный больной или законченный случай лечения
 - б) санированный больной
 - в) диагностическая манипуляция
 - г) выезд бригады и проведенное лечение
10. Рынок в здравоохранении включает в себя систему взаимосвязанных рынков:
 - а) рынок медицинских услуг
 - б) рынок лекарственных препаратов
 - в) рынок труда медицинского персонала
 - г) рынок научных разработок и технологий
 - д) рынок медицинской техники и оборудования
11. Конкурентными преимуществами медицинского учреждения могут быть:
 - а) высокое качество медицинских услуг и товаров
 - б) уникальность предлагаемых медицинских услуг и товаров
 - в) достаточная материалоно-техническая база
 - г) устойчивое финансовое обеспечение
12. Самой наибольшей осязаемостью обладают услуги:
 - а) стоматологические
 - б) нервно-психиатрические
 - в) ортопедические
 - г) косметологические
 - д) санитарно-экологические
13. К числу условно-переменных расходов ЛПУ относятся:
 - а) оплата труда основного медицинского персонала

- б) стоимость электроэнергии, используемой на технологические цели
 - в) амортизация зданий, сооружений, оборудования
 - г) приобретение расходных материалов, используемых для медицинской технологии
14. Простой медицинской услугой является:
- а) пролеченный больной или законченный случай лечения
 - б) осмотр врача
 - в) диагностическая манипуляция
 - г) выезд бригады и проведенное лечение
15. Конкурентными преимуществами медицинского учреждения могут быть:
- а) высокая репутация организации здравоохранения
 - б) ориентация на пациента, его запросы и пожелания
 - в) цены, не превышающие или ниже цен на аналогичные медицинские товары и услуги других участников рынка
 - г) высококвалифицированный персонал
16. Стандартная медицинская услуга:
- а) оказывается по унифицированной технологии
 - б) имеет относительно устойчивое ценообразование
 - в) обладает большим набором лекарственных средств
17. Сумму выручки определяет:
- а) цена
 - б) цена и количество
 - в) себестоимость
18. Работая в условиях неполной загрузки медицинские организации несут экономические потери, проявляющиеся в:
- а) перерасходе средств в части условно-постоянных расходов
 - б) перерасходе средств в части условно-переменных расходов
19. Маржинальный доход равен:
- а) прибыли
 - б) сумме прибыли и условно-постоянных расходов
 - в) сумме прибыли и условно-переменных расходов
 - г) выручке
20. Вероятность благоприятного исхода любого лечения зависит от:
- а) степени излечимости заболевания
 - б) ослабленности организма больного
 - в) непереносимости им тех или иных препаратов
 - г) своевременностью обращения за помощью

ФИНАНСОВАЯ СРЕДА И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ УПРАВЛЕНИЯ РЕСУРСАМИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Цель занятия:

В результате изучения темы студент должен знать:

– финансовое обеспечение деятельности и способы финансирования экономической деятельности ЛПУ;

– экономический механизм управления ресурсами ЛПУ и их характеристику.

На основании этих знаний студент должен уметь определять:

– финансовые показатели деятельности ЛПУ;

– эффективность использования коечного фонда ЛПУ

– экономический ущерб вследствие неэффективного (нерационального и нецелевого) использования коечного фонда.

Литература:

Основная литература:

Основная:

1. Решетников, А. В. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / А. В. Решетников. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - С. 7 – 17, 31 – 39

Электронный ресурс:

1. Решетников, А. В. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / А. В. Решетников. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431368.html>

б) Дополнительная литература:

1. Экономика здравоохранения[Текст]: учебник / ред. М. Г. Колосницына, И.М. Шейман, С. В. Шишкин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 461 с.

Контрольные вопросы:

1. Финансовое обеспечение деятельности ЛПУ
2. Финансовые ресурсы и их классификация
3. Кредиты и их виды
4. Лизинг
5. Факторинг
6. Финансовые показатели деятельности ЛПУ
7. Экономический механизм управления ресурсами ЛПУ
8. Характеристика материальных ресурсов ЛПУ
9. Эффективность использования коечного фонда
10. Экономический ущерб вследствие нерационального и нецелевого использования коечного фонда

Финансовые ресурсы – это совокупность денежных средств, как собственных, так и привлеченных, находящихся в хозяйственном обороте и используемых в процессе деятельности ЛПУ.

В практической деятельности ЛПУ финансовые ресурсы (средства) выступают в двух основных видах:

- долгосрочные финансовые средства в форме основных фондов (капитала);
- краткосрочные финансовые средства для текущей деятельности.

По источникам формирования (привлечения) различают следующие финансовые ресурсы:

- внутренние;
- внешние.

По степени принадлежности финансовые ресурсы подразделяются на:

- собственные;
- заемные (привлеченные).

Собственные средства – это совокупные денежные ресурсы, находящиеся в хозяйственном обороте и принадлежащие ЛПУ. Их движение обеспечивается за счет внутренних источников развития. К ним относятся нераспределенная прибыль и амортизационные отчисления. Они стабильны, но ограничены сроком эксплуатации медицинского оборудования и техники, скоростью оборота денежных средств, величиной текущих расходов и темпами оказываемых медицинских услуг.

Заемные средства (привлеченные) – это денежные ресурсы, не принадлежащие ЛПУ, но временно находящиеся в его распоряжении наряду с собственными. К ним относятся кредиты, получаемые в банках, выпуск акций, собственных долговых обязательств и пр.

Соотношение собственных и привлеченных денежных средств не постоянно и может меняться в зависимости от различных факторов:

- состояние экономики в стране;
- состояние рыночной конъюнктуры;
- требования государственных регулирующих органов.

2. Способы финансирования экономической деятельности ЛПУ

Конкретное решение о необходимости и размере привлекаемых финансовых средств принимается руководителем ЛПУ, при этом следует учитывать следующие моменты:

- цель и период времени, на который требуются средства;
- сумма необходимых денежных средств;
- размер затрат при возвращении долгов.

К внешним источникам привлечения финансовых средств относятся **кредиты**.

Кредит – это ссудная сделка, заключающаяся в предоставлении кредитором (банком) заемщику (ЛПУ) на условиях возвратности в течение обусловленного срока наличных денежных средств.

Кредиты делятся на:

- краткосрочные;
- среднесрочные;
- долгосрочные.

Краткосрочные кредиты (ссуды, займы) выдаются банками на срок менее года, на 30, 60, 90 дней.

Среднесрочные ссуды берутся ЛПУ обычно на срок от 1 года до 7-8 лет.

Долгосрочные займы предоставляются на срок более 10 и даже 20 лет. Долгосрочные ссуды всегда являются обеспеченными, а типичным видом залога является недвижимость. Ссуды, выдаваемые банками под залог коммерческой недвижимости, называются **ипотечными кредитами**.

Иногда часть ссуд выдается в форме открытия лимита, т.е. «кредитной линии» – лимит по овердрафту. **Овердрафт** – предоставление кредита банком клиенту сверх остатка по его текущему счету.

В настоящее время существуют более выгодные, чем кредиты, способы привлечения недостающих финансовых средств для деятельности ЛПУ. Это – лизинг и факторинг.

Лизинг – это способ финансирования инвестиций*, основанный на долгосрочной аренде имущества при сохранении права собственности за арендодателем.

Лизинговые операции оказывают финансовую помощь нуждающимся в ней учреждениям, а также они обеспечивают определенные экономические выгоды. Преимущества данного вида финансирования заключается в следующем:

- во-первых, возможность приобрести дорогостоящее, сложное и редкое медицинское оборудование и аппаратуру;
- во-вторых, возможность использовать данную форму как средство борьбы с моральным износом оборудования;
- в-третьих, возможность использовать данную форму финансирования при имеющейся потребности в средствах, не связанных с основной деятельностью (например, в транспортных средствах для перевозки больных);
- в-четвертых, возможность избежать гарантийного и авансового залогов, так как данная форма финансирования их не предполагает.

Факторинг – это перепродажа права на взыскание долгов или коммерческая операция по доверенности.

Преимущество такой формы финансовых услуг заключается в увеличении ликвидности (потенциальной способности своевременно или оперативно выполнять долговые и другие денежные обязательства), а достаточно высокий уровень ликвидности является предпосылкой для быстрого экономического роста. Иными словами, факторинг представляет собой превращение долговых обязательств в наличность.

Рассматривая возможные способы финансирования предпринимательской деятельности, необходимо отметить, что финансовое обеспечение деятельности ЛПУ предполагает и включает анализ финансовых показателей, который позволяет всесторонне оценить финансовые возможности ЛПУ.

3. Финансовые показатели деятельности ЛПУ

Важнейшими финансовыми показателями, отражающими деятельность ЛПУ, являются следующие коэффициенты: автономии, ликвидности, маневренности и покрытия. Эти коэффициенты, взаимно дополняя друг друга, позволяют всесторонне оценить финансовое положение ЛПУ.

Коэффициент автономии (Ка) характеризует удельный вес собственных денежных средств в итоговой сумме всех средств, авансированных данному ЛПУ:

$$K_a = \frac{K_c}{B}, \text{ где}$$

Ка – коэффициент автономии;

Кс – сумма собственных денежных средств ЛПУ, руб.;

В – сумма авансированных средств, т.е. сумма баланса, руб.

Коэффициент автономии показывает, каков удельный вес собственных денежных средств в итоговой сумме всех средств, авансированных данному ЛПУ. То есть определяет, насколько данное ЛПУ независимо от заемных средств. Чем большими средствами располагает ЛПУ, тем больше имеет возможность свободно реагировать на меняющуюся конъюнктуру рынка медицинских услуг. Данный коэффициент должен превышать 0,5.

Коэффициент ликвидности (Кл) определяется сопоставлением наиболее ликвидной части оборотных средств, т.е. наличных денег и вложений в ценные бумаги, с кратковременной задолженностью ЛПУ:

$$K_l = \frac{D_c + U_b}{Q_{k3}}, \text{ где}$$

Кл – коэффициент ликвидности;

Дс – сумма наличных денег ЛПУ, руб.;

Уб – сумма вложений в ценные бумаги, руб.;

Qкз – величина краткосрочных займов (кредитов), руб.

Коэффициент ликвидности показывает, какую часть краткосрочной задолжности ЛПУ может погасить в ближайшее время (на день составления баланса). Желательно, чтобы выполнялось неравенство $Kл \geq$ от 0,2 до 0,7.

Коэффициент маневренности (Км) показывает, какой частью собственных имеющихся средств можно относительно спокойно маневрировать и позволяет определить правильность вложения средств в активы:

$$K_m = \frac{K_{об}}{K_c}, \text{ где}$$

Км – коэффициент маневренности;

Кс – сумма собственных денежных средств ЛПУ, руб.;

Коб – сумма собственных средств ЛПУ, вложенных в оборотные средства, руб.

Коэффициент должен быть достаточно высоким (больше 0,5). В этом случае можно предположить, что руководство ЛПУ проявляет достаточную гибкость в использовании собственных средств.

Коэффициент покрытия (Кп) характеризует отношение оборотных (мобильных) средств ЛПУ к его краткосрочной задолжности:

$$K_p = \frac{K_{об}}{Q_{кз}}, \text{ где}$$

Кп – коэффициент покрытия;

Коб – сумма собственных средств ЛПУ, вложенных в оборотные средства, руб.

Qкз – величина краткосрочных займов (кредитов), руб.

Коэффициент покрытия показывает платежную возможность ЛПУ, оцениваемую при условии не только своевременных расчетов с дебиторами и благоприятной ситуации в реализации медицинских услуг, но и продажи в случае необходимости прочих элементов материальных оборотных средств.

Финансовый анализ ЛПУ является основой для достижения главной цели предпринимательской деятельности – получение прибыли.

4. Экономический механизм управления ресурсами ЛПУ

Управление в здравоохранении включает следующие основные аспекты:

- нормирование труда медицинских работников;
- хронометраж и материальное стимулирование их работы;
- учет социально-психологических мотивов поведения;
- информационные процессы, позволяющие диагностировать, моделировать систему управления и прогнозировать ее развитие на базе анализа поступающей информации;
- непрерывное улучшение качества оказания медицинской помощи.

Ресурсами управления являются:

- правильно сформулированная цель организации;
- трудовые ресурсы;
- время;
- материальные ресурсы;
- власть;

- технические средства;
- информационные ресурсы.

Управление осуществляется прежде всего через управление людьми.

Таким образом, **экономический механизм управления ЛПУ** – это взаимодействие между всеми участниками лечебно-хозяйственного процесса на основе интеграции структур управления, эффективного использования собственности, поддержания соответствия объема реализации медицинских услуг объему финансовых ресурсов, правового, методического, информационного, технического обеспечения систем управления, непрерывного образования персонала.

Механизм управления ресурсами ЛПУ включает в себя применение финансовых, кредитно-денежных, административных рычагов, прогнозирование и программирование деятельности, использование результатов анализа эффективности и поиск внутренних резервов экономии.

Управление ресурсами ЛПУ должно быть адаптированным к постоянно меняющимся организационно-экономическим условиям.

Введение экономических рычагов управления ресурсами связано с реформированием здравоохранения в целом. Главными задачами в этой области являются:

- демонополизация государственного здравоохранения;
- развитие новых организационно-правовых форм хозяйствования;
- децентрализация системы управления;
- создание механизма правового регулирования государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;
- непрерывное улучшение качества профессиональной подготовки кадров.

Здравоохранение как отрасль социальной сферы всегда регулировалась со стороны государства, однако в современных условиях, когда ЛПУ придается статус самостоятельного хозяйствующего субъекта, государство не всегда может активно вмешиваться в их деятельность. В связи с этим главный врач как руководитель лечебно-хозяйственного процесса должен владеть вопросами взаимоотношений с кредитно-финансовыми организациями, оплаты медицинской помощи и формирования цен на медицинские услуги, анализа лечебно-хозяйственной деятельности.

Общественная эффективность деятельности ЛПУ оценивается не по величине полученной прибыли (от платной деятельности, добровольного медицинского страхования), и прежде всего, по степени социальной защищенности пациента, доступности медицинской помощи. Для того чтобы наиболее полно удовлетворить потребности населения в медицинской помощи, необходимо наиболее эффективно использовать ограниченные ресурсы. **Экономическая эффективность** означает экономию всех видов ресурсов при производстве медицинской услуги. Иначе говоря, чем больше результат и выше качество при минимальных затратах, тем выше эффективность. Оказание медицинских услуг населению ведется в границах производственных возможностей, определяемых ресурсами ЛПУ.

5. Характеристика материальных ресурсов ЛПУ

Материальные ресурсы ЛПУ подразделяются на основные и оборотные средства.

К **основным** средствам относятся:

- здания и сооружения;
- коечный фонд;
- производственная инфраструктура;
- лабораторное оборудование;
- транспорт.

Основные средства переносят свою стоимость в стоимость производимых медицинских услуг по частям. Эта часть характеризуется как физический износ оборудования (здания),

который равен проценту амортизационных отчислений за год. Количество медицинского и лабораторного оборудования, коечный фонд зависят от профиля и мощности ЛПУ.

Оборотные средства ЛПУ включают в себя:

- предметы одноразового пользования;
- лекарственные средства;
- мягкий инвентарь;
- денежные ресурсы, кассовые остатки, средства в расчетах и др.

Оборотные средства переносят свою стоимость в стоимость производимых медицинских услуг целиком за год.

Рациональное использование материальных ресурсов ЛПУ выделяет несколько основных проблем управления:

- эффективность использования материальных ресурсов;
- переоценка основных средств и остаточная стоимость основных средств;
- лекарственное обеспечение ЛПУ;
- информационное обеспечение ЛПУ и компьютеризация лечебно-производственного процесса;
- организация поиска поставщиков материально-технических средств.

Чтобы оценить степень эффективности использования основных и оборотных средств ЛПУ, необходимо пользоваться рядом расчетных показателей и прежде всего, целесообразно определять эффективность использования коечного фонда.

6. Эффективность использования коечного фонда ЛПУ

Под экономической эффективностью использования коечного фонда ЛПУ понимается степень его рационального и целевого использования.

Коэффициент рационального использования коечного фонда (Kr) равен отношению показателя фактического оборота койки Of к показателю нормативного оборота койки On . Чтобы сделать расчет этого показателя, необходимо ввести еще несколько коэффициентов:

Uf – фактическая занятость койки;

Af – фактическая средняя длительность госпитализации;

Un – норматив занятости койки (показатель занятости койки в год);

An – норматив длительности госпитализации (средняя длительность госпитализации).

Тогда коэффициент рационального использования коечного фонда равен:

$$Kr = \frac{Uf : Af}{Un : An} = \frac{Of}{On}$$

Коэффициент целевого использования коечного фонда (Kc) рассчитывается по формуле:

$$Kc = \frac{Uc}{Uf}, \text{ где}$$

Kc – коэффициент целевого использования коечного фонда;
 Uc – целевая занятость коечного фонда при госпитализации стационарных больных (дней в году);

Uf – фактическая занятость коечного фонда (дней в году).

Показатель Uc определяется экспертным путем и выражает обоснованность госпитализации больных, т.е. использование коечного фонда по целевому назначению.

Коэффициент эффективности использования коечного фонда находится путем умножения коэффициента рационального использования коечного фонда на коэффициент целевого использования коечного фонда:

$$Kэ = Kг \times Kс$$

7. Экономический ущерб вследствие (неэффективного) нерационального и нецелевого использования коечного фонда

Экономический ущерб вследствие неэффективного (нерационального и нецелевого) использования коечного фонда стационара ЛПУ характеризуется количеством финансовых средств, затрачиваемых на содержание неэффективно используемого коечного фонда, и определяется по формуле:

$$Эу = \Sigma Фср \times (1 - Kэ), \text{ где}$$

Эу – экономический ущерб вследствие нерационального и нецелевого использования коечного фонда (руб.);

$\Sigma Фср$ – сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание коечного фонда (руб.);

$Kэ$ – коэффициент эффективного использования коечного фонда.

Пример решения типовых ситуационных задач

Задача 1.

Вычислить финансовые показатели, отражающие деятельность ЛПУ: коэффициент автономии, ликвидности, маневренности и покрытия при условии:

Сумма собственных денежных средств ($Kс$) – 467,5 тыс. руб.;

Сумма авансированных средств, т.е. сумма баланса (B) – 839,9 тыс. руб.;

Сумма наличных денег ЛПУ ($Дс$) – 265,7 тыс. руб.;

Сумма вложений в ценные бумаги ($Уб$) – 347,7 тыс. руб.;

Величина краткосрочных займов (кредитов) ($Qкз$) – 924,2 тыс. руб.;

Сумма собственных средств ЛПУ, вложенных в оборотные средства ($Коб$) – 295,0 тыс. руб.

Решение типовой ситуационной задачи

1. Коэффициент автономии

$$Kс \quad 467,5$$

$$Kа = \frac{Kс}{B} = \frac{467,5}{839,9} = 0,56$$

2. Коэффициент ликвидности

$$Kл = \frac{Дс + Уб}{Qкз} = \frac{265,7 + 347,7}{924,2} = \frac{613,4}{924,2} = 0,66$$

3. Коэффициент маневренности

$$Kм = \frac{Коб}{Kс} = \frac{295,0}{467,5} = 0,63$$

4. Коэффициент покрытия

$$K_{п} = \frac{K_{об}}{Q_{кз}} = \frac{295,0}{924,2} = 0,32$$

Задача 2.

Определить экономическую эффективность использования коечного фонда и экономический ущерб вследствие неэффективного (нерационального и нецелевого) использования коечного фонда отделений стационара ЛПУ при следующих условиях:

Данные	Отделения		
	ревматологическое	терапевтическое	неврологическое
Фактическая занятость койки (Uf) - дней	345	349	337
Фактическая средняя длительность госпитализации (Af) - дней	18	22	19
Норматив занятости койки (Un) - дней	330	340	320
Норматив длительности госпитализации (An) - дней	16,2	18,5	14,6
Целевая занятость коечного фонда при госпитализации стационарных больных (Uc) - дней	242	247	289
Сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание коечного фонда ($\Sigma\Phi_{ср}$) – млн. руб.	4,2	4,1	3,0

Решение типовой ситуационной задачи (на примере ревматологического отделения)

Для вычисления коэффициента эффективности использования коечного фонда необходимо рассчитать коэффициент рационального использования коечного фонда и коэффициент целевого использования коечного фонда.

1. Вычисляем коэффициент рационального использования коечного фонда ревматологического отделения (K_r):

$$K_r = \frac{U_f : A_f}{U_n : A_n} = \frac{O_f}{O_n} = \frac{345 : 18}{330 : 16,2} = \frac{19,2}{20,4} = 0,94$$

2. Вычисляем коэффициент целевого использования коечного фонда ревматологического отделения:

$$K_c = \frac{U_c}{U_f} = \frac{242}{345} = 0,7$$

3. Вычисляем коэффициент эффективности использования коечного фонда ревматологического отделения:

$$K_{э1} = K_r \times K_c = 0,94 \times 0,7 = 0,66 \text{ или } 66\%$$

4. Вычисляем экономический ущерб вследствие неэффективного (нерационального и нецелевого) использования коечного фонда ревматологического отделения:

$$\text{Эу1} = \Sigma \text{Фср} \times (1 - \text{Кэ}) = 4,2 \times (1 - 0,66) = 4,2 \times 0,34 = 1,43 \text{ млн. руб.}$$

Подобным образом вычисляются коэффициенты и по остальным отделениям (терапевтическому и неврологическому).

5. Вычисляем суммарный экономический ущерб ($\Sigma \text{Эу}$) вследствие неэффективного использования коечного фонда по трем отделениям (ревматологическому, терапевтическому и неврологическому).

ВАРИАНТ 1

Задача 1.

Вычислить финансовые показатели, отражающие деятельность ЛПУ: коэффициент автономии, ликвидности, маневренности и покрытия при условии:

Сумма собственных денежных средств (Кс) – 567,5 тыс. руб.;

Сумма авансированных средств, т.е. сумма баланса (В) – 939,1. руб.;

Сумма наличных денег ЛПУ (Дс) – 356,7 тыс. руб.;

Сумма вложений в ценные бумаги (Уб) – 524,7 тыс. руб.;

Величина краткосрочных займов (кредитов) (Ккз) – 894,9 тыс. руб.;

Сумма собственных средств ЛПУ, вложенных в оборотные средства (Коб) – 329,6 тыс. руб.

Задача 2.

Определить экономическую эффективность использования коечного фонда и экономический ущерб вследствие неэффективного (нерационального и нецелевого) использования коечного фонда отделений стационара ЛПУ при следующих условиях:

Данные	Отделения		
	ревматологическое	терапевтическое	неврологическое
Фактическая занятость койки (Uf) - дней	340	342	330
Фактическая средняя длительность госпитализации (Af) - дней	16	20	16
Норматив занятости койки (Un) - дней	330	340	320
Норматив длительности госпитализации (An) - дней	14,2	18,5	14,6
Целевая занятость коечного фонда при госпитализации стационарных больных (Uc) - дней	240	240	280
Сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание коечного фонда ($\Sigma \text{Фср}$) – млн. руб.	4,0	3,5	3,7

ВАРИАНТ 2

Задача 1.

Вычислить финансовые

показатели, отражающие деятельность ЛПУ: коэффициент автономии, ликвидности, маневренности и покрытия при условии:

Сумма собственных денежных средств (Кс) – 278,9 тыс. руб.;

Сумма авансированных средств, т.е. сумма баланса (В) – 543,9 тыс. руб.;

Сумма наличных денег ЛПУ (Дс) – 326,7 тыс. руб.;

Сумма вложений в ценные бумаги (Уб) – 147,7 тыс. руб.;

Величина краткосрочных займов (кредитов) (Qкз) – 657,9 тыс. руб.;

Сумма собственных средств ЛПУ, вложенных в оборотные средства (Коб) – 129,7 тыс. руб.

Задача 2.

Определить экономическую эффективность использования коечного фонда и экономический ущерб вследствие неэффективного (нерационального и нецелевого) использования коечного фонда отделений стационара ЛПУ при следующих условиях:

Данные	Отделения		
	хирургическое	терапевтическое	неврологическое
Фактическая занятость койки (Uf) - дней	340	335	315
Фактическая средняя длительность госпитализации (Af) - дней	24	23,5	18,5
Норматив занятости койки (Un) - дней	320	330	310
Норматив длительности госпитализации (An) - дней	22,2	20	15
Целевая занятость коечного фонда при госпитализации стационарных больных (Uc) - дней	239	299	257
Сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание коечного фонда (Σ Фср) – млн. руб.	5,2	3,7	3,9

ВАРИАНТ 3

Задача 1.

Вычислить финансовые

показатели, отражающие деятельность ЛПУ: коэффициент автономии, ликвидности, маневренности и покрытия при условии:

Сумма собственных денежных средств (Кс) – 453,8 тыс. руб.;

Сумма авансированных средств, т.е. сумма баланса (В) - 742,9 тыс. руб.;

Сумма наличных денег ЛПУ (Дс) – 323,7 тыс. руб.;

Сумма вложений в ценные бумаги (Уб) – 147,7 тыс. руб.;

Величина краткосрочных займов (кредитов) (Qкз) – 524,2 тыс. руб.;

Сумма собственных средств ЛПУ, вложенных в оборотные средства (Коб) – 289,0 тыс. руб.

Задача 2.

Определить экономическую эффективность использования коечного фонда и экономический ущерб вследствие неэффективного (нерационального и нецелевого) использования коечного фонда отделений стационара ЛПУ при следующих условиях:

Данные	Отделения		
	гинекологическое	терапевтическое	хирургическое
Фактическая занятость койки (Uf) - дней	335	345	347
Фактическая средняя длительность госпитализации (Af) - дней	23,2	24,5	26
Норматив занятости койки (Un) - дней	330	330	330
Норматив длительности госпитализации (An) - дней	17	22,5	24,2
Целевая занятость коечного фонда при госпитализации стационарных больных (Uc) - дней	278	285	249
Сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание коечного фонда (Σ Фср) – млн. руб.	5,2	3,6	6,2

ВАРИАНТ 4

Задача 1.

Вычислить финансовые показатели, отражающие деятельность ЛПУ: коэффициент автономии, ликвидности, маневренности и покрытия при условии:

Сумма собственных денежных средств (Кс) – 657,8 тыс. руб.;

Сумма авансированных средств, т.е. сумма баланса (В) - 742,7 тыс. руб.;

Сумма наличных денег ЛПУ (Дс) – 326,7 тыс. руб.;

Сумма вложений в ценные бумаги (Уб) – 247,7 тыс. руб.;

Величина краткосрочных займов (кредитов) (Qкз) – 724,2 тыс. руб.;

Сумма собственных средств ЛПУ, вложенных в оборотные средства (Коб) – 595,0 тыс. руб.

Задача 2.

Определить экономиче-

скую эффективность использования коечного фонда и экономический ущерб вследствие неэффективного (нерационального и нецелевого) использования коечного фонда отделений стационара ЛПУ при следующих условиях:

Данные	Отделения		
	родильное	терапевтическое	неврологическое
Фактическая занятость койки (Uf) - дней	325	330	339
Фактическая средняя длительность госпитализации (Af) - дней	23	21,5	19,7
Норматив занятости койки (Un) - дней	300	330	310
Норматив длительности госпитализации (An) - дней	18,2	15,5	16,5
Целевая занятость коечного фонда при госпитализации стационарных больных (Uc) - дней	240	245	267
Сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание коечного фонда (Σ Фср) – млн. руб.	5,5	2,9	4,9

ВАРИАНТ 5

Задача 1.

Вычислить финансовые показатели, отражающие деятельность ЛПУ:

коэффициент автономии, ликвидности, маневренности и покрытия при условии:

Сумма собственных денежных средств (Кс) – 326,1 тыс. руб.;

Сумма авансированных средств, т.е. сумма баланса (В) - 842,7 тыс. руб.;

Сумма наличных денег ЛПУ (Дс) – 126,7 тыс. руб.;

Сумма вложений в ценные бумаги (Уб) – 147,7 тыс. руб.;

Величина краткосрочных займов (кредитов) (Qкз) – 524,2 тыс. руб.;

Сумма собственных средств ЛПУ, вложенных в оборотные средства (Коб) – 195,0 тыс. руб.

Задача 2.

Определить экономическую эффективность использования коечного фонда и экономический ущерб вследствие неэффективного (нерационального и нецелевого) использования коечного фонда отделений стационара ЛПУ при следующих условиях:

Данные	Отделения		
	ревматологическое	инфекционное	гинекологическое

Фактическая занятость койки (Uf) - дней	345	338	345
Фактическая средняя длительность госпитализации (Af) - дней	23,4	31,2	18,5
Норматив занятости койки (Un) - дней	330	310	340
Норматив длительности госпитализации (An) - дней	20,5	25,6	16,8
Целевая занятость коечного фонда при госпитализации стационарных больных (Uc) - дней	268	287	267
Сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание коечного фонда (Σ Фср) – млн. руб.	3,9	3,8	4,1

Тема: Проектирование в здравоохранении

Цель занятия:

Студент должен уметь:

- Формулировать задачи проекта для выполнения поставленной цели;
- Определять состав материальных, трудовых и финансовых ресурсов организации;
- Определять ожидаемые результаты решения поставленных задач;
- Формулировать решение конкретной задачи исходя из имеющихся ресурсов организации;
- Определять ожидаемые результаты решения выделенных задач
- Проектировать решение конкретной задачи исходя из имеющихся ресурсов организации.
- Решать конкретные задачи проекта заявленного качества и за установленное время.
- Публично представить результаты проекта

Студент должен знать:

- Состав материальных, трудовых и финансовых ресурсов организации, показатели их эффективного использования;
- Нормативные документы по осуществлению медицинской деятельности;
- Способы экономии ресурсов, основные энерго- и материалосберегающие технологии;
- структуру управления проектом
- Характеристики качества объектов проектирования.
- Способы и формы представления результатов конкретной задачи проекта.

Основная литература:

1. Балашов, А.И. Управление проектами: Учебник и практикум для СПО / А.И. Балашов, Е.М. Рогова, М.В. Тихонова и др. - Люберцы: Юрайт, 2016. - 383 с.

Дополнительная литература:

1. Вейдер, М.Т. Инструменты бережливого производства II. Карманное руководство по практике применения Lean [Текст] / М.Т. Вейдер. – М.: Альпина Паблишер, 2015. – 160 с.

Программное обеспечение:

Обязательное программное обеспечение – MS Office.

Материально-техническое обеспечение дисциплины

Проведение аудиторных занятий по дисциплине «Бережливое производство» предусматривает применение мультимедийного проектора, магнитной и меловой доски, флип-чарта.

Примерная тематика контрольных вопросов:

1. В чем заключается сущность проекта, каковы его признаки?
2. В чем заключается отличие проекта от производственной системы?
3. Раскройте содержание управления проектами с точки зрения системного подхода. В чем преимущество проектного управления?
4. Опишите проблемы, возникающие при использовании проекта в организации.
5. Назовите участников проектной деятельности? В чем заключаются их интересы?
6. Какие обязанности у руководителя проекта? С какими основными сложностями при руководстве проектом он сталкивается?
7. Обоснуйте необходимость командной работы в проекте?
8. В чем заключаются особенности мотивации участников проектной деятельности?
9. Что подразумевается под жизненным циклом проекта?
10. Каким образом проект разбивается на фазы жизненного цикла? Перечислите и охарактеризуйте основные фазы жизненного цикла проекта.
11. В чем заключается предпроектная подготовка?
12. Что понимается под мониторингом проекта? Назовите цель и задачи мониторинга проекта.
13. Какие инструменты должен включать в себя эффективный мониторинг?
14. Каким образом осуществляется контроль хода проекта?
15. Из каких элементов состоит система контроля проекта? Приведите пример построения эффективной системы контроля проекта.
16. Перечислите инструментарий контроля проекта.
17. Каким образом следует организовывать отчетность при управлении проектом?

Примерные темы практических работ

1. Организация работы процедурного кабинета.
2. Организация рабочего места врача-терапевта.
3. Организация дистанционного диспансерного наблюдения.
4. Организация работы кабинета неотложной помощи.

Текст

Современное здравоохранение в Российской Федерации направлено на повышение качества оказания медицинской помощи и устранение проблем как нематериального (кадровый дефицит, рост удельного веса платных медицинских услуг, отсутствие протоколов стандартизации оказания медицинской помощи и отсутствие логистики перемещения пациентов), так и материального (изношенность оборудования, чрезмерные запасы или их нехватка, низкая информатизация учреждений здравоохранения) порядка.

Особое место уделяется вопросам, коммуникации медицинских работников и пациента или его законных представителей, которые ведут, прежде всего, к низкой удовлетворенности пациентами доступностью и качеством оказанной медицинской помощи.

Одними из эффективных методов оптимизации считается бережливое производство. Ключевым принципом этого метода является призыв делать большее за счет меньшего. Использование инструментов бережливых технологий способствует не только эффективной организации рабочего места, но и выявлению потерь при распределении потоков пациентов, стандартизации манипуляций.

В рамках реализации приоритетного проекта Министерства здравоохранения Российской Федерации «Модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» разработан и внедрен проект по улучшению «Оптимизация дея-

тельности процедурного кабинета». План реализации обучающего проекта состоит из двух частей: теоретическая подготовка и практическая реализация.

Проводится обучающий мастер-классы по закреплению навыков использования инструментов бережливых технологий.

Особое внимание уделяется закреплению навыка по картированию процессов, организации навигации и обеспечению порядка на рабочем месте.

В ходе практической реализации проекта студентам предлагается создать проект по улучшению работы процедурного кабинета симулированной клиники с использованием инструментов lean-технологий. Вначале определяются основные потоки пациентов. Как правило, выделяются следующие группы пациентов: остро-заболевшие пациенты, пациенты с хроническими неинфекционными заболеваниями, обращающиеся в процедурный кабинет в рамках прохождения диспансеризации или здоровые, обращающиеся в рамках профилактических осмотров, пациенты, готовящиеся на госпитализацию в лечебно-профилактические учреждения, больные, направленные участковыми врачами и врачами-специалистами для прохождения курса лечения в процедурный кабинет.

Студенты под контролем преподавателя проводят картирование, составляют карты текущего и целевого состояний второго и третьего уровней, определяют время движения пациента до опорных точек и точный метраж, а также проблемы – ежи – на каждом из этапов. При анализе карт предлагаются пути решения обнаруженных проблем.

Таким образом, место фабрики процессов при обучении методикам бережливого производства состоит в:

1. Выявлении недостатков работы конкретных медицинских работников, кабинетов, служб;
2. Сокращении времени на затратные по времени медицинские и иные манипуляции;
3. Выявлении причин создания очередей;
4. Обучении медицинских работников рациональному использованию своих ресурсов.

Требования к процедурному кабинету

Согласно СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» от 18 мая 2010 года № 58 (с изменениями на 10 июня 2016 года):

- Процедурный кабинет должен иметь площадь не менее 12 кв.м и высоту потолков не менее 2,6 м.
- Для внутренней отделки процедурного кабинета должны быть использованы материалы, разрешенные для применения в медицинских организациях в установленном порядке.
- Поверхность стен, полов и потолков процедурного кабинета должна быть гладкой, без дефектов, легко доступной для влажной уборки и устойчивой при использовании моющих и дезинфицирующих средств. Стены отделываются влагостойким материалом на всю высоту помещения (например, плиткой). Если используются стеновые панели, их конструкция также должна обеспечивать гладкую поверхность.
- Для покрытия пола процедурного кабинета используются водонепроницаемые материалы и предусматривается гидроизоляция. При этом покрытие пола должно плотно прилегать к основанию. Сопряжение стен и полов должно иметь закругленное сечение, стыки должны быть герметичными. При использовании линолеумных покрытий края линолеума у стен могут быть подведены под плинтусы или возведены на стены. Швы примыкающих друг к другу листов линолеума должны быть пропаяны.

- В процедурных кабинетах допускается применение подвесных, натяжных, подшивных и других видов потолков, обеспечивающих гладкость поверхности и возможность проведения их влажной очистки и дезинфекции.

- В процедурном кабинете обязательно должен быть установлен умывальник для мытья рук с подводкой горячей и холодной воды, оборудованный смесителем с локтевым (бесконтактным, педальным и прочим некистевым) управлением и дозаторами с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков.

- Отопительные приборы, расположенные в процедурном кабинете, должны иметь гладкую поверхность, исключая адсорбирование пыли и устойчивую к воздействию моющих и дезинфицирующих растворов. Их следует размещать у наружных стен, под окнами, со свободным доступом для уборки.

- В процедурном кабинете должен быть обеспечен требуемый микроклимат, в том числе с помощью системы вентиляции и кондиционирования воздуха, но также должна быть предусмотрена возможность естественного проветривания.

Вся мебель, медицинская техника, оборудование, дезинфекционные средства, изделия медицинского назначения и даже используемые медицинские технологии также должны быть разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке. Наружная и внутренняя поверхность медицинской мебели должна быть гладкой и выполнена из материалов, устойчивых к воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

На основании опыта реализации данного проекта, подготовлены следующие практические рекомендации по организации работы процедурного кабинета с использованием инструментов бережливого производства:

- Соблюдение медицинскими работниками единой униформы (халат или хирургический костюм, шапочка, маска, бейдж);

- Обязательное проведение процедуры идентификации пациента по созданному алгоритму;

- Использование созданных стандартных операционных карт медицинских процедур: «процедура взятия венозной крови», «Внутримышечная инъекция», «Внутривенная инъекция», «Подкожная инъекция», «Внутрикожная инъекция», «Алгоритм первичного осмотра пострадавшего при развитии жизнеугрожающего состояния», «Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи», «Алгоритм вызова квалифицированного коллеги / СМП»;

- Расположение процедурного кабинета (не выше второго этажа, преимущественно – на первом), в непосредственной близости от санузла, лестницы или лифта;

- Информатизация (внедрение автоматизированного рабочего места с использованием программы, предусматривающей возможность идентифицировать пациента и назначенное ему лабораторное исследование / манипуляцию);

- Внедрение электронной очереди, разделение потоков пациентов;

- «Бережливая» организация процедурного кабинета (с использованием методики «5С»);

- Внедрение алгоритма вызова пациента в процедурный кабинет;

- Оборудование кабинета в соответствии с имеющимися нормативно-правовыми актами;

- Внедрение алгоритма своевременного пополнения запасов.

Таким образом, внедрение бережливых технологий в работу медицинской сестры процедурного кабинета позволяет повысить доступность оказания медицинской помощи и удовлетворенность пациентами при ее получении. Моделирование работы процедурного кабинета в симулированных условиях позволяет выявить и снизить потери, повысить время создания ценности.

Карточка проекта «Оптимизация работы»

ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА»

<p style="text-align: center;">1. Вовлеченные лица и рамки проекта</p> <p><u>Клиенты:</u> пациенты и персонал Поликлиники.</p> <p><u>Периметр проекта:</u> Процедурный кабинет поликлиники.</p> <p><u>Владелец процесса:</u> и.о. главного врача Баскаков Юрий Викторович</p> <p><u>Руководитель проекта:</u></p> <p><u>Команда проекта:</u></p>	<p style="text-align: center;">2. Обоснование выбора</p> <p>1. Пациент затрачивает длительное время на ожидание до 120 мин.</p> <p>2. Дублирование (необоснованное) назначение анализов (например: группа крови).</p> <p>3. Живая очередь до 52 человек, недовольство пациентов.</p> <p>4. Несколько журналов с частично дублирующейся информацией.</p> <p>5. Потери на перемещения – до 25 м в смену каждой медсестрой.</p> <p>6. При данной организации лимит 90 пациентов в смену, целевое-150 пациентов в смену.</p> <p style="text-align: center;">Время на одного пациента- 7 мин 42 сек, целевое – 2мин16сек.</p>																						
<p style="text-align: center;">3. Цели и плановый эффект</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Наименование цели</th> <th style="width: 40%;">Текущий показатель</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Время ожидания в очереди</td> <td style="text-align: center;">120 минут</td> </tr> <tr> <td>Перемещение медсестры</td> <td style="text-align: center;">25 метров</td> </tr> <tr> <td>Время цикла лимитирующей операции</td> <td style="text-align: center;">7мин 42сек</td> </tr> <tr> <td>Количество пациентов в смену</td> <td style="text-align: center;">90 человек</td> </tr> <tr> <td>информатизация рабочего места оператора</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Внедрение электронного журнала регистрации анализов</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Применение вакутейнеров</td> <td style="text-align: center;">не применяется</td> </tr> <tr> <td>Длительное оформление документов</td> <td style="text-align: center;">1 мин 12 сек</td> </tr> <tr> <td>Распределение живой очереди по времени от врачей-специалистов</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Отсутствие электронного табло</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>	Наименование цели	Текущий показатель	Время ожидания в очереди	120 минут	Перемещение медсестры	25 метров	Время цикла лимитирующей операции	7мин 42сек	Количество пациентов в смену	90 человек	информатизация рабочего места оператора	0	Внедрение электронного журнала регистрации анализов	0	Применение вакутейнеров	не применяется	Длительное оформление документов	1 мин 12 сек	Распределение живой очереди по времени от врачей-специалистов	0	Отсутствие электронного табло	0	<p style="text-align: center;">4. Ключевые события</p> <p>1. Старт проекта –</p> <p>2. Картирование, текущее целевое состояние-</p> <p>3. Планирование и целевое состояние –</p> <p>4. Kick off встреча –</p> <p>5. Реализация мероприятий –</p> <p>6. Дата окончания проекта -</p>
Наименование цели	Текущий показатель																						
Время ожидания в очереди	120 минут																						
Перемещение медсестры	25 метров																						
Время цикла лимитирующей операции	7мин 42сек																						
Количество пациентов в смену	90 человек																						
информатизация рабочего места оператора	0																						
Внедрение электронного журнала регистрации анализов	0																						
Применение вакутейнеров	не применяется																						
Длительное оформление документов	1 мин 12 сек																						
Распределение живой очереди по времени от врачей-специалистов	0																						
Отсутствие электронного табло	0																						

Задания в тестовой форме:

1. Кто считается основателем концепции бережливого производства?

- А) Джим Вумек
- Б) Тоити Оно
- В) Таити Ката

2. Чем система бережливого производства отличается от программы улучшения?
А) Бережливое производство- это программа улучшения деятельности предприятия.

Б) Бережливое производство – это программа радикальной перестройки всей системы управления.

В) Бережливое производство-это способ компоновки различных типов оборудования.

3. Как называется производственная концепция, разрабатываемая в СССР в 20-30 гг. XX века и имеющая общие корни с концепцией бережливого производства?

А) Научная организация труда

Б) Новая экономическая политика

В) Научный коммунизм

4. К принципам бережливого производства в здравоохранении НЕ относится?

А) Быстрое и эффективное выявление и устранение потерь

Б) Сокращение сотрудников медицинской организации

В) Повышение качества и безопасности при оказании медицинских услуг

5. Какой инструмент применяется для определения потерь и действий, не добавляющих ценность?

А) Диаграмма Исикавы

Б) Картирование потока создания ценности

В) Диаграмма Парето

6. Какое из перечисленных действий добавляет ценность продукту?

А) Проверка качества

Б) Переналадка оборудования

В) Обработка

7. Построение карты потока создания ценности начинается:

А) С приказа о создании рабочей группы

Б) С установления целей проекта

В) С выбора картируемого процесса и его границ

8. Дайте определение понятию «ценность».

А) Ценность - совокупность свойств продукта, имеющих стоимость.

Б) Ценность - совокупность свойств продукта, которые указаны в прайс- листе компании.

В) Ценность - совокупность свойств продукта или услуги, за которые потребитель готов заплатить поставщику.

9. Как называется деятельность, при которой потребляются ресурсы, но не создает ценности для потребителя?

А) Мури. Б) Муда. В) Мура.

10. Что такое «Гемба»?

А) Любое место, где непосредственно создаётся ценность для потребителя.

Б) Производственный цех.

В) Офисное здание.

11. Определите понятие «Кайдзен».

- А) Непрерывное совершенствование деятельности персонала по повышению квалификации
- Б) Непрерывное совершенствование деятельности с вовлечением всего персонала в постоянную работу по сокращению потерь
- В) Непрерывное совершенствование производственной деятельности.

12. Что такое «Стандартные Операционные Карты»?

- А) Это документы, содержащие экономическую информацию о деятельности предприятия.
- Б) Это документы, описывающие шаги (элементы) в процедуре, которым необходимо следовать.
- В) Это документы, описывающие шаги анализа хозяйственной деятельности.

13. Потери в бережливом производстве – это ...?

- А) Психологические факторы, негативно влияющие на сотрудника
- Б) Недостатки, присущие продукту с точки зрения потребителя
- В) Действие, которое потребляет ресурсы, но не создает ценности для потребителя

14. Что такое время такта?

- А) Это интервал времени, через который потребитель требует заказанную продукцию от поставщика.
- Б) Это интервал времени, через который производитель может выпускать продукцию.
- В) Это интервал времени, через который потребитель требует замены продукции.

15. Какой вид потерь был описан Джефффри Лайкером в книге «Дао Toyota» как дополнительный (8-ой вид потерь)?

- А) Нереализованный творческий потенциал сотрудников
- Б) Финансовые затраты на амортизацию оборудования
- В) Психологические проблемы потребителей

Тема « Медицинская статистика, организация статического исследования и его этапы»

2. Цель занятия:

в результате изучения темы студент должен знать:

- основные понятия медицинской статистики
- статистику общественного здоровья
- статистику здравоохранения
- организацию и этапы проведения статического (медико-социального) исследования

на основании этих знаний студент должен уметь:

- составить план и программу статистического (медико-социального) исследования
- правильно выбрать единицу статистического наблюдения, учетные признаки

- составить макеты групповой и комбинационной таблиц
- пользоваться при группировке статистического материала Международной классификацией болезней (МКБ-10)

3. Литература

а). Основная литература:

1. Медик, Валерий Алексеевич *Общественное здоровье и здравоохранение* [Текст]: учебник / Валерий Алексеевич Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 649 с.
2. Медик, В. А. *Общественное здоровье и здравоохранение* [Текст]: руководство к практическим занятиям / В. А. Медик, В. И. Лисицин, М. С. Токмачев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 452 с.

Электронный ресурс:

1. *Общественное здоровье и здравоохранение* [Электронный ресурс]: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html>

б) Дополнительная литература:

1. Полунина, Н. В. *Общественное здоровье и здравоохранение* [Текст]: учебник / Н. В. Полунина. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. - 543 с.

Электронный ресурс:

1. *Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения* [Электронный ресурс]: учебное пособие /ред. В.З. Кучеренко. - 4 изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419151.html>

4. Контрольные вопросы

1. Определение медицинской статистики
2. Теоретические основы статистики
3. Медицинская (санитарная) статистика и ее разделы
4. Понятие статистической совокупности
5. Генеральная и выборочная совокупность (ее свойства)
6. Этапы статистического исследования
7. I этап статистического исследования - составление программы и плана исследования
8. Определение единицы наблюдения и учетных признаков
9. Виды статистического наблюдения по объему, по времени (сплошное, несплошное, текущее, единовременное)
10. Статические документы
11. II этап статистического исследования - сбор материала. Виды сбора статистического материала
12. Из каких элементов складывается разработка статистического материала?
13. Виды группировки статистического материала и требования к ним
14. Виды статических таблиц (простые, групповые, комбинационные)
15. Правила составления и заполнения статических таблиц

5. Логическая структура темы “ Медицинская статистика, организация статического (медико-социального) исследования и его этапы” (приложение 1)

6. Пример решения типовых ситуационных задач

При решении задач необходимо:

1. Составить макеты групповой и комбинационной таблиц

3	хроническая ишемическая болезнь сердца											
4	кровоизлияние в мозг											
Итого												

Условие для выполнения типовой задачи 2

Группировка и шифровка заболеваний по Международной классификации болезней (МКБ-10):

№	Диагноз	№ рубрики	№ класса	Название класса
1	Абсцесс ногтя			
2	Почка подвижная			
3	Отек Квинке			
4	Метеоризм			
5	Кератоз черный			
6	Кахексия			
7	Делирий алкогольный острый			
8	Грудная жаба			
9	Дактилит			
10	Ботулизм			

Решение типовой задачи 2

Определяем номера рубрик и классов болезней, их название:

№	Диагноз	№ рубрики	№ класса	Название класса
1	Абсцесс ногтя	L 03.2		Болезни кожи и подкожной клетчатки
2	Почка подвижная	N-28.8	14	Болезни мочеполовой системы
3	Отек Квинке	T78.3	19	Травмы, отравления и некоторые др. последствия внешних причин
4	Метеоризм	R14	18	Симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках
5	Кератоз черный	L83	12	Болезни кожи и подкожной клетчатки
6	Кахексия	R64	18	Симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при

				клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках
7	Делирий алкогольный острый	F05.9	5	Психические расстройства поведения
8	Грудная жаба	I20.9	9	Болезни уха и сосцевидного отростка
9	Дактилит	L08.9	12	Болезни кожи и подкожной клетчатки
10	Ботулизм	A05.1	1	Инфекционные болезни

7. Практическая работа студентов

Варианты задач на составление макетов групповой и комбинационной таблиц для студентов лечебного и педиатрического факультетов

1. Составить макеты групповой и комбинационной таблиц: распределение заболевших рабочих Н-ской фабрики по видам временной нетрудоспособности (заболевание, травма, карантин, по уходу, беременность и роды), цехам (ткацкий, прядильный, мотальный), возрасту (до 19 лет, 20-29, 50-59, 60 лет и старше) и полу.
2. Составить макеты групповой и комбинационной таблиц: распределение госпитализированных больных в терапевтическом отделении стационара по поводу пневмонии по срокам госпитализации (в 1-й, 2-й, 3-й день и позже), длительности лечения (до 15 дней, свыше 15 дней), наличию осложнений (с осложнениями, без осложнений).
3. Составить макеты групповой и комбинационной таблиц: распределение умерших, подвергшихся вскрытию в больнице, по нозологическим формам (туберкулез, рак, язвенная болезнь, инфаркт миокарда), качеству диагностики (совпадение клинического и патолого-анатомического диагнозов, не совпали диагнозы), длительности лечения в стационаре (до 7 дней, от 8 дней до 1 месяца, от 1 до 2 месяцев, свыше 2 мес.).
4. Составить макеты групповой и комбинационной таблиц: распределение врачей Н-ской области по стажу работы (до 5 лет, от 5 до 10 лет, свыше 10 лет), специальности (терапевты, хирурги), месту работы (областная больница, городская больница, районная больница, сельская участковая больница, другие учреждения).
5. Составить макеты групповой и комбинационной таблиц: распределение среднего медицинского персонала г. Москвы по специальностям (фельдшеры, акушерки, медицинские сестры, лаборанты, рентгентехники, помощники санитарных врачей), стажу работы (до 5 лет, от 5 до 10 лет, свыше 10 лет), возрасту (до 19 лет, 20-29, 30-39, 40-49, 50 лет и старше) и полу.
6. Составить макеты групповой и комбинационной таблиц: распределение больных язвенной болезнью желудка и 12 –перстной кишки, находящихся на диспансерном наблюдении в поликлинике, по длительности заболевания (до 1 года, от 1 года до 3 лет, свыше 3 лет), методам лечения (хирургический, консервативный), возрасту (до 19 лет, 20-39, 40-59, 60 лет и старше).

7. Составить макеты групповой и комбинационной таблиц: распределение прошедших МСЭЖ лиц со стойкой утратой трудоспособности по группам инвалидности (I, II, III), причинам инвалидности (общее заболевание, профессиональное заболевание, производственная травма, прочие причины), возрасту (до 19 лет, 20-39, 40-59, 60 лет и старше).

8. Составить макеты групповой и комбинационной таблиц: распределение пролеченных в городской больнице больных язвенной болезнью по длительности пребывания в ней (до 1 мес., от 1 до 3, свыше 3 мес.), длительности заболевания (до 1 года, от 1 до 3 лет, свыше 3 лет), методам лечения (хирургический, консервативный).

9. Составить макеты групповой и комбинационной таблиц: распределение рабочих завода по цехам (механический, литейный, модельный), стажу работы (до 5 лет, от 5 до 10, свыше 10 лет), профессиям (слесари, токари, инструментальщики и другие профессии).

10. Составить макеты групповой и комбинационной таблиц: распределение умерших от рака по его локализации (желудок, легкие, шейка и тело матки, грудная железа), возрасту (до 19 лет, 20-39, 40-59, 60 лет и старше), длительности заболевания (до 6 мес., от 6 мес. до 1 года, свыше 1 года) и полу.

Варианты задач на группировку и шифровку диагнозов болезней

Вариант 1

№	Диагноз	№ рубрики	№ класса	Название класса
1	Аборт самопроизвольный			
2	Дерматит атопический			
3	Ретинит			
4	Удар тепловой			
5	Энтероколит язвенный (хронический)			
6	Новообразование гортани злокачественное			
7	Язвенный стоматит			
8	Расщелина губы			
9	Рахит (врожденный)			
10	Васкулит сетчатки			

Вариант 2

	Диагноз	№ рубрики	№ класса	Название класса
1	Ячмень века рецидивирующий			
2	Сколиоз врожденный			
3	Периартрит плечевого сустава			
4	Пиодермия гангренозная			

5	Пионефроз			
6	Обезвоживание новорожденного			
7	Опущение почки			
8	Гепатит вирусный (острый)			
9	Аутизм (детский)			
10	Волчанка системная			

Вариант 3

№	Диагноз	№ рубрики	№ класса	Название класса
1	Водянка семенного канатика			
2	Ботулизм			
3	Эндометрит острый			
4	Туберкулезный энцефалит			
5	Педикулез			
6	Плеврит септический			
7	Рожа послеродовая			
8	Саркома Ходжкина			
9	Сепсис пупочный			
10	Эмфизема травматическая			

Вариант 4

№	Диагноз	№ рубрики	№ класса	Название класса
1	Геморрой внутренний			
2	Отслойка плаценты			
3	Анизокория врожденная			
4	Шигеллез			
5	Фибромиома матки			
6	Диабет несахарный			
7	Лейкоз бластоклеточный			
8	Эритема неонатальная			
9	Язва губы			
10	Ларингоплегия			

Вариант 5

№	Диагноз	№ рубрики	№ класса	Название класса
1	Ксеродермия века			
2	Лейкоплакия вульвы			

3	Бронхит обструктивный			
4	Цервицит (острый)			
5	Гемоглобинурия			
6	Свищ желчного пузыря			
7	Кератоз			
8	Увеит симпатический			
9	Абсцесс века			
10	Летаргия			

Вариант 6

№	Диагноз	№ рубрики	№ класса	Название класса
1	Хромовитоз			
2	Кровотечение желудочное у новорожденного			
3	Бронхолитиаз			
4	Аборт трубный			
5	Кахексия гипофизарная			
6	Лепра			
7	Ларингизм врожденный			
8	Гемангиома			
9	Себорея детская			
10	Уретрит Рейтера			

Вариант 7

№	Диагноз	№ рубрики	№ класса	Название класса
1	Уремия, осложняющая гипертоническую болезнь			
2	Нейродерматит диффузный			
3	Киста врожденная			
4	Мигрень менструальная			
5	Закупорка кишечника меконием			
6	Эритема узловатая			
7	Многоводие			
8	Инородное тело века глаза			
9	Орнитоз			
10	Молочница ротовой полости			

Вариант 8

№	Диагноз	№ рубрики	№ класса	Название класса
1	Нефроптоз			
2	Миалгия межреберная			
3	Укорочение сухожилия Ахиллова врожденное			
4	Миопатия токсическая			
5	Кератит склерозирующий			
6	Эритродерма вторичная			
7	Нефролитиаз рецидивирующий			
8	Ожирение гипофизарное			
9	Моноплегия			
10	Импетиго новорожденного			

Вариант 9

№	Диагноз	№ рубрики	№ класса	Название класса
1	Омфалоцеле			
2	Эктима инфекционная			
3	Растяжение тазобедренного сустава			
4	Эпендиома анапластического типа			
5	Холецистит острый			
6	Рвота беременных			
7	Слепота истерическая			
8	Тетрада Фалло			
9	Шанкроид			
10	Свищ желудка			

Вариант 10

№	Диагноз	№ рубрики	№ класса	Название класса
1	Опущение желудка			
2	Эмпиема субдуральная			
3	Пруриго			
4	Цирроз легкого (хронический)			
5	Ранула			
6	Смещение шейки бедра врожденное			
7	Сап			
8	Тахикардия предсердная			

9	Расширение пищевода			
10	Широкий лентец			

Задания в тестовой форме

1. Медицинская (санитарная) статистика это:

- а) совокупность статистических методов для изучения заболеваемости населения
- б) отрасль статистики, изучающая вопросы заболеваемости населения
- в) отрасль статистики, изучающая деятельность лечебно-профилактических учреждений
- г) отрасль статистики, изучающая вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением
- д) отрасль статистики, занимающаяся прогнозированием и экстраполяцией показателей здоровья населения

2. Предметом изучения медицинской статистики является:

- а) здоровье человека
- б) выявление и установление зависимостей между уровнем здоровья человека и факторами окружающей среды
- в) установление влияния экзогенных и эндогенных факторов на здоровье человека
- г) данные о сети, деятельности, кадрах учреждений здравоохранения
- д) все перечисленное верно

3. Перечислите разделы медицинской статистики:

- а) теоретические и методические основы медицинской статистики
- б) статистика здоровья населения
- в) статистика медицинского обслуживания населения
- г) статистика здравоохранения
- д) статистика планирования и управления здравоохранением

4. Укажите этапы статистического исследования:

- а) составление программы и плана исследования
- б) составление графика исследования
- в) составление макетов статистических таблиц
- г) сбор информации (материала)
- д) разработка данных
- е) анализ, выводы, предложения и внедрение результатов исследования в практику

5. Программа статистического исследования состоит из трех компонентов:

- а) программа сбора материала
- б) программа регистрации единиц наблюдения
- в) программа разработки (табличная сводка)
- г) программа шифровки собранного материала
- д) программа анализа

6. Укажите виды группировок в зависимости от характера учитываемых признаков:

- а) типологическая
- б) атрибутивная
- в) вариационная
- г) однофакторная
- д) многофакторная

7. В чем заключается сущность группировки учитываемых признаков:

- а) в определении объекта статистического наблюдения с целью выявления основных закономерностей в изучаемом явлении
- б) в выборе признаков, необходимых для выявления основных закономерностей в изучаемом явлении
- в) в распределении единиц наблюдения по признакам и их градациям с целью выявления основных закономерностей в изучаемом явлении
- г) в распределении единиц наблюдения по группам и подгруппам с целью дальнейшей статистической обработки
- д) в особой методике сбора статистического материала с целью наиболее точно выявить основные закономерности в изучаемой совокупности

8. Четвертый этап статистического исследования включает:

- а) составление программы и плана статистического исследования, сбор материала, анализ и выводы
- б) составление макетов статистических таблиц и заполнение их абсолютными данными
- в) анализ, выводы, предложения и внедрение результатов исследования в практику
- г) определение единицы наблюдения и ее учитываемых признаков
- д) построение графических изображений

9. Укажите виды статистических таблиц:

- а) простые
- б) атрибутивные
- в) групповые
- г) серийные
- д) комбинационные

10. К какому виду относится приведенная ниже таблица:

Распределение больных сахарным диабетом по месту жительства, полу и возрасту

Место жительства	Мужчины			Женщины			Итого
	до 20 лет	20-39 лет	40 лет и >	до 20 лет	20-39 лет	40 лет и >	
Город							
Село							
Всего							

- а) простая
- б) групповая
- в) серийная
- г) когортная
- д) комбинационная

11. К какому виду относится приведенная ниже таблица:

Распределение больных сахарным диабетом по месту жительства, полу и возрасту

Место жительства	Пол		Итого	Возраст (лет)			Итого
	М.	Ж.		до 20	20 - 39	40 и >	
Город							
Село							

Всего							
-------	--	--	--	--	--	--	--

- а) простая
- б) групповая
- в) серийная
- г) когортная
- д) комбинационная

12. Статистические наблюдения по полноте охвата единиц наблюдения различают:

- а) выборочные
- б) многофакторные
- в) сплошные
- г) монофакторные
- д) репрезентативные

13. По времени статистические наблюдения различают:

- а) единовременные
- б) периодические
- в) дискретные
- г) текущие
- д) длительные

14. Статистические наблюдения по способу получения информации различают:

- а) непосредственные
- б) опосредованные
- в) анамнестические (анкета, опрос)
- г) выкопировка данных
- д) монографические

15. Перечислите способы отбора единиц наблюдения для формирования выборочной совокупности:

- а) случайный
- б) направленный
- в) механический
- г) типологический
- д) серийный

16. Из каких элементов складывается разработка статистического материала (укажите наиболее полно и точно):

- а) статистическое наблюдение, контроль, шифровка, группировка данных, расчет относительных показателей
- б) контроль, шифровка, группировка данных, расчет относительных показателей и средних величин
- в) группировка данных, расчет относительных показателей и средних величин
- г) контроль, шифровка, группировка данных и табличная сводка
- д) статистическое наблюдение, группировка данных и табличная сводка

17. Каким способом (методом) выборки следует пользоваться, если необходимо отобрать в выборочную совокупность 1/20 единиц наблюдения генеральной совокупности:

- а) методом копи-пар
- б) типологическим отбором
- в) механическим отбором
- г) ступенчатым отбором
- д) когортным методом

18. Второй этап статистического исследования включает:

- а) составление программы наблюдения, программы разработки, программы анализа, плана наблюдения, сбор материала и выводы
- б) сбор материала, шифровка и группировка
- в) сбор материала, шифровка и табличная сводка
- г) сбор материала
- д) составление программы наблюдения, определение цели и задач исследования, сбор материала

19. Укажите наиболее точно и полно основные требования к статистической учетной карте:

- а) карта должна быть индивидуальна и формализована, включать только атрибутивные признаки
- б) карта должна быть неформализована, включать только учетные признаки
- в) карта должна быть неформализована и включать количественные и качественные признаки
- г) карта должна быть индивидуальна, формализована и включать только учетные признаки
- д) карта должна быть индивидуальна, формализована и включать результативные признаки

20. Укажите наиболее точно и полно основные элементы первого этапа статистического исследования:

- а) постановка целевых задач исследования, определение статистических показателей и сравнение их с нормами и нормативами
- б) постановка цели и задач исследования, определение объекта и видов наблюдения, составление программы сбора информации, программы разработки и программы анализа полученных данных
- в) постановка цели и задач исследования, составление программы сбора и шифровки информации
- г) постановка цели и задач исследования, составление макетов статистических таблиц
- д) постановка цели и задач исследования, разработка статистических данных

21. Статистическая совокупность это:

- а) часть генеральной совокупности, взятая вместе в известных границах пространства и времени
- б) часть статистической совокупности, состоящая из большого числа наблюдений
- в) группа, состоящая из большого числа относительно однородных элементов, взятых вместе в известных границах времени и пространства
- г) часть генеральной совокупности, отобранная специальным способом для репрезентативной характеристики генеральной совокупности
- д) группа, состоящая из большого числа признаков, взятых вместе в известных границах времени и пространства

22. Единица статистического наблюдения это:

- а) первичный элемент статистической совокупности, обладающий учитываемыми признаками
- б) часть статистической совокупности, обладающая качественными признаками
- в) первичный элемент статистической совокупности, обладающий атрибутивными признаками
- г) первичный элемент статистической совокупности, обладающий результативными признаками
- д) часть выборочной совокупности, обладающая атрибутивными признаками

23. Учитываемые признаки делятся на:

- а) атрибутивные
- б) статистические
- в) формализованные
- г) количественные
- д) комбинированные

24. Атрибутивные признаки делятся на:

- а) факторные
- б) факториальные
- в) результативные
- г) результирующие
- д) статистические

25. Количественные признаки делятся на:

- а) факторные
- б) факториальные
- в) результативные
- г) результирующие
- д) статистические

26. Укажите виды статистических совокупностей:

- а) генеральная
- б) сплошная
- в) репрезентативная
- г) выборочная
- д) атрибутивная

27. Репрезентативность выборочной совокупности это:

- а) свойство выборочной совокупности, имея достаточный объем, правильно отражать основные свойства генеральной совокупности
- б) достаточный объем выборочной совокупности, позволяющий делать выводы о генеральной совокупности
- в) свойство выборочной совокупности обладать основными признаками генеральной совокупности
- г) свойство выборочной совокупности отражать основные процессы, происходящие в генеральной совокупности
- д) свойство выборочной совокупности отражать качественные характеристики генеральной совокупности

28. Укажите типы распределения признака в статистической совокупности:

- а) альтернативный

- б) типологический
- в) симметричный (нормальный)
- г) асимметричный
- д) когортный

29. При асимметричном распределении признака в статистической совокупности различают:

- а) правостороннюю асимметрию
- б) горизонтальную асимметрию
- в) вертикальную асимметрию
- г) левостороннюю асимметрию
- д) бимодальную асимметрию

Логическая структура темы "Медицинская статистика, организация статистического исследования и его этапы"

Этапы
статистического
исследования

I

II

III

IV

Составление
плана и про-
граммы

Сбор ма-
териала

Разработка
материала

Анализ стат. матери-
ала и рекомендаии
для практики

Содержание
этапов

План
1) цели, задачи
2) выбор объекта,
объема, времени,
способа сбора ма-
териала
3) способы разработки
материала
4) организационные

1) инструктаж
исполнителей
2) обеспечение
формулярами
регистрации
3) собиание ма-
териалов
4) текущий кон-
троль

1) проверка
материала
2) шифровка
3) распределе-
ние по груп-
пам
4) подсчет и
внесение
данных в

1) вычисление статисти-
ческих показателей,
средних величин
2) составление динами-
ческих рядов
3) графическое изобра-
жение данных
4) привлечение сравни-
тельных данных
5) выявления связей и
закономерностей
6) выводы
7) оформление работы
8) предложения для
внедрения в практику

Программа
1) единица наблюде-
ния
2) учетные признаки
3) выбор группировки
4) разработка стат.
документов
5) составление паке-
тов таблиц

Тема «Организация и программа статистической обработки собранного материала. Относительные показатели. Динамические ряды»

1. Цель занятия:

в результате изучения темы студент должен знать:

- методику преобразования абсолютных величин в относительные показатели
- методику построения и анализа динамических рядов
- применение относительных показателей и динамических рядов при анализе статистического материала и в медицинской практике

на основании этих знаний студент должен уметь:

- рассчитывать относительные (интенсивные, экстенсивные, соотношения, наглядности) показатели
- составлять и анализировать динамические ряды
- рационально использовать относительные показатели и динамические ряды при анализе статистического материала

2. Литература

а). Основная литература:

а). Основная литература:

1. Медик, Валерий Алексеевич Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Валерий Алексеевич Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 649 с.
2. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: руководство к практическим занятиям / В. А. Медик, В. И. Лисицын, М. С. Токмачев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 452 с.

Электронный ресурс:

1. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html>

б) Дополнительная литература:

2. Полунина, Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Н. В. Полунина. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. - 543 с.

Электронный ресурс:

1. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения [Электронный ресурс]: учебное пособие / ред. В.З. Кучеренко. - 4 изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419151.html>

3. Контрольные вопросы

1. Можно ли на основании абсолютных данных провести статический анализ каких-либо явлений?
2. Какие величины (показатели) применяются для анализа качественных признаков единицы наблюдения?
3. Виды относительных показателей
4. Интенсивный показатель (определение, применение, методика расчета)
5. Экстенсивный показатель (определение, применение, методика расчета)
6. Показатель соотношения (определение, применение, методика расчета)
7. Показатель наглядности (определение, применение, методика расчета)
8. Динамические ряды (определение и виды)
9. Способы выравнивания динамических рядов

10. Анализ динамических рядов (методика расчета абсолютного прироста, темпа роста, темпа прироста)

4. Логическая структура темы “Относительные показатели. Динамические ряды ” (приложения 2,3)

5. Пример решения типовой ситуационной задачи

При решении задачи необходимо вычислить:

1. интенсивные показатели (‰)
2. экстенсивные показатели (‰)
3. показатели соотношения (‰)
4. показатели для анализа динамического ряда (показатели наглядности, абсолютный прирост, темп прироста, темп роста)

Условие для решения типовой задачи

в городе Н. в 1999 г.:

численность населения	- 80000 человек
число случаев зарегистрированных заболеваний	- 81000 случаев
число врачей	- 250 человек
число больничных коек	- 800
- в том числе: терапевтических	- 150
хирургических	- 110
число врачей на 10000 населения:	
в 1960 г.-	18,9
в 1970 г.-	24,0
в 1980 г.-	27,5
в 1990 г.-	30,8
в 1999 г.-	31,3

Решение типовой задачи

Расчет относительных показателей:

- 1). интенсивный показатель – показатель заболеваемости населения: на 80000 человек зарегистрировано 81000 заболеваний на 1000 человек-Х

$$X = \frac{81000 \times 1000}{80000} = 1012,5\%$$

- 2). экстенсивные показатели – удельный вес терапевтических и хирургических больничных коек среди всех коек:

- все больничные койки 800 - 100%

терапевтические койки 150 - Х

$$X = \frac{150 \times 100}{800} = 18,75\%$$

- все больничные койки 800 - 100%
- хирургические койки 110 - X

$$X = \frac{110 \times 100}{800} = 13,75\%$$

- 3). показатели соотношения - обеспеченность населения врачами и больничными койками:
- на все население 80000 человек - 250 врачей
 - на 10000 человек - X

$$X = \frac{250 \times 10000}{80000} = 31,25\text{‰}$$

- на все население 80000 человек - 800 коек
- на 10000 человек - X

$$X = \frac{800 \times 10000}{80000} = 100,0\text{‰}$$

- 4). показатели, вычисленные при анализе динамического ряда обеспеченности врачами населения города Н. в 1960 – 1999 гг.

годы	обеспеченность врачами (%‰)	абсолютный прирост (%‰)	темпы прироста (%)	темпы роста (%)	показатель наглядности (%)
1960	18,9	-	-	-	100,0
1970	24,0	+5,1	+27,0	127,0	127,0
1980	27,5	+3,5	+14,6	114,6	145,5
1990	30,8	+3,3	+12,0	112,0	163,0
1999	31,3	+0,5	+1,6	101,6	165,6

вычисление показателей динамического ряда на примере уровня 1999 года:

- абсолютный прирост - разность между последующим и предыдущим уровнем:
31,3 - 30,8 = +0,5‰
- темпы прироста – процентное отношение абсолютного прироста каждого последующего уровня к предыдущему уровню, принятому за 100%:

$$X = \frac{30,8 - 100,0\%}{+0,5} \times 100,0 = +1,6\%$$

- темпы роста – отношение каждого последующего уровня к предыдущему, принятому за 100%:

$$X = \frac{31,3 - 100,0\%}{30,8} \times 100,0 = 101,6\%$$

30,8

- показатель наглядности – отношение каждого уровня ряда к одному из них (чаще начальному - базовому) принятому за 100% (в данном случае к уровню 1960 г.):

18,9 – 100,0%

31,3 - X%

$$X = \frac{31,3 \times 100,0}{18,9} = 165,6\%$$

6. Практическая работа студентов

Варианты задач

Вариант 1

в городе В. в 1999 г.

численность населения	- 500000 человек
родилось	- 7500 человек
умерло	- 6600 человек
врачей	- 1370 человек
в том числе: терапевтов	- 450 человек
педиатров	- 125 человек
коек	- 5900

число врачей на 10000 населения:

в 1960 г.	- 13,9
в 1970 г.	- 19,3
в 1980 г.	- 26,1
в 1990 г.	- 29,0
в 1999 г.	- 27,4

Вариант 2

в районе М. в 1999 г.:

численность населения	- 100000 человек
число посещений в амбулаторно-поликлинические учреждения района	- 800000
врачей	- 300 человек
коек	- 1500
в том числе: онкологических	- 21
гинекологических	- 128

число коек на 10000 населения:

в 1960 г.	- 88,3
в 1970 г.	- 101,9
в 1980 г.	- 120,0
в 1990 г.	- 132,9
в 1999 г.	- 130,0

Вариант 3

в городе А. в 1999 г.:

численность населения	- 250000 человек
из них госпитализировано в стационары	
города	- 53000 человек
врачей	- 520 человек
в том числе: терапевтов	- 160 человек
хирургов	- 30 человек
коек	- 2700
число коек на 10000 населения:	
	в 1960 г. – 60,1
	в 1970 г. – 85,0
	в 1980 г. – 105,8
	в 1990 г. – 116,0
	в 1999 г. – 108,0

Вариант 4

в населенном пункте К. в 1999 г.:	
численность населения	- 65000 человек
из них госпитализировано в стационар	- 9800 человек
врачей	- 140 человек
коек	- 660
в том числе: терапевтических	- 130
хирургических	- 25
число врачей на 10000 населения :	
	в 1960 г. – 7,6
	в 1970 г. – 18,8
	в 1980 г. – 20,7
	в 1980 г. – 22,3
	в 1999 г. – 21,5

Вариант 5

в населенном пункте Р. в 1999 г.:	
численность населения	- 50000 человек
в амбулаторно-поликлинических учреждениях	
зарегистрировано заболеваний	- 75000 случаев
врачей	- 150 человек
коек	- 700
в том числе: гинекологических	- 55
педиатрических	- 80
число коек на 10000 населения:	
	в 1960 г. – 87,2
	в 1970 г. – 101,1
	в 1980 г. – 120,7
	в 1990 г. – 131,8
	в 1999 г. – 140,0

Вариант 6

в городе М. в 1999 г.:	
численность населения	- 300000 человек

из них детей в возрасте 0-15 лет - 100000 человек
 в амбулаторно-поликлинических учреждениях
 зарегистрировано заболеваний - 330000 случаев
 врачей - 640 человек
 в том числе: педиатров - 120 человек
 акушеров – гинекологов - 75 человек
 число врачей на 10000 населения:

в 1960 г. – 15.0
 в 1970 г. – 19.0
 в 1980 г. – 20.9
 в 1990 г. – 22.4
 в 1999 г. – 21.3

Вариант 7

в городе Л. в 1999 г.:
 численность населения - 850000 человек
 число посещений в амбулаторно-поликлинические
 учреждения города - 860000
 врачей - 2935 человек
 коек - 9600
 в том числе: инфекционных - 75
 фтизиатрических - 100
 число коек на 10000 населения:

в 1960 г. – 98,0
 в 1970 г. – 100,5
 в 1980 г. – 108,8
 в 1990 г. – 112,6
 в 1999 г. – 112,9

Вариант 8

в районе М. в 1999г.:
 численность населения - 25000 человек
 родилось - 500 человек
 умерло - 180 человек
 врачей - 45 человек
 коек - 300 человек
 в том числе: кожно-венерологических - 10
 урологических - 8
 число коек на 10000 населения:

в 1960 г. – 58,1
 в 1970 г. – 81,9
 в 1980 г. – 116,5
 в 1990 г. – 130,7
 в 1999 г. – 120,0

Вариант 9

в городе К. в 1999 г.:
 численность населения - 180000 человек
 из них госпитализировано в стационары

- в) количественный показатель
- г) показатель наглядности
- д) показатель соотношения
- е) динамический показатель

4. Укажите относительный показатель, отражающий частоту (распространенность) явления в среде, не продуцирующей данное явление:

- а) экстенсивный показатель
- б) интенсивный показатель
- в) количественный показатель
- г) показатель наглядности
- д) динамический показатель
- е) показатель соотношения

5. Укажите, к какому виду относительных показателей принадлежат показатели обеспеченности населения врачами, средним медицинским персоналом, койками:

- а) экстенсивный показатель
- б) интенсивный показатель
- в) количественный показатель
- г) показатель наглядности
- д) показатель соотношения
- е) динамический показатель

6. Укажите, к какому виду относительных показателей принадлежат показатели рождаемости, смертности, младенческой смертности, инвалидности и заболеваемости:

- а) экстенсивный показатель
- б) интенсивный показатель
- в) количественный показатель
- г) показатель наглядности
- д) показатель соотношения
- е) динамический показатель

7. Укажите, на каком этапе статистического исследования рассчитываются относительные показатели:

- а) на 1
- б) на 2
- в) на 3
- г) на 4
- д) на 5

8. Динамический ряд – это:

- а) ряд измерений какого-либо признака за определенный период времени
- б) ряд изменений какого-либо качественного признака за определенный период времени
- в) ряд, состоящий из однородных абсолютных чисел, средних величин или относительных показателей, характеризующих изменение какого-либо явления за определенный период времени
- г) ряд, состоящий из однородных средних величин или относительных показателей, характеризующих изменение какого-либо явления за определенный период времени
- д) ряд, состоящий из однородных интенсивных или экстенсивных показателей, характеризующих изменение какого-либо явления за определенный период времени

9. Укажите, типы (виды) динамических рядов:

- а) простой
- б) сложный
- в) вариационный
- г) моментный
- д) интервальный
- е) симметричный

10. Укажите способы выравнивания уровней динамических рядов:

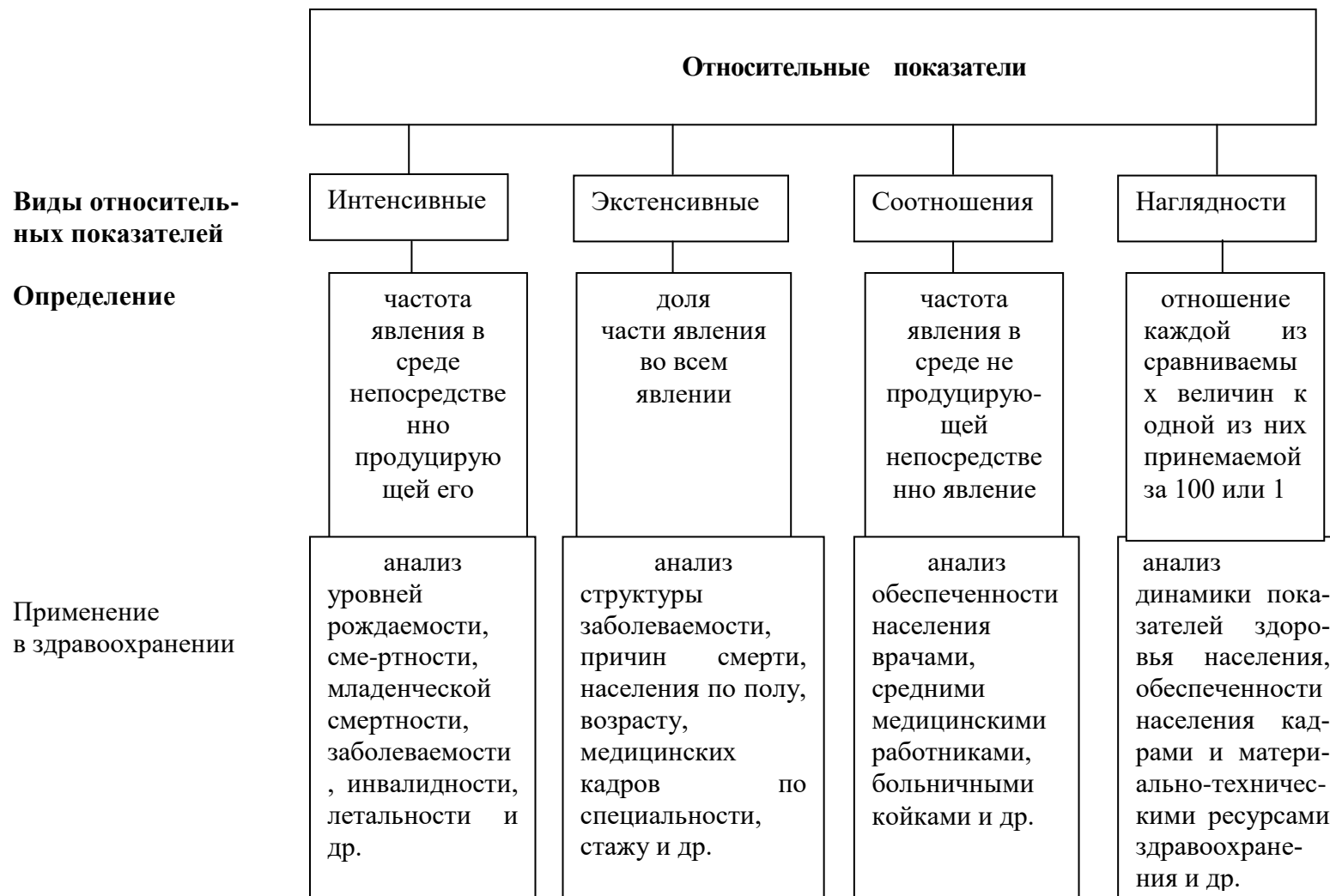
- а) вычисление средней арифметической
- б) вычисление скользящей средней
- в) вычисление групповой средней
- г) укрупнение интервалов
- д) укрупнение уровней

11. Укажите показатели, вычисляемые при анализе динамического ряда:

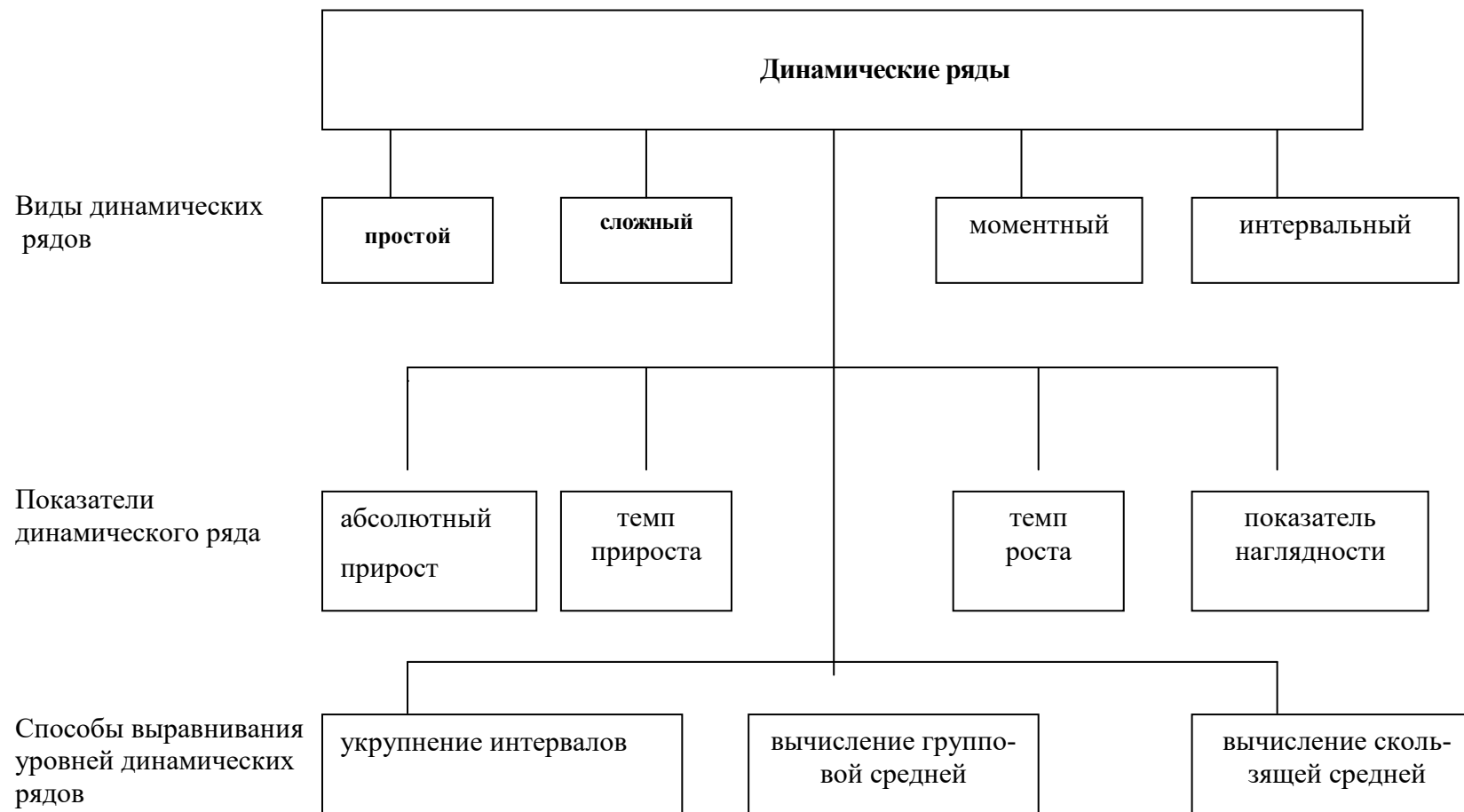
- а) абсолютный прирост
- б) темп прироста
- в) показатель соотношения
- г) скользящая средняя
- д) темп роста
- е) показатель наглядности

Учебные элементы смотреть приложение № 2, 3.

Логическая структура темы "Относительные показатели"



Логическая структура темы “Динамические ряды ”



Тема «Организация и программа статистической обработки собранного материала. Средние величины и оценка разнообразия признака в статистической совокупности»

1. Цель занятия:

в результате изучения темы студент должен знать:

- методику построения и анализа вариационного ряда
- виды средних величин и величины, характеризующие разнообразие признака в статистической совокупности и использование их при статическом анализе
- применение средних величин и величин, характеризующих разнообразие признака в статистической совокупности в медицинской практике

на основании этих знаний студент должен уметь определять:

- простой и сгруппированный вариационные ряды
- среднюю арифметическую среднеарифметическим способом и по способу моментов
- среднее квадратическое отклонение среднеарифметическим способом и по способу моментов
- среднюю ошибку средней арифметической

2. Литература

а). Основная литература:

а). Основная литература:

1. Медик, Валерий Алексеевич *Общественное здоровье и здравоохранение* [Текст]: учебник / Валерий Алексеевич Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 649 с.
2. Медик, В. А. *Общественное здоровье и здравоохранение* [Текст]: руководство к практическим занятиям / В. А. Медик, В. И. Лисицын, М. С. Токмачев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 452 с.

Электронный ресурс:

1. *Общественное здоровье и здравоохранение* [Электронный ресурс]: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html>

б) Дополнительная литература:

3. Полунина, Н. В. *Общественное здоровье и здравоохранение* [Текст]: учебник / Н. В. Полунина. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. - 543 с.

Электронный ресурс:

1. *Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения* [Электронный ресурс]: учебное пособие /ред. В.З. Кучеренко. - 4 изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419151.html>

3. Контрольные вопросы

1. Определение вариационного ряда
2. Элементы вариационного ряда
3. Виды вариационных рядов
4. Этапы построения сгруппированного вариационного ряда
5. Виды средних величин
6. Применение средней арифметической при анализе статистического материала
7. Свойства средней арифметической
8. Методика расчета средней арифметической (простой и взвешенной) среднеарифметическим способом
9. Методика расчета средней арифметической по способу моментов
10. Виды величин, характеризующих разнообразие признака в статистической совокупности

11. Возможности применения среднего квадратического отклонения при статистическом анализе
12. Методика расчета среднего квадратического отклонения среднеарифметическим способом
13. Методика расчета среднего квадратического отклонения по способу моментов.
14. Методика расчета и применение средней ошибки средней арифметической

4. Логическая структура темы “Средние величины” (приложение 4)

5. Пример решения типовой ситуационной задачи

При решении задачи необходимо вычислить:

1. среднюю арифметическую непосредственным (среднеарифметическим) способом и по способу моментов
2. среднее квадратическое отклонение по способу моментов
3. среднюю ошибку средней арифметической

Условие для решения типовой задачи

Вариационный ряд 10-летних девочек по массе тела

масса тела в кг (V)	число девочек (P)
16	20
19	46
22	66
25	17
28	1
	в с е г о (n) - 150

Решение типовой задачи

Для расчетов используем приведенную ниже таблицу:

Таблица 1

масса те- ла в кг (V)	число девочек (P)	VxP	d ₁	d ₁ p	d ₁ ²	d ₁ ² p
16	20	320	- 6	-120	36	720
18	46	874	-3	-138	9	414
22	66	1452	0	0	0	0
25	17	425	+3	51	9	153
28	1	28	+6	6	36	36
	Всего (n) 150	Σ=3099		Σ= -201		Σ=1323

Определяем среднюю арифметическую взвешенную непосредственным вычислением (среднеарифметическим способом). Для этого находим произведение каждой варианты на ее частоту. Затем произведения суммируем и делим на число наблюдений:

$$M = \frac{\sum VP}{n} = \frac{3099}{150} = 20,66 \text{ кг}$$

Для определения средней арифметической по способу моментов выбираем условную среднюю - M_1 . За условную среднюю можно принять любую варианту, но технически удобнее выбрать варианту, которая чаще встречается в вариационном ряду, так как она более близка к средней арифметической. Условную среднюю обозначаем M_1 (в данном случае $M_1=22$).

Далее:

- находим условное отклонение (d_1) каждой варианты от M_1 по формуле:

$$d_1 = V - M_1$$

- определяем сумму условных отклонений всех вариантов - $\sum d_1 p = -201$

- определяем среднее отклонение (момент первой степени):

$$\frac{\sum d_1 p}{n} = \frac{-201}{150} = -1,34$$

- определяем среднюю арифметическую по способу моментов:

$$M = M_1 + \frac{\sum d_1 p}{n} = 22 + (-1,34) = 20,66 \text{ кг}$$

Среднее квадратическое отклонение (δ) можно определить непосредственным вычислением по формуле:

$$\delta = \pm \sqrt{\frac{\sum d_1^2 p}{n}}$$

где $d = V - M$, т. е. отклонение варианты от средней арифметической. Но, учитывая, что среднюю арифметическую мы определяли по способу моментов, то и среднее квадратическое отклонение будем определять по способу моментов, используя формулу:

$$\delta = \pm \sqrt{\frac{\sum d_1^2 p}{n} - \left(\frac{\sum d_1 p}{n}\right)^2}$$

- для определения величины $\frac{\sum d_1^2 p}{n}$ (момента второй степени) необходимо все отклонения d_1 , которыми мы пользовались при вычислении средней арифметической по способу моментов (таблица 1), возвести в квадрат (d_1^2), затем квадраты отклонений умножить на частоту каждой варианты ($d_1^2 p$), получить сумму этих произведений ($\sum d_1^2 p$) разделить на число наблюдений:

$$\frac{(\sum d_1^2 p)}{n}$$

- величина $\frac{\sum d_1 p}{n}$ (момент первой степени) определялась нами при расчете

средней арифметической по способу моментов, а для определения квадрата момента первой степени мы возводим ее в квадрат:

$$\left[\frac{\sum d_1 p}{n}\right]^2$$

- все данные подставляем в формулу:

$$\delta = \pm \sqrt{\frac{\sum d_1^2 p}{n} - \left[\frac{\sum d_1 p}{n}\right]^2} = \pm \sqrt{\frac{1323}{150} - (1,34)^2} = \pm \sqrt{8,82 - 1,79}$$

$$= \pm \sqrt{7,03} = \pm 2,65 \text{ кг}$$

- определяем среднюю ошибку средней арифметической по формуле:

$$m = \pm \frac{\delta}{\sqrt{n}} = \frac{2,65}{\sqrt{150}} = \pm 0,21 \text{ кг}$$

Вывод: таким образом, средняя масса тела 10-летних девочек (M) составляет 20,66 кг со средним квадратическим отклонением (δ) = $\pm 2,65$ кг и средней ошибкой (m) = $\pm 0,21$ кг.

6. Практическая работа студентов

Варианты задач

Вариант 1

Вариационный ряд больных пневмонией по длительности лечения в стационаре

длительность лечения в днях (V)	число больных (P)
12	3
15	8
18	14
22	17
24	5
	всего: 47

Вариант 2

Вариационный ряд невропатологов города К. по числу больных, состоящих на диспансерном учете

число больных (V)	число невропатологов (P)
85	3
90	5
94	4
98	5
102	3
	всего: 20

Вариант 3

Вариационный ряд новорожденных девочек по длине тела

длина тела в см (V)	число девочек (P)
48	16
49	10
51	12
52	14
53	8
56	5
	всего: 65

Вариант 4

Вариационный ряд новорожденных мальчиков по длине тела

длина тела в см (V)	число мальчиков (P)
49	7
50	6
51	10
52	18
53	28
55	31
57	3
	всего: 103

Вариант 5

Вариационный ряд 10-летних девочек по массе тела

масса тела в кг (V)	число девочек (P)
17	20
19	46
24	66
26	17
27	1
	всего: 150

Вариант 6

Вариационный ряд новорожденных мальчиков по массе тела

масса тела в кг (V)	число мальчиков (P)
2,8	1
3,2	3
3,5	4
3,7	3
4,0	10
4,2	12
4,6	9
5,1	2
	всего: 44

Вариант 7

Вариационный ряд 14 – летних девочек по длине тела

длина тела в см (V)	число девочек (p)
132	2
137	6
142	20
147	30
152	85
157	35
162	15

167	6
172	1
	всего: 200

Вариант 8

Вариационный ряд у 9-летних мальчиков по окружности груди

окружность груди в см (V)	число мальчиков (P)
54	6
57	42
60	45
63	12
66	5
	всего: 110

Вариант 9

Вариационный ряд студентов - медиков по максимальному артериальному давлению

максимальное АД в мм рт.ст. (V)	число студентов (P)
102	2
107	2
112	4
117	5
122	4
127	6
132	9
137	5
142	2
147	1
	всего: 40

Вариант 10

Вариационный ряд студентов медиков по частоте пульса

пульс - ударов в минуту (V)	число студентов (P)
59	2
69	3
79	10
89	5
99	22
109	6
119	4
129	3
	всего: 55

Пример заданий в тестовой форме:

1. Вариационный ряд – это:

- а) ряд любых числовых измерений
- б) ряд числовых измерений определенного признака, отличающихся друг от друга по своей величине и расположенных в определенном порядке
- в) ряд числовых измерений атрибутивного признака, отличающихся друг от друга по своей величине
- г) ряд числовых измерений результативного признака, отличающихся друг от друга по своей величине и расположенных в определенном порядке
- д) ряд числовых измерений факторного признака, отличающихся друг от друга по своей величине и расположенных в определенном порядке

2. Варианта – это:

- а) абсолютная величина
- б) числовое значение изучаемого признака
- в) атрибутивная характеристика изучаемого признака
- г) относительная величина
- д) средняя величина

3. Укажите этапы построения сгруппированного вариационного ряда:

- а) построение статистической таблицы; определение начала, середины и конца каждой группы; распределение вариантов по группам; графическое изображение вариационного ряда
- б) определение числа групп; определение начала, середины и конца каждой группы; распределение вариантов по группам; графическое изображение вариационного ряда
- в) определение числа групп; определение интервала между группами; распределение вариантов по группам; расчет средней арифметической
- г) определение числа групп; определение интервала между группами; определение начала, середины и конца каждой группы; распределение вариантов по группам; графическое изображение вариационного ряда
- д) определение числа групп; определение начала, середины и конца каждой группы; распределение вариантов по группам; графическое изображение вариационного ряда; расчет средней арифметической

4. Дайте определение лимита и амплитуды:

- а) лимит – это минимальная и максимальная варианты вариационного ряда; амплитуда – это варианта, занимающая срединное положение вариационного ряда
- б) лимит – это разность между максимальной и минимальной вариантами вариационного ряда; амплитуда - это минимальная и максимальная варианты вариационного ряда
- в) лимит – это наиболее часто встречающаяся варианта в вариационном ряду; амплитуда - разность между максимальной и минимальной вариантами вариационного ряда
- г) лимит – это максимальная и минимальная варианты вариационного ряда; амплитуда – это разность между максимальной и минимальной вариантами вариационного ряда
- д) лимит - это варианта, занимающая срединное положение вариационного ряда; амплитуда - наиболее часто встречающаяся варианта в вариационном ряду

5. Укажите основные виды средних величин:

- а) мода, медиана, скользящая средняя
- б) мода, медиана, групповая средняя
- в) мода, медиана, средняя арифметическая
- г) медиана, скользящая средняя, групповая средняя
- д) мода, амплитуда, средняя арифметическая

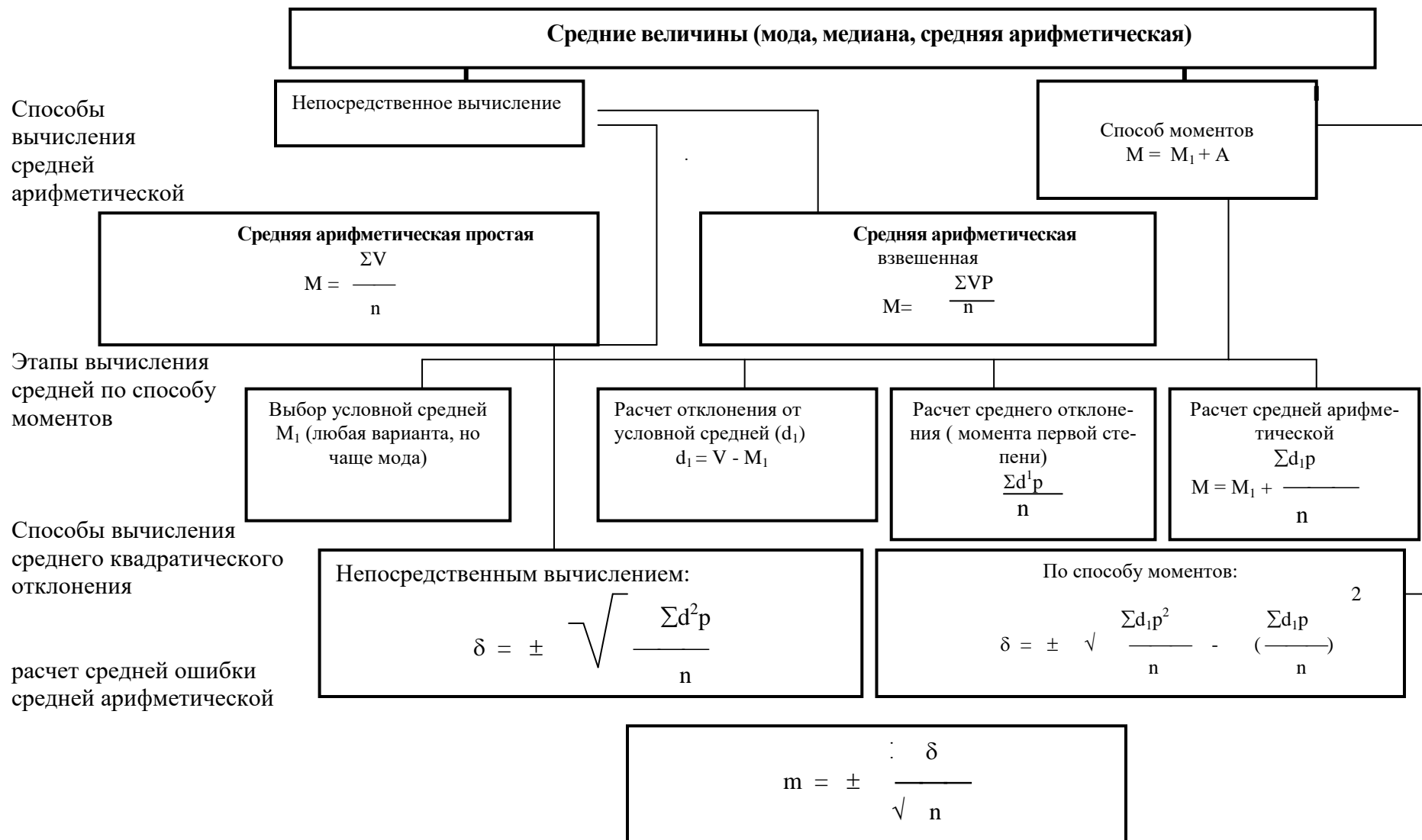
6. Дайте определение моды и медианы:

- а) мода – это варианта, занимающая срединное положение в вариационном ряду; медиана – это варианта, наиболее часто встречающаяся в вариационном ряду
- б) мода – это разность между максимальной и минимальной вариантами вариационного ряда; медиана – это варианта, занимающая срединное положение в вариационном ряду
- в) мода – это варианта, занимающая срединное положение в вариационном ряду; медиана – это разница между максимальной и минимальной вариантами вариационного ряда
- г) мода – это варианта, наиболее часто встречающаяся в вариационном ряду; медиана – это варианта, занимающая срединное положение в вариационном ряду
- д) мода – это разность между максимальной и минимальной вариантами вариационного ряда; медиана – это варианта, занимающая срединное положение в вариационном ряду

7. Укажите статистическое значение средней арифметической:

- а) характеризует изменчивость вариационного ряда
- б) используется для расчета средней ошибки
- в) используется для расчета достоверности полученных результатов
- г) характеризует объем выборочной совокупности
- д) характеризует средний уровень признака

Логическая структура темы “Средние величины ”



Тема «Организация и программа статистической обработки собранного материала. Оценка достоверности результатов статистического исследования»

1. Цель занятия:

в результате изучения темы студент должен знать:

- сущность понятий "достоверность средних и относительных величин", "критерий достоверности- доверительный коэффициент"
- методику расчета достоверности разности средних и относительных величин
- методику определения доверительного коэффициента (t) и на основании его оценивать достоверность результатов статистического исследования

на основании этих знаний студент должен уметь определять:

- средние ошибки средней арифметической и относительной величины
- достоверность разности средних арифметических и относительных величин (показателей) и пользоваться таблицей значений критерия t (Стьюдента)

2. Литература

а). Основная литература:

1. Медик, Валерий Алексеевич *Общественное здоровье и здравоохранение* [Текст]: учебник / Валерий Алексеевич Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 649 с.
2. Медик, В. А. *Общественное здоровье и здравоохранение* [Текст]: руководство к практическим занятиям / В. А. Медик, В. И. Лисицин, М. С. Токмачев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 452 с.

Электронный ресурс:

1. *Общественное здоровье и здравоохранение* [Электронный ресурс]: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html>

б) Дополнительная литература:

2. Полунина, Н. В. *Общественное здоровье и здравоохранение* [Текст]: учебник / Н. В. Полунина. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. - 543 с.

Электронный ресурс:

1. *Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения* [Электронный ресурс]: учебное пособие /ред. В.З. Кучеренко. - 4 изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419151.html>

3. Контрольные вопросы

1. В каких случаях оценивается достоверность средних величин и относительных показателей?
2. Что показывает средняя ошибка?
3. Как вычисляется средняя ошибка средних величин?
4. Как вычисляется средняя ошибка относительных величин?
5. От чего зависит величина средней ошибки средней арифметической и относительной величины?
6. Как определяются доверительные границы средней арифметической и относительной величины?
7. Что такое доверительный коэффициент (t) и для чего он применяется?
8. Что такое степень вероятности безошибочного прогноза (P) и от чего она зависит?
9. Как определяется достоверность разности относительных и средних величин?
10. Как оценивается доверительный коэффициент (t) при малом и большом числе наблюдений?
11. В каких случаях разность средних или относительных величин считается статистически достоверной?

4. Логическая структура темы “Оценка достоверности результатов статистического исследования”

5. Пример решения типовых ситуационных задач

Условие для решения типовой задачи 1

Средняя масса тела новорожденных детей города Н. в 1999г. составлял 3550 гр \pm 12,6, а в 2000г. - 3607 гр \pm 13,7. Можно ли считать, что масса тела новорожденных в 2000г. действительно увеличилась (статистически достоверно)?

Решение типовой задачи 1

Для того чтобы убедиться, что масса тела новорожденных детей в 2000г. статистически достоверно больше массы тела новорожденных детей 1999г., необходимо использовать формулу достоверности разности между двумя средними величинами:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} ;$$

Масса тела новорожденных детей в 1999г. (M_1) составляла 3550 гр, средняя ошибка массы тела новорожденных в 1999г. - (m_1) = \pm 12,6; масса тела новорожденных в 2000г. - (M_2) - 3607 гр, а $m_2 = \pm$ 13,7. Так как масса тела новорожденных детей в 2000г. больше, чем в 1999г., то из большей вычитаем меньшую массу тела (3607 гр - 3550 гр = 57 гр) и делим на корень квадратный из суммы квадратов средних ошибок средних величин (m_1 и m_2)

$$\sqrt{m_1^2 + m_2^2} = \sqrt{12,6^2 + 13,7^2} = \sqrt{346,5} = 18,6.$$

Подставляя полученные данные в формулу $t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} =$

$$\frac{57}{18,6} = 2,5$$

Вывод: различие в массе тела новорожденных есть и оно статистически достоверно со степенью вероятности безошибочного прогноза ($P > 95\%$).

Вероятность безошибочного прогноза (P) определяется по специальной таблице значений критерия t (Стьюдента) - приложение 6.

Условие для решения типовой задачи 2

В поселке А. с населением 120000 человек заболело дизентерией 256 человек, а в поселке Б. с населением 70000 человек заболело 97 человек. Можно ли считать, что в поселке А. заболеваемость дизентерией выше, чем в поселке Б.?

Решение типовой задачи 2

Определяем заболеваемость дизентерией в поселке А. и поселке Б.:

- в поселке А. на 120000 жителей зарегистрировано 256 случаев дизентерии, а на 10000 жителей - X случаев, следовательно

$$X = \frac{256 \times 10000}{120000} = 21,3\text{‰} (P_1)$$

- в поселке Б. на 70000 жителей зарегистрировано 97 случаев дизентерии, а на 10000 жителей - X случаев, следовательно

$$X = \frac{97 \times 10000}{70000} = 13,9\text{‰} (P_2)$$

Определяем средние ошибки заболеваемости дизентерией в поселке А. и поселке Б.:
 - средняя ошибка заболеваемости дизентерией в поселке А. - (m_1):

$$m_1 = \pm \sqrt{\frac{P \times q}{n}} = \pm \sqrt{\frac{21,3 \times (10000 - 21,3)}{120000}} = \pm \sqrt{\frac{21,3 \times 9078,7}{120000}} = \pm \sqrt{\frac{193376,3}{120000}}$$

$$= \pm \sqrt{1,6} = \pm 1,26$$

- средняя ошибка заболеваемости дизентерией в поселке Б. - (m_2):

$$m_2 = \pm \sqrt{\frac{13,9 \times (10000 - 13,9)}{70000}} = \pm \sqrt{\frac{13,9 \times 9086,1}{70000}} = \pm \sqrt{\frac{126296,7}{70000}} = \pm \sqrt{1,8}$$

$$= \pm 1,34$$

Для определения достоверности разности (t) показателей заболеваемости дизентерией в поселках А. и Б. используем формулу:

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} = \frac{21,3 - 13,9}{\sqrt{1,6 + 1,8}} = \frac{7,4}{\sqrt{3,4}} = \frac{7,4}{1,84} = 4,1$$

Вывод: разность показателей ($21,3\text{‰} - 13,9\text{‰} = 7,4\text{‰}$) существенна, достоверна, т. к. соответствует степени вероятности безошибочного прогноза – $P > 99,9\%$ - таблица значений критерия t (Стьюдента). Следовательно, в поселке А. заболеваемость населения дизентерией статистически достоверно выше чем в поселке Б.

6. Практическая работа студентов

Варианты задач для студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов

Вариант 1

Задача 1

Группа больных коронарным атеросклерозом исследовалась на содержание холестерина сыворотки крови под влиянием применения холина. Содержание холестерина сыворотки крови у всех больных до применения холина в среднем составило $231,0 \pm 4,0$ мг %, после применения холина - $204,0 \pm 3,0$ мг %.

Можно ли считать, что применение холина у больных коронарным атеросклерозом ведет к действительному снижению уровня холестерина сыворотки крови?

Задача 2

В детской больнице А. из 1600 оперированных умерло 16 больных, в детской больнице Б. из 1800 оперированных умерло 36 больных.

Имеется ли действительная разница в летальности оперированных детей в двух больницах?

Вариант 2

Задача 1

У студентов-медиков проводилось исследование пульса до и после сдачи экзамена. Частота пульса в среднем до экзамена составила $98,8 \pm 4,0$, после экзамена - $84,0 \pm 5,0$ удара в минуту.

Можно ли на основании этих данных считать, что после экзамена частота снижается и приближается к норме?

Задача 2

При проведении кампании по ликвидации малярии в Ираке до обработки инсектицидом из 7118 препаратов крови в 329 были обнаружены плазмодии. После обработки инсектицидом из 27892 препаратов крови обнаружены плазмодии в 374. Закономерно ли это?

Вариант 3

Задача 1

До сдачи экзаменов у девушек частота пульса в среднем составила $98,9 \pm 3,0$, а после сдачи $84,8 \pm 4,0$ удара в минуту.

Можно ли на основании этих данных сделать вывод о том, что до сдачи экзамена частота пульса в среднем выше по сравнению с частотой пульса после сдачи экзамена?

Задача 2

При исследовании влияния анаболических гормонов при коронарном атеросклерозе оказалось, что из 80 больных, получавших эти гормоны, умерло 6 человек, а в другой группе, состоящей также из 80 человек и не получавших анаболические гормоны, умерло 21 человек. Закономерно ли это?

Вариант 4

Задача 1

Максимальное артериальное давление у студентов до сдачи экзамена в среднем составило $127,2 \pm 3,0$ мм рт.ст., после сдачи $117 \pm 4,0$ мм рт.ст.

Можно ли на основании этих данных считать, что действительно до сдачи экзамена у студентов отмечается некоторое повышение максимального артериального давления?

Задача 2

В городской больнице А. из 1800 оперированных умерло 16 больных, в городской больнице Б. из 2000 оперированных умерло 36 больных.

Имеется ли действительная разница в летальности оперированных больных в двух больницах?

Вариант 5

Задача 1

При изучении белкового обмена у кормящих матерей с пороком сердца оказалось, что в стадии компенсации количество общего белка в молоке составило $8,29 \pm 0,23\%$, а в стадии декомпенсации $7,81 \pm 0,24\%$.

Можно ли на основании этих данных сделать вывод, что в стадии декомпенсации отмечается снижение общего белка в материнском молоке?

Задача 2

При проведении компании по ликвидации малярии в Иране до обработки инсектицидом из 8118 препаратов крови в 429 были обнаружены плазмодии. После обработки инсектицидом из 28892 препаратов крови обнаружены плазмодии в 384. Закономерно ли это?

Вариант 6

Задача 1

При исследовании влияния анаболических гормонов при инфаркте миокарда на белковый обмен получены следующие данные: общий белок до лечения составил $7,14 \pm 0,17\%$, после лечения $8,04 \pm 0,12\%$.

Можно ли считать на основании этих данных, что применение анаболических гормонов при лечении инфаркта миокарда вызывает повышение общего белка?

Задача 2

При проведении компании по ликвидации малярии в Индонезии до обработки инсектицидом из 7118 препаратов крови в 329 были обнаружены плазмодии. После обработки инсектицидом из 18892 препаратов крови обнаружены плазмодии в 284. Закономерно ли это?

Вариант 7

Задача 1

Максимальное артериальное давление у рабочих в возрасте 20-24 лет, работающих в мартеновском цехе, в рабочее время в среднем составило $140,2 \pm 3,0$, после работы - $120 \pm 4,0$ мм рт.ст.

Можно ли на основании этих данных считать, что действительно во время работы в мартеновском цехе у рабочих отмечается повышение максимального артериального давления?

Задача 2

При изучении бацилярной дизентерии на Филиппинах в 1998-1999г г. были получены следующие данные о числе умерших детей по возрастам: в возрасте 0-4 года из 347 заболевших умерло 26 человек, а в возрасте 5-9 лет из 336 заболевших умер 21 человек.

Можно ли считать, что в возрасте 5-9 лет уровень летальности ниже, чем в возрасте 0-4 года?

Вариант 8

Задача 1

При изучении белкового обмена у кормящих матерей с гипертонической болезнью оказалось, что в стадии компенсации количество общего белка в молоке составило $9,29 \pm 0,24$, а в стадии декомпенсации $8,81 \pm 0,26$ %.

Можно ли на основании этих данных сделать вывод, что в стадии декомпенсации отмечается снижение общего белка в материнском молоке?

Задача 2

При изучении заболеваний миокарда среди сельского населения Ямайки получены следующие данные о соотношении между стенокардией и данными ЭКГ: из 18 больных стенокардией с нормальным давлением изменения на ЭКГ оказались у 3-х человек, а из 10 больных гипертонией со стенокардией изменения на ЭКГ отмечены также у 3-х человек.

Можно ли на основании этих данных говорить о худшем прогнозе для больных стенокардией с наличием гипертонии по сравнению с норматониками?

Вариант 9

Задача 1

При исследовании влияния анаболических гормонов при коронарном атеросклерозе на белковый обмен получены следующие данные: общий белок до лечения составил $8,14 \pm 0,20\%$, после лечения – $9,04 \pm 0,16\%$.

Можно ли считать на основании этих данных, что применение анаболических гормонов при лечении вызывает повышение общего белка?

Задача 2

По данным исследования о распространенности заболеваний инфарктом миокарда в зависимости от типа гемоглобина получены следующие результаты: из 218 лиц с нормальной структурой гемоглобина заболело инфарктом миокарда 28 человек, а среди 48 человек с отклонением в структуре гемоглобина заболело 13 человек.

Можно ли на основании приведенных данных говорить о возможной связи между заболеваниями миокарда и гемоглобинопатиями?

Вариант 10

Задача 1

Группа больных коронарным атеросклерозом исследовалась на содержание холестерина сыворотки крови в результате применения холина. Содержание холестерина сыворотки крови у всех больных до применения холина в среднем составило $231,0 \pm 4,0$ мг %, после применения холина $204,4 \pm 3,0$ мг %.

Можно ли считать, что применение холина у больных коронарным атеросклерозом ведет к действительному снижению уровня холестерина сыворотки крови?

Задача 2

При лечении больных ожогами разной степени получены следующие данные: при I степени из 146 больных осложнения наблюдались у 10, при II степени - из 320 у 48.

Есть ли статистически достоверное различие частоты осложнений в зависимости от степени ожога?

Задания в тестовой форме

1. Коэффициент Стьюдента – это:

- а) средняя величина
- б) коэффициент корреляции
- в) коэффициент достоверности
- г) коэффициент разнообразия
- д) стандартизованный коэффициент

2. Достоверность разности между двумя средними величинами определяется:

- а) коэффициентом разности
- б) коэффициентом подобия
- в) коэффициентом корреляции
- г) коэффициентом достоверности (Стьюдента)
- д) коэффициентом соответствия

3. Достоверность разности между двумя относительными показателями определяется:

- а) коэффициентом разности
- б) коэффициентом подобия
- в) коэффициентом корреляции
- г) коэффициентом достоверности (Стьюдента)
- д) коэффициентом соответствия

4. Средняя ошибка средней арифметической величины и относительного показателя – это:

- а) разность между максимальными и минимальными значениями признака
- б) мера статистической достоверности полученных результатов
- в) число степеней свободы
- г) мера объективности полученных результатов
- д) мера достоверности выборочной совокупности

5. Средняя ошибка средней арифметической величины прямо пропорциональна:

- а) частоте встречаемости признака
- б) числу наблюдений
- в) величине изучаемого признака
- г) показателю разнообразия изучаемого признака
- д) коэффициенту достоверности

6. Средняя ошибка средней арифметической величины обратно пропорциональна:

- а) показателю разнообразия изучаемого признака
- б) числу наблюдений
- в) ошибке репрезентативности
- г) величине изучаемого признака
- д) показателю достоверности

7. Коэффициент Стьюдента – это:

- а) средняя величина
- б) коэффициент корреляции
- в) коэффициент достоверности
- г) коэффициент разнообразия
- д) стандартизованный коэффициент

8. Достоверность разности между двумя средними величинами определяется:

- а) коэффициентом разности
- б) коэффициентом подобия
- в) коэффициентом корреляции
- г) коэффициентом достоверности (Стьюдента)
- д) коэффициентом соответствия

9. Достоверность разности между двумя относительными показателями определяется:

- а) коэффициентом разности
- б) коэффициентом подобия
- в) коэффициентом корреляции
- г) коэффициентом достоверности (Стьюдента)
- д) коэффициентом соответствия

Таблица значений критерия t (Стьюдента)

вероятность ошибки (P) число степеней свободы n ¹	0,05=5%	0,01=1%	0,001=01%
1	12,70	63,66	637,59
2	4,30	9,92	31,60
3	3,18	5,84	12,94
4	2,78	4,60	8,61
5	2,57	4,03	6,86
6	2,42	3,71	5,96
7	2,36	3,50	5,31
8	2,31	3,36	5,04
9	2,26	3,25	4,78
10	2,23	3,17	4,59
11	2,20	3,17	4,44
12	2,18	3,06	4,32
13	2,16	3,01	4,22
14	2,14	2,98	4,14
15	2,13	2,95	4,07
16	2,12	2,92	4,02
17	2,11	2,90	3,96
18	2,10	2,88	3,92
19	2,09	2,86	3,88
20	2,09	2,84	3,85
30	2,04	2,75	3,64
Более 30	1,96	2,58	3,29

Тема «Методы стандартизации»

1. Цель занятия :

в результате изучения темы студент должен знать:

- основные условия применения метода стандартизации в медико-социальных исследованиях
 - этапы вычисления стандартизованных показателей прямым методом и анализ полученных результатов
 - когда применяется метод стандартизации в практическом здравоохранении
- на основании этих знаний студент должен уметь определять:**
- стандартизованные показатели заболеваемости, смертности, летальности и рождаемости (фертильности) прямым методом
 - на основании полученных общих и стандартизованных показателей делать выводы о влиянии возраста, пола, состава больных и др. факторов на величину общих показателей

2. Литература

а). Основная литература:

1. Медик, Валерий Алексеевич Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Валерий Алексеевич Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 649 с.
2. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: руководство к практическим занятиям / В. А. Медик, В. И. Лисицын, М. С. Токмачев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 452 с.

Электронный ресурс:

1. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html>

б) Дополнительная литература:

2. Полунина, Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Н. В. Полунина. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. - 543 с.

Электронный ресурс:

1. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения [Электронный ресурс]: учебное пособие / ред. В.З. Кучеренко. - 4 изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419151.html>

3. Контрольные вопросы

1. Основные условия, необходимые для сравнения относительных показателей
2. Что понимается под “общим” и “специальными” (“частными”) показателями (коэффициентами)?
3. Что такое метод стандартизации?
4. Из каких этапов состоит прямой метод стандартизации?
5. Какова методика вычисления частных и общих показателей (первый этап)?
6. Что можно принять (выбрать) за стандарт (второй этап)?
7. Методика расчета стандарта (третий этап)
8. Вычисление стандартизованных показателей (четвертый этап)
9. Сравнение общих и стандартизованных показателей. Анализ и выводы (пятый этап)
10. Являются ли стандартизованные показатели истинными (реальными) или условными?

11. Какие показатели отражают истинный уровень явления: стандартизованные или не-стандартизованные (общие)?

4. Логическая структура темы “Метод стандартизации”

5. Пример решения типовой ситуационной задачи

При решении задачи необходимо:

1. вычислить стандартизованные показатели, используя прямой метод стандартизации
2. сравнить общие интенсивные показатели со стандартизованными
3. сделать вывод, на основе сопоставления общих и стандартизованных показателей в сравниваемых группах

Условие для решения типовой задачи

Вычислить стандартизованные показатели летальности от аппендицита в 2-х детских больницах при разных сроках госпитализации от начала заболевания. Сравнить их с общими интенсивными показателями и сделать выводы. За стандарт принять состав больных по срокам госпитализации в больнице № 2.

сроки госпитализации (дни)	больница №1		больница №2	
	число больных	число умерших	число больных	число умерших
1-2	400	2	400	2
3-4	150	3	200	2
5-6	50	2	100	5
всего	600	7	700	9

Решение типовой задачи

Этапы: I II III IV

сроки госпитал.	больница №1		больница №2		летальность (%)		стандарт состава больных		число умерших из соответствующ. групп стандарта	
	число		число		больница		аб-сол.	%	групп стандарта	
	боль-ных	умер-ших	боль-ных	умер-ших	№1	№2			б-ца №1	б-ца №2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1-2	400	2	400	2	0,5	0,5	400	57,1	0,28	0,28
3-4	150	3	200	2	2,0	1,0	200	28,6	0,57	0,28
5-6	50	2	100	5	4,0	5,0	100	14,3	0,57	0,71
всего	600	7	700	9	1,1	1,3	700	100,0	1,42	1,27

I этап: вычисление общих и частных показателей (интенсивных)

а). Общие: по больнице №1- из 600 больных умерло - 7, а из 100 - X,

$$\text{следовательно } X = \frac{\quad}{600} = 1,1\%$$

по больнице №2- из 700 больных умерло - 9, а из 100 - X,

$$\text{следовательно } X = \frac{9 \times 100}{700} = 1,3\%$$

Данные расчета вносим в таблицу на итоговую строку в графу 6 (больница №1) и графу 7 (больница №2).

б) Частные: определение летальности по срокам госпитализации отдельно по больницам №1 и №2.

	Больница №1	Больница №2
1-2 день	из 400 больных - умерло 2 из 100 - X	из 400 больных - умерло 2 из 100 - X
	$X = \frac{2 \times 100}{400} = 0,5\%$	$X = \frac{2 \times 100}{400} = 0,5\%$
3-4 день	$X = \frac{3 \times 100}{150} = 2,0 \%$	$X = \frac{2 \times 100}{200} = 1,0 \%$
5 -6 день	$X = \frac{2 \times 100}{50} = 4,0 \%$	$X = \frac{5 \times 100}{100} = 5,0 \%$

Результаты расчета вносим в таблицу на соответствующие строки (по срокам госпитализации) графы 6 и 7 (больницы №1 и №2).

II этап: определение (выбор) стандарта:

в данном случае за стандарт принят состав больных больницы №2 по срокам госпитализации. Абсолютные данные вносим в графу 8.

III этап: расчет стандарта:

В больнице № 2 всего 700 больных, их принимаем за 100 %. Из 700 больных в первые два дня поступили 400 больных, которые составляют 57,1%

$$\frac{400 \times 100}{700} = 57,1\%,$$

200 больных, поступивших на 3-4 день составляет 28,6%

$$\frac{200 \times 100}{700} = 28,6 \%,$$

100 больных, поступивших на 5-6 день – 14,3%

$$\frac{100 \times 100}{700} = 14,3 \%$$

Данные расчета вносим в графу 9.

IV этап: определение стандартизованных показателей, т.е. определение ожидаемой летальности в каждой группе стандарта:

В больнице № 1 из 100 больных, поступивших в первые двое суток, умерло

0,5 %, а на 57,1% стандарта состава умрет – X или

$$100 - 0,5 \qquad 0,5 \times 57,1 \\ 57,1 - X \qquad X = \frac{\quad}{100} = 0,28$$

Аналогичные расчеты проводим по другим срокам госпитализации. Так, на 3-4 день болезни из 100 больных умерло 2,0 %, а на 28,6% стандарта - X

$$2,0 \times 28,6 \\ X = \frac{\quad}{100} = 0,57$$

Из поступивших на 5-6 день болезни из 100 умерло 4,0 % , а на 14,3%

$$2,0 \times 28,6 \\ \text{стандарта} - X, \quad X = \frac{\quad}{100} = 0,57.$$

Такой же принцип расчета стандартизованных показателей по больнице №2

$$1 - 2 \text{ день} \qquad \frac{0,5 \times 57,1}{100} = 0,28$$

$$3 - 4 \text{ день} \qquad \frac{1,0 \times 28,6}{100} = 0,28$$

$$5 - 6 \text{ день} \qquad \frac{5,0 \times 14,3}{100} = 0,71$$

Результаты расчета вносим в графы 10 и 11.

Стандартизованные показатели летальности при отдельных сроках госпитализации суммируем по каждой больнице отдельно:

по больнице № 1 – 0,28+0,57+0,57=1,42

по больнице № 2 – 0,28+0,28+0,71=1,27

Результаты подсчета вносим на итоговую строку граф 10 и 11.

V этап: вписываем общие интенсивные и стандартизованные показатели в отдельную таблицу, сопоставляем эти данные и делаем общий вывод:

показатели	больница №1	больница №2	результаты сравнения летальности
интенсивные	1,1	1,3	в больнице №1 меньше больницы №2
стандартизованные	1,42	1,27	в больнице №1 больше больницы №2

Вывод: сравнение стандартизованных показателей по больницам №1 и №2 позволяет сделать заключение, что, если бы состав больных по срокам поступления в эти больницы был

одинаковым, то показатель летальности в больнице №2 был бы значительно ниже, чем в больнице №1.

Из анализа общих интенсивных показателей такой вывод сделать нельзя, т.к. на общие интенсивные показатели оказывает влияние разный состав больных по срокам госпитализации в эти больницы.

6. Практическая работа студентов

Варианты задач для студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов

Варианты задач

Вариант 1

Вычислить стандартизованные показатели плодовитости женщин в двух районах, сравнить их с общими интенсивными показателями и сделать выводы.

За стандарт принять возрастной состав женщин района Б.

Количество женщин детородного возраста и числа родившихся в районах А и Б

возраст (годы)	район А		район Б	
	количество женщин	количество родов	количество женщин	количество родов
15 – 20	1000	18	1200	22
21 – 30	9000	225	7000	175
31 – 49	8000	128	10000	160
всего:	18000	371	18200	357

Вариант 2

Вычислить стандартизованные показатели заболеваемости дизентерией среди привитых и непривитых групп взрослого населения. Сравнить их с общими интенсивными показателями и сделать выводы. За стандарт взять возрастной состав населения обеих групп.

Число заболеваний дизентерией среди привитых и непривитых

возраст (годы)	группа привитых		группа непривитых	
	число привитых	из них заболело	число привитых	из них заболело
15-20	500	1	2000	6
21-40	3000	12	6000	30
41-60	6000	36	1000	8
60 лет и >	500	2	1000	6
всего:	10000	51	10000	50

Вариант 3

Вычислить стандартизованные показатели заболеваемости ангиной в двух населенных пунктах. Сравнить их с общими интенсивными показателями и сделать выводы. За стандарт принять полусумму состава населения обоих населенных пунктов.

Число случаев ангины в двух населенных пунктах

возрастные группы (годы)	численность населения		число зарегистрированных больных	
	пункт А	пункт Б	пункт А	пункт Б
0-19	2000	3000	55	86
20-59	3000	4000	18	20
60 и старше	1000	1000	9	1
всего	6000	8000	82	107

Вариант 4

Вычислить стандартизованные показатели послеоперационной летальности при непроходимости кишечника при разных сроках поступления в больницы А и Б. Сравнить их с общими интенсивными показателями и сделать выводы. За стандарт принять сумму больных по обеим больницам.

Число умерших от непроходимости кишечника в двух больницах

срок поступления в стационар от начала заболевания	больница А		больница Б	
	число больных	число умерших	число больных	число умерших
до 6 часов	350	42	170	20
от 6 до 24 час	273	49	215	37
свыше 24 часов	104	30	418	116
всего	727	121	803	173

Вариант 5

Вычислить стандартизованные показатели заболеваемости энтероколитом населения в двух поликлиниках. Сравнить их с интенсивными показателями и сделать выводы. За стандарт принять полусумму населения обоих поселков.

Число заболевших энтероколитом в двух поселках

возраст (годы)	поселок А		поселок Б	
	численность населения	число заболевших	численность населения	число заболевших
0-9	2800	22	5000	37
10-19	2400	4	3000	6
20-49	3500	2	4000	4
50 и старше	1300	1	2000	1
всего	10000	29	14000	48

Вариант 6

Вычислить стандартизованные показатели летальности в 2-х больницах. Сравнить их с общими интенсивными показателями и сделать выводы. За стандарт принять состав больницы № 1.

Число умерших в двух больницах

сроки госпитализации (дни)	больница № 1		больница № 2	
	число больных	число умерших	число больных	число умерших

1-2	300	1	600	3
3-4	50	1	150	3
5-6	150	6	50	4
всего	500	8	800	10

Вариант 7

Вычислить стандартизованные показатели смертности в двух поселках. Сравнить их с общими интенсивными показателями и сделать выводы. За стандарт принять состав населения поселка А.

Число умерших в двух поселках

возраст (годы)	поселок А		поселок Б	
	численность населения	число умерших	численность населения	число умерших
0-9	3400	30	4000	30
10-19	3600	5	5000	8
20-49	9000	40	7000	30
50 и старше	4000	110	3000	90
всего	20000	185	19000	158

Вариант 8

Вычислить стандартизованные показатели летальности в больницах А и Б. Сравнить их с общими интенсивными показателями и сделать выводы. За стандарт принять полусумму больных каждого отделения двух больниц.

Распределение больных и умерших по отделениям больниц А и Б

отделение	больница А		больница Б	
	число больных	из них умерло	число больных	из них умерло
терапевтическое	600	30	200	12
хирургическое	300	6	700	21
инфекционное	100	4	100	5
всего	1000	40	1000	38

Вариант 9

Вычислить стандартизованные показатели заболеваемости гепатитом В в двух районах. Сравнить их с общими интенсивными показателями и сделать выводы. За стандарт принять возрастной состав населения обоих районов.

Число заболеваний гепатитом В

возраст (годы)	район А		район Б	
	численность населения	число заболевших гепатитом В	численность населения	число заболевших гепатитом В

до 10	25000	260	30000	255
10-19	35000	190	30000	170
20-49	160000	110	120000	25
50 и старше	80000	40	20000	10
всего	300000	600	200000	460

Вариант 10

Вычислить стандартизованные показатели вызовов скорой медицинской помощи к детям в двух районах. Сравнить их с общими интенсивными показателями и сделать выводы. За стандарт принять возрастной состав детей обоих районов.

Число вызовов скорой медицинской помощи к детям

возраст (годы)	район А		район Б	
	численность детей	число вызовов скорой помощи	численность детей	число вызовов скорой помощи
до 1 года	2000	740	1500	440
1-3	7000	1830	6000	1110
4-6	12000	1240	16000	1830
7-14	29000	1260	36500	1600
всего	50000	5070	60000	4980

Задания в тестовой форме

1. Метод стандартизации используется для:

- определения числа необходимых наблюдений
- сравнения показателей двух неоднородных по составу совокупностей
- более точных расчетов интенсивных показателей
- более точных расчетов в генеральной совокупности
- определения взаимозависимости двух и более признаков

2. Укажите методы стандартизации:

- прямой
- непрямой
- косвенный
- обратный
- типологический

3. Укажите этапы прямого метода стандартизации:

- расчет частных и общих интенсивных показателей в сравниваемых группах
- расчет относительных показателей
- определение (выбор) стандарта
- расчет стандарта
- расчет «ожидаемых чисел» в каждой группе стандарта и стандартизованных показателей
- сравнение общих интенсивных и стандартизованных показателей

4. Укажите, в каком случае применяется прямой метод стандартизации:

- если известны состав среды и состав явления

- б) если известны частные и общие интенсивные показатели
- в) если известен состав среды, но не известен состав явления
- г) если известен состав генеральной совокупности
- д) если известен состав явления, но не известен состав среды

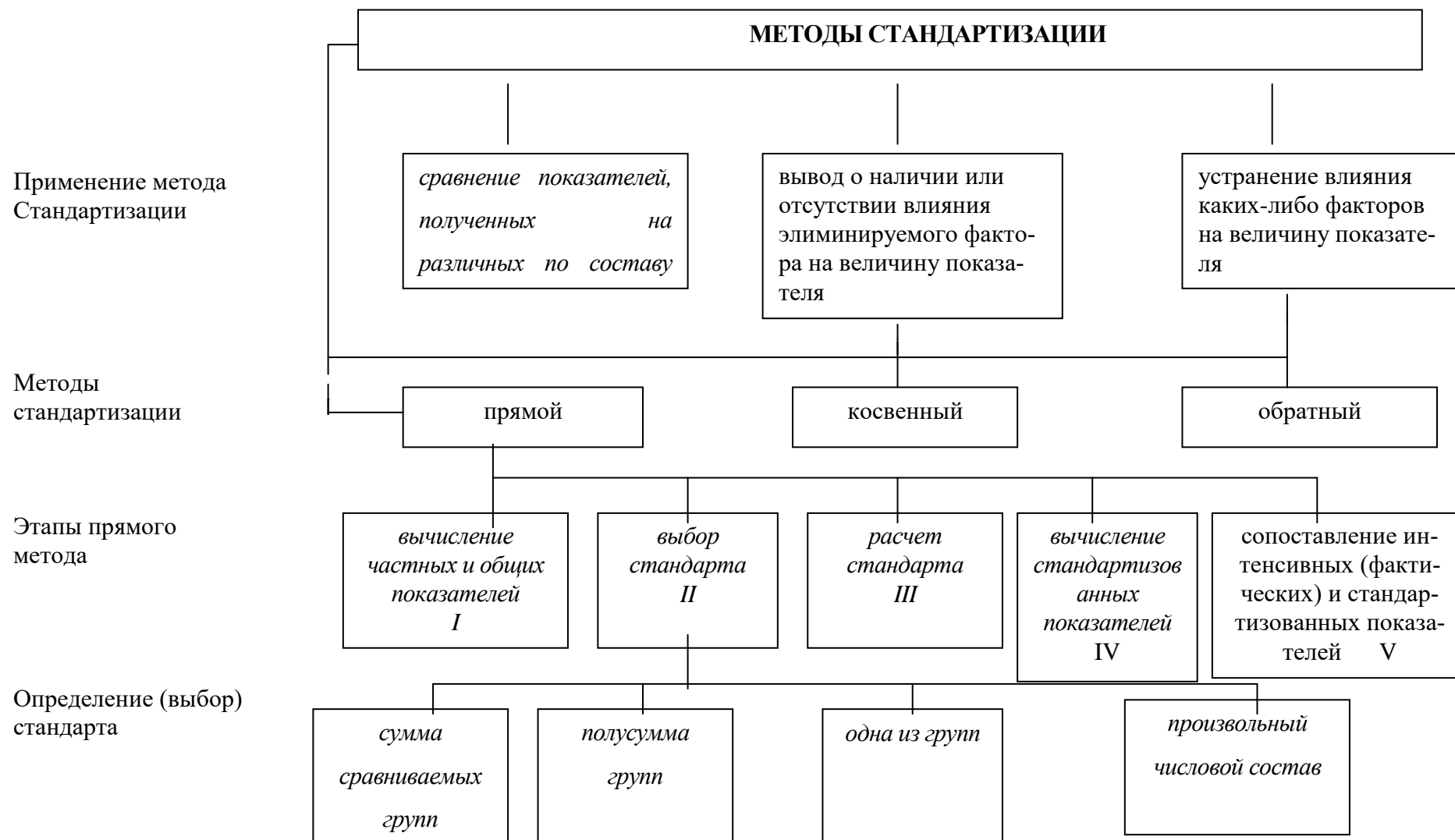
5. Укажите, в каком случае применяется косвенный метод стандартизации:

- а) если известны состав среды и состав явления
- б) если известны частные и общие интенсивные показатели
- в) если известен состав среды, но не известен состав явления
- г) если известен состав генеральной совокупности
- д) если известен состав явления, но не известен состав среды

6. Укажите, в каком случае применяется обратный метод стандартизации:

- а) если известны состав среды и состав явления
- б) если известны частные и общие интенсивные показатели
- в) если известен состав среды, но не известен состав явления
- г) если известен состав генеральной совокупности
- д) если известен состав явления, но не известен состав среды

Логическая структура темы “Метод стандартизации”



Тема «Корреляционный анализ»

1. Цель занятия:

в результате изучения темы студент должен знать:

- сущность корреляционной связи между признаками
- методику вычисления коэффициента корреляции по методу квадратов и рангов, его ошибку и достоверность

на основании этих знаний студент должен уметь определять:

- коэффициент корреляции по методу квадратов
- коэффициент корреляции по методу рангов
- характер и силу корреляционной связи
- ошибку и достоверность коэффициента корреляции

Учебные элементы смотреть приложение № 8

2. Литература

а). Основная литература:

1. Медик, Валерий Алексеевич Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Валерий Алексеевич Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 649 с.
2. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: руководство к практическим занятиям / В. А. Медик, В. И. Лисицин, М. С. Токмачев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 452 с.

Электронный ресурс:

1. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html>

б) Дополнительная литература:

2. Полунина, Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Н. В. Полунина. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. - 543 с.

Электронный ресурс:

1. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения [Электронный ресурс]: учебное пособие /ред. В.З. Кучеренко. - 4 изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419151.html>

3. Контрольные вопросы

1. Виды связи между явлениями или признаками.
2. Что такое функциональная связь (зависимость)?
3. Что такое корреляционная связь (зависимость)?
4. Чем отличается корреляционная зависимость от функциональной?
5. Что понимается под терминами “прямая” и “обратная” корреляционная связь (привести примеры)?
6. Каким образом оценивается сила корреляционной связи между признаками (явлениями)?
7. Какие существуют способы представления корреляционной связи?
8. Какие существуют методы вычисления коэффициента корреляции?
9. Формулы для определения коэффициента корреляции, его ошибки и достоверности

4. Логическая структура темы “Корреляционный анализ “ (приложение 8)

5. Пример решения типовой ситуационной задачи

При решении задачи необходимо:

1. вычислить коэффициент корреляции по методу квадратов (Пирсону) и методу рангов (Спирмену)
2. определить характер (направление) и силу связи между соответствующими признаками (явлениями)
3. вычислить ошибку коэффициента корреляции
4. вычислить достоверность коэффициента корреляции
5. оценить коэффициент корреляции по силе и направлению связи

Условие для решения типовой задачи

Зависимость между температурой тела и частотой пульса

Таблица 1

t° тела (x)	Частота пульса (y)
36	60
36	65
36	70
38	80
40	90
40	100

1. Метод квадратов (Пирсона)

Таблица 2

t° тела (x)	Частота пульса (y)	d _x	d _y	d _x ×d _y	d _x ²	d _y ²
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
36	60	-1,67	-17,5	29,23	2,79	306,25
36	65	-1,67	-12,5	20,88	2,79	156,25
36	70	-1,67	-7,5	12,53	2,79	56,25
38	80	+0,33	+2,5	0,83	0,11	6,25
40	90	+2,33	+12,5	29,13	5,43	156,25
40	100	+2,33	+22,5	52,43	5,43	506,25
Σx = 226 M _x =37,67	Σy = 465 M _y =77,5	Σd _x = 0	Σd _y = 0	Σd _x ×d _y = = 145,03	Σd _x ² = = 19,34	Σd _y ² = = 1187,5

1). Определяем средние величины для признаков x и y (графы 1 и 2) :

$$M_x = \frac{226}{6} = 37,67 \quad M_y = \frac{465}{6} = 77,5$$

2). Находим d – отклонение каждой варианты от средней величины для ряда x (d_x = x – M_x) и для ряда y (d_y = y – M_y) . Полученные результаты заносим в таблицу (графы 3 и 4).

3). Полученные отклонения умножаем друг на друга (d_x × d_y) и суммируем (Σd_x×d_y). Полученные результаты заносим в таблицу (графа 5).

4). Каждое отклонение возводим в квадрат и суммируем по ряду x - Σd_x² и по ряду y - Σd_y². Полученные результаты заносим в таблицу (графы 6 и 7).

5). Рассчитываем коэффициент корреляции (r_{xy}) по формуле

$$r_{xy} = \frac{\Sigma d_x \times d_y}{\sqrt{\Sigma d_x^2 \times \Sigma d_y^2}}$$

$$\sqrt{\sum d_x^2 \times \sum d_y^2}$$

подставив в нее полученные результаты (из таблицы 2):

$$r_{xy} = \frac{\sum d_x d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \times \sum d_y^2}} = \frac{145,03}{\sqrt{19,34 \times 1187,5}} = \frac{145,03}{\sqrt{22966,25}} = \frac{145,03}{151,56} = +0,96$$

б). Определяем ошибку коэффициента корреляции ($m_{r_{xy}}$) по формуле:

$$m_{r_{xy}} = \pm \sqrt{\frac{1 - r_{xy}^2}{n - 2}}, \text{ где } r_{xy} - \text{коэффициент корреляции, } n - \text{число парных вариантов}$$

$$m_{r_{xy}} = \sqrt{\frac{1 - 0,96^2}{6 - 2}} = \sqrt{\frac{1 - 0,92}{4}} = \sqrt{\frac{0,08}{4}} = \sqrt{0,02} = \pm 0,14$$

7). Определяем достоверность коэффициента корреляции по формуле:

$$t = \frac{r_{xy}}{m_r}, \text{ где } r_{xy} - \text{коэффициент корреляции, } m_r - \text{ошибка коэффициента корреляции}$$

$$t = \frac{0,96}{0,14} = 6,86$$

Вывод: между температурой тела и частотой пульса существует прямая, сильная связь, т.к. коэффициент корреляции равен +0,96. Коэффициент корреляции достоверен с вероятностью безошибочного прогноза $P > 99\%$, т.к. утроенная ошибка, равная $\pm 0,42$ меньше коэффициента корреляции.

Примечание: с достаточной для медицинских исследований надежностью о наличии той или иной степени связи можно утверждать только тогда, когда величина коэффициента корреляции превышает или равняется величине трех своих ошибок ($r_{xy} \geq 3m_r$).

2. Метод рангов (Спирмена)

Таблица 3

t° тела (x)	Частота пульса (y)	ранги		Разность рангов (d)	Квадрат разности рангов (d ²)
		X'	Y'		
1.	2.	3.	4.	5.	6.
36	60	2	1	+1	1
36	65	2	2	0	0
36	70	2	3	-1	1
38	80	4	4	0	0
40	90	5,5	5	+0,5	0,25
40	100	5,5	6	-0,5	0,25
					$\sum d^2 = 2,5$

1. Для вычисления коэффициента ранговой корреляции определяем порядковый номер (ранг), который соответствует каждому значению температуры тела и частоты пульса (таблица 3).

При обозначении места (порядкового номера) показателей, ранжировать начинают с меньшего (или с большего) показателя в обоих рядах (графы 3 и 4).

Если отдельные показатели ряда встречаются несколько раз (36,40), ранги распределяются следующим образом: температура тела 36° встречается трижды, занимая 1-е, 2-е и 3-е места, поэтому порядковые номера в этом случае будут равны средней арифметической, занимаемых этими значениями температуры мест ($(1+2+3)/3 = 2$), т.е. против каждого показателя температуры 36° будет проставлен ранг 2. Ранг для температуры 38° равен - 4. Ранги для температуры тела 40° будут равны

($(5+6)/2 = 5,5$), т.е. против каждого значения температуры 40° будет поставлен ранг 5,5.

2. Определяем разность между рангами (порядковыми номерами) в каждой строке (d) - графа 5, возводим ее в квадрат (d^2) и находим сумму ($\sum d^2$) - графа 6.

3. Коэффициент ранговой корреляции определяем по формуле:

$$\rho_{xy} = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}, \text{ где } 6 - \text{ постоянный коэффициент; } d - \text{ разность рангов; } n - \text{ число парных вариантов}$$

$$\rho_{xy} = 1 - \frac{6 \times 2,5}{6(6^2 - 1)} = 1 - \frac{15}{6(36 - 1)} = 1 - \frac{15}{210} = 1 - 0,07 = +0,93$$

4. Определяем ошибку коэффициента корреляции по формуле:

$$m_p = \pm \sqrt{\frac{1 - \rho_{xy}^2}{n - 2}}, \text{ где } \rho_{xy} - \text{ коэффициент корреляции; } n - \text{ число парных вариантов.}$$

$$m_p = \pm \sqrt{\frac{1 - 0,93^2}{6 - 2}} = \sqrt{\frac{1 - 0,86}{4}} = \sqrt{\frac{0,14}{4}} = \sqrt{0,04} = \pm 0,2$$

5. Определяем достоверность коэффициента корреляции по формуле:

$$t = \frac{\rho_{xy}}{m_p}, \text{ где } \rho_{xy} - \text{ коэффициент корреляции; } m_p - \text{ ошибка коэффициента корреляции.}$$

$$t = \frac{0,93}{0,2} = 4,65$$

Вывод: Коэффициент корреляции равный + 0,93 позволяет заключить о наличии прямой, сильной связи между температурой тела и частотой пульса. Утроенная ошибка, равная ± 0,6 меньше коэффициента корреляции, следовательно коэффициент корреляции достоверен ($P > 99\%$).

6. Практическая работа студентов

Вариант 1

Уровень молочной кислоты в крови и длительность охлаждения организма

дни охлаждения (x)	молочная кислота, в мг% (y)
1	7,0
2	7,0
3	7,2
4	7,1
5	8,5
6	8,9
7	8,7
8	9,0
9	9,5
10	9,3

Вариант 2

Средняя температура сезона и заболеваемость дизентерией

годы	средняя температура сезона, C ⁰ (x)	заболеваемость дизентерией в условн.ед. (y)
1989	14,3	88
1990	15,0	77
1991	14,6	60
1992	13,2	67
1993	15,2	117
1994	15,0	67
1995	14,1	68
1996	13,2	59
1997	17,7	31
1998	14,8	70
1999	17,8	75

Вариант 3

Уровни систолического и диастолического давления (в мм рт. ст.) у 12 здоровых юношей в возрасте 18 лет

систолическое давление (x)	диастолическое давление (y)
105	65
115	70
115	65
110	65
110	70
120	75
120	75
120	70
125	75

Вариант 4

Результаты измерения длины и массы тела студентов в возрасте 20 лет

длина тела, см (x)	масса тела , кг (y)
157	56
158	55
160	57
165	57
167	58
162	60
171	63
174	65
168	67
176	72
170	79
180	82

Вариант 5

Частота пульса у студентов до и после экзаменов

порядковый номер студента	частота пульса до экзаменов (x)	частота пульса после экзаменов (y)
1	96	80
2	104	88
3	76	56
4	108	106
5	88	76
6	98	90
7	100	92
8	105	95

Вариант 6

Возраст матери и количество сцеженного и высосанного грудного молока

возраст матери, годы (x)	количество молока, г.(y)
15	110
18	110
21	115
24	110
27	105
30	90
33	95
39	90
39	85
42	80

Вариант 7

Длина и масса тела у 12 девочек в возрасте 5 лет

длина тела, см. (x)	масса тела , кг. (y)
87	13
95	14
115	20

89	12
90	14
90	15
101	17
95	15
110	18
110	21
88	14
93	16

Вариант 8

Частота раннего прикорма и желудочно-кишечных инфекций у детей в возрасте до 1 года

районы	частота раннего прикорма (на 100 детей до 1 года)	заболеваемость желудочно-кишечными инфекциями (на 100 детей)
А	8,0	15,0
Б	12,0	20,0
В	16,0	30,0
Г	20,0	25,0
Д	25,0	35,0
Е	24,0	34,0
Ж	24,0	35,0
З	28,0	38,0

Вариант 9

Длина и масса тела у 10 новорожденных

длина тела, см (х)	масса тела ,кг (у)
35	4,5
48	3,6
52	4,1
50	4,0
47	3,2
53	3,8
52	3,9
50	3,9
51	4,0
54	4,3

Вариант 10

Длина и масса тела у 10 девочек в возрасте 6 лет

длина тела, см (х)	масса тела , кг (у)
95	15
93	14
98	15
108	19
106	16
101	15
110	16

105	15
107	17
112	21

Пример заданий в тестовой форме

1. Укажите виды связи между явлениями (признаками):

- а) функциональная
- б) причинно-следственная
- в) динамическая
- г) корреляционная
- д) непосредственная

2. По направлению корреляционная связь характеризуется как:

- а) прямолинейная
- б) прямая
- в) криволинейная
- г) обратная
- д) параллельная

3. Укажите, какую связь следует расценивать как корреляционную:

- а) длина пройденного пути и время при равномерной скорости движения
- б) охват прививками и частота заболеваний детей корью
- в) возраст и частота госпитализации по поводу гипертонической болезни
- г) длина радиуса круга и его площадь
- д) температура тела и частота пульса

4. Укажите методы вычисления коэффициентов корреляции:

- а) метод квадратов (Пирсона)
- б) метод отклонений (Стьюдента)
- в) метод рангов (Спирмена)
- г) метод сравнения (Паркинса)
- д) метод минимизации (Саймона)

5. Укажите, какое значение коэффициента корреляции (r) характеризует связь как прямую и среднюю:

- а) $r = +0,2$
- б) $r = +0,25$
- в) $r = +0,4$
- г) $r = +0,75$
- д) $r = +0,8$

6. Укажите, какое значение коэффициента корреляции (r) характеризует связь как обратную и слабую:

- а) $r = 0,2$
- б) $r = - 0,25$
- в) $r = - 0,4$
- г) $r = + 0,75$
- д) $r = - 0,8$

7. Укажите формулу для вычисления коэффициента корреляции по методу квадратов (Пирсона):

$$\begin{array}{l}
 \text{a) } \rho = \frac{1 - r^2_{xy}}{mr} \quad \text{б) } \rho = 1 - \frac{6 \times \Sigma d^2}{n \times (n^2 - 1)} \quad \text{в) } \rho = \frac{\Sigma dx \times dy}{\sqrt{\Sigma d^2x \times d^2y}} \quad \text{г) } \rho = \frac{6 \times \Sigma d^2}{mr} \quad \text{д) } \rho = \frac{6 \times \Sigma d^2}{\sqrt{\Sigma d^2x \times d^2y}}
 \end{array}$$

8. Укажите формулу для вычисления коэффициента корреляции по методу рангов (Спирмена):

$$\begin{array}{l}
 \text{a) } \rho = \frac{1 - r^2_{xy}}{mr} \quad \text{б) } \rho = 1 - \frac{6 \times \Sigma d^2}{n \times (n^2 - 1)} \quad \text{в) } \rho = \frac{\Sigma dx \times dy}{\sqrt{\Sigma d^2x \times d^2y}} \quad \text{г) } \rho = \frac{6 \times \Sigma d^2}{mr} \quad \text{д) } \rho = \frac{6 \times \Sigma d^2}{\sqrt{\Sigma d^2x \times d^2y}}
 \end{array}$$

Логическая структура темы “Корреляционный анализ”



Тема «Использование графических изображений для представления показателей общественного здоровья»

1. Цель занятия :

в результате изучения темы студент должен знать:

- виды графических изображений и требования, предъявляемые к их построению
- виды диаграмм и способы их изображения

на основании этих знаний студент должен уметь:

- применить в практической работе графические изображения
- использовать графические изображения при анализе статического материала
- применять графические изображения для наглядности при анализе различных статистических данных

2. Литература

а). Основная литература:

1. Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: Учебник/ Н.В. Полунина – Москва: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2010. – С. 95 – 101
2. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Юрий Павлович Лисицын, Гузель Эрнстовна Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 77 – 80

Электронный ресурс:

1. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

3. Контрольные вопросы

1. На каком этапе статистического исследования и с какой целью применяются графические исследования?
2. Виды графических изображений
3. Виды диаграмм
4. В каких случаях применяются линейные диаграммы?
5. Правила построения линейной диаграммы. Сколько явлений можно изобразить на линейной диаграмме?
6. Разновидности линейных диаграмм
7. В каких случаях применяются (радиальные) полярные диаграммы? Правила их построения
8. Плоскостные диаграммы. Их разновидности
9. Секторные диаграммы. Какие показатели изображаются с помощью секторных диаграмм? Правила их построения
10. Полосовые диаграммы. Правила их построения
11. Столбиковые диаграммы. В каких случаях они применяются? Правила их построения
12. Фигурные диаграммы. В каких случаях они применяются? Правила их построения
13. Картограммы. Какие явления и сколько изображаются на картограммах? Правила их построения
14. Картодиаграммы. Сколько явлений можно изобразить на картодиаграмме? Правила их построения
15. Общие требования к графическим изображениям

4. Логическая структура темы “Графические изображения” (приложение 9)

5. Пример решения типовой ситуационной задачи

При решении задачи необходимо:

1. определить название диаграммы

2. определить вид графического изображения (диаграммы)
3. определить и обозначить масштаб
4. нанести на диаграмму условные обозначения и исходные данные
6. сделать выводы

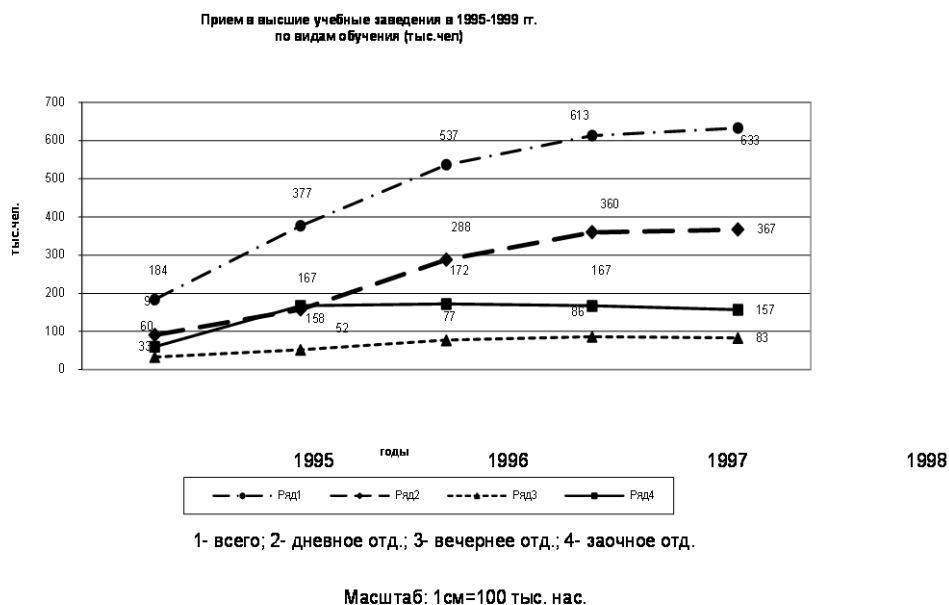
Условие для решения типовой задачи

Прием в высшие учебные заведения в 1995-1999 гг. по видам обучения
(тыс. чел.)

года	1995	1996	1997	1998	1999
принято всего	154	377	537	613	633
в т.ч. дневное отд.	91	158	288	360	367
вечернее отд.	3	52	77	86	83
заочное отд.	60	167	172	167	157

Представленные в таблице данные имеют динамику (изменение по годам), поэтому их нагляднее представить в виде линейной диаграммы. Можно также применить и столбиковую диаграмму. Применяем линейную диаграмму.

Строим линии абсцисс (x) и ординат (y). На линии абсцисс откладываем время (годы), а на линии ординат – число обучающихся (в тыс.чел.). При построении линейной диаграммы необходимо учитывать отношение в масштабе между величиной оси абсцисс (x) и ординат (y) - $x : y = 4 : 3$.



Выводы: как видно из диаграммы, происходит постоянное увеличение приема студентов в вузы. В 1999 г. прием увеличился почти в 4 раза по сравнению 1995 г. Больше всего студентов принимается на дневное отделение. На вечернее и заочное отделения прием студентов меньше, чем на дневное. Начиная с 1998 г. произошло незначительное снижение приема студентов на эти отделения. Таким образом, в целом наблюдается положительная динамика приема студентов в вузы.

6. Практическая работа студентов

Варианты задач

Вариант 1

Частота аборт в некоторых районах Тверской области (на 100 родов)

районы	1997 г.	1998 г.
Бежецкий	235	264
Бологовский	172	150
Западнодвинский	133	195
Кашенский	209	156
Осташковский	156	154

Вариант 2

Рождаемость в Тверской области (на 1000 населения)

годы	все население	В том числе:	
		городское население	Сельское население
1988	13,3	13,2	13,4
1989	12,5	12,2	13,4
1990	11,5	11,2	12,3
1991	10,1	9,7	11,2
1992	8,7	8,3	9,6
1993	7,7	7,5	8,3
1994	7,7	7,6	8,0
1995	7,5	7,4	7,8

Вариант 3

Смертность населения Российской Федерации от острого инфаркта миокарда в 1993 г. (на 100000 населения)

	оба пола	мужчины	женщины
все население	39,5	49,0	31,1
городское население	44,0	53,0	36,1
сельское население	26,8	47,8	17,0

Вариант 4

Структура смертности от злокачественных новообразований в г. Н. в 1997 г. (в %)

	мужчины	женщины
рак желудка	42,5	32,5
рак пищевода	3,4	4,2
рак легких	30,0	7,0
рак печени	15,1	20,3
рак прочих органов	9,0	36,0
всего:	100,0	100,0

Вариант 5

Число посещений к врачу стоматологу по месяцам года

месяц	число посещений
-------	-----------------

январь	214
февраль	152
март	170
апрель	179
май	158
июнь	62
июль	56
август	15
сентябрь	53
октябрь	161
ноябрь	152
декабрь	100

Вариант 6

Демографические показатели в Тверской области и Российской Федерации (1994-1995 гг.)

показатель	Тверская область	Российская Федерация
рождаемость (на 1000 человек населения)	7,7	9,6
смертность (на 1000 человек населения)	21,0	15,6
младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	19,5	18,7

Вариант 7

Повозрастная фертильность (плодовитость) в промышленном районе г. Курска в 1993 г. (на 1000 женщин соответствующего возраста)

возраст матери, годы	фертильность (плодовитость),‰
15-20	42,8
20-24	87,4
25-29	48,3
30-34	18,1
35-39	7,2
40-44	0,8
45-49	0,1

Вариант 8

Динамика смертности населения Российской Федерации от туберкулеза (на 100 000 населения)

годы	оба пола	мужчины	женщины
1990	7,9	14,6	2,0
1991	8,0	15,0	2,0
1992	9,3	17,4	2,2
1993	12,5	23,6	2,8
1999	13,6	25,9	3,2

Вариант 9

Структура стоматологической заболеваемости населения города А в 1998 г.
(в %)

название болезни	зарегистровано (в %)
кариес неосложненный	38,2
кариес осложненный	33,1
вторичный кариес	1,5
пародонтоз	19,5
заболевания слизистой оболочки полости рта	5,2
прочие заболевания	7,7
всего	100,0

Вариант 10

Число детей в возрасте от 1 года до 14 лет заболевших энтероколитом по месяцам в 1998 г.
в городе Б

месяц	число заболеваний
январь	3
февраль	3
март	5
апрель	10
май	15
июнь	21
июль	62
август	83
сентябрь	69
октябрь	35
ноябрь	10
декабрь	4

Задания в тестовой форме

1. Укажите основные виды графических изображений:

- а) линейные, плоскостные, радиальные, фигурные
- б) диаграммы, графики, картограммы
- в) диаграммы, картограммы, картодиаграммы
- г) картограммы, графики, объемные изображения
- д) графики, объемные изображения, гистограммы

2. Укажите виды диаграмм:

- а) линейные, объемные, фигурные
- б) линейные, радиальные, фигурные, столбиковые
- в) линейные, фигурные, секторные, столбиковые
- г) плоскостные, объемные, радиальные
- д) линейные, плоскостные, объемные, фигурные

3. Укажите основные требования, предъявляемые к графическим изображениям:

- а) изображение должно точно соответствовать структуре явления и иметь условные обозначения

- б) изображение должно точно соответствовать отражаемому явлению, выполнено в цвете, иметь масштаб и название
- в) изображение должно точно соответствовать динамике явления и иметь условные обозначения
- г) вид изображения должен точно соответствовать представленным показателям, иметь масштаб, условные обозначения и название
- д) вид изображения должен точно соответствовать представленному явлению, иметь условные обозначения и название

4. Укажите вид линейной диаграммы, позволяющий изобразить динамику явления за замкнутый цикл времени:

- а) столбиковая
- б) радиальная
- в) график
- г) секторная
- д) внутрестолбиковая

5. Укажите виды диаграмм, позволяющие отразить структуру изучаемого явления:

- а) график
- б) радиальная
- в) секторная
- г) плоскостная
- д) внутрестолбиковая

Логгическая структура темы " Графические изображения "



Тема: Заболеваемость. Методы изучения заболеваемости населения и их сравнительная характеристика.

В результате изучения темы студент должен:

знать:

- роль показателей заболеваемости в комплексной оценке здоровья населения, критериях оценки качества работы медицинских организаций и системы здравоохранения в целом, в выработке управленческих решений на всех уровнях управления системой здравоохранения для правильного планирования и прогнозирования развития сети организаций здравоохранения и оценки потребностей в различных видах ресурсов;

- источники получения информации о заболеваемости населения;

- основные учётные статистические документы, используемые при изучении заболеваемости;

- правила регистрации заболеваний в медицинских организациях;

- основные тенденции заболеваемости населения Российской Федерации и факторы, их определяющие;

- методику расчёта и анализа показателей заболеваемости;

уметь:

- рассчитывать, анализировать и интерпретировать показатели заболеваемости населения;

- заполнять учётные статистические документы при регистрации заболеваний;

- использовать полученную информацию о показателях заболеваемости для комплексной оценки здоровья населения, критериев оценки качества работы медицинских организаций и системы здравоохранения в целом, в выработке управленческих решений на всех уровнях управления системой здравоохранения для правильного планирования и прогнозирования развития сети организаций здравоохранения и оценки потребностей в различных видах ресурсов и при обучении на клинических кафедрах.

а). Основная литература:

1. Медик, Валерий Алексеевич *Общественное здоровье и здравоохранение* [Текст]: учебник / Валерий Алексеевич Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 649 с.
2. Медик, В. А. *Общественное здоровье и здравоохранение* [Текст]: руководство к практическим занятиям / В. А. Медик, В. И. Лисицын, М. С. Токмачев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 452 с.
3. Полунина, Н. В. *Общественное здоровье и здравоохранение* [Текст]: учебник / Н. В. Полунина. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. - 543 с.

Электронный ресурс:

1. *Общественное здоровье и здравоохранение* [Электронный ресурс]: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html>

б) Дополнительная литература:

2. *Здравоохранение и общественное здоровье* [Текст]: учебник / ред. Г. Н. Царик. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 910 с.

Электронный ресурс:

1. *Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения* [Электронный ресурс]: учебное пособие / ред. В.З. Кучеренко. - 4 изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419151.html>

Контрольные вопросы

1. Какое значение имеет изучение заболеваемости в оценке общественного здоровья населения?

2. Какие существуют методы изучения заболеваемости и источники информации о заболеваемости?
3. Какие различают виды заболеваемости?
4. Каким образом осуществляется изучение заболеваемости по обращаемости?
5. Какие существуют виды учёта заболеваемости по обращаемости?
6. Каким образом осуществляется изучение заболеваемости по данным медицинских осмотров?
7. Каким образом осуществляется изучение заболеваемости по причинам смерти?
8. Какие учётные статистические документы используются при изучении заболеваемости населения?
9. Чем отличаются между собой понятия «обращение» и «посещение»?

Логическая структура темы «Заболеваемость населения и методы её изучения» (приложение 11).

Задача-эталон

Исходные данные

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта Российской Федерации составляет **713 365** человек, в том числе **154 008** мужчин трудоспособного возраста. В течение года в амбулаторно-поликлинических организациях зарегистрировано **1 162 790** случаев заболеваний, из них **553 345** с диагнозом, выявленным впервые в жизни в данном году. Среди всех диагнозов, выявленных впервые в жизни в данном году, **28 755** – болезни системы кровообращения, из них **5580** случаев диагностированы у мужчин трудоспособного возраста.

При проведении выборочных медицинских осмотров у **35 670** человек (5% всего населения) выявлено **55 600** случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний **282 495** случаев связаны с болезнями органов дыхания, **207 800** – с болезнями системы кровообращения, **100 128** – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, **88 197** – с болезнями органов пищеварения. В течение года было зарегистрировано **28 335** случаев инфекционных заболеваний.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать статистические показатели:
 - 1) первичной заболеваемости;
 - 2) общей заболеваемости;
 - 3) инфекционной заболеваемости;
 - 4) патологической поражённости;
 - 5) структуры общей заболеваемости всего населения.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2, и сделать вывод.

Решение

Таблица 1

1. Показатели заболеваемости всего населения	
1. Первичная заболеваемость всего населения (%)	число заболеваний, выявленных впервые в жизни в данном году 553 345 = ----- x 1000 = ----- x 1000 = 775,7‰ среднегодовая численность 713 365

	населения
2. Первичная заболеваемость всего населения болезнями системы кровообращения (‰)	<p>число заболеваний системы кровообращения, выявленных впервые в жизни в данном году 28 755</p> $= \frac{\dots}{\dots} \times 1000 = \frac{28\,755}{713\,365} \times 1000 = 40,3\text{‰}$ <p>среднегодовая численность населения 713 365</p>
3. Первичная заболеваемость мужчин трудоспособного возраста болезнями системы кровообращения (‰)	<p>число заболеваний системы кровообращения, выявленных впервые в жизни в данном году у мужчин трудоспособного возраста 5580</p> $= \frac{\dots}{\dots} \times 1000 = \frac{5580}{154\,008} \times 1000 = 36,2\text{‰}$ <p>среднегодовая численность населения 154 008</p>
4. Общая заболеваемость населения (‰)	<p>число всех заболеваний, выявленных в данном году 1 162 790</p> $= \frac{\dots}{\dots} \times 1000 = \frac{1\,162\,790}{713\,365} \times 1000 = 1630,0\text{‰}$ <p>среднегодовая численность населения 713 365</p>
5. Инфекционная заболеваемость (‰)	<p>число выявленных инфекционных заболеваний 28 335</p> $= \frac{\dots}{\dots} \times 1000 = \frac{28\,335}{713\,365} \times 1000 = 39,7\text{‰}$ <p>среднегодовая численность населения 713 365</p>
6. Патологическая поражённость (‰)	<p>число заболеваний, выявленных на медицинском осмотре 55 600</p> $= \frac{\dots}{\dots} \times 1000 = \frac{55\,600}{35\,670} \times 1000 = 1558,7\text{‰}$ <p>число осмотренных лиц 35 670</p>
2. Структура общей заболеваемости всего населения	
1. Удельный вес болезней органов дыхания (%)	<p>число случаев заболеваний органов дыхания 282 495</p> $= \frac{\dots}{\dots} \times 100\% = \frac{282\,495}{1\,162\,790} \times 100\% = 24,3\%$ <p>общее число всех выявленных заболеваний 1 162 790</p>
2. Удельный вес болезней системы кровообращения (%)	<p>число случаев заболеваний системы кровообращения 207 800</p> $= \frac{\dots}{\dots} \times 100\% = \frac{207\,800}{1\,162\,790} \times 100\% = 17,9\%$ <p>общее число всех выявленных заболеваний 1 162 790</p>

3. Удельный вес болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (%)	число случаев заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани 100 128 = ----- x 100% = ----- x 100% = 8,6% общее число всех выявленных заболеваний 1 162 790
4. Удельный вес болезней органов пищеварения (%)	число случаев заболеваний системы кровообращения 88 197 = ----- x 100% = ----- x 100% = 7,6% общее число всех выявленных заболеваний 1 162 790

Таблица 2

Название показателя	Среднестатистические показатели по РФ (2015 г.)
Первичная заболеваемость всего населения (на 1000 населения)	778,9
Первичная заболеваемость всего населения болезнями системы кровообращения (на 1000 населения)	31,2
Первичная заболеваемость всего населения болезнями органов дыхания (на 1000 населения)	338,2
Первичная заболеваемость всего населения болезнями органов пищеварения (на 1000 населения)	35,2
Первичная заболеваемость всего населения болезнями мочеполовой системы (на 1000 населения)	46,4
Первичная заболеваемость мужчин трудоспособного возраста болезнями системы кровообращения (на 1000 населения соответствующего пола и возраста)	-
Общая заболеваемость всего населения (на 1000 населения)	1602,1
Структура общей заболеваемости всего населения (%):	
болезни органов дыхания	24,1
болезни системы кровообращения	14,5
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	9,5
болезни органов пищеварения	7,3
болезни мочеполовой системы	7,2
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	5,7
Патологическая поражённость (на 1000 осмотренных)	1500-2000
Инфекционная заболеваемость (на 1000 населения)	44,3

Вывод

При сравнении полученных показателей с уровнями по Российской Федерации (РФ) установлено, что показатель первичной заболеваемости – 775,7‰ примерно соответствует среднестатистическому уровню, а показатель общей заболеваемости – 1630,0‰ выше показателя по РФ. Первичная заболеваемость населения болезнями системы кровообращения в 1,3 раза превышает уровень по РФ.

Структура общей заболеваемости всего населения соответствует структуре, сложившейся в РФ: наибольший удельный вес занимают болезни органов дыхания – 24,3%,

на 2-ом месте – болезни системы кровообращения – 17,9%, на 3-ем – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 8,6%. Следует отметить, что, хотя структура общей заболеваемости всего населения соответствует общероссийской тенденции, удельный вес заболеваний имеет некоторое различие.

Показатель патологической поражённости – 1558,7‰ находится в пределах российского уровня. Уровень инфекционной заболеваемости – 39,7% ниже среднестатистического уровня по РФ.

Задачи для самостоятельного решения

Задача 1

Исходные данные

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта Российской Федерации составляет **717 385** человек, в том числе **155 009** мужчин трудоспособного возраста. В течение года в амбулаторно-поликлинических организациях зарегистрировано **1 163 890** случаев заболеваний, из них **563 355** с диагнозом, выявленным впервые в жизни в данном году. Среди всех диагнозов, выявленных впервые в жизни в данном году, **29 765** – болезни системы кровообращения, из них **5680** случаев диагностированы у мужчин трудоспособного возраста.

При проведении выборочных медицинских осмотров у **35 869** человек (5% всего населения) выявлено **56 700** случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний **292 495** случаев связаны с болезнями органов дыхания, **208 800** – с болезнями системы кровообращения, **110 128** – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, **89 197** – с болезнями органов пищеварения. В течение года было зарегистрировано **29 335** случаев инфекционных заболеваний.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать статистические показатели:
 - 1) первичной заболеваемости;
 - 2) общей заболеваемости;
 - 3) инфекционной заболеваемости;
 - 4) патологической поражённости;
 - 5) структуры общей заболеваемости всего населения.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2, и сделать вывод.

Задача 2

Исходные данные

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта Российской Федерации составляет **613 665** человек, в том числе **134 018** мужчин трудоспособного возраста. В течение года в амбулаторно-поликлинических организациях зарегистрировано **1 142 770** случаев заболеваний, из них **533 343** с диагнозом, выявленным впервые в жизни в данном году. Среди всех диагнозов, выявленных впервые в жизни в данном году, **26 765** – болезни системы кровообращения, из них **5370** случаев диагностированы у мужчин трудоспособного возраста.

При проведении выборочных медицинских осмотров у **30 683** человек (5% всего населения) выявлено **54 605** случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний **263 495** случаев связаны с болезнями органов дыхания, **204 700** – с болезнями системы кровообращения, **90 198** – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, **86 177** – с болезнями органов пищеварения. В течение года было зарегистрировано **26 315** случаев инфекционных заболеваний.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать статистические показатели:
 - 1) первичной заболеваемости;
 - 2) общей заболеваемости;
 - 3) инфекционной заболеваемости;
 - 4) патологической поражённости;
 - 5) структуры общей заболеваемости всего населения.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2, и сделать вывод.

Задача 3

Исходные данные

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта Российской Федерации составляет **619 965** человек, в том числе **164 028** мужчин трудоспособного возраста. В течение года в амбулаторно-поликлинических организациях зарегистрировано **1 162 970** случаев заболеваний, из них **633 243** с диагнозом, выявленным впервые в жизни в данном году. Среди всех диагнозов, выявленных впервые в жизни в данном году, **27 765** – болезни системы кровообращения, из них **5670** случаев диагностированы у мужчин трудоспособного возраста.

При проведении выборочных медицинских осмотров у **30 998** человек (5% всего населения) выявлено **56 605** случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний **266 485** случаев связаны с болезнями органов дыхания, **214 700** – с болезнями системы кровообращения, **90 198** – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, **87 167** – с болезнями мочеполовой системы. В течение года было зарегистрировано **28 310** случаев инфекционных заболеваний.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать статистические показатели:
 - 1) первичной заболеваемости;
 - 2) общей заболеваемости;
 - 3) инфекционной заболеваемости;
 - 4) патологической поражённости;
 - 5) структуры общей заболеваемости всего населения.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2, и сделать вывод.

Задача 4

Исходные данные

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта Российской Федерации составляет **589 965** человек, в том числе **134 028** мужчин трудоспособного возраста. В течение года в амбулаторно-поликлинических организациях зарегистрировано **1 362 170**

случаев заболеваний, из них **635 245** с диагнозом, выявленным впервые в жизни в данном году. Среди всех диагнозов, выявленных впервые в жизни в данном году, **25 761** – болезни системы кровообращения, из них **5170** случаев диагностированы у мужчин трудоспособного возраста.

При проведении выборочных медицинских осмотров у **29 498** человек (5% всего населения) выявлено **54 305** случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний **216 485** случаев связаны с болезнями органов дыхания, **212 700** – с болезнями системы кровообращения, **89 198** – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, **85 167** – с болезнями мочеполовой системы. В течение года было зарегистрировано **26 310** случаев инфекционных заболеваний.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать статистические показатели:

- 1) первичной заболеваемости;
- 2) общей заболеваемости;
- 3) инфекционной заболеваемости;
- 4) патологической поражённости;
- 5) структуры общей заболеваемости всего населения.

2. Занести полученные показатели в таблицу 1.

3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2, и сделать вывод.

Задача 5

Исходные данные

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта Российской Федерации составляет **789 765** человек, в том числе **164 008** мужчин трудоспособного возраста. В течение года в амбулаторно-поликлинических организациях зарегистрировано **1 562 070** случаев заболеваний, из них **685 246** с диагнозом, выявленным впервые в жизни в данном году. Среди всех диагнозов, выявленных впервые в жизни в данном году, **27 761** – болезни системы кровообращения, из них **5370** случаев диагностированы у мужчин трудоспособного возраста.

При проведении выборочных медицинских осмотров у **39 488** человек (5% всего населения) выявлено **56 315** случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний **217 485** случаев связаны с болезнями органов дыхания, **213 700** – с болезнями системы кровообращения, **88 198** – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, **75 167** – с травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин. В течение года было зарегистрировано **28 010** случаев инфекционных заболеваний.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать статистические показатели:

- 1) первичной заболеваемости;
- 2) общей заболеваемости;
- 3) инфекционной заболеваемости;
- 4) патологической поражённости;
- 5) структуры общей заболеваемости всего населения.

2. Занести полученные показатели в таблицу 1.

3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2, и сделать вывод.

Задача 6

Исходные данные

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта Российской Федерации составляет **889 765** человек, в том числе **264 008** мужчин трудоспособного возраста. В течение года в амбулаторно-поликлинических организациях зарегистрировано **1 762 070** случаев заболеваний, из них **785 246** с диагнозом, выявленным впервые в жизни в данном году. Среди всех диагнозов, выявленных впервые в жизни в данном году, **37 761** – болезни системы кровообращения, из них **6370** случаев диагностированы у мужчин трудоспособного возраста.

При проведении выборочных медицинских осмотров у **44 488** человек (5% всего населения) выявлено **66 315** случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний **317 485** случаев связаны с болезнями органов дыхания, **313 700** – с болезнями системы кровообращения, **98 198** – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, **85 167** – с травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин. В течение года было зарегистрировано **38 010** случаев инфекционных заболеваний.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать статистические показатели:
 - 1) первичной заболеваемости;
 - 2) общей заболеваемости;
 - 3) инфекционной заболеваемости;
 - 4) патологической поражённости;
 - 5) структуры общей заболеваемости всего населения.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2, и сделать вывод.

Задача 7

Исходные данные

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта Российской Федерации составляет **788 765** человек, в том числе **224 008** мужчин трудоспособного возраста. В течение года в амбулаторно-поликлинических организациях зарегистрировано **1 562 270** случаев заболеваний, из них **795 240** с диагнозом, выявленным впервые в жизни в данном году. Среди всех диагнозов, выявленных впервые в жизни в данном году, **36 761** – болезни системы кровообращения, из них **6470** случаев диагностированы у мужчин трудоспособного возраста.

При проведении выборочных медицинских осмотров у **39 438** человек (5% всего населения) выявлено **64 915** случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний **307 405** случаев связаны с болезнями органов дыхания, **303 750** – с болезнями системы кровообращения, **98 198** – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, **65 167** – с болезнями мочеполовой системы. В течение года было зарегистрировано **28 810** случаев инфекционных заболеваний.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать статистические показатели:
 - 1) первичной заболеваемости;
 - 2) общей заболеваемости;
 - 3) инфекционной заболеваемости;

- 4) патологической поражённости;
- 5) структуры общей заболеваемости всего населения.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2, и сделать вывод.

Задача 8

Исходные данные

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта Российской Федерации составляет **888 865** человек, в том числе **324 008** мужчин трудоспособного возраста. В течение года в амбулаторно-поликлинических организациях зарегистрировано **1 662 270** случаев заболеваний, из них **785 240** с диагнозом, выявленным впервые в жизни в данном году. Среди всех диагнозов, выявленных впервые в жизни в данном году, **37 761** – болезни системы кровообращения, из них **6570** случаев диагностированы у мужчин трудоспособного возраста.

При проведении выборочных медицинских осмотров у **44 443** человек (5% всего населения) выявлено **84 915** случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний **297 405** случаев связаны с болезнями органов дыхания, **293 750** – с болезнями системы кровообращения, **88 198** – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, **55 167** – с болезнями мочеполовой системы. В течение года было зарегистрировано **27 810** случаев инфекционных заболеваний.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать статистические показатели:
 - 1) первичной заболеваемости;
 - 2) общей заболеваемости;
 - 3) инфекционной заболеваемости;
 - 4) патологической поражённости;
 - 5) структуры общей заболеваемости всего населения.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2, и сделать вывод.

Задача 9

Исходные данные

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта Российской Федерации составляет **877 865** человек, в том числе **333 008** мужчин трудоспособного возраста. В течение года в амбулаторно-поликлинических организациях зарегистрировано **1 655 270** случаев заболеваний, из них **777 240** с диагнозом, выявленным впервые в жизни в данном году. Среди всех диагнозов, выявленных впервые в жизни в данном году, **39 061** – болезни системы кровообращения, из них **6480** случаев диагностированы у мужчин трудоспособного возраста.

При проведении выборочных медицинских осмотров у **43 893** человек (5% всего населения) выявлено **74 715** случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний **288 405** случаев связаны с болезнями органов дыхания, **299 750** – с болезнями системы кровообращения, **81 198** – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, **54 167** – с болезнями мочеполовой системы. В течение года было зарегистрировано **31 810** случаев инфекционных заболеваний.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать статистические показатели:

- 1) первичной заболеваемости;
- 2) общей заболеваемости;
- 3) инфекционной заболеваемости;
- 4) патологической поражённости;
- 5) структуры общей заболеваемости всего населения.

2. Занести полученные показатели в таблицу 1.

3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2, и сделать вывод.

Задача 10

Исходные данные

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта Российской Федерации составляет **819 715** человек, в том числе **244 018** мужчин трудоспособного возраста. В течение года в амбулаторно-поликлинических организациях зарегистрировано **1 562 170** случаев заболеваний, из них **775 246** с диагнозом, выявленным впервые в жизни в данном году. Среди всех диагнозов, выявленных впервые в жизни в данном году, **35 761** – болезни системы кровообращения, из них **6670** случаев диагностированы у мужчин трудоспособного возраста.

При проведении выборочных медицинских осмотров у **40 986** человек (5% всего населения) выявлено **66 355** случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний **307 485** случаев связаны с болезнями органов дыхания, **356 700** – с болезнями системы кровообращения, **90 198** – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, **65 197** – с травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин. В течение года было зарегистрировано **35 110** случаев инфекционных заболеваний.

Задача 11

Исходные данные

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта Российской Федерации составляет **619 565** человек, в том числе **139 118** мужчин трудоспособного возраста. В течение года в амбулаторно-поликлинических организациях зарегистрировано **1 242 750** случаев заболеваний, из них **543 343** с диагнозом, выявленным впервые в жизни в данном году. Среди всех диагнозов, выявленных впервые в жизни в данном году, **24 765** – болезни системы кровообращения, из них **5090** случаев диагностированы у мужчин трудоспособного возраста.

При проведении выборочных медицинских осмотров у **30 978** человек (5% всего населения) выявлено **54 505** случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний **265 475** случаев связаны с болезнями органов дыхания, **222 710** – с болезнями системы кровообращения, **88 198** – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, **79 177** – с болезнями органов пищеварения. В течение года было зарегистрировано **19 315** случаев инфекционных заболеваний.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать статистические показатели:

- 1) первичной заболеваемости;
- 2) общей заболеваемости;
- 3) инфекционной заболеваемости;
- 4) патологической поражённости;

- 5) структуры общей заболеваемости всего населения.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2. и сделать вывод.

Задача 12

Исходные данные

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта Российской Федерации составляет **889 565** человек, в том числе **229 118** мужчин трудоспособного возраста. В течение года в амбулаторно-поликлинических организациях зарегистрировано **1 349 750** случаев заболеваний, из них **555 343** с диагнозом, выявленным впервые в жизни в данном году. Среди всех диагнозов, выявленных впервые в жизни в данном году, **25 745** – болезни системы кровообращения, из них **4990** случаев диагностированы у мужчин трудоспособного возраста.

При проведении выборочных медицинских осмотров у **44 478** человек (5% всего населения) выявлено **53 605** случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний **255 575** случаев связаны с болезнями органов дыхания, **232 610** – с болезнями системы кровообращения, **87 198** – с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, **78 187** – с болезнями органов пищеварения. В течение года было зарегистрировано **18 215** случаев инфекционных заболеваний.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать статистические показатели:
 - 1) первичной заболеваемости;
 - 2) общей заболеваемости;
 - 3) инфекционной заболеваемости;
 - 4) патологической поражённости;
 - 5) структуры общей заболеваемости всего населения.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2, и сделать вывод.

Задания в тестовой форме:

Выберите один или несколько правильных ответов.

Вариант 1

1. Заболеваемость населения

- 1) является одним из показателей общественного здоровья
- 2) необходима для планирования профилактических мероприятий
- 3) необходима для расчёта финансовой деятельности медицинских организаций
- 4) является показателем деятельности медицинских организаций

2. Источниками информации о заболеваемости являются следующие

- 1) по обращаемости
- 2) по данным медицинской документации
- 3) по данным медицинских осмотров
- 4) по причинам смерти

3. Первичная заболеваемость –

1) это совокупность нигде ранее не учтённых заболеваний за определённый промежуток времени

2) это все случаи первичных заболеваний, зарегистрированных в течение ряда лет при обращении за медицинской помощью

3) это совокупность новых, нигде ранее не учтённых и впервые выявленных заболеваний за определённый промежуток времени

4) это все случаи первичных заболеваний, зарегистрированных в течение ряда лет при обращении за медицинской помощью в поликлинику городской больницы

4. Общая заболеваемость (или распространённость) –

1) это совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и в предыдущие годы, но по поводу которых были обращения в данном году

2) это совокупность заболеваний среди населения, впервые выявленных в данном году, так и в предыдущие годы

3) все случаи первичных заболеваний, зарегистрированных в течение ряда лет при обращении за медицинской помощью

4) все случаи заболеваний, зарегистрированных в течение ряда лет при обращении за медицинской помощью в поликлинику городской больницы

5. Госпитализированная заболеваемость –

1) совокупность всех случаев госпитализации в данном году, при условии отсутствия обращения в амбулаторно-поликлиническое учреждение в связи с данным заболеванием

2) совокупность всех случаев госпитализации в данном году, без учёта информации о том, была ли госпитализация первичная или повторная в данном году

3) совокупность всех случаев госпитализации в данном году, с учётом информации о том, была ли госпитализация в данном году, при условии отсутствия обращения в амбулаторно-поликлиническое учреждение в связи с данным заболеванием

4) совокупность всех случаев госпитализации в данном году, без учёта информации о том, была ли госпитализация первичная или повторная в данном году, при условии отсутствия обращения в амбулаторно-поликлиническое учреждение в связи с данным заболеванием

6. В зависимости от поставленных задач и используемых организационных технологий различают

1) выборочные медицинские осмотры

2) предварительные медицинские осмотры

3) периодические медицинские осмотры

4) целевые медицинские осмотры

7. «Патологическая поражённость» выявляется

1) по данным обращаемости за медицинской помощью

2) по данным медицинских осмотров

3) по данным о причинах смерти

4) по данным из учётной документации

8. Международная классификации болезней (МКБ-10) построена по следующим принципам

1) этиологическому

2) морфологическому

3) патогенетическому

- 4) системному (или локализации)
- 5) патологическому
- 6) общности особых состояний

9. Каждый вид заболеваемости оценивается по следующим характеристикам:

- 1) уровень заболеваемости
- 2) уровень возрастно-половой заболеваемости
- 3) структура заболеваемости
- 4) кратность и длительность заболевания

10. Для расчёта показателя «общая заболеваемость населения» необходимы следующие данные:

- 1) число заболеваний, выявленных на медицинском осмотре
- 2) число всех заболеваний, выявленных в данном году
- 3) общее число заболеваний, выявленных впервые в жизни в данном году
- 4) число осмотренных лиц на медицинском осмотре
- 5) среднегодовая численность населения

Вариант 2

1. При изучении общей заболеваемости используются методы

- 1) когортный
- 2) сплошной
- 3) типологический
- 4) выборочный

2. При учёте и анализе заболеваемости под обращением следует понимать

- 1) первое и повторные посещения медицинской организации по поводу заболевания, зарегистрированного в соответствующей медицинской документации
- 2) первое посещение медицинской организации по поводу заболевания
- 3) первое посещение медицинской организации по поводу заболевания, зарегистрированного в соответствующей медицинской документации
- 4) первое посещение медицинской организации по поводу патологического состояния, зарегистрированного в амбулаторной карте больного

3. Накопленная заболеваемость –

- 1) это совокупность нигде ранее не учтённых заболеваний за определённый промежуток времени
- 2) это все случаи первичных заболеваний, зарегистрированных в течение ряда лет при обращении за медицинской помощью
- 3) это совокупность новых, нигде ранее не учтённых и впервые выявленных заболеваний за определённый промежуток времени
- 4) это все случаи первичных заболеваний, зарегистрированных в течение ряда лет при обращении за медицинской помощью в городскую поликлинику

4. Патологическая поражённость –

- 1) это вид заболеваемости, включающий острую и хроническую заболеваемость, зарегистрированную в течение ряда лет при обращении за медицинской помощью
- 2) это вид заболеваемости, включающий хроническую заболеваемость, выявленную медицинским персоналом на момент обследования
- 3) это вид заболеваемости, включающий острую и хроническую заболеваемость, выявленную медицинским персоналом на момент обследования

4) это вид заболеваемости, включающий острую и хроническую заболеваемость, которая не учтена и впервые выявлена у населения за определённый промежуток времени

5. По данным обращаемости за медицинской помощью различают следующие виды заболеваемости

- 1) первичная заболеваемость
- 2) общая заболеваемость (или распространённость)
- 3) накопленная заболеваемость
- 4) патологическая поражённость
- 5) госпитализированная заболеваемость

6. Скрининг, включающий массовое обследование населения для выявления лиц с подозрением на заболевание или с начальными признаками заболевания, бывает

- 1) однопрофильный
- 2) монопрофильный
- 3) многопрофильный
- 4) полипрофильный

7. «Исчерпанная (или истинная заболеваемость)» включает

- 1) накопленную заболеваемость
- 2) заболеваемость по обращаемости
- 3) заболеваемость и состояния, выявленные при медицинских осмотрах
- 4) данные о причинах смерти

8. Инфекционные заболевания подлежат специальному учёту и разделены

- 1) на 2 группы
- 2) на 3 группы
- 3) на 4 группы
- 4) на 5 групп

9. Показатель общей заболеваемости рассчитывается

- 1) на 100 населения
- 2) на 1000 населения
- 3) на 100 работающих
- 4) на 1000 обследованных

10. Для расчёта показателя «патологическая поражённость» необходимы следующие данные:

- 1) число заболеваний, выявленных на медицинском осмотре
- 2) число всех заболеваний, выявленных в данном году
- 3) общее число заболеваний, выявленных впервые в жизни в данном году
- 4) число осмотренных лиц на медицинском осмотре
- 5) среднегодовая численность населения

Тема: Методика расчёта и анализа показателей инвалидности

В результате изучения темы студент должен:

знать:

- определение понятия инвалидности;
- значение инвалидности в оценке общественного здоровья населения;
- источники получения информации об инвалидности населения;
- факторы, определяющие инвалидность населения Российской Федерации;
- методику расчёта и анализа показателей инвалидности;

уметь:

- рассчитывать, анализировать и интерпретировать показатели инвалидности населения;
- использовать полученную информацию об инвалидности для анализа общественного здоровья и обоснования реабилитационных мероприятий инвалидов.

Контрольные вопросы и задания

1. Какое значение имеет изучение инвалидности в оценке общественного здоровья населения?
2. Дайте определения понятий «инвалид», «инвалидность», «социальная недостаточность» и «дети-инвалиды».
3. Какие существуют виды нарушений функций организма человека?
4. Дайте характеристику трём степеням выраженности стойких нарушений функций организма человека?
5. Какие основные категории жизнедеятельности человека ограничивает инвалидность?
6. Какие заболевания занимают ведущие места в структуре первичной инвалидности?
7. Каков критерий установления I группы инвалидности?
8. Каков критерий установления II группы инвалидности?
9. Каков критерий установления III группы инвалидности?
10. Какая форма заполняется для направления гражданина на медико-социальную экспертизу (МСЭ)?

а). Основная литература:

4. Медик, Валерий Алексеевич Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Валерий Алексеевич Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 649 с.
5. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: руководство к практическим занятиям / В. А. Медик, В. И. Лисицин, М. С. Токмачев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 452 с.
6. Полунина, Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Н. В. Полунина. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. - 543 с.

Электронный ресурс:

3. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html>

б) Дополнительная литература:

4. Здравоохранение и общественное здоровье [Текст]: учебник / ред. Г. Н. Царик. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 910 с.

Электронный ресурс:

2. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения [Электронный ресурс]: учебное пособие /ред. В.З. Кучеренко. - 4 изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419151.html>

Логическая структура темы: Методика расчёта и анализа показателей инвалидности (приложение 12).

Задача-эталон

Исходные данные

Среднегодовая численность населения субъекта Российской Федерации – **407 670** человек. В течение изучаемого года признаны инвалидами **3920** человек. Из общего числа впервые признанных инвалидами: по поводу болезней системы кровообращения признаны **1975** человек; костно-мышечной системы – **710**; злокачественных новообразований – **645**; прочих болезней – **590**. Среди первично признанных инвалидов I группу получили **375**, II – **2180**, III – **1365** человек.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать и проанализировать статистические показатели:
 - 1) первичной инвалидности;
 - 2) структуры первичной инвалидности по заболеваниям;
 - 3) структуры первичной инвалидности по группам инвалидности.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2 и сделать вывод.

Решение

Таблица 1

1. Показатель первичной инвалидности	
1. Первичная инвалидность (% 0)	<p>общее число лиц, впервые признанных инвалидами в данном году 3920</p> <p>= ----- x 10 000 = ----- x 10 000 = 96,0%0</p> <p>среднегодовая численность населения 407 670</p>
2. Структура первичной инвалидности по заболеваниям	
2. Удельный вес инвалидов по поводу болезней системы крово-	<p>число лиц, впервые признанных инвалидами по поводу болезней системы кровообращения 1975</p>

обращения (%)	= ----- x 100% = ----- x 100% = 50,4% общее число лиц, впервые признанных инвалидами, за год 3920
3. Удельный вес инвалидов по поводу болезней костно-мышечной системы (%)	число лиц, впервые признанных инвалидами по поводу болезней костно-мышечной системы 710 = ----- x 100% = ----- x 100% = 18,1% общее число лиц, впервые признанных инвалидами, за год 3920
4. Удельный вес инвалидов по поводу злокачественных новообразований (%)	число лиц, впервые признанных инвалидами по поводу злокачественных новообразований 645 = ----- x 100% = ----- x 100% = 16,4% общее число лиц, впервые признанных инвалидами, за год 3920
5. Удельный вес инвалидов по поводу прочих болезней (%)	число лиц, впервые признанных инвалидами по поводу прочих болезней 590 = ----- x 100% = ----- x 100% = 15,1% общее число лиц, впервые признанных инвалидами, за год 3920
3. Структура первичной инвалидности по группам инвалидности	
6. Удельный вес лиц, признанных инвалидами I группы (%)	число лиц, впервые признанных инвалидами I группы 375 = ----- x 100% = ----- x 100% = 9,6% общее число лиц, впервые признанных инвалидами, за год 3920
7. Удельный вес лиц, признанных инвалидами II группы (%)	число лиц, впервые признанных инвалидами II группы 2180 = ----- x 100% = ----- x 100% = 55,6%

	общее число лиц, впервые признанных инвалидами, за год	3920
8. Удельный вес лиц, признанных инвалидами III группы (%)	число лиц, впервые признанных инвалидами III группы	1365
	= ----- x 100% = ----- x 100% = 34,8%	
	общее число лиц, впервые признанных инвалидами, за год	3920

Таблица 2

Название показателя	Среднестатистические показатели по РФ (2015 г.)
Первичная инвалидность (на 10 000 населения)	59,0
Удельный вес инвалидов по поводу болезней системы кровообращения (%)	32,0
Удельный вес инвалидов по поводу болезней костно-мышечной системы (%)	31,0
Удельный вес инвалидов по поводу злокачественных новообразований (%)	7,0
Удельный вес инвалидов по поводу прочих болезней (%)	30,0
Удельный вес лиц, признанных инвалидами I группы (%)	18,0
Удельный вес лиц, признанных инвалидами II группы (%)	38,0
Удельный вес лиц, признанных инвалидами III группы (%)	44,0

Вывод

При анализе полученных показателей установлено, что показатель первичной инвалидности – 96 случаев на 10 000 населения выше уровня по Российской Федерации (59,0%) в 1,6 раза.

Структура первичной инвалидности населения также имеет некоторые отличия о структуры, сложившейся в Российской Федерации: 1-е место занимают болезни системы кровообращения (50,4%), 2-е место – болезни костно-мышечной системы (18,1%), 3-е место – злокачественные новообразования (16,4%).

Распределение первично признанных инвалидами по группам инвалидности также отличается от структуры, сложившейся в Российской Федерации, а именно: 1-е место занимают лица, признанные инвалидами II группы (55,6%), 2-е место – лица, признанные инвалидами III группы (34,8%), 3-е место – лица, признанные инвалидами I группы (9,6%).

Задачи для самостоятельного решения

Задачи для студентов, обучающихся по программам специалитета 31.05.01 Лечебное дело, 31.05.02 Педиатрия, 31.05.03 Стоматология, программе бакалавриата 34.03.01 Сестринское дело

Задача 1

Исходные данные

Среднегодовая численность населения субъекта Российской Федерации – **510 706** человек. В течение изучаемого года признаны инвалидами **4290** человек. Из общего числа впервые признанных инвалидами: по поводу болезней системы кровообращения признаны **1915** человек; костно-мышечной системы – **820**; злокачественных новообразований – **970**; прочих болезней – **585**. Среди первично признанных инвалидов I группу получили **415**, II – **2210**, III – **1665** человек.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать и проанализировать статистические показатели:
 - 1) первичной инвалидности;
 - 2) структуры первичной инвалидности по заболеваниям;
 - 3) структуры первичной инвалидности по группам инвалидности.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2 и сделать вывод.

Задача 2

Исходные данные

Среднегодовая численность населения субъекта Российской Федерации – **640 720** человек. В течение изучаемого года признаны инвалидами **5745** человек. Из общего числа впервые признанных инвалидами: по поводу болезней системы кровообращения признаны **2374** человек; костно-мышечной системы – **1076**; злокачественных новообразований – **1240**; прочих болезней – **1055**. Среди первично признанных инвалидов I группу получили **486**, II – **2370**, III – **2889** человек.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать и проанализировать статистические показатели:
 - 1) первичной инвалидности;
 - 2) структуры первичной инвалидности по заболеваниям;
 - 3) структуры первичной инвалидности по группам инвалидности.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2 и сделать вывод.

Задача 3

Исходные данные

Среднегодовая численность населения субъекта Российской Федерации – **815 340** человек. В течение изучаемого года признаны инвалидами **6725** человек. Из общего числа впервые признанных инвалидами: по поводу болезней системы кровообращения признаны **2865** человек; костно-мышечной системы – **1540**; злокачественных новообразований – **1672**; прочих болезней – **648**. Среди первично признанных инвалидов I группу получили **627**, II – **2911**, III – **3187** человек.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать и проанализировать статистические показатели:
 - 1) первичной инвалидности;
 - 2) структуры первичной инвалидности по заболеваниям;
 - 3) структуры первичной инвалидности по группам инвалидности.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2 и сделать вывод.

Задача 4

Исходные данные

Среднегодовая численность населения субъекта Российской Федерации – **507 670** человек. В течение изучаемого года признаны инвалидами **3990** человек. Из общего числа впервые признанных инвалидами: по поводу болезней системы кровообращения признаны **1995** человек; костно-мышечной системы – **910**; злокачественных новообразований – **745**; прочих болезней – **340**. Среди первично признанных инвалидов I группу получили **475**, II – **2380**, III – **1135** человек.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать и проанализировать статистические показатели:
 - 1) первичной инвалидности;
 - 2) структуры первичной инвалидности по заболеваниям;
 - 3) структуры первичной инвалидности по группам инвалидности.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2 и сделать вывод.

Задача 5

Исходные данные

Среднегодовая численность населения субъекта Российской Федерации – **466 670** человек. В течение изучаемого года признаны инвалидами **3890** человек. Из общего числа впервые признанных инвалидами: по поводу болезней системы кровообращения признаны **1795** человек; костно-мышечной системы – **910**; злокачественных новообразований – **545**; прочих болезней – **640**. Среди первично признанных инвалидов I группу получили **355**, II – **2085**, III – **1450** человек.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать и проанализировать статистические показатели:
 - 1) первичной инвалидности;
 - 2) структуры первичной инвалидности по заболеваниям;
 - 3) структуры первичной инвалидности по группам инвалидности.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2 и сделать вывод.

Задача 6

Исходные данные

Среднегодовая численность населения субъекта Российской Федерации – **888 670** человек. В течение изучаемого года признаны инвалидами **4920** человек. Из общего числа впервые признанных инвалидами: по поводу болезней системы кровообращения признаны **2005** человек; костно-мышечной системы – **910**; злокачественных новообразований – **732**; прочих болезней – **1273**. Среди первично признанных инвалидов I группу получили **575**, II – **2280**, III – **2065** человек.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать и проанализировать статистические показатели:
 - 1) первичной инвалидности;
 - 2) структуры первичной инвалидности по заболеваниям;
 - 3) структуры первичной инвалидности по группам инвалидности.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2 и сделать вывод.

Задача 7

Исходные данные

Среднегодовая численность населения субъекта Российской Федерации – **617 675** человек. В течение изучаемого года признаны инвалидами **4120** человек. Из общего числа впервые признанных инвалидами: по поводу болезней системы кровообращения признаны

2075 человек; костно-мышечной системы – **813**; злокачественных новообразований – **945**; прочих болезней – **287**. Среди первично признанных инвалидов I группу получили **505**, II – **1989**, III – **1626** человек.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать и проанализировать статистические показатели:
 - 1) первичной инвалидности;
 - 2) структуры первичной инвалидности по заболеваниям;
 - 3) структуры первичной инвалидности по группам инвалидности.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2 и сделать вывод.

Задача 8

Исходные данные

Среднегодовая численность населения субъекта Российской Федерации – **477 670** человек. В течение изучаемого года признаны инвалидами **2999** человек. Из общего числа впервые признанных инвалидами: по поводу болезней системы кровообращения признаны **995** человек; костно-мышечной системы – **719**; злокачественных новообразований – **745**; прочих болезней – **540**. Среди первично признанных инвалидов I группу получили **356**, II – **998**, III – **1645** человек.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать и проанализировать статистические показатели:
 - 1) первичной инвалидности;
 - 2) структуры первичной инвалидности по заболеваниям;
 - 3) структуры первичной инвалидности по группам инвалидности.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2 и сделать вывод.

Задача 9

Исходные данные

Среднегодовая численность населения субъекта Российской Федерации – **577 570** человек. В течение изучаемого года признаны инвалидами **4320** человек. Из общего числа впервые признанных инвалидами: по поводу болезней системы кровообращения признаны **2177** человек; костно-мышечной системы – **719**; злокачественных новообразований – **745**; прочих болезней – **679**. Среди первично признанных инвалидов I группу получили **477**, II – **2189**, III – **1654** человек.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать и проанализировать статистические показатели:
 - 1) первичной инвалидности;
 - 2) структуры первичной инвалидности по заболеваниям;
 - 3) структуры первичной инвалидности по группам инвалидности.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2 и сделать вывод.

Задача 10

Исходные данные

Среднегодовая численность населения субъекта Российской Федерации – **407 666** человек. В течение изучаемого года признаны инвалидами **3925** человек. Из общего числа впервые признанных инвалидами: по поводу болезней системы кровообращения признаны **1979** человек; костно-мышечной системы – **715**; злокачественных новообразований – **649**; прочих болезней – **582**. Среди первично признанных инвалидов I группу получили **377**, II – **2189**, III – **1359** человек.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать и проанализировать статистические показатели:
 - 1) первичной инвалидности;
 - 2) структуры первичной инвалидности по заболеваниям;
 - 3) структуры первичной инвалидности по группам инвалидности.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2 и сделать вывод.

Задача 11

Исходные данные

Среднегодовая численность населения субъекта Российской Федерации – **409 671** человек. В течение изучаемого года признаны инвалидами **3938** человек. Из общего числа впервые признанных инвалидами: по поводу болезней системы кровообращения признаны **1986** человек; костно-мышечной системы – **719**; злокачественных новообразований – **654**; прочих болезней – **579**. Среди первично признанных инвалидов I группу получили **389**, II – **2199**, III – **1350** человек.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать и проанализировать статистические показатели:
 - 1) первичной инвалидности;
 - 2) структуры первичной инвалидности по заболеваниям;
 - 3) структуры первичной инвалидности по группам инвалидности;
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2 и сделать вывод.

Задача 12

Исходные данные

Среднегодовая численность населения субъекта Российской Федерации – **499 699** человек. В течение изучаемого года признаны инвалидами **3899** человек. Из общего числа впервые признанных инвалидами: по поводу болезней системы кровообращения признаны **1999** человек; костно-мышечной системы – **799**; злокачественных новообразований – **699**; прочих болезней – **402**. Среди первично признанных инвалидов I группу получили **399**, II – **2199**, III – **1301** человек.

Задание

На основании исходных данных:

1. Рассчитать и проанализировать статистические показатели:
 - 1) первичной инвалидности;
 - 2) структуры первичной инвалидности по заболеваниям;
 - 3) структуры первичной инвалидности по группам инвалидности.
2. Занести полученные показатели в таблицу 1.
3. Проанализировать полученные показатели, сравнив их со среднестатистическими значениями, представленными в таблице 2 и сделать вывод.

Тема: Медико-социальные аспекты демографии

В результате изучения темы студент должен:

знать:

- определение понятия «медицинская демография»;
- основные направления изучения народонаселения;
- источники информации о медико-демографических процессах;
- основные тенденции медико-демографических процессов и факторы, их определяющие;

- методику расчёта и анализа медико-демографических показателей.

уметь:

- рассчитывать, оценивать и интерпретировать медико-демографические показатели;

- использовать полученную информацию о медико-демографических показателях для анализа общественного здоровья, оценки деятельности системы здравоохранения и принятия управленческих решений;

- использовать полученные знания о медико-демографических процессах при изучении клинических дисциплин.

Контрольные вопросы

1. Дайте определения понятий «демография» и «медицинская демография».
2. В каких направлениях ведётся статистическое изучение народонаселения?
3. Какие требования предъявляются к организации переписи населения?
4. Что понимается под механическим движением населения?
5. Что понимается под естественным движением населения?
6. Как рассчитываются показатели рождаемости, смертности и естественного прироста (убыли)?
7. Как вычисляются специальные показатели рождаемости – плодовитость и брачная плодовитость?
8. Какова динамика рождаемости в России, и какие факторы влияют на уровень рождаемости?
9. Как вычисляется показатель общей смертности и возрастно-половые показатели смертности?
10. Какова структура смертности населения России?
11. Какова динамика смертности населения в России?
12. Как рассчитывается показатель младенческой смертности, и каковы его оценочные уровни?
13. Какова структура младенческой смертности?
14. Какова динамика младенческой смертности в России?
15. Как рассчитываются показатели перинатальной, ранней неонатальной, неонатальной, постнеонатальной смертности и мертворождаемости?
16. Что понимается под материнской смертностью и как рассчитывается этот показатель?
17. Что понимается под средней продолжительностью предстоящей жизни и как рассчитывается этот показатель?
18. Что понимается под процессом старения населения?
19. Какова классификация обществ в зависимости от степени развития процессов старения (по Э. Россету)?

а). Основная литература:

7. Медик, Валерий Алексеевич Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Валерий Алексеевич Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 649 с.
8. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: руководство к практическим занятиям / В. А. Медик, В. И. Лисицин, М. С. Токмачев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 452 с.
9. Полунина, Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Н. В. Полунина. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. - 543 с.

Электронный ресурс:

5. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html>

б) Дополнительная литература:

6. Здравоохранение и общественное здоровье [Текст]: учебник / ред. Г. Н. Царик. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 910 с.

Электронный ресурс:

3. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения [Электронный ресурс]: учебное пособие /ред. В.З. Кучеренко. - 4 изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419151.html>

Задача-эталон

Исходные данные

В городе К. Н-ской области в 2019 году:

среднегодовая численность населения	495 000
число родившихся живыми за год	3168
общее число умерших за год	6188
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	40
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	20
умерло детей в возрасте до 1 месяца	28
зарегистрировано мертворожденных	44

В городе К. Н-ской области в 2018 году были следующие демографические показатели:

рождаемость	7,2 на 1000 населения
смертность	14,0 на 1000 населения
естественная убыль	- 6,8 на 1000 населения
младенческая смертность	12,4 на 1000 родившихся живыми
ранняя неонатальная смертность	6,8 на 1000 родившихся живыми
неонатальная смертность	7,1 на 1000 родившихся живыми
перинатальная смертность	17,3 на 1000 родившихся живыми и мертвыми

В Н-ской области в 2019 г.:

среднегодовая численность населения	1 540 000
число родившихся живыми за год	11 088
общее число умерших за год	25 256
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	186
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	96
умерло детей в возрасте до 1 месяца	128
зарегистрировано мертворожденных	154

Распределение умерших в Н-ской области по основным причинам смерти 2019 году:

от болезней системы кровообращения	15 507
от новообразований	3485
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	3435
от болезней органов дыхания	1237
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	202
от болезней органов пищеварения	480
от болезней нервной системы	126
от прочих причин	784
в с е г о:	25 256

Распределение умерших детей в возрасте до 1 года по причинам смерти в Н-ской области в 2019 году:

от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	8
от болезней нервной системы	2
от болезней органов дыхания	27

от болезней органов пищеварения	2
от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий	42
от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	97
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	4
от прочих причин	4
в с е г о:	186

Задание

На основании исходных данных:

- 1) вычислить демографические показатели для города К. в 2019 году и Н-ской области в 2019 году и вписать их в таблицу 2;
- 2) рассчитать структуру общей и младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году;
- 3) дать оценку демографической ситуации в городе К. в 2019 году сравнив их с показателями города К. за 2018 год, показателями Н-ской области за 2019 год и оценочными уровнями рождаемости, смертности и младенческой смертности (таблица 1).

Таблица 1

Оценочные уровни рождаемости, смертности и младенческой смертности

Уровень	Рождаемость (на 1000 населения)	Смертность (на 1000 населения)	Младенческая смертность (на 1000 детей, родившихся живыми)
Очень низкий	до 10	до 7	
Низкий	11-15	7-8	15 и ниже
Ниже среднего	16-20	9-10	
Средний	21-25	11-12	15-22
Выше среднего	26-30	13-15	
Высокий	31-40	16-20	
Очень высокий	больше 40	больше 20	22 и больше

Решение

1. Рассчитываем демографические показатели для города К. в 2019 году и заносим их в таблицу:

$$\text{- рождаемость} = \frac{\text{число родившихся живыми за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000 = \frac{3168}{495\ 000} \times 1000 = 6,4\%$$

$$\text{- смертность} = \frac{\text{общее число умерших за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000 = \frac{6188}{495\ 000} \times 1000 = 12,5\%$$

$$\text{- естественный прирост (убыль)} = \text{коэффициент рождаемости} - \text{коэффициент смертности} = 6,4 - 12,5 = -6,1\%$$

$$\text{- младенческая смертность} = \frac{\text{общее число детей, умерших на 1-ом году жизни}}{\text{число родившихся живыми за год}} \times 1000 = \frac{40}{3168} \times 1000 = 12,6\%$$

$$\begin{aligned} & \text{число детей, умерших в} \\ & \text{возрасте 0-7 дней} \qquad \qquad \qquad 20 \\ - \text{ ранняя неонатальная смертность} &= \frac{\text{число родившихся живыми}}{\text{за год}} \times 1000 = \frac{20}{3168} \times 1000 = 6,3\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{число детей, умерших в} \\ & \text{возрасте до 1 месяца} \qquad \qquad \qquad 28 \\ - \text{ неонатальная смертность} &= \frac{\text{число родившихся живыми}}{\text{за год}} \times 1000 = \frac{28}{3168} \times 1000 = 8,8\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{мёртворождённые + умершие в возрасте 0-7 дней} \\ - \text{ перинатальная смертность} &= \frac{\text{число родившихся за год живыми и мёртвыми}}{\text{за год}} \times 1000 = \\ &= \frac{44 + 20}{3168 + 44} \times 1000 = \frac{64}{3212} \times 1000 = 19,9\% \end{aligned}$$

2. Рассчитываем демографические показатели для Н-ской области в 2019 году и заносим их в таблицу:

$$\begin{aligned} & \text{число родившихся живыми за год} \qquad \qquad \qquad 11\ 088 \\ - \text{ рождаемость} &= \frac{\text{среднегодовая численность населения}}{\text{за год}} \times 1000 = \frac{11\ 088}{1\ 540\ 000} \times 1000 = 7,2\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{общее число умерших за год} \qquad \qquad \qquad 25\ 256 \\ - \text{ смертность} &= \frac{\text{среднегодовая численность населения}}{\text{за год}} \times 1000 = \frac{25\ 256}{1\ 540\ 000} \times 1000 = 16,4\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} - \text{ естественный прирост (убыль)} &= \text{коэффициент рождаемости} - \text{коэффициент смертности} = \\ &= 7,2 - 16,4 = -9,2\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{общее число детей,} \\ & \text{умерших на 1-ом году жизни} \qquad \qquad \qquad 186 \\ - \text{ младенческая смертность} &= \frac{\text{число родившихся живыми за год}}{\text{за год}} \times 1000 = \frac{186}{11\ 088} \times 1000 = 16,8\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{число детей, умерших в} \\ & \text{возрасте 0-7 дней} \qquad \qquad \qquad 96 \\ - \text{ ранняя неонатальная смертность} &= \frac{\text{число родившихся живыми}}{\text{за год}} \times 1000 = \frac{96}{11\ 088} \times 1000 = 8,7\% \end{aligned}$$

число детей, умерших в

$$\text{- неонатальная смертность} = \frac{\text{возрасте до 1 месяца}}{\text{число родившихся живыми за год}} \times 1000 = \frac{128}{11\,088} \times 1000 = 11,5\%$$

$$\text{- перинатальная смертность} = \frac{\text{мёртворождённые + умершие в возрасте 0-7 дней}}{\text{число родившихся за год живыми и мёртвыми}} \times 1000 =$$

$$= \frac{154 + 96}{11\,088 + 154} \times 1000 = \frac{250}{11\,242} \times 1000 = 22,2\%$$

Таблица 1

Демографические показатели в городе К. Н-ской области в 2018 и 2019 годах и Н-кой области в 2019 году

№	Показатели	Город К. Н-ской области 2018 г.	Город К. Н-ской области 2019 г.	Н-ская об- ласть 2019 г.
1	Рождаемость (на 1000 населения)	7,2	6,4	7,2
2	Смертность (на 1000 населения)	14,0	12,5	16,4
3	Естественный прирост (убыль)	- 6,8	-6,1	-9,2
4	Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	12,4	12,6	16,8
5	Ранняя неонатальная смертность (на 1000 родившихся живыми)	6,8	6,3	8,7
6	Неонатальная смертность (на 1000 родившихся живыми)	7,1	8,8	11,5
7	Перинатальная смертность (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)	17,3	19,9	22,2

3. Рассчитываем структуру общей смертности населения Н-ской области в 2019 го-
ду:

$$\text{- от болезней системы кровообращения} = \frac{15\,507}{25\,256} \times 100\% = 61,4\%$$

$$\text{- от новообразований} = \frac{3485}{25\,256} \times 100\% = 13,8\%$$

$$\text{- от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин} = \frac{3435}{25\,256} \times 100\% = 13,6\%$$

$$\text{- от болезней органов дыхания} = \frac{1237}{25\,256} \times 100\% = 4,9\%$$

25 256

$$\text{- от некоторых инфекционных и паразитарных болезней} = \frac{202}{25\ 256} \times 100\% = 0,8\%$$

$$\text{- от болезней органов пищеварения} = \frac{480}{25\ 256} \times 100\% = 1,9\%$$

$$\text{- от болезней нервной системы} = \frac{126}{25\ 256} \times 100\% = 0,5\%$$

$$\text{- от прочих причин} = \frac{784}{25\ 256} \times 100\% = 3,1\%$$

4. Рассчитываем структуру младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году:

$$\text{- от некоторых инфекционных и паразитарных болезней} = \frac{8}{186} \times 100\% = 4,3\%$$

$$\text{- от болезней нервной системы} = \frac{2}{186} \times 100\% = 1,1\%$$

$$\text{- от болезней органов дыхания} = \frac{27}{186} \times 100\% = 14,5\%$$

$$\text{- от болезней органов пищеварения} = \frac{2}{186} \times 100\% = 1,1\%$$

$$\text{- от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий} = \frac{42}{186} \times 100\% = 22,6\%$$

$$\text{- от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде} = \frac{97}{186} \times 100\% = 52,2\%$$

$$\text{- от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин} = \frac{4}{186} \times 100\% = 2,1\%$$

$$\text{- от прочих причин} = \frac{4}{186} \times 100 = 2,1\%$$

Вывод

Уровень рождаемости в городе К. в 2019 году очень низкий и по сравнению с 2018 годом снизился на 0,8‰. Подобная ситуация прослеживается и в отношении показателя рождаемости в Н-ской области в целом.

Уровень смертности в городе К. в 2019 году выше среднего и снизился на 1,5‰ по сравнению с 1998 годом. Смертность в городе К. в 2019 году ниже на 3,9 ‰, чем в Н-кой области в целом.

Естественная убыль населения в городе К. в 2019 году самая низкая по сравнению с 2018 годом и Н-ской областью.

Таким образом, в городе К. 2019 году демографическую ситуацию можно охарактеризовать как неблагоприятную, несмотря на уменьшение естественной убыли и снижение смертности населения. Вместе с тем, она несколько лучше, чем в Н-кой области в целом.

Показатель младенческой смертности (12,6‰) в городе К. в 2019 году низкий; по сравнению с 2018 годом он повысился на 0,2 ‰. Однако младенческая смертность в городе К. в 2019 году ниже, чем по Н-кой области в 1,3 раза.

В городе К. 2019 году по сравнению с 2018 годом наблюдается снижение ранней неонатальной смертности на 0,5‰, а в сравнении с Н-ской областью она ниже на 2,4‰.

В городе К. неонатальная смертность в 2019 году выросла по сравнению с 2018 годом на 1,7‰, вместе с тем, она ниже на 2,7‰ по сравнению с Н-ской областью.

Коэффициент перинатальной смертности в городе К. в 2019 году выше, чем в 2018 году (19,9‰ против 17,3‰) но ниже по сравнению с Н-ской областью на 2,3‰.

В структуре общей смертности населения Н-ской области в 2019 году основной причиной смерти являются болезни системы кровообращения (61,4%). Второе место занимает смертность от новообразований (13,8%) и третье – от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин (13,6%).

В Н-ской области в структуре смерти детей на первом году жизни ведущей причиной являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (52,2%), далее следуют врожденные аномалии развития, деформация и хромосомные аномалии (22,6%), а также болезни органов дыхания (14,5%).

Задачи для самостоятельного решения

Задачи для студентов

Вариант 1

Исходные данные

В городе А. Н-ской области в 2019 году:

среднегодовая численность населения	457 272
число родившихся живыми за год	3018
общее число умерших за год	5920
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	57
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	33
умерло детей в возрасте до 1 месяца	29
зарегистрировано мертворожденных	42

В городе А. Н-ской области в 2018 году были следующие демографические показатели:

рождаемость	7,0 на 1000 населения
смертность	13,5 на 1000 населения
естественная убыль	– 6,5 на 1000 населения
младенческая смертность	12,5 на 1000 родившихся живыми

ранняя неонатальная смертность	6,8 на 1000 родившихся живыми
неонатальная смертность	7,1 на 1000 родившихся живыми
перинатальная смертность	17,3 на 1000 родившихся живыми и мертвыми

В Н-ской области в 2019 г.:

среднегодовая численность населения	1 647 887
число родившихся живыми за год	11 700
общее число умерших за год	29 791
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	215
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	129
умерло детей в возрасте до 1 месяца	68
зарегистрировано мертворожденных	124

Распределение умерших в Н-ской области по основным причинам смерти 2019 году:

от болезней системы кровообращения	18 876
от новообразований	3842
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	3785
от болезней органов дыхания	1348
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	268
от болезней органов пищеварения	640
от болезней нервной системы	189
от прочих причин	843
в с е г о:	29 791

Распределение умерших детей в возрасте до 1 года по причинам смерти в Н-ской области в 2019 году:

от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	10
от болезней нервной системы	2
от болезней органов дыхания	27
от болезней органов пищеварения	2
от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий	63
от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	90
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	13
от прочих причин	8
в с е г о:	215

Задание

На основании исходных данных:

- 1) вычислить демографические показатели для города А. в 2019 году и Н-ской области в 2019 году и вписать их в таблицу;
- 2) рассчитать структуру общей и младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году;
- 3) дать оценку демографической ситуации в городе А. в 2019 году сравнив их с показателями города А. за 2018 год, показателями Н-ской области за 2019 год и оценочными уровнями.

Вариант 2

Исходные данные

В городе Б. Н-ской области в 2019 году:

среднегодовая численность населения	30 757
число родившихся живыми за год	203

общее число умерших за год	548
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	1
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	1
умерло детей в возрасте до 1 месяца	1
зарегистрировано мертворожденных	2

В городе Б. Н-ской области в 2018 году были следующие демографические показатели:

рождаемость	6,3 на 1000 населения
смертность	16,7 на 1000 населения
естественная убыль	– 10,4 на 1000 населения
младенческая смертность	15,5 на 1000 родившихся живыми
ранняя неонатальная смертность	8,2 на 1000 родившихся живыми
неонатальная смертность	10,2 на 1000 родившихся живыми
перинатальная смертность	17,3 на 1000 родившихся живыми и мертвыми

В Н-ской области в 2019 г.:

среднегодовая численность населения	1 647 887
число родившихся живыми за год	11 700
общее число умерших за год	29 791
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	215
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	129
умерло детей в возрасте до 1 месяца	68
зарегистрировано мертворожденных	124

Распределение умерших в Н-ской области по основным причинам смерти 2019 году:

от болезней системы кровообращения	18 876
от новообразований	3842
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	3785
от болезней органов дыхания	1348
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	268
от болезней органов пищеварения	640
от болезней нервной системы	189
от прочих причин	843
в с е г о:	29 791

Распределение умерших детей в возрасте до 1 года по причинам смерти в Н-ской области в 2019 году:

от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	10
от болезней нервной системы	2
от болезней органов дыхания	27
от болезней органов пищеварения	2
от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий	63
от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	90
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	13
от прочих причин	8
в с е г о:	215

Задание

На основании исходных данных:

1) вычислить демографические показатели для города Б. в 2019 году и Н-ской области в 2019 году и вписать их в таблицу;

2) рассчитать структуру общей и младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году;

3) дать оценку демографической ситуации в городе Б. в 2019 году сравнив их с показателями города Б. за 2018 год, показателями Н-ской области за 2019 год и оценочными уровнями.

Вариант 3

Исходные данные

В городе В. Н-ской области в 2019 году:

среднегодовая численность населения	34 029
число родившихся живыми за год	541
общее число умерших за год	228
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	9
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	6
умерло детей в возрасте до 1 месяца	5
зарегистрировано мертворожденных	6

В городе В. Н-ской области в 2018 году были следующие демографические показатели:

рождаемость	17,2 на 1000 населения
смертность	6,6 на 1000 населения
естественная убыль	10,6 на 1000 населения
младенческая смертность	34,1 на 1000 родившихся живыми
ранняя неонатальная смертность	28,2 на 1000 родившихся живыми
неонатальная смертность	25,9 на 1000 родившихся живыми
перинатальная смертность	55,1 на 1000 родившихся живыми и мертвыми

В Н-ской области в 2019 г.:

среднегодовая численность населения	1 647 887
число родившихся живыми за год	11 700
общее число умерших за год	29 791
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	215
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	129
умерло детей в возрасте до 1 месяца	68
зарегистрировано мертворожденных	124

Распределение умерших в Н-ской области по основным причинам смерти 2019 году:

от болезней системы кровообращения	18 876
от новообразований	3842
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	3785
от болезней органов дыхания	1348
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	268
от болезней органов пищеварения	640
от болезней нервной системы	189
от прочих причин	843
в с е г о:	29 791

Распределение умерших детей в возрасте до 1 года по причинам смерти в Н-ской области в 2019 году:

от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	10
от болезней нервной системы	2
от болезней органов дыхания	27
от болезней органов пищеварения	2
от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий	63
от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	90
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	13
от прочих причин	8
в с е г о:	215

Задание

На основании исходных данных:

- 1) вычислить демографические показатели для города В. в 2019 году и Н-ской области в 2019 году и вписать их в таблицу;
- 2) рассчитать структуру общей и младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году;
- 3) дать оценку демографической ситуации в городе В. в 2019 году сравнив их с показателями города В. за 2018 год, показателями Н-ской области за 2019 год и оценочными уровнями.

Вариант 4

Исходные данные

В городе Г. Н-ской области в 2019 году:

среднегодовая численность населения	62 028
число родившихся живыми за год	1336
общее число умерших за год	428
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	7
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	4
умерло детей в возрасте до 1 месяца	4
зарегистрировано мертворожденных	7

В городе Г. Н-ской области в 2018 году были следующие демографические показатели:

рождаемость	23,3 на 1000 населения
смертность	6,5 на 1000 населения
естественная убыль	16,8 на 1000 населения
младенческая смертность	19,4 на 1000 родившихся живыми
ранняя неонатальная смертность	10,2 на 1000 родившихся живыми
неонатальная смертность	11,9 на 1000 родившихся живыми
перинатальная смертность	28,4 на 1000 родившихся живыми и мертвыми

В Н-ской области в 2019 г.:

среднегодовая численность населения	1 647 887
число родившихся живыми за год	11 700
общее число умерших за год	29 791
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	215
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	129
умерло детей в возрасте до 1 месяца	68
зарегистрировано мертворожденных	124

Распределение умерших в Н-ской области по основным причинам смерти 2019 году:

от болезней системы кровообращения	18 876
от новообразований	3842
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	3785
от болезней органов дыхания	1348
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	268
от болезней органов пищеварения	640
от болезней нервной системы	189
от прочих причин	843
в с е г о:	29 791

Распределение умерших детей в возрасте до 1 года по причинам смерти в Н-ской области в 2019 году:

от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	10
от болезней нервной системы	2
от болезней органов дыхания	27
от болезней органов пищеварения	2
от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий	63
от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	90
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	13
от прочих причин	8
в с е г о:	215

Задание

На основании исходных данных:

- 1) вычислить демографические показатели для города Г. в 2019 году и Н-ской области в 2019 году и вписать их в таблицу;
- 2) рассчитать структуру общей и младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году;
- 3) дать оценку демографической ситуации в городе Г. в 2019 году сравнив их с показателями города Г. за 2018 год, показателями Н-ской области за 2019 год и оценочными уровнями.

Вариант 5

Исходные данные

В городе Д. Н-ской области в 2019 году:

среднегодовая численность населения	20 149
число родившихся живыми за год	135
общее число умерших за год	369
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	2
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	1
умерло детей в возрасте до 1 месяца	1
зарегистрировано мертворожденных	3

В городе Д. Н-ской области в 2018 году были следующие демографические показатели:

рождаемость	6,64 на 1000 населения
смертность	16,7 на 1000 населения
естественная убыль	– 10,3 на 1000 населения
младенческая смертность	14,1 на 1000 родившихся живыми
ранняя неонатальная смертность	7,2 на 1000 родившихся живыми
неонатальная смертность	7,9 на 1000 родившихся живыми

перинатальная смертность	28,1 на 1000 родившихся живыми и мертвыми
--------------------------	---

В Н-ской области в 2019 г.:

среднегодовая численность населения	1 647 887
число родившихся живыми за год	11 700
общее число умерших за год	29 791
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	215
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	129
умерло детей в возрасте до 1 месяца	68
зарегистрировано мертворожденных	124

Распределение умерших в Н-ской области по основным причинам смерти 2019 году:

от болезней системы кровообращения	18 876
от новообразований	3842
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	3785
от болезней органов дыхания	1348
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	268
от болезней органов пищеварения	640
от болезней нервной системы	189
от прочих причин	843
в с е г о:	29 791

Распределение умерших детей в возрасте до 1 года по причинам смерти в Н-ской области в 2019 году:

от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	10
от болезней нервной системы	2
от болезней органов дыхания	27
от болезней органов пищеварения	2
от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий	63
от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	90
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	13
от прочих причин	8
в с е г о:	215

Задание

На основании исходных данных:

- 1) вычислить демографические показатели для города Д. в 2019 году и Н-ской области в 2019 году и вписать их в таблицу;
- 2) рассчитать структуру общей и младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году;
- 3) дать оценку демографической ситуации в городе Д. в 2019 году сравнив их с показателями города Д. за 2018 год, показателями Н-ской области за 2019 год и оценочными уровнями.

Вариант 6

Исходные данные

В городе Е. Н-ской области в 2019 году:

среднегодовая численность населения	60 274
число родившихся живыми за год	1076
общее число умерших за год	440
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	5

умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	3
умерло детей в возрасте до 1 месяца	2
зарегистрировано мертворожденных	6

В городе Е. Н-ской области в 2018 году были следующие демографические показатели:

рождаемость	17,6 на 1000 населения
смертность	6,4 на 1000 населения
естественная убыль	11,2 на 1000 населения
младенческая смертность	17,7 на 1000 родившихся живыми
ранняя неонатальная смертность	8,2 на 1000 родившихся живыми
неонатальная смертность	11,8 на 1000 родившихся живыми
перинатальная смертность	28,1 на 1000 родившихся живыми и мертвыми

В Н-ской области в 2019 г.:

среднегодовая численность населения	1 647 887
число родившихся живыми за год	11 700
общее число умерших за год	29 791
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	215
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	129
умерло детей в возрасте до 1 месяца	68
зарегистрировано мертворожденных	124

Распределение умерших в Н-ской области по основным причинам смерти 2019 году:

от болезней системы кровообращения	18 876
от новообразований	3842
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	3785
от болезней органов дыхания	1348
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	268
от болезней органов пищеварения	640
от болезней нервной системы	189
от прочих причин	843
в с е г о:	29 791

Распределение умерших детей в возрасте до 1 года по причинам смерти в Н-ской области в 2019 году:

от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	10
от болезней нервной системы	2
от болезней органов дыхания	27
от болезней органов пищеварения	2
от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий	63
от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	90
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	13
от прочих причин	8
в с е г о:	215

Задание

На основании исходных данных:

1) вычислить демографические показатели для города Е. в 2019 году и Н-ской области в 2019 году и вписать их в таблицу;

2) рассчитать структуру общей и младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году;

3) дать оценку демографической ситуации в городе Е. в 2019 году сравнив их с показателями города Е. за 2018 год, показателями Н-ской области за 2019 год и оценочными уровнями.

Вариант 7

Исходные данные

В городе Ж. Н-ской области в 2019 году:

среднегодовая численность населения	44 782
число родившихся живыми за год	688
общее число умерших за год	309
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	6
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	3
умерло детей в возрасте до 1 месяца	2
зарегистрировано мертворожденных	5

В городе Ж. Н-ской области в 2018 году были следующие демографические показатели:

рождаемость	15,0 на 1000 населения
смертность	8,0 на 1000 населения
естественная убыль	7,0 на 1000 населения
младенческая смертность	11,2 на 1000 родившихся живыми
ранняя неонатальная смертность	8,2 на 1000 родившихся живыми
неонатальная смертность	5,6 на 1000 родившихся живыми
перинатальная смертность	12,9 на 1000 родившихся живыми и мертвыми

В Н-ской области в 2019 г.:

среднегодовая численность населения	1 647 887
число родившихся живыми за год	11 700
общее число умерших за год	29 791
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	215
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	129
умерло детей в возрасте до 1 месяца	68
зарегистрировано мертворожденных	124

Распределение умерших в Н-ской области по основным причинам смерти 2019 году:

от болезней системы кровообращения	18 876
от новообразований	3842
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	3785
от болезней органов дыхания	1348
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	268
от болезней органов пищеварения	640
от болезней нервной системы	189
от прочих причин	843
в с е г о:	29 791

Распределение умерших детей в возрасте до 1 года по причинам смерти в Н-ской области в 2019 году:

от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	10
от болезней нервной системы	2

от болезней органов дыхания	27
от болезней органов пищеварения	2
от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий	63
от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	90
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	13
от прочих причин	8
в с е г о:	215

Задание

На основании исходных данных:

1) вычислить демографические показатели для города Ж. в 2019 году и Н-ской области в 2019 году и вписать их в таблицу;

2) рассчитать структуру общей и младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году;

3) дать оценку демографической ситуации в городе Ж. в 2019 году сравнив их с показателями города Ж. за 2018 год, показателями Н-ской области за 2019 год и оценочными уровнями.

Вариант 8

Исходные данные

В городе З. Н-ской области в 2019 году:

среднегодовая численность населения	29 524
число родившихся живыми за год	186
общее число умерших за год	492
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	3
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	2
умерло детей в возрасте до 1 месяца	2
зарегистрировано мертворожденных	3

В городе З. Н-ской области в 2018 году были следующие демографические показатели:

рождаемость	6,6 на 1000 населения
смертность	17,7 на 1000 населения
естественная убыль	- 11,1 на 1000 населения
младенческая смертность	14,7 на 1000 родившихся живыми
ранняя неонатальная смертность	12,2 на 1000 родившихся живыми
неонатальная смертность	8,8 на 1000 родившихся живыми
перинатальная смертность	24,1 на 1000 родившихся живыми и мертвыми

В Н-ской области в 2019 г.:

среднегодовая численность населения	1 647 887
число родившихся живыми за год	11 700
общее число умерших за год	29 791
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	215
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	129
умерло детей в возрасте до 1 месяца	68
зарегистрировано мертворожденных	124

Распределение умерших в Н-ской области по основным причинам смерти 2019 году:

от болезней системы кровообращения	18 876
от новообразований	3842

от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	3785
от болезней органов дыхания	1348
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	268
от болезней органов пищеварения	640
от болезней нервной системы	189
от прочих причин	843
в с е г о:	29 791

Распределение умерших детей в возрасте до 1 года по причинам смерти в Н-ской области в 2019 году:

от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	10
от болезней нервной системы	2
от болезней органов дыхания	27
от болезней органов пищеварения	2
от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий	63
от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	90
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	13
от прочих причин	8
в с е г о:	215

Задание

На основании исходных данных:

- 1) вычислить демографические показатели для города З. в 2019 году и Н-ской области в 2019 году и вписать их в таблицу;
- 2) рассчитать структуру общей и младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году;
- 3) дать оценку демографической ситуации в городе З. в 2019 году сравнив их с показателями города З. за 2018 год, показателями Н-ской области за 2019 год и оценочными уровнями.

Вариант 9

Исходные данные

В городе Л. Н-ской области в 2019 году:

среднегодовая численность населения	23 333
число родившихся живыми за год	436
общее число умерших за год	147
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	3
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	2
умерло детей в возрасте до 1 месяца	2
зарегистрировано мертворожденных	1

В городе Л. Н-ской области в 2018 году были следующие демографические показатели:

рождаемость	18,5 на 1000 населения
смертность	7,9 на 1000 населения
естественная убыль	10,6 на 1000 населения
младенческая смертность	11,9 на 1000 родившихся живыми
ранняя неонатальная смертность	14,2 на 1000 родившихся живыми
неонатальная смертность	7,9 на 1000 родившихся живыми
перинатальная смертность	20,1 на 1000 родившихся живыми и мертвыми

В Н-ской области в 2019 г.:

среднегодовая численность населения	1 647 887
число родившихся живыми за год	11 700
общее число умерших за год	29 791
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	215
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	129
умерло детей в возрасте до 1 месяца	68
зарегистрировано мертворожденных	124

Распределение умерших в Н-ской области по основным причинам смерти 2019 году:

от болезней системы кровообращения	18 876
от новообразований	3842
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	3785
от болезней органов дыхания	1348
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	268
от болезней органов пищеварения	640
от болезней нервной системы	189
от прочих причин	843
в с е г о:	29 791

Распределение умерших детей в возрасте до 1 года по причинам смерти в Н-ской области в 2019 году:

от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	10
от болезней нервной системы	2
от болезней органов дыхания	27
от болезней органов пищеварения	2
от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий	63
от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	90
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	13
от прочих причин	8
в с е г о:	215

Задание

На основании исходных данных:

- 1) вычислить демографические показатели для города Л. в 2019 году и Н-ской области в 2019 году и вписать их в таблицу;
- 2) рассчитать структуру общей и младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году;
- 3) дать оценку демографической ситуации в городе Л. в 2019 году сравнив их с показателями города Л. за 2018 год, показателями Н-ской области за 2019 год и оценочными уровнями.

Вариант 10

Исходные данные

В городе М. Н-ской области в 2019 году:

среднегодовая численность населения	70 588
число родившихся живыми за год	480
общее число умерших за год	1316
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	14
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	9
умерло детей в возрасте до 1 месяца	7
зарегистрировано мертворожденных	10

В городе М. Н-ской области в 2018 году были следующие демографические показатели:

рождаемость	7,1 на 1000 населения
смертность	17,6 на 1000 населения
естественная убыль	– 10,5 на 1000 населения
младенческая смертность	25,2 на 1000 родившихся живыми
ранняя неонатальная смертность	18,2 на 1000 родившихся живыми
неонатальная смертность	16,4 на 1000 родившихся живыми
перинатальная смертность	41,6 на 1000 родившихся живыми и мертвыми

В Н-ской области в 2019 г.:

среднегодовая численность населения	1 647 887
число родившихся живыми за год	11 700
общее число умерших за год	29 791
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	215
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	129
умерло детей в возрасте до 1 месяца	68
зарегистрировано мертворожденных	124

Распределение умерших в Н-ской области по основным причинам смерти 2019 году:

от болезней системы кровообращения	18 876
от новообразований	3842
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	3785
от болезней органов дыхания	1348
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	268
от болезней органов пищеварения	640
от болезней нервной системы	189
от прочих причин	843
в с е г о:	29 791

Распределение умерших детей в возрасте до 1 года по причинам смерти в Н-ской области в 2019 году:

от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	10
от болезней нервной системы	2
от болезней органов дыхания	27
от болезней органов пищеварения	2
от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий	63
от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	90
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	13
от прочих причин	8
в с е г о:	215

Задание

На основании исходных данных:

- 1) вычислить демографические показатели для города М. в 2019 году и Н-ской области в 2019 году и вписать их в таблицу;
- 2) рассчитать структуру общей и и младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году;

3) дать оценку демографической ситуации в городе М. в 2019 году сравнив их с показателями города М. за 2018 год, показателями Н-ской области за 2019 год и оценочными уровнями.

Вариант 11

Исходные данные

В городе С. Н-ской области в 2019 году:

среднегодовая численность населения	50 278
число родившихся живыми за год	834
общее число умерших за год	8362
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	5
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	3
умерло детей в возрасте до 1 месяца	3
зарегистрировано мертворожденных	4

В городе С. Н-ской области в 2018 году были следующие демографические показатели:

рождаемость	17,6 на 1000 населения
смертность	7,9 на 1000 населения
естественная убыль	9,7 на 1000 населения
младенческая смертность	34,1 на 1000 родившихся живыми
ранняя неонатальная смертность	8,2 на 1000 родившихся живыми
неонатальная смертность	5,1 на 1000 родившихся живыми
перинатальная смертность	15,5 на 1000 родившихся живыми и мертвыми

В Н-ской области в 2019 г.:

среднегодовая численность населения	1 647 887
число родившихся живыми за год	11 700
общее число умерших за год	29 791
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	215
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	129
умерло детей в возрасте до 1 месяца	68
зарегистрировано мертворожденных	124

Распределение умерших в Н-ской области по основным причинам смерти 2019 году:

от болезней системы кровообращения	18 876
от новообразований	3842
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	3785
от болезней органов дыхания	1348
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	268
от болезней органов пищеварения	640
от болезней нервной системы	189
от прочих причин	843
в с е г о:	29 791

Распределение умерших детей в возрасте до 1 года по причинам смерти в Н-ской области в 2019 году:

от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	10
от болезней нервной системы	2

от болезней органов дыхания	27
от болезней органов пищеварения	2
от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий	63
от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	90
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	13
от прочих причин	8
в с е г о:	215

Задание

На основании исходных данных:

- 1) вычислить демографические показатели для города С. в 2019 году и Н-ской области в 2019 году и вписать их в таблицу;
- 2) рассчитать структуру общей и младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году;
- 3) дать оценку демографической ситуации в городе С. в 2019 году сравнив их с показателями города С. за 2018 год, показателями Н-ской области за 2019 год и оценочными уровнями.

Вариант 12

Исходные данные

В городе П. Н-ской области в 2019 году:

среднегодовая численность населения	33 152
число родившихся живыми за год	305
общее число умерших за год	330
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	11
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	7
умерло детей в возрасте до 1 месяца	6
зарегистрировано мертворожденных	8

В городе П. Н-ской области в 2018 году были следующие демографические показатели:

рождаемость	9,5 на 1000 населения
смертность	9,8 на 1000 населения
естественная убыль	– 0,3 на 1000 населения
младенческая смертность	12,7 на 1000 родившихся живыми
ранняя неонатальная смертность	28,0 на 1000 родившихся живыми
неонатальная смертность	8,4 на 1000 родившихся живыми
перинатальная смертность	21,9 на 1000 родившихся живыми и мертвыми

В Н-ской области в 2019 г.:

среднегодовая численность населения	1 647 887
число родившихся живыми за год	11 700
общее число умерших за год	29 791
общее число детей, умерших на 1-ом году жизни	215
умерло детей в возрасте 0-7 дней (168 часов)	129
умерло детей в возрасте до 1 месяца	68
зарегистрировано мертворожденных	124

Распределение умерших в Н-ской области по основным причинам смерти 2019 году:

от болезней системы кровообращения	18 876
от новообразований	3842
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	3785

от болезней органов дыхания	1348
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	268
от болезней органов пищеварения	640
от болезней нервной системы	189
от прочих причин	843
в с е г о:	29 791

Распределение умерших детей в возрасте до 1 года по причинам смерти в Н-ской области в 2019 году:

от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	10
от болезней нервной системы	2
от болезней органов дыхания	27
от болезней органов пищеварения	2
от врожденных аномалий развития, деформации и хромосомных аномалий	63
от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	90
от травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин	13
от прочих причин	8
в с е г о:	215

Задание

На основании исходных данных:

- 1) вычислить демографические показатели для города П. в 2019 году и Н-ской области в 2019 году и вписать их в таблицу;
- 2) рассчитать структуру общей и младенческой смертности в Н-ской области в 2019 году;
- 3) дать оценку демографической ситуации в городе П. в 2019 году сравнив их с показателями города П. за 2018 год, показателями Н-ской области за 2019 год и оценочными уровнями.

Задания в тестовой форме:

Выберите один или несколько правильных ответов.

Вариант 1

1. Статистическое изучение народонаселения ведётся в следующих направлениях
 - 1) воспроизводство населения
 - 2) статика населения
 - 3) статистка населения
 - 4) динамика населения

2. К демографическим показателям относятся следующие:
 - 1) плодовитость
 - 2) рождаемость
 - 3) материнская смертность
 - 4) смертность
 - 5) младенческая смертность
 - 6) брачная фертильность
 - 7) средняя продолжительность предстоящей жизни

3. Коэффициент общей плодовитости (Коп) вычисляется по формуле:

общее число родившихся за год

1) $\text{Коп} = \frac{\text{общее число родившихся живыми за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$

2) $\text{Коп} = \frac{\text{общее число родившихся живыми за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$

3) $\text{Коп} = \frac{\text{общее число родившихся живыми за год}}{\text{среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет}} \times 1000$

4) $\text{Коп} = \frac{\text{общее число родившихся за год}}{\text{среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет}} \times 1000$

4. Вероятнее всего ожидать естественную убыль населения следует

- 1) при прогрессивном типе возрастной структуры населения
- 2) позитивный типе возрастной структуры населения
- 3) стабильный типе возрастной структуры населения
- 4) деструктивный типе возрастной структуры населения
- 5) регрессивный типе возрастной структуры населения

5. Неонатальная смертность – это

- 1) смертность детей на первой неделе жизни
- 2) смертность детей на первом месяце жизни
- 3) смертность детей в первые шесть месяцев жизни
- 4) смертность детей в первые двенадцать месяцев жизни

6. Критерием мёртворождаемости в зависимости от срока беременности является

- 1) 20 недель
- 2) 21 неделя
- 3) 22 недели
- 4) 28 недель

7. Коэффициент перинатальной смертности (Кпсм) вычисляется по формуле:

1) $\text{Кпсм} = \frac{\text{число детей, родившихся мёртвыми} + \text{умершие на 1-ом месяце жизни}}{\text{число родившихся живыми и мёртвыми за год}} \times 1000$

2) $\text{Кпсм} = \frac{\text{число детей, родившихся мёртвыми} + \text{умершие на 1-ой неделе жизни}}{\text{число родившихся живыми за год}} \times 1000$

3) $\text{Кпсм} = \frac{\text{число детей, родившихся мёртвыми} + \text{умершие на 1-ом месяце жизни}}{\text{число родившихся живыми за год}} \times 1000$

4) $\text{Кпсм} = \frac{\text{число детей, родившихся мёртвыми} + \text{умершие на 1-ой неделе жизни}}{\text{число родившихся живыми и мёртвыми за год}} \times 1000$

8. Более высокого уровня рождаемости следует ожидать в странах, где сложился

- 1) прогрессивный тип возрастной структуры населения
- 2) позитивный тип возрастной структуры населения
- 3) стабильный тип возрастной структуры населения
- 4) регрессивный тип возрастной структуры населения
- 5) деструктивный тип возрастной структуры населения

9. Материнская смерть –

1) это смерть женщин, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, и наступившая в течение 42 дней после окончания беременности от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или её ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины

2) это смерть женщин, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, и наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или её ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины

3) это смерть женщин, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, и наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или её ведением, а также от несчастного случая или случайно возникшей причины

4) это смерть женщин, и наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или её ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины

10. Первая всеобщая перепись населения в России была осуществлена

- 1) 1787 году
- 2) 1897 году
- 3) в 1879 году
- 4) в 1894 году

Вариант 2

1. Демографические события изучаются следующими методами

- 1) скрининг населения
- 2) перепись населения
- 3) текущий учёт ряда демографических явлений
- 4) выборочные исследования

2. Различают следующие типы возрастной структуры населения:

- 1) прогрессивный
- 2) позитивный
- 3) стабильный
- 4) деструктивный
- 5) регрессивный

3. Коэффициент общей плодовитости (Кбп) вычисляется по формуле:

$$1) \text{Кбп} = \frac{\text{общее число родившихся за год}}{\text{среднегодовая численность женщин, состоящих в браке}} \times 1000$$

$$2) \text{ Кбп} = \frac{\text{общее число родившихся живыми за год}}{\text{среднегодовая численность женщин, состоящих в браке}} \times 1000$$

$$3) \text{ Кбп} = \frac{\text{общее число родившихся за год}}{\text{среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в браке}} \times 1000$$

$$4) \text{ Кбп} = \frac{\text{общее число родившихся живыми за год}}{\text{среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в браке}} \times 1000$$

4. Более высокого уровня общей смертности следует ожидать в странах, где сложился

- 1) прогрессивный тип возрастной структуры населения
- 2) позитивный тип возрастной структуры населения
- 3) стабильный тип возрастной структуры населения
- 4) регрессивный тип возрастной структуры населения
- 5) деструктивный тип возрастной структуры населения

5. Плодовитый (фертильный) возраст женщин по международным демографическим стандартам определяется в интервале

- 1) 15-45 лет
- 2) 14-49 лет
- 3) 15-49 лет
- 4) 19-49 лет

6. Наибольшая вероятность смерти ребёнка в первый месяц жизни

- 1) на первой неделе жизни
- 2) на второй неделе жизни
- 3) на третьей неделе жизни
- 4) на четвёртой неделе жизни

7. Коэффициент мёртворождаемости (Км) вычисляется по формуле:

$$1) \text{ Км} = \frac{\text{число детей, родившихся мёртвыми}}{\text{число родившихся живыми за год}} \times 1000$$

$$2) \text{ Км} = \frac{\text{число детей, родившихся мёртвыми}}{\text{число родившихся живыми и мёртвыми за год}} \times 1000$$

$$3) \text{ Км} = \frac{\text{число детей, родившихся мёртвыми}}{\text{число родившихся живыми и мёртвыми за год}} \times 100$$

$$4) \text{ Км} = \frac{\text{число детей, родившихся мёртвыми}}{\text{число родившихся живыми за год}} \times 10\,000$$

8. Смертность женщин ниже смертности мужчин

- 1) в молодых возрастах
- 2) в детских возрастах
- 3) в пожилых возрастах
- 4) во всех возрастах

9. Фактором, оказывающим значительное влияние на демографические процессы, происходящие на различных территориях, является

- 1) численность населения
- 2) урбанизация
- 3) возрастная структура населения
- 4) рождаемость

10. Внешняя миграция подразделяется

- 1) на маятниковую
- 2) на эмиграцию
- 3) на унитарную
- 4) на иммиграцию

Вариант 3

1. Первая всеобщая перепись населения в России была осуществлена

- 1) 1787 году
- 2) 1879 году
- 3) в 1897 году
- 4) в 1894 году

2. Различают следующие виды движения населения:

- 1) механическое
- 2) социальное
- 3) миграционное
- 4) естественное

3. Общий показатель смертности (Ксм) вычисляется по формуле:

$$1) K_{см} = \frac{\text{общее число умерших за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

$$2) K_{см} = \frac{\text{общее число умерших за год}}{\text{среднегодовая численность родившихся за год}} \times 1000$$

$$3) K_{см} = \frac{\text{общее число умерших за год}}{\text{среднегодовая численность родившихся мёртвыми}} \times 1000$$

$$4) K_{см} = \frac{\text{общее число умерших за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 10\,000$$

4. Вероятнее всего ожидать естественный прирост населения следует

- 1) при прогрессивном типе возрастной структуры населения
- 2) при позитивном типе возрастной структуры населения
- 3) при стабильном типе возрастной структуры населения
- 4) при деструктивном типе возрастной структуры населения
- 5) при регрессивном типе возрастной структуры населения

5. Ранняя неонатальная смертность – это

- 1) смертность детей в первый день жизни
- 2) смертность детей в первые шесть часов жизни
- 3) смертность детей на первом месяце жизни
- 4) смертность детей на первой неделе жизни

6. Младенческая смертность – это

- 1) смертность детей в первые три года жизни
- 2) смертность детей на первом году жизни
- 3) смертность детей на первом месяце жизни
- 4) смертность детей на первой неделе жизни

7. Перинатальный период включает следующие периоды:

- 1) интранатальный (период родов)
- 2) антенатальный (с 22 недели беременности до родов)
- 3) постнатальный или ранний неонатальный (первая неделя жизни)
- 4) неонатальный (первый месяц жизни)

8. Более низкого уровня общей смертности следует ожидать в странах, где сложил-
ся

- 1) прогрессивный тип возрастной структуры населения
- 2) позитивный тип возрастной структуры населения
- 3) стабильный тип возрастной структуры населения
- 4) регрессивный тип возрастной структуры населения
- 5) деструктивный тип возрастной структуры населения

9. Коэффициент эффективности миграции (Кэм) рассчитывается по формуле

$$1) \text{ Кэм} = \frac{\text{число въехавших на административную территорию}}{\text{число прибывших} + \text{число выбывших}} \times 100$$

$$2) \text{ Кэм} = \frac{\text{число выехавших из административной территории}}{\text{число прибывших}} \times 100$$

$$3) \text{ Кэм} = \frac{\text{число въехавших на административную территорию}}{\text{миграционный прирост}} \times 100$$

$$4) \text{ Кэм} = \frac{\text{миграционный прирост}}{\text{число прибывших} + \text{число выбывших}} \times 100$$

10. Смертность мужчин выше смертности женщин

- 1) во всех возрастах
- 2) в пожилых возрастах
- 3) в молодых возрастах
- 4) в детских возрастах

Вариант 4

1. Перепись населения проводится

- 1) до «критического» момента переписи
- 2) во время «критического» момента переписи
- 3) после «критического» момента переписи
- 4) без учёта «критического» момента переписи

2. В зависимости от времени и направления миграция подразделяется

- 1) на постоянную
- 2) на динамическую
- 3) на временную
- 4) на внутреннюю
- 5) на внешнюю
- 6) на временную

3. Общий показатель младенческой смертности (Кмл) вычисляется по формуле:

$$1) K_{мл} = \frac{\text{общее число детей, умерших на 1-ом году жизни}}{\text{число детей, родившихся живыми за год}} \times 1000$$

$$2) K_{мл} = \frac{\text{общее число детей, умерших на 1-ом году жизни}}{\text{среднегодовая численность детей, родившихся за год}} \times 1000$$

$$3) K_{мл} = \frac{\text{общее число детей, умерших на 1-ом году жизни}}{\text{среднегодовая численность детей, родившихся мёртвыми}} \times 1000$$

$$4) K_{мл} = \frac{\text{общее число детей, умерших на 1-ом году жизни}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

4. Смертность мужчин выше смертности женщин

- 1) в молодых возрастах
- 2) в детских возрастах
- 3) в пожилых возрастах
- 4) во всех возрастах

5. Наиболее быстро реагирует на изменения социального благополучия общества и качества оказания медицинской помощи показатель общественного здоровья –

- 1) рождаемость
- 2) материнская смертность
- 3) младенческая смертность
- 4) детская смертность

6. При постарении населения уровень рождаемости

- 1) увеличивается
- 2) уменьшается
- 3) не меняется
- 4) стагнирует

7. Средняя продолжительность предстоящей жизни –

- 1) это гипотетическое число лет, которое предстоит прожить поколению одновременно родившихся при условии неизменности повозрастных коэффициентов смертности
- 2) это гипотетическое число лет, которое предстоит прожить поколению населению, проживающему на определённой территории, при условии неизменности повозрастных коэффициентов смертности
- 3) это гипотетическое число лет, которое предстоит прожить человеку при условии неизменности уровня смертности
- 4) это гипотетическое число лет, которое предстоит прожить поколению одновременно родившихся при условии неизменности коэффициента рождаемости на определённой территории

8. В зависимости от возраста ребёнка младенческая смертность подразделяется

- 1) раннюю неонатальную
- 2) антенатальную
- 3) неонатальную
- 4) постнеонатальную
- 5) перинатальную
- 6) интранатальную

9. Итоговой величиной таблиц смертности (или дожития) является

- 1) вероятность смерти в отдельных возрастах
- 2) средняя продолжительность предстоящей жизни
- 3) средний возраст умерших
- 4) средний уровень смертности в отдельных возрастах

10. Перинатальная смертность –

- 1) это сумма умерших в первый день жизни и на первой неделе жизни
- 2) это сумма мёртворождённых и умерших в первый месяц жизни
- 3) это сумма мёртворождённых и умерших в первую неделю жизни
- 4) это сумма мёртворождённых и умерших в первый день жизни

Вариант 5

1. К переписи населения предъявляются следующие требования:

- 1) всеобщность
- 2) поимённость
- 3) выбор «критического» момента
- 4) единая программа
- 5) централизованное управление
- 6) региональное управление
- 7) экспедиционный способ
- 8) соблюдение тайны переписи

2. Коэффициент рождаемости (K_p) вычисляется по формуле:

$$1) K_p = \frac{\text{общее число родившихся за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

$$2) K_p = \frac{\text{общее число родившихся живыми за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

$$3) K_p = \frac{\text{общее число родившихся живыми за год}}{\text{среднегодовая численность женщин}} \times 1000$$

$$4) K_p = \frac{\text{общее число родившихся за год}}{\text{среднегодовая численность женщин от 20 до 45 лет}} \times 1000$$

3. Общий показатель младенческой смертности ($K_{мл}$) вычисляется по формуле Ратса:

$$1) K_{мл} = \frac{\text{общее число детей, умерших на 1-ом году жизни}}{\frac{2}{3} \text{ родившихся в данном году} + \frac{1}{3} \text{ родившихся в предыдущем году}} \times 1000$$

$$2) K_{мл} = \frac{\text{общее число детей, умерших на 1-ом году жизни}}{\frac{1}{3} \text{ родившихся живыми в данном году} + \frac{2}{3} \text{ родившихся в предыдущем году}} \times 1000$$

$$3) K_{мл} = \frac{\text{общее число детей, умерших на 1-ом году жизни}}{\frac{2}{3} \text{ родившихся живыми в данном году} + \frac{1}{3} \text{ родившихся мёртвыми в предыдущем году}} \times 1000$$

$$4) K_{мл} = \frac{\text{общее число детей, умерших на 1-ом году жизни}}{\frac{2}{3} \text{ родившихся живыми в данном году} + \frac{1}{3} \text{ родившихся живыми в предыдущем году}} \times 1000$$

4. Смертность женщин ниже смертности мужчин

- 1) во всех возрастах
- 2) в молодых возрастах
- 3) в детских возрастах
- 4) в пожилых возрастах

5. Процесс постарения населения –

- 1) это увеличение абсолютного числа лиц в возрасте 65 лет и старше
- 2) это увеличение абсолютного числа лиц в возрасте 60 лет и старше
- 3) это увеличение удельного веса лиц в возрасте 60 лет и старше
- 4) это увеличение удельного веса лиц в возрасте 65 лет и старше

6. При постарении населения уровень смертности

- 1) увеличивается
- 2) уменьшается
- 3) не меняется

4) стагнирует

7. Для построения таблиц смертности (или дожития) и расчёта показателя средней продолжительности предстоящей жизни необходимы следующие данные:

1) сведения об общем числе родившихся за год, когда составляются таблицы смертности (или дожития)

2) число умерших за последние три года, примыкающие к году построения таблиц смертности (или дожития)

3) число умерших в отдельных возрастах за годы, примыкающие к году построения таблиц смертности (или дожития)

4) по возрастной состав населения

8. Детская смертность –

1) это смертность детей до 1 года

2) это смертность детей от 1 года до 3 лет

3) это смертность детей от 1 года до 5 лет

4) это смертность детей от 1 года до 15 лет

9. К демографическим показателям относятся следующие:

1) рождаемость

2) детская смертность

3) материнская смертность

4) смертность

5) младенческая смертность

6) средняя продолжительность предстоящей жизни

7) брачная фертильность

10. Естественный прирост необходимо оценивать в соотношении

1) с показателем рождаемости

2) с показателем младенческой смертности

3) с показателем детской смертности

4) с показателем смертности

Тема «Укрепление здоровья населения. Современные проблемы профилактики. Профилактика неинфекционных заболеваний. Формирование здорового образа жизни»

Цель занятия: изучить структуру заболеваемости и смертности населения в РФ, факторы риска развития важнейших неэпидемиологических заболеваний, государственную политику РФ в области охраны здоровья, способы и методы влияния на распространенность корригируемых факторов риска.

В результате изучения темы студент должен **знать:**

- Удельный вес важнейших неэпидемиологических заболеваний в структуре общей и по возрастной смертности населения;

- Факторы риска развития неэпидемиологических заболеваний;
- Основные элементы системы охраны здоровья населения;
- Основные законодательные и нормативные акты по вопросам охраны здоровья;
- Основные показатели, характеризующие работу медицинских учреждений по профилактике неэпидемиологических заболеваний;

Уметь:

- Рассчитывать показатели, характеризующие заболеваемость, смертность, инвалидность при неэпидемиологических заболеваниях.
- Заполнять документы при важнейших неэпидемиологических заболеваниях.
- Провести беседу и прочитать лекцию по сохранению и укреплению здоровья населения.

Владеть:

- Методикой разработки лекционного материала и проведения беседы для населения по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни.

Литература:

а). Основная литература:

1. Полунина, Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Н. В. Полунина. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. - 543 с.

Электронный ресурс:

1. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html>

б) Дополнительная литература:

1. Здравоохранение и общественное здоровье [Текст]: учебник / ред. Г. Н. Царик. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 910 с.

Контрольные вопросы:

1. Основные группы факторов риска, неблагоприятно влияющие на здоровье населения (человека).
2. Удельный вес групп факторов риска, связанных с образом жизни людей.
3. Элементы здорового образа жизни.
4. Приказы МЗ РФ и Законы РФ, направленные на укрепление здоровья человека.
5. Основные методы пропаганды здорового образа жизни.
6. Формы пропаганды здорового образа жизни устного метода.
7. Формы пропаганды здорового образа жизни печатного метода.
8. Формы пропаганды здорового образа жизни наглядного метода.
9. Формы пропаганды здорового образа жизни комбинированного метода.
10. Задачи пропаганды здорового образа жизни.
11. Основные требования ко всем методам и формам пропаганды здорового образа жизни.
12. Почему лекция, беседа или выступление по пропаганде здорового образа жизни является лечебным фактором.

Реферат для студентов

Пропаганда здорового образа жизни и профилактика заболеваний среди населения.

Проведение любой работы по пропаганде здорового образа жизни должно соответствовать определенным требованиям:

1. Правильный выбор темы. Это зависит от состава аудитории (дети, взрослые, работающие на определенном предприятии, учреждении), сезона года, эпидемиологической обстановки и других факторов.
2. Строгая научность. В беседах, лекциях, публикациях нужно использовать только новейшие данные (публикации последних лет). Особенно это касается таких болезней как туберкулез, СПИД, болезни передающиеся половым путем и др. За последние десятилетия многие положения о профилактике и лечении этих и других заболеваний изменились, и слушатели должны быть информированы об этом.
3. Для привлечения внимания слушателей и читателей необходимо использовать статистические данные по данной территории (район, город, область) – о заболеваемости, смертности, профилактических мероприятиях, различных программах.
4. Контроль и целенаправленность проводимого мероприятия. Проводить беседу и читать лекцию надо целенаправленно, т.е. поставить задачу и добиться определенной цели. Например, в беседе с родителями о детских инфекционных заболеваниях, добиться того, чтобы родители убедились в необходимости профилактических прививок детям.
5. При проведении устной формы санитарно-просветительной работы желательно использовать наглядные материалы: таблицы, диаграммы, рисунки, муляжи, макеты, слайды и др.. Это способствует лучшему восприятию лекции.
6. В лекциях и беседах на медицинские темы основное внимание надо уделять профилактике заболеваний.

При излишне подробном рассказе признаков заболевания у слушателей могут возникнуть ятрогенные заболевания, как следствия деонтологических ошибок медицинских работников. Не надо подробно говорить и о способах, методах лечения, чтобы это не привело к самолечению и к отрицательным последствиям.

Следовательно, для воспитания у населения правильного, здорового образа жизни необходимо проводить целый комплекс мероприятий социально-гигиенического и воспитательного характера, причем многим службам, однако учитывая, что основным участником является сам человек.

Практическое задания для студентов:

Подготовить и прочесть лекцию по здоровому образу жизни и профилактике неинфекционных заболеваний.

Темы лекций:

Перечень тем рефератов, рекомендованных студентам для выполнения самостоятельной работы по написанию лекций для населения

44. Достижения Российского здравоохранения.
45. Здоровый образ жизни – фундамент здоровья человека.
46. Научно-технический прогресс и здоровье.
47. Охрана окружающей среды – охрана здоровья.
48. Отдых – дело общественное. Умейте отдыхать.
49. Факторы риска в возникновении болезней (можно указать конкретные болезни).
50. Гигиена умственного труда.
51. Значение закаливания, физкультуры, спорта для сохранения здоровья.
52. Человек должен жить долго. Проблемы долголетия.
53. Основы рационального питания.
54. Алкоголь – враг здоровья человека.
55. Почему запрещается пить алкогольные напитки детям.

56. Алкоголь и психические заболевания.
57. Курение – вредная привычка.
58. Курение или здоровье – выбирайте сами.
59. Вступая в брак – думайте о бедующих детях.
60. Здоровье матери – здоровье ребенка.
61. Аборт и его последствия.
62. Профилактика венерических заболеваний.
63. СПИД и его профилактика
64. Профилактика предраковых и раковых заболеваний.
65. Неврозы и их предупреждения.
66. Язвенная болезнь желудка и его профилактика.
67. Предупреждение травматизма.
68. Простудные заболевания и их профилактика .
69. Желудочно-кишечные заболевания и их профилактика.
70. Гепатиты и их профилактика.
71. Токсоплазмоз и его профилактика.
72. Сахарный диабет и его профилактика.
73. Рахит и его профилактика.
74. Туберкулез и его профилактика.
75. Лекарственные растения в медицине.
76. Вред самолечения.
77. Дифтерия и ее профилактика.
78. Корь и ее профилактика
79. Основные детские инфекционные заболевания и их профилактика.
80. Предохранительные прививки детям – один из путей профилактики детских инфекционных болезней.
81. Как сохранить здоровыми зубы.
82. Кариозная болезнь и ее профилактика.
83. Пародонтозная болезнь и ее предупреждение.
84. Заболевания полости рта и зубов и их предупреждение.
85. Своевременная санация полости рта – залог сохранения здоровья.
86. Врожденные аномалии зубочелюстной системы у детей и их предупреждение и лечение.

Рекомендации по подготовке лекций по пропаганде здорового образа жизни

1. После того, как получены сведения о составе аудитории (пол, возраст, интересы) определяется тема и название лекции, составляется план лекции.

План – это перечень вопросов, подлежащих освещению в лекции в порядке ее изложения. Он составляется после изучения литературы по теме лекции и напоминает оглавление любой книги. Наличие плана позволяет четко и последовательно изложить материал.

2. После определения плана пишется конспект (текст) лекции в строгом соответствии с планом:

При составлении конспекта рекомендуется придерживаться следующих правил:

- а) конспект лучше писать на отдельных пронумерованных листах;
- б) писать на одной стороне листа с полями;
- в) каждый раздел конспекта (по плану) писать с новой (красной) строки с обозначением его названия;
- г) конспект писать разборчиво
- д) фактические данные (цифры, таблицы, цитаты) вписываются в текст или делается отметка об использовании дополнительной литературы. Если в ходе чтения лекции ис-

пользуются наглядные пособия (схемы, таблицы, плакаты, макеты и др.) об этом делаются пометки в тексте;

е) в конце текста лекции указывается использованная литература (фамилия, имя, отчество автора статьи или книги, названия статьи или книги, журнала издательство, год, страница).

3. Построение лекции.

В каждой лекции различают 3 части: введение, основная часть и заключение.

Во введении лектор обосновывает важность темы (проблемы). Его можно начинать как с общих вопросов, так и с конкретных примеров из практики (литературы). Введение (вступление) занимает 3-5 минут.

Изложение составляет основную часть лекции, беседы. Оно должно быть логичным и соответствовать плану. Для каждого раздела целесообразно указывать ориентировочное время в минутах. На основную часть выделяется около 20 минут.

Заключение является ответственной частью лекции. В нем даются основные выводы и обращение к слушателям использовать полученные знания в их повседневной жизни. Лектор заинтересован в том, чтобы слушатели после лекции сохранили основное ее содержание. Поэтому в заключении необходимо повторить основные положения лекции, которые должны запомнить слушатели. Заключение, как и введение, должно быть кратким и выразительным. Общая продолжительность лекции 25-30 минут.

4. При чтении лекции на медицинскую тему необходимо:

- большую часть времени посвятить профилактике данного заболевания;
- меньшую часть – признакам заболевания (излишняя подробность о признаках заболевания может привести к ятрогенным заболеваниям) и лечению (может привести к самолечению);
- меньше демонстрировать патологический материал (может вызвать отрицательные эмоции);
- в тексте лекции не употреблять медицинские термины, сокращения, штампованные обороты и слова;
- при выборе темы учитывать сезон времени и эпидемиологическую обстановку.

5. Подготовка к лекции.

Материалами при подготовке к лекции являются:

- а) приказы и инструкции МЗ РФ по вопросам медицинского обслуживания населения;
- б) научная и методическая литература;
- в) материалы газет, художественная и популярная литература;
- г) отчеты лечебно-профилактических учреждений о заболеваемости населения данной местности (за месяц, квартал, год);
- д) наглядные пособия по теме (лекторские папки, плакаты, альбомы, др. наглядный материал).

6. Оформление конспекта лекции.

На титульном (первом) листе указать полное название академии, кафедры, фамилию, имя, отчество преподавателя, тему лекции, фамилию, имя, отчество студента, номер группы, факультета и год.

7. Выбор аудитории для чтения лекции.

Место проведения лекции – лечебно-профилактические учреждения (поликлиники, родильные дома, женские консультации и др.), школы, общежития, предприятия, учреждения и др.

Тестовый контроль по теме

1. На сохранение и укрепление здоровья населения влияют следующие факторы:
 - А) уровень культуры населения
 - Б) экологические факторы среды
 - В) качество и доступность медицинской помощи
 - Г) безопасные условия труда
 - Д) сбалансированность питания
 - Е) все перечисленные
2. Укажите удельный вес образа жизни в возникновении патологии у населения:
 - А) 10-19%
 - Б) 20-29%
 - В) 30-39%
 - Г) 40-49%
 - Д) 50-60%
3. Перечислите некоторые элементы здорового образа жизни:
 - А) трудовая и физическая активность
 - Б) отсутствие вредных привычек
 - В) медицинская активность
 - Г) уровень общего образования
 - Д) сбалансированность питания
 - Е) санитарная грамотность
4. Укажите основные методы пропаганды здорового образа жизни:
 - А) устный, печатный, плакатный, комбинированный
 - Б) устный, печатный, наглядный, комбинированный
 - В) устный, печатный, наглядный, смешанный
5. К какому методу пропаганды здорового образа жизни относятся такие формы, как беседы, лекции, доклады:
 - А) комбинированный
 - Б) устный
 - В) печатный
6. К какому методу пропаганды здорового образа жизни относятся такие формы, как плакаты, муляжи:
 - А) печатный
 - Б) наглядный
 - В) комбинированный
7. К какому методу пропаганды здорового образа жизни относятся такие формы, как брошюры, памятки:
 - А) печатный
 - Б) наглядный
 - В) комбинированный
8. К какому методу пропаганды здорового образа жизни относятся такие формы, как кинофильм:
 - А) печатный
 - Б) наглядный
 - В) комбинированный

9. Какая форма пропаганды здорового образа жизни является основой для врачей:
- А) беседа
 - Б) санбюллетень
 - В) лекции
10. Какая форма пропаганды здорового образа жизни является основой для средних медицинских работников:
- А) санбюллетень
 - Б) стенная газета
 - В) лекции
 - Г) беседа

Тема «Медицинская экспертиза. Социальное страхование. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Порядок выдачи листов нетрудоспособности»

Цель занятия: сформировать готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности

в результате изучения темы студент должен знать:

- функции и права лечащего врача, заведующего отделением и врачебной комиссии;
- порядок оформления листка нетрудоспособности

- сроки временной нетрудоспособности при заболеваниях травмах, беременности и родах и других причинах;
- учетную и отчетную документацию для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности, структуре и порядке составления «Сведений о причинах временной нетрудоспособности», показателях для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности

на основании этих знаний студент должен уметь:

- оформлять листок нетрудоспособности при различных видах временной нетрудоспособности
- на основании «Сведений о причинах временной нетрудоспособности», рассчитать показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности

Литература:

а). Основная литература:

1. Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: Учебник/ Н.В. Полунина – Москва: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2010. – С. 470 – 529

Электронный ресурс:

1. Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза в амбулаторной практике [Электронный ресурс]: учеб.пособие / И. А. Викторова, И. А. Гришечкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432280.html>

Пример решения ситуационной задачи на оформление листка нетрудоспособности:

Ситуационная задача на оформление листка нетрудоспособности:

Работница ОАО ТЯЖМЕХПРЕС г. Твери Свиридова Светлана Константиновна, дата рождения 12.08.1988 года. Медицинскую помощь получает в ГБУЗ КБСМП, в поликлинике № 1 г. Твери (Проспект Ленина 6). ОГРН 1036789016537. 25 сентября 2011 года обратился к врачу общей практики по поводу заболевания. Врач поставил диагноз острого респираторного заболевания и признал ее нетрудоспособной. Назначен амбулаторный режим. Назначен срок следующей явки 28.08.2011 г. При повторном посещении листок нетрудоспособности был продлен до 01.09.2011 г. В связи с уходом в отпуск ВОП пациентка обратилась к врачу терапевту. Во время лечения нарушений режима не было. Приступить к работе с 12.03.2010 г. Вы являетесь врачом общей практики. Врач терапевт Иванова М.Н. Оформите листок нетрудоспособности.

Эталон решения задачи:

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



001 234 567 891

Поликлиника-
ПЕРВИЧНЫЙ -
заболевание

первичный

дубликат

продолжение листка
нетрудоспособности №

Г Б У З К Б С М П

(наименование лечебного учреждения/ФИО частного практикующего врача)

Т В Е Р Ь П Р О С П Е К Т Л Е Н И Н А 6

(адрес лечебного учреждения / части практикующего врача)

Дата выдачи

2 5 - 0 8 - 2 0 1 1 1 0 3 6 7 8 9 0 1 6 5 3 7

(год/месяц/число)

Ф С В И Р И Д О В А

И С В Е Т Л А Н А

О К О Н С Т А Н Т И Н О В Н А

(фамилия, имя и отчество нетрудоспособного)

1 2 - 0 8 - 1 9 8 8

(дата рождения)

м ж

Причина нетрудоспособности 0 1

код деп. код код изм.

О А О Т Я Ж М Е Х П Р Е С С

(место работы/наименование организации)

Состоит на учете
в государственных
учреждениях
службы занятости

Печать
медицинской
организации

Основное По совместительству №

Дата 1 Дата 2 На путевки Отр. ст. в/д или к/д или ИИИ

по уходу (возраст/лет) родителю/опекуну ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход

Поставлена на учет в ранние сроки беременности (до 12 недель) да нет

Отметки о нарушении режима Дата Подпись врача

Находился в стационаре: с по

Дата направления в бюро МСЭ

Дата регистрации документов
в бюро МСЭ:

Установлена/изменена группа инвалидности

Освидетельствован в бюро МСЭ

Подпись руководителя бюро МСЭ

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный	Подпись врача
2 5 - 0 8 - 2 0 1 1	2 8 - 0 8 - 2 0 1 1	ВОП	Л А З О Р Е В А О Н	Лазарева
2 9 - 0 8 - 2 0 1 1	0 1 - 0 9 - 2 0 1 1	ВОП	Л А З О Р Е В А О Н	Лазарева
0 2 - 0 9 - 2 0 1 1	0 4 - 0 9 - 2 0 1 1	ТЕРАПЕВТ	И В А Н О В А М Н	Иванова

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ С

0 5 - 0 9 - 2 0 1 1

Иное:

Выдан листок нетрудоспособности
(продолжение) №

Подпись врача:

Иванова

Печать
учреждения
МСЭ

Печать
медицинской
организации

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

Основное По совместительству

Регистрационный №

(место работы/наименование организации)

Код подчиненности

ИНН нетрудоспособного:

СНИЛС

Печать
работодателя

Условия исчисления

Акт формы Н-1 от

Дата начала работы

Страховой стаж:

лет

мес.

в т.ч. нестраховые

периоды

лет

мес.

Причитается пособие за период: с по

Средний заработок для исчисления пособия:

р

к

Средний дневной заработок:

р

к

Сумма пособия: за счет

средств работодателя

р

к

за счет средств Фонда страхования

Российской Федерации

р

к

итого начислено

р

к

Фамилия и инициалы руководителя:

Подпись

Фамилия и инициалы гл. бухгалтера:

Подпись

линия отреза

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



001 234 567 891

первичный

дубликат

продолжение листка
нетрудоспособности №

Ф С В И Р И Д О В А

И С В Е Т Л А Н А

О К О Н С Т А Н Т И Н О В Н А

(фамилия, имя и отчество нетрудоспособного)

О А О Т Я Ж М Е Х П Р Е С С

(место работы/наименование организации)

Основное По совместительству №

Л А З О Р Е В А О Н

(фамилия, инициалы врача)

№ истории болезни 0 1 1 7 8 5

Дата выдачи 2 5 - 0 8 - 2 0 1 1

расписка
получателя

Свиридова

заполняется врачом и остается в
медицинской организации

Варианты задач по оформлению листка нетрудоспособности для студентов лечебного, педиатрического, ВСО факультетов.

№1 Петров Василий Леонидович, дата рождения 03.04.1964 года, работник завода электромоторов г. Ярославля, проживающий по адресу г. Ярославль ул. Строителей д.6 кв. 12. Находясь в командировке в г.Твери был госпитализирован в областную клиническую больницу (С-Петербургское шоссе, д 2). 2 апреля 2011 г. с диагнозом гипертоническая болезнь, II Б стадия, обострение, выписан 12 апреля 2011г. Вы являетесь врачом-ординатором терапевтического отделения. Зав. отделением Платонова И.С.Зам.главного врача по ВК Шевцова М.В. Главный врач Мохначев Г.П. Оформите листок нетрудоспособности.

№2 Работник типографии Малеев Виктор Тимофеевич, дата рождения 24.06.1980 года, проживает по адресу: ул.Беговая, 3. Медицинскую помощь получает в городской больнице №1 (Беляковский пер.,9). 20 мая 2011 года обратился к врачу по поводу заболевания. Объяснил, что заболел 19 мая 2011г. в ночную смену, обращался к фельдшеру по месту работы. Фельдшер освободил его от работы и выдал справку о заболевании. Врач поставил диагноз: лакунарная ангина и признал его нетрудоспособным. Назначен амбулаторный режим. Нарушения режима не было. Приступить к работе с 28 мая 2011г. Вы являетесь врачом отоларингологом. Председатель ВК Федоров С.С. Зав. отделением Иванов С.В. Оформите листок нетрудоспособности.

№3 Работник ателье №3 г. Твери, Писарев Борис Александрович, дата рождения 26.02.1978 года, проживает по адресу: отд.совхоза «Дорошиха»,5,кв.13. Медицинскую помощь получает в ОМСЧ №1 (Ленинградской шоссе, 76/1). 2 марта 2011г. года обратился к врачу по поводу заболевания. Объяснил, что заболел 1 марта 2011г. и из-за болезни 1 марта 2011г. не ходил на работу. Врач поставил диагноз: обострение хронического тонзиллита и признал его нетрудоспособным. Назначен амбулаторный режим. Во время лечения нарушения режима не было. Приступить к работе 12 марта 2011г. Вы являетесь врачом-отоларингологом. Зав. отделением Петрова Т.И. Оформите листок нетрудоспособности.

№4. Пекарь хлебокомбината №2 г. Твери, Алешин Сергей Алексеевич, дата рождения 12.12.1960 года, проживающий по адресу: ул.Суворова д,10, кв. 48. 5 октября 2011 г. по дороге с работы получил травму. Обратился в травпункт городской больницы №1 (Беляковский переулок,12). 7 октября 2011г. объяснил, что 6 октября 2011г. на работе не был. Диагноз растяжение связок голеностопного сустава. Нетрудоспособен до 18 октября 2011г. Вы являетесь врачом-травматологом. Зав. травмпункта - Ильин Б.Е. Оформите листок нетрудоспособности.

№5. 21 июля 2011 г. у матери (Сидоровой Марии Владимировны, дата рождения 18.05.41г.) работницы ДСК Дроздовой Марии Петровны, (дата рождения 22.10.68 года), проживающая по адресу: ул.Оборонная д. 9/27, кв. 3, диагностирован геморрагический инсульт, тетраплегия. Больная требует постоянного ухода и нетранспортабельна. Вы являетесь врачом-терапевтом ОМСЧ №1 (С-Петербургское шоссе, 54). Зав. отделением Обушенко Н.Г. Председатель ВК Широкова Е.Е. Оформите листок нетрудоспособности на максимально возможный срок.

№6. Работница швейной фабрики г. Твери, Цветкова Светлана Николаевна (дата рождения 3.08.1984 года), проживающая по адресу: ул.Володарского д.3, кв.7. 5 августа 2011 г. обратилась в поликлинику детской больницы №1 (ул.Рыбацкая, д.

10) по поводу заболевания ребенка Цветков Илья Михайлович (дата рождения 19.01.2007г.). Поставлен диагноз ОРВИ. Назначено амбулаторное лечение. Явилась на прием 10 августа 2011г. вместо 8 августа 2011г. Выздоровление наступило 12 августа 2011г. Зав. отделением Волочков Ю.С. Вы являетесь участковым педиатром. Оформите листок нетрудоспособности.

№ 7. Работница камвольного комбината Титова Елена Сергеевна, дата рождения 27.07.1979 года, проживает по адресу: ул. Беговая 5. 20 сентября 2011 года обратилась к врачу-педиатру детской больницы №1 (ул.Рыбацкая, д.10) по поводу заболевания ребенка Титова Ольга Владимировна (дата рождения 30.05.2006г.). Врач диагностировал у него обострение хронического тонзиллита. По состоянию здоровья ребенка показан уход за ним с 20 по 26 сентября 2011, Титова Е.С. находилась в очередном отпуске по 22 сентября 2011г. Вы являетесь врачом-педиатром. Председатель КЭК Сизова Л.И. Зав. отделением Иванов И.П. Оформите листок нетрудоспособности.

№ 8. Семенова Любовь Викторовна, (дата рождения 6.12.1977 года) работающая в средней школе №16 г. Твери, проживающая по адресу: ул.Конева, д. 16, кв.10, была госпитализирована в инфекционное отделение городской больницы №2 (ул.Советская, д.1) по поводу острой дизентерии у ее сына, Семенов Павел Иванович, 6 лет. 12 августа 2011 г. Выписан из стационара 23 августа 2011г. Вы являетесь врачом стационара. Зав. отделением Березкин Ю.П. Председатель ВК Смирнова И.И. Оформите листок нетрудоспособности.

№ 9. Работник управления Тверьэнерго Калгин Николай Михайлович, дата рождения 22.09.1979 года, проживает по адресу: ул. Трусова, 1, кв.3. Медицинскую помощь получает в поликлинике №1, больницы БСМП (проспект Ленина,3/44). 17 июня 2011 года обратился по поводу бытовой травмы. Врач поставил диагноз: ушиб левой голени и признал его нетрудоспособным. Назначен амбулаторный режим. Нарушения режима не было. Приступить к работе 17 июля 2011г. Председатель ВК Жукова Л.М. Вы являетесь врачом-хирургом. Оформите листок-нетрудоспособности.

№ 10. Рабочий хлебозавода №1 г. Твери, Ковалев Степан Иванович, дата рождения 27.03.1976 года , проживает по адресу: ул.Коминтерна, 43, кв.28. Медицинскую помощь получает в городской больнице №1 (Беляковский переулок, 9). 12 января 2011 г. обратился к врачу по поводу заболевания. Врач поставил диагноз: обострение хронического холецистита и признал его нетрудоспособным. Назначен амбулаторный режим. Режим был нарушен: 16 января 2011г. явился на прием в состоянии алкогольного опьянения. Приступить к работе с 2 февраля. Председатель ВК Просекова Л.В. Вы являетесь участковым терапевтом. Оформите листок нетрудоспособности.

Варианты задач по на знание инструкции о порядке выдачи листов нетрудоспособности работающим для студентов

Вариант 1

Во время очередного отпуска у работницы С. заболел ребенок, с которым она находилась в стационаре челюстно-лицевого отделения 18 дней. Как оформить нетрудоспособность работницы? Имеет ли право на продление отпуска?

Вариант 2

Служащая А. наблюдается в женской консультации по поводу беременности. По результатам обследования диагностирована многоплодная беременность. Как оформить ей отпуск по беременности и родам. Какова продолжительность и порядок оформления отпуска при нормальных одноплодных и осложненных родах?

Вариант 3

Служащий К., находясь в очередном отпуске, получил травму и был нетрудоспособен 9 дней (с 15.04 по 23.04). Как оформить его нетрудоспособность? Имеет ли он право на продление отпуска и на какой срок?

Вариант 4

У больного С. Удален 8 зуб, после сложного удаления возникло осложнение. В следствие этого он был нетрудоспособен 12 дней. Может ли хирург стоматолог выдать листок нетрудоспособности и на какой срок? Какой порядок оформления его нетрудоспособности?

Вариант 5

Рабочий И. по пути с работы домой получил травму-перелом нижней челюсти. Рабочий был нетрудоспособен с 01.06 по 27.06. Как оформить нетрудоспособность. На какой срок врач единолично и одновременно может выдать листок нетрудоспособности?

Вариант 6

Рабочий А. обратился в здравпункт 18 февраля в 20.00. Фельдшер диагностировал абцесс верхней челюсти справа, освободил пациента от работы в ночную смену и направил к стоматологу. 19 февраля рабочий А. явился к Вам на прием. Как оформить нетрудоспособность?

Вариант 7

Педагог В. обратилась к врачу-педиатру по поводу болезни ее сына Димы 4 года. После обследования был поставлен диагноз: «Острый бронхит». На сколько дней может дать листок нетрудоспособности врач по уходу за больным ребенком?

Вариант 8

Рабочий К. со сложным переломом верхней и нижней челюсти был нетрудоспособен более 7 месяцев (с 15.01 по 25.07). Как оформить его нетрудоспособность? Через какой срок подлежит направлению МСЭК длительно болеющие пациенты с благоприятным трудовым прогнозом?

Вариант 9

У инженера В., диагностирован сочетанный перелом нижней челюсти. По поводу данного диагноза он находился в отделении челюстно-лицевой хирургии с 05.01.2012 по 25.01.2012 г. Как оформить его нетрудоспособность. Какие особенности оформления листов нетрудоспособности при стационарном лечении.

Вариант 10

Служащий К. обратился к врачу по поводу заболевания. На момент наступления временной нетрудоспособности был занят у нескольких работодателей. Служащий был нетрудоспособен с 01.06.2014 по 12.06.2014. Что должен уточнить врач перед оформлением временной нетрудоспособности. Как оформить временную нетрудоспособность служащего.

Вариант 11

Преподаватель Н. обратился к врачу по поводу заболевания 15.05.14 г. При обращении к врачу он обратил внимание на то, что его рабочий день закончился и попросил выдать больничный лист со следующего рабочего дня. Врач выявил признаки временной нетрудоспособности и принял решение выдать листок нетрудоспособности на максимальный срок, Как оформить нетрудоспособность больного.

Вариант 12

Служащий К. обратился к врачу после освидетельствования МСЭК, по решению которой, инвалидность не была установлена. Как оформить нетрудоспособность служащего при наличии признаков заболевания.

Вариант 13

Рабочий К. находился в кардиологическом отделении стационара городской больницы в течение 40 дней с диагнозом острый инфаркт миокарда и нуждается в долечивании в специализированном санаторно-курортном учреждении. Как оформить его нетрудоспособность.

Задания в тестовой форме

1. Укажите, сколько существует уровней экспертизы временной нетрудоспособности:

- а) 2 б) 3 в) 4 г) 5 д) 6

2. Укажите, на какой срок врач имеет право одновременно и единолично выдавать листок нетрудоспособности:

- а) на срок до 5 календарных дней
б) на срок до 4 календарных дней
в) на срок до 10 календарных дней
г) на срок до 6 календарных дней
д) на срок до 3 календарных дней

3. Укажите, лечащие врачи, каких систем здравоохранения имеют право на выдачу листков нетрудоспособности (справок) на основании лицензии на проведение экспертизы временной нетрудоспособности:

- а) государственной
б) муниципальной
в) частной
г) бюджетно-страховой
д) смешанной

4. Укажите, какие виды режимов лечащий врач указывает в листке нетрудоспособности:

- а) домашний
б) постельный
в) амбулаторный
г) стационарный
д) санаторный
е) свободный

5. Укажите, на какой срок врач имеет право единолично продлевать листок нетрудоспособности:

- а) на срок до 20 календарных дней
- б) на срок до 18 календарных дней
- в) на срок до 25 календарных дней
- г) на срок до 30 календарных дней
- д) на срок до 10 календарных дней

6. Укажите, при каких заболеваниях и оперативных вмешательствах больные направляются на долечивание в санатории непосредственно из стационаров лечебно-профилактических учреждений:

- а) острый инфаркт миокарда
- б) оперативное вмешательство по поводу аортокоронарного шунтирования
- в) бронхиальная астма
- г) язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки
- д) удаление желчного пузыря
- е) оперативное вмешательство по поводу аневризмы сердца
- ж) сахарный диабет

7. Укажите, с какого дня нетрудоспособности выдается листок нетрудоспособности в случае производственной травмы:

- а) с 3 дня
- б) с 4 дня
- в) с 5 дня
- г) с 1 дня
- д) со 2 дня

8. Укажите, медицинские работники, каких лечебно-профилактических учреждений не имеют права на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность:

- а) станций (отделений) скорой медицинской помощи, станций переливания крови
- б) учреждений судебно-медицинской экспертизы
- в) бальнеогрязелечебниц и городских курортных водогрязелечебниц
- г) домов отдыха и туристических баз
- д) учреждений санэпиднадзора
- е) диспансеров

9. Укажите, на какой срок, лечащий врач стационара имеет право продлить листок нетрудоспособности при выписке гражданина из стационара:

- а) не более чем на 3 дня
- б) не более чем на 5 дней
- в) не более чем на 7 дней
- г) не более чем на 10 дней
- д) не более чем на 14 дней

10. Укажите, с какого срока выдается листок нетрудоспособности по беременности и родам при многоплодной беременности:

- а) с 25 недель беременности

- б) с 28 недель беременности
- в) с 30 недель беременности
- г) с 32 недель беременности
- д) с 34 недель беременности

11. Укажите, с какого дня нетрудоспособности выдается листок нетрудоспособности в случае бытовой травмы:

- а) с 1 дня
- б) со 2 дня
- в) с 3 дня
- г) с 5 дня
- д) с 6 дня

12. Укажите, на какой срок имеет право выдавать листки нетрудоспособности (справки) врачи, занимающиеся частной практикой вне лечебно-профилактического учреждения:

- а) на срок не более 10 дней
- б) на срок не более 15 дней
- в) на срок не более 21 дня
- г) на срок не более 30 дней
- д) на срок не более 35 дней

13. Укажите, какова продолжительность дородового и послеродового отпуска при осложненных родах:

- а) 140 календарных дней
- б) 180 календарных дней
- в) 160 календарных дней
- г) 156 календарных дней
- д) 165 календарных дней

14. Укажите, на какой срок единолично и одновременно имеют право выдавать листки нетрудоспособности средние медицинские работники:

- а) до 3 дней
- б) до 5 дней
- в) до 10 дней
- г) до 15 дней
- д) до 30 дней

15. Укажите, в каких случаях листки нетрудоспособности по уходу не выдаются:

- а) за хроническими больными в период ремиссии
- б) в период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания
- в) в период отпуска по беременности и родам
- г) в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком
- д) в период карантина

16. Укажите, на какой срок выдается листок нетрудоспособности гражданам на время нахождения в стационаре протезно-ортопедического предприятия, а также – проезда в стационар и обратно:

- а) не более чем на 30 дней
- б) на весь период нахождения в стационаре, а также проезда в стационар и обратно

- в) на 2 недели
- г) не более чем 50 дней
- д) не более чем на 2 месяца

17. Укажите, с какого срока беременности выдается листок нетрудоспособности по беременности и родам (при одноплодной беременности):

- а) с 25 недель беременности
- б) с 28 недель беременности
- в) с 30 недель беременности
- г) с 32 недель беременности
- д) с 34 недель беременности

18. Укажите, на какое количество календарных дней выдается единовременно листок нетрудоспособности по беременности и родам:

- а) 110 календарных дней
- б) 140 календарных дней
- в) 120 календарных дней
- г) 156 календарных дней
- д) 180 календарных дней

19. Укажите, какова общая продолжительность дородового и послеродового отпусков при многоплодной беременности:

- а) 150 календарных дней
- б) 160 календарных дней
- в) 180 календарных дней
- г) 184 календарных дней
- д) 194 календарных дней

20. Укажите, на какой срок выдается листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении:

- а) до 7 дней
- б) до 10 дней
- в) до 15 дней
- г) до 20 дней
- д) на весь период острого заболевания

21. Укажите, на какой срок выдается листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет при стационарном лечении:

- а) до 14 дней
- б) до 15 дней
- в) до 21 дня
- г) до 28 дней
- д) на весь срок лечения

22. В клинико-экспертную комиссию входят:

- а) лечащий врач и зав. Отделением
- б) зав. Отделением и зам. главного врача по клинико-экспертной работе
- в) зав. Отделением и главный врач
- г) зам. главного врача по клинико-экспертной работе и представитель органов управления здравоохранением

д) лечащий врач, зав. Отделением и зам. главного врача по клинико-экспертной работе

23. Укажите функции КЭК лечебно-профилактического учреждения:

- а) определение срока временной нетрудоспособности
- б) определение группы инвалидности
- в) направление пациента для лечения в другой город
- г) перевод по состоянию здоровья на другую работу
- д) направление на МСЭК

24. На медико-социальную экспертную комиссию больного направляет:

- а) лечащий врач
- б) лечащий врач и заведующий отделением
- в) консилиум специалистов
- г) КЭК
- д) главный врач

25. При усыновлении новорожденного ребенка из родильного дома листок нетрудоспособности выдается с момента рождения сроком на:

- а) 56 дней
- б) 70 дней
- в) 90 дней
- г) 140 дней
- д) 156 дней
- е) 180 дней
- ж) 194 дня

26. Укажите показатели, с помощью которых анализируется заболеваемость с временной утратой трудоспособности:

- а) число случаев обращения за медицинской помощью в поликлинику на 100 работающих
- б) число случаев нетрудоспособности на 100 работающих
- в) число дней нетрудоспособности на 100 работающих
- г) число случаев госпитализации на 100 работающих
- д) средняя длительность лечения в стационаре
- е) средняя длительность одного случая утраты трудоспособности
- ж) структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности (в случаях или днях)

30. Временная нетрудоспособность подразделяется на:

- а) общую
- б) профессиональную
- в) полную
- г) частичную

31. Укажите, что является единицей наблюдения (учета) при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности:

- а) каждый случай заболевания, зарегистрированный в ЛПУ
- б) каждый случай обращения за медицинской помощью в ЛПУ
- в) каждый случай временной нетрудоспособности в связи с заболеванием
- г) каждый случай амбулаторно-поликлинического или стационарного лечения

Ситуационные задачи

по анализу отчетов о временной нетрудоспособности

На основании отчета о временной нетрудоспособности рассчитайте следующие показатели:

1. Число дней нетрудоспособности на 100 работающих
2. Число случаев нетрудоспособности на 100 работающих
3. Среднюю длительность одного случая нетрудоспособности
4. Структуру заболеваемости с временной утратой трудоспособности
5. Сравните полученные результаты с нормативами и сделайте выводы

Тема «Организация лечебно-профилактической помощи населению. Организация первичной медико-санитарной и стационарной помощи городскому населению. Анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений»

Цель обучения.

В результате изучения темы студент должен знать:

- Принципы организации первичной медико-санитарной (амбулаторно-поликлинической) помощи городскому населению;
- Структуру поликлиники городской больницы;
- Функции и организацию работы основных структурных подразделений амбулаторно-поликлинических учреждений;
- Обязанности и организацию работы участкового врача-терапевта;
- Организацию преемственности в работе амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организаций;
- Структуру стационара городской больницы;

- Функции и организацию работы основных структурных подразделений стационара городской больницы;
- Организация работы врача приемного отделения;
- Роль врача в организации лечебно-охранительного режима стационаров;
- Основные отчетные формы медицинских организаций;
- Количественные и качественные показатели работы лечебно-профилактических учреждений, методику их расчета, нормативные и среднеобластные уровни;
- Факторы, влияющие на качество медицинской помощи.

На основании этих знаний студент должен уметь:

- Рассчитать показатели работы медицинской организации;
- Оценить их, сделать выводы о работе поликлиники и стационара городской больницы;
- Сформулировать предложения по улучшению его работы.

Владеть: методикой расчета и оценки показателей деятельности медицинских организаций.

а). Основная литература:

1. Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: Учебник/ Н.В. Полунина – Москва: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2010. – С. 318 – 349
2. Медик, Валерий Алексеевич Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Валерий Алексеевич Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 649 с.
3. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: руководство к практическим занятиям / В. А. Медик, В. И. Лисицин, М. С. Токмачев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 452 с.

Электронный ресурс:

1. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

(Блок 1. Организация лечебно-профилактической помощи населению)

1. Назовите основные группы медицинских организаций перечисленных в «Единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения»
2. Укажите принципы организации первичной медико-санитарной (амбулаторно-поликлинической) помощи городскому населению;
3. Опишите структуру поликлиники городской больницы;
4. Назовите функции и элементы организацию работы основных структурных подразделений амбулаторно-поликлинических учреждений;
5. Как организуется работа участкового врача-терапевта (основные элементы);
6. Организацию преемственности в работе амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организаций;
7. Опишите структуру стационара городской больницы;
8. Назовите функции и основные элементы организации работы структурных подразделений стационара городской больницы;
9. Основная документация и организация работы врача приемного отделения;
10. Роль врача в организации лечебно-охранительного режима стационаров;

(Блок 2. Анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений)

1. Для какой цели составляется отчет ЛПУ?
2. По каким учетным формам (название) анализируется деятельность ЛПУ?

3. Основные разделы отчета ЛПУ?
4. Какие показатели дают общую характеристику учреждения?
5. Какие показатели характеризуют деятельность поликлиники?
6. Какие учетные документы используются при составлении отчета по разделу "деятельность поликлиники"?
7. Какие показатели характеризуют деятельность стационара?
8. Какие учетные документы используются при составлении отчета по разделу "деятельность стационара"?
9. Какие показатели характеризуют деятельность лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов) и диагностических отделений?
10. Какая учетная документация необходима для составления разделов отчета "Работа лечебно-вспомогательных отделений" и "Работа диагностических отделений"?
11. Для какой цели предусмотрены отчеты-вкладыши? Их число и название?
12. Приведите пример использования при анализе ЛПУ:
 - интенсивных показателей;
 - экстенсивных показателей;
 - средней арифметической;

Дополнительные материалы (реферат)

Важнейшим условием правильной организации медицинского обслуживания населения является подведение итогов и объективная оценка эффективности работы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) за год.

Материалы учета проводившиеся в течении года в ЛПУ дают возможность составить цифровой отчет.

Анализ его данных проводит главный врач или его заместитель при участии заведующих отделениями и кабинетов, наряду с абсолютными данными для анализа используются относительные и средние величины. Методика вычисления основных показателей представлена ниже.

Оценивая данные отчета ЛПУ за истекший год на основании сравнения о данными предшествующих лет, со средними по району, области, РФ, с нормативами можно установить целый ряд как достижений, так и недочетов требующих исправления.

Заканчивается анализ предложениями, планом мероприятий, направленных на устранения выявленных недостатков, дальнейшее улучшение качества медицинской помощи.

ОТЧЕТ лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) составляется раз в год каждым самостоятельным учреждением (городские и сельские, обслуживающие взрослых и детей больницы, родильные дома, диспансеры, поликлиники и др. по утвержденным унифицированным формам.

ОТЧЕТ состоит из основной части и специальных отчетов-вкладышей. При составлении отчета каждое учреждение заполняет основную часть. Она включает 3 отдельные отчетные формы:

- ФОРМА N 30 - "Отчет лечебно-профилактического учреждения"
- ФОРМА N 12 - "Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения"
- ФОРМА N 14 - "Отчет о деятельности стационара"

ОТЧЕТЫ-ВКЛАДЫШИ характеризуют медицинское обслуживание отдельных контингентов населения и отдельных групп больных. Они заполняются только теми ЛПУ, которые обеспечивают медицинской помощью данные контингенты.

ПРИМЕРАМИ ОТЧЕТОВ-ВКЛАДЫШЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1-ФОРМА №31 - "Отчет о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам.
- 2-ФОРМА №32 - "Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам"
- 4-ФОРМА №33 - "Отчет о больных туберкулезом"
- 5-ФОРМА №8 - "Отчет о заболеваемости активным туберкулезом"

- 7-ФОРМА №9 - "Отчет о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых, кожных заболеваниях и чесоткой"
- 8-ФОРМА №35 - "Отчет о больных злокачественными новообразованиями"
- 11-ФОРМА №10 - "Отчет о заболеваемости психическими расстройствами (без алкогольных психозов, наркомании, токсикомании)"
- 14-ФОРМА №39 - "Отчет станции, или отделения переливания крови, больниц, ведущих заготовку крови"
- 15-ФОРМА №40 - "Отчет станции (отделения), больницы скорой помощи"
- 18-ФОРМА №44 - "Отчет детского санатория"
- 19-ФОРМА №45 - "Отчет туберкулезного санатория для взрослых"
- 22-ФОРМА - "Отчет о медицинских кадрах "

ФОРМА №30 ОТЧЕТ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.

Включает в себя паспортную часть и следующие разделы:

- Раздел 1. Штаты учреждения на конец отчетного года.
- Раздел 2. Деятельность поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации.
- Раздел 3. Деятельность стационара.
- Раздел 4. Работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов).
- Раздел 5. Работа диагностических отделений.
- Раздел 6. Антирабическая деятельность.
- Раздел 7. Оснащенность электронно-вычислительной техникой.
- Раздел 8. Техническое состояние зданий.

Практическая работы по расчету показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений и их анализу

I. Общая характеристика учреждения.

На основании паспортной части и раздела 1 отчета "Штаты учреждения на конец отчетного года", формы N 30 "Отчет ЛПУ" можно оценить тип, структуру учреждения, состав основных и вспомогательных отделений и кабинетов, их оснащенность, мощность поликлиники (отделения).

Перечисленные выше данные позволяют судить об объеме работы учреждения и вычислить показатели для оценки штатов учреждения.

1. Укомплектованность больницы врачами (%) стр.5, ф. 30, таб.1100

Норматив 100:

Число занятых врачебных должностей (строка 01 графа 4)

----- x 100

Число штатных врачебных должностей (строка 01 графа 3)

2. Укомплектованность больницы средним медицинским персоналом (%) стр.7

Норматив 100:

Число занятых должностей ср. мед. персонала (строка 92 графа 4)

----- x 100

Число штатных должностей ср. мед. персонала (строка 92 графа 3)

II. Деятельность поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации.

Основными учетными документами, необходимыми для составления отчета поликлинического отделения являются:

1.Дневник ежедневного учета работы врача поликлиники, консультации, диспансера Сф.039-2/У), врача стоматологического (зубного) кабинета (ф.039-2/У), среднего медицинского персонала (ф.039-1/У).

2.Единый талон амбулаторного пациента (ф.025-8/9-95).

3.Сводная ведомость учета заболеваний, зарегистрированных в данном учреждении (ф.071/У).

4.Контрольная карта больного, состоящего на диспансерном наблюдении (ф. ОЗО/У).

5.Описок лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру (на выявление...) (ф.048/У).

III. Среднее число врачебных посещений на одного городского жителя в год:

Число посещений к врачам (включая профилактические) (стр.11, табл.2110, ф.30), строка 01 графа 3. + число посещений врачами на дому (стр.11, табл.2110) строка 01, графа 7. + число посещений к стоматологу и зубным врачам - (стр.15, табл. 2700) строка 01, графа 3.

Численность населения (стр.1)

(Среднеобластной показатель 7.8 посещения)

Показатели работы стоматологического (зубоврачебного) кабинета.

IV. Процент санированных от числа первично обратившихся: Норма 100

Показатель г.Твери - 67,8

Областной показатель - 64,6

Число санированных санированных в порядке плановой санации при обращении (стр.15.табл.2700) строка 01, графа 9

----- x 100

Число первичных посещений стоматологов и зубных врачей (строка 01, графа 4)

V. Процент людей нуждающихся в плановой санации полости рта при профилактической работе: норма 100%

По г.Твери - 39,4%

Областной показатель - 49,9%

Число лиц, нуждающихся в санации полости рта (стр.16,табл.2700,ф.30) строка 01, графа 11

----- x 100

Число лиц,осмотренных в порядке плановой санации (стр.16,табл.2700,) строка 01 графа 10

VI. Процент санированных от числа нуждающихся при профилактической работе: Норма 100%

По г.Твери 81,7%

Областной показатель - 77,5%

Число санированных лиц из числа нуждающихся в санации (стр.16,табл.2700,ф.30) строка 01, графа 12

----- x100

Число лиц, нуждающихся в санации (строка 01 графа 11)

ПОКАЗАТЕЛИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ БОЛЬНИЦЫ

VII. Выполнение плана профилактических осмотров населения(по контингентам) стр.14 табл.2510, строка 07, ф.30: Норма 100%

Среднеобластной показатель 91,9%

По г-Твери 92,8%

Всего осмотрено лиц (графа 4)
----- x 100
Подлежало осмотрам (графа 3)

VIII. Выполнение плана профилактических осмотров рабочих промышленных предприятий (стр.14, табл.2510, строка 08): Норма 100%
По г.Твери 100%
Среднеобластной показатель 95,4%

Всего осмотрено лиц (графа 4)
----- x 100
Подлежало осмотрам (графа 3)

IX. Полнота охвата диспансерным наблюдением взрослых, больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (графа 4).(ф.12, стр.2, строка 12,1): Норма 100%
Среднеобластной показатель 88,2%

Состоит под диспансерным наблюдением
на конец отчетного года (графа 6)
----- x 100
Всего зарегистрировано больных с язвенной болезнью
желудка и 12-перстной кишки

X. Полнота охвата диспансерным наблюдением подростков (15-17 лет)
(ф.12,стр.3,табл.2000,строка 1,0): Норма 100%

Состоит под диспансерным наблюдением
на конец отчетного года (графа 8)
----- x 100
Всего зарегистрировано больных с данным
заболеванием (графа 4)

X а. Выполнение плана профилактических осмотров детей (15-17 лет кроме обучающихся в школе (ф.30,стр.14, табл.2510): Норма 100%

Всего осмотрено лиц (строка 01, графа 4)
----- x 100
Всего подлежало осмотру (строка 01, графа 3)

XI. Частота язвы желудка и 12-перстной кишки на 100 тыс.взрослого населения
(ф.12,стр.2,строка 12,1)
Среднеобластной показатель - 1690,2

Всего зарегистрировано больных
строка 12,1 графа 4
----- x 100000
Численность взрослого населения
стр. 1

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТАЦИОНАРА.

Основная документация, необходимая для составления отчета о деятельности стационара следующая:

1. Статистическая карта стационарного больного (ф.066/У)
2. Журнал учета приема больных и отказов от госпитализации (Ф.007/У)
3. Листок учета движения больных и коечного фонда стационара (Ф.007/У)
4. Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек (Ф.015/У)
5. Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (088/У).

12. Среднее число дней использования койки в год в целом по больнице (ф.30,стр.17,табл.3100, строка 1).

Норма использования коек общая (терапевтических, хирургических 330-340 дней
Среднеобластной показатель для ЦРБ 268,5

Проведено больными койка-дней (графа 12,стр 19, строка1)

Число среднегодовых коек (графа 4, стр.17, строка 1)

13. Среднее число дней использования койки в году по терапевтическому отделению (вычисляется аналогично 12).

Среднеобластной показатель 308,9

14. Средняя длительность лечения (в днях) по больнице в целом (стр.17-19 табл.3100).

Среднеобластной показатель 12,0

Всего проведено больными койко-дней (графа 12)

Число выбывших больных (умерло (графа 11) +
выписано (графа 9))

15. Средняя длительность лечения больных (в днях) в терапевтическом отделении (вычисляется аналогично 14)

Среднеобластной показатель взрослых 14.0 дней

16. Средняя длительность лечения больных (в днях) в хирургическомком отделении (вычисляется аналогично 14)

Среднеобластной показатель для взрослых 11 дней

Показатель средней деятельности лечения в зависимости от состава больных может колебаться в больших пределах (в родильном до-ме-7,10 дней, терапевтическом-14,18 дней, в хирургическом-11,14, Б туберкулезном, онкологическом - несколько месяцев). Поэтому оценку надо делать по отделениям, а еще лучше по нозологическим формам болезней.

Очень длинные или, короткие сроки пребывания больных в стационаре говорят о необоснованности направления или преждевременной выписки, длительности обследования или других организационных неполадках.

17. Летальность по больнице в целом (стр.9,табл.3100 строка 1)

Среднеобластной показатель 1,9%

Всего умерло в стационаре х 100 (графа 11)

Всего выбыло (выписано(графа 9) +
умерло (графа 11)) больных из стационара

18. Летальность по хирургическому отделению (вычисляется
аналогично 17).

Среднеобластной показатель: взрослые - 2,8; дети - 0

19. Летальность у взрослых от пневмонии (ф.14,табл.2000, Строка 11,2)

Среднеобластной показатель 1,9

Умерло (графа 6) x 100

----- x 100

Выписано (графа 4) + Умерло (графа 6)

Показатель летальности необходимо составлять и оценивать по отделениям больницы, а еще лучше по нозологическим формам болезней. Летальность в целом по больнице зависит от состава отделений и больных в них, поэтому для сравнения показателей летальности по отдельным больницам используют стандартизованные показатели.

Показатели работы диагностических отделений.

20. Частота рентгенодиагностических исследований
(30,стр.24, раздел V,табл.5110)

Число рентгенологических исследований всего (строка 01 графа 3)

Всего число посещений врачей (стр.13,раздел 2, табл.2110, графа 3, строка 01)+ число посещений врачами на дому (стр.13., табл.2110, графа 6 строка 01) + число посещений стоматологов и зубных врачей всего(стр.15, табл.2700, графа 3, строка 01)

21.Частота лабораторных исследований амбулаторным больным (ф.30,стр. 28,табл. 5300, строка 02)

Число проведенных анализов амбул. больным всего (графа 3)

-----x 100

Число посещений врачей всего + число посещений врачами на дому + число посещений стоматологов и зубных врачей всего

Выводы о РАБОТЕ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

На основании полученных показателей сделать выводы придерживаясь следующей схемы:

1.Укомплектованность штатов врачей. На какие показатели работы может повлиять не укомплектованность штатов врачей?

2.В достаточном ли объеме проводится в больнице профилактическая работа? Для этого использовать оценку таких показателей, как профилактические осмотры населения, охват диспансерным наблюдением.

3.Правильно ли используется коечный фонд больницы. Дать оценку таким показателям, как средняя длительность лечения, среднее число дней использования койки в год.

4.Дать оценку качественным показателям больницы: общей летальности.

5.Дать оценку работы диагностических отделений: использование рентгенодиагностики и лабораторных исследований в поликлинике.

6. Дать примеры использования при анализе отчета городской больницы следующих показателей:

- а) интенсивных;
- б) экстенсивных;
- в) средних арифметических.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Необходимо дать конкретные предложения по улучшению работы больницы. При этом нужно использовать полученные показатели и сравнить их со среднеобластными и нормативами.

Предложения могут возникнуть и при логическом анализе отчета больницы, особенно при несоответствии некоторых показателей общепринятым нормативам.

Выводы и предложения по работе больницы дать в письменной форме в рабочей тетради.

Задания в тестовой форме

АНАЛИЗ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

1. Из каких форм состоит основная часть «Отчета лечебно-профилактического учреждения»:

- а) Отчет лечебно-профилактического учреждения (Форма 30)
- б) Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения (Форма 12)
- в) Отчет о деятельности стационара (Форма 14)
- г) Отчеты вкладыши
- д) Список лиц подлежащих целевому медицинскому осмотру (ф. 048/у)

2. При анализе, какого раздела Отчета лечебно-профилактического учреждения рассчитывается показатель летальности:

- а) Штаты учреждения на конец отчетного года
- б) Деятельность поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации
- в) Деятельность стационара
- г) Работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов)
- д) Работа диагностических отделений
- е) Антирабическая деятельность

3. При расчете средней длительности лечения больных (в днях) в целом по учреждению, необходимо знать:

- а) всего умерло в стационаре
- б) всего проведено больными койко-дней
- в) число выбывших больных (умерло + выписано)
- г) число среднегодовых коек

4. На основании каких документов регистрируется число выбывших больных из стационара:

- а) статистическая карта стационарного больного (ф. 066/у)

- б) журнал учета приема больных и отказов от госпитализации (ф.001/у)
- в) сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару (ф. 016/у)

5. При анализе какого раздела Отчета лечебно-профилактического учреждения рассчитывается показатель "среднее число врачебных посещений на 1 городского жителя в год":

- а) штаты учреждения на конец отчетного года
- б) деятельность поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации.
- в) деятельность стационара
- г) работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов)
- д) работа диагностических отделений
- е) антирабическая деятельность

6. Укажите ориентировочный показатель среднего числа дней использования койки в год по стационару городской больницы:

- а) 240-250 дней
- б) 270-300 дней
- в) 330-340 дней
- г) 350-360 дней

7. Какие данные необходимо знать для расчета летальности по больнице в целом:

- а) всего проведено больными койко-дней
- б) общая численность населения
- в) всего умерло в стационаре
- г) всего выбыло (выписано + умерло) больных из стационара

8. На основании, каких документов определяется общее число посещений к врачу, включая профилактические:

- а) дневник ежедневного учета работы врача поликлиники (ф.039/у)
- б) талон амбулаторного пациента (ф.025-6/у-89)
- в) сводная ведомость учета заболеваний, зарегистрированных в данном учреждении (ф. 071/у)

9. При анализе, какого раздела отчета лечебно-профилактического учреждения можно рассчитать показатель процента санированных из числа первично обратившихся:

- а) штаты учреждения на конец отчетного года
- б) деятельность поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации
- в) деятельность стационара
- г) работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов)
- д) работа диагностических отделений

е) антирабическая деятельность

10. Укажите норматив процента санированных от числа первично обратившихся:

- а) 50%
- б) 70%
- в) 90%
- г) 100%

11. Какие данные необходимо знать для расчета летальности по хирургическому отделению:

- а) всего проведено больными койко-дней в хирургическом отделении
- б) общая численность населения
- в) всего умерло в хирургическом отделении
- г) всего выбыло (выписано + умерло) больных из хирургического отделения

12. Какой показатель является основным для определения мощности поликлиники городской больницы:

- а) число врачебных посещений в смену
- б) общее число посещений в поликлинику за год
- в) радиус обслуживания поликлиники
- г) обеспеченность поликлиники медицинским оборудованием

13. При анализе какого раздела отчета лечебно-профилактического учреждения рассчитывается среднее число дней использования койки в год:

- а) штаты учреждения на конец отчетного года
- б) деятельность поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации
- в) деятельность стационара
- г) работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов)
- д) работа диагностических отделений
- е) антирабическая деятельность

14. Укажите норматив выполнения плана профилактических осмотров детского населения:

- а) 50%
- б) 70%
- в) 80%
- г) 100%

15. Какие данные необходимо знать для расчета летальности по терапевтическому отделению:

- а) всего проведено больными койко-дней в терапевтическом отделении
- б) общая численность населения

- в) всего умерло в терапевтическом отделении
- г) всего выбыло (выписано + умерло) больных из терапевтического отделения

16. При анализе, какого раздела Отчета лечебно-профилактического учреждения рассчитывается средняя длительность лечения больных (в днях) по больнице в целом:

- а) Штаты учреждения на конец отчетного года
- б) Деятельность поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации
- в) Деятельность стационара
- г) Работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов)
- д) Работа диагностических отделений
- е) Антирабическая деятельность

17. Какие причины могли бы повлиять на показатель летальности по больнице в целом:

- а) возрастно-половой состав больных
- б) общая численность населения района обслуживания
- в) общее число коек в больнице

18. Какие данные необходимо знать для расчета среднего числа дней использования койки в год:

- а) всего выбыло (выписано + умерло) больных из стационара
- б) проведено больными койко-дней всего
- в) число среднегодовых коек
- г) среднее число больных, приходящихся на одного врача по больнице

19. При анализе какого раздела Отчета лечебно-профилактического учреждения рассчитывается средняя длительность лечения больных (в отделении челюстно-лицевой хирургии):

- а) Штаты учреждения на конец отчетного года
- б) Деятельность поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации
- в) Деятельность стационара
- г) Работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов)
- д) Работа диагностических отделений
- е) Антирабическая деятельность

20. Какие данные необходимо знать для расчета показателя укомплектованности больницы врачами:

- а) число физических лиц врачей по больнице в целом
- б) число штатных должностей в целом по учреждению
- в) общая численность населения района обслуживания

г) число занятых должностей в целом по учреждению

21. Какие из перечисленных показателей можно рассчитать по “Отчету о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения” (Форма 12):

- а) полнота охвата диспансерным наблюдением взрослых и детей
- б) частота пневмонии на 10000 взрослого населения
- в) средняя длительность лечения больного (в днях) в хирургическом отделении
- г) укомплектованность учреждения врачами

22. При анализе какого раздела Отчета лечебно-профилактического учреждения рассчитывается укомплектованность больницы врачами:

- а) Штаты учреждения на конец отчетного года
- б) Деятельность поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации
- в) Деятельность стационара
- г) Работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов)
- д) Работа диагностических отделений
- е) Антирабическая деятельность

23. Какие данные необходимы для расчета показателя выполнения плана профилактических осмотров населения:

- а) общая численность населения
- б) всего осмотрено лиц
- в) число выбывших (умерло + выбыло) больных из стационара
- г) число лиц подлежало профилактическим осмотрам

24. Какие показатели можно рассчитать по 1 разделу Отчета лечебно-профилактического учреждения «Штаты учреждения на конец отчетного года»:

- а) число посещений на одного жителя в год
- б) укомплектованность учреждения врачами
- в) среднее число дней использования койки в году
- г) укомплектованность учреждения средним медицинским персоналом

25. Какие данные необходимо знать для расчета процента санированных из числа первично обратившихся:

- а) общая численность населения
- б) число санированных в порядке плановой санации и при обращении
- в) число первичных посещений стоматологов и зубных врачей
- г) число лиц нуждающихся в санации

26. Какие из перечисленных показателей можно рассчитать по 2 разделу Отчета лечебно-профилактического учреждения «Деятельность поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации»:

- а) укомплектованность поликлиники врачами
- б) среднее число врачебных посещений на одного жителя в год
- в) выполнение плана профилактических осмотров населения
- г) частота пневмоний на 10000 взрослого населения

27. Какие данные необходимо знать для расчета процента лиц санированных из числа нуждающихся при анализе профилактической работы:

- а) общая численность населения
- б) число санированных из числа выявленных при плановой санации
- в) число первичных посещений стоматологов и зубных врачей
- г) число лиц нуждающихся в санации полости рта

28. Какие из перечисленных документов входят в основную часть Отчета лечебно-профилактического учреждения:

- а) Отчет о деятельности стационара (Форма 14)
- б) Отчеты вкладыши
- в) Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в район обслуживания лечебного учреждения (Форма 12)
- г) Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару (ф.016/б)
- д) Журнал учета приема больных и отказов от госпитализации (ф.001/у)

29. Какие из перечисленных показателей можно рассчитать по разделу Отчета лечебно-профилактического учреждения «Деятельность стационара»:

- а) летальность по больнице в целом
- б) укомплектованность учреждения врачами
- в) среднее число дней использования койки в год
- г) процент санированных от числа первично обратившихся

30. На какие показатели работы стационара могут повлиять сроки обследования пациентов:

- а) профилизация коек
- б) летальность по больнице
- в) средняя длительность лечения больного с стационаре
- г) обеспеченность койками на 10000 населения

31. Какие данные необходимо знать для расчета процента лиц, нуждающихся в плановой санации полости рта при профилактической работе:

- а) общая численность населения
- б) число лиц, осмотренных в порядке плановой санации
- в) число первичных посещений стоматологов и зубных врачей
- г) число лиц нуждающихся в санации полости рта

Тема «Система охраны здоровья матери и ребенка. Физическое развитие»

Цель занятия: изучить структуру, задачи решаемые системой охраны материнства и детства, а также основные показатели, характеризующие здоровье матери и ребенка и показатели деятельности акушерско-гинекологических и детских учреждений.

В результате изучения темы студент должен **знать:**

- **Основные элементы системы** охраны материнства и детства;
- **Этапы**, обеспечивающие организационное единство системы;
- **Основные законодательные и нормативные акты** по вопросам охраны здоровья матери ребенка;
- **Показатели материально-технической базы** системы охраны материнства и детства;
- **Основные показатели**, характеризующие **здоровье матери и ребенка** и показатели качества работы акушерско-гинекологических и детских учреждений;
- Структуру объединенного родильного дома, перинатального центра, объединенной детской больницы;
- Основные элементы работы врача-акушера гинеколога и педиатра;
- Основные **социально-гигиенические проблемы** связанные с репродуктивным здоровьем женщин, а также материнской и младенческой смертностью.

Уметь:

- Рассчитывать показатели, характеризующие **здоровье матери и ребенка** и показатели **деятельности** акушерско-гинекологических и детских учреждений.
- Провести беседу и прочитать лекцию по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья женщин.

Литература:

а). Основная литература:

1. Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: Учебник/ Н.В. Полунина – Москва: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2010. – С. 373 – 409
2. Медик, Валерий Алексеевич Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Валерий Алексеевич Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 649 с.
3. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: руководство к практическим занятиям / В. А. Медик, В. И. Лисицин, М. С. Токмачев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 452 с.

Электронный ресурс:

1. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Контрольные вопросы:

1. Охрана материнства и детства (ОМД): определение, подсистема, ее основные элементы.
2. Организационное единство охраны здоровья девочки, будущей матери.
3. Законодательство по охране материнства и детства.
4. Организация акушерско-гинекологической помощи
5. Основные направления работы участкового врача акушера гинеколога.
6. Аборт как социально-гигиеническая проблема.
7. Показатели деятельности акушерско-гинекологической службы.

8. Перинатальные центры.
9. Родовой сертификат.
10. Организация лечебно-профилактической помощи детям.
11. Особенности структуры детской городской больницы.
12. Особенности работы врача-педиатра участкового,
13. Группы здоровья детей.
14. Показатели деятельности педиатрической службы.
15. Физическое развитие. Показатели и способы их оценки.

Практические задания для студентов:

Вариант 1

Абсолютные данные для расчета показателей	Болгария	Европейский регион
Среднегодовая численность населения, оба пола	7623395	888020608
количество детей (от 0 до 14 лет)	1022297	149187462
Число родившихся живыми	77682	10762810
Умерших на 1 году жизни	668	80829
Умершие в первые четыре недели жизни	389	43805
Умершие в первые 168 часов	254	38961
Умершие в возрасте от 7 до 28 суток	135	8718
количество мертворожденных	570	70525
Умершие с 22 недель беременности и до 168 часов жизни	825	79950
количество родов (родившиеся живыми + мертвыми)	78253	10833335
Число абортов	36579	3608985
Число операций Кесарево сечение	22094	2385577
Число родившихся с врожденными аномалиями	332	217400
Число случаев рождения с синдромом Дауна	22	6758
Количество новорожденных (рожденных живыми) иммунизированных против tbc	75740	9237720
Детей, иммунизированных против дифтерии	974249	142399433
Детей, иммунизированных против столбняка	974249	142399433
детей, иммунизированных против кори	980383	140877721
детей, иммунизированных против полиомиелита	979361	143205045

На основе представленных данных рассчитайте следующие показатели и представьте их в виде таблицы. Укажите используемую Вами формулу:

Наименование показателей	Болгария	Европейский регион
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола (формула)		
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола (формула)		
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Ранняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Поздняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Мертворождаемость на 1000 родов (формула)		

Перинатальная смертность, на 1000 родов (формула)		
Частота аборт на 1000 живорожденных (формула)		
Число операций Кесарево сечение на 1000 живорожденных (формула)		
Число родившихся с врожденными аномалиями/100000 живорожденных (формула)		
Число случаев рождения с синдромом Дауна/100000 живорожденных (формула)		
% новорожденных, иммунизированных против туберкулез (формула)		
% детей, иммунизированных против дифтерии (формула)		
% детей, иммунизированных против столбняка (формула)		
% детей, иммунизированных против кори (формула)		
% детей, иммунизированных против полиомиелита (формула)		

Оформите выводы:

1. Оцените возрастную структуру населения (на основе удельного веса детского населения)
2. Сравните показатели здоровья детей в анализируемой стране с европейским регионом. Обратите внимание на проблемные аспекты.
3. Дайте оценку уровня иммунизации детей.

Вариант 2

Абсолютные данные для расчета показателей	Хорватия	Европейский регион
Среднегодовая численность населения, оба пола	4434508	888020608
количество детей (от 0 до 14 лет)	683358	149187462
Число родившихся живыми	43769	10762810
Умерших на 1 году жизни	195	80829
Умершие в первые четыре недели жизни	151	43805
Умершие в первые 168 часов	119	38961
Умершие в возрасте от 7 до 28 суток	32	8718
количество мертворожденных	176	70525
Умершие с 22 недель беременности и до 168 часов жизни	202	79950
количество родов (родившиеся живыми + мертвыми)	43945	10833335
Число аборт	4499	3608985
Число операций Кесарево сечение	7463	2385577
Число родившихся с врожденными аномалиями	842	217400
Число случаев рождения с синдромом Дауна	32	6758
Количество новорожденных (рожденных живыми) иммунизированных против tbc	43366	9237720
Детей, иммунизированных против дифтерии	656775	142399433
Детей, иммунизированных против столбняка	656775	142399433
детей, иммунизированных против кори	652880	140877721
детей, иммунизированных против полиомиелита	658210	143205045

На основе представленных данных рассчитайте следующие показатели и представьте их в виде таблицы. Укажите используемую Вами формулу:

Наименование показателей	Хорватия	Европейский регион
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола (формула)		
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола (формула)		
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Ранняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Поздняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Мертворождаемость на 1000 родов (формула)		
Перинатальная смертность, на 1000 родов (формула)		
Частота аборт на 1000 живорожденных (формула)		
Число операций Кесарево сечение на 1000 живорожденных (формула)		
Число родившихся с врожденными аномалиями/100000 живорожденных (формула)		
Число случаев рождения с синдромом Дауна/100000 живорожденных (формула)		
% новорожденных, иммунизированных против туберкулез (формула)		
% детей, иммунизированных против дифтерии (формула)		
% детей, иммунизированных против столбняка (формула)		
% детей, иммунизированных против кори (формула)		
% детей, иммунизированных против полиомиелита (формула)		

Оформите выводы:

1. Оцените возрастную структуру населения (на основе удельного веса детского населения)
2. Сравните показатели здоровья детей в анализируемой стране с европейским регионом. Обратите внимание на проблемные аспекты.
3. Дайте оценку уровня иммунизации детей.

Вариант 3

Абсолютные данные для расчета показателей	Эстония	Европейский регион
Среднегодовая численность населения, оба пола	1340675	888020608
количество детей (от 0 до 14 лет)	199492	149187462
Число родившихся живыми	16034	10762810
Умерших на 1 году жизни	80	80829
Умершие в первые четыре недели жизни	51	43805
Умершие в первые 168 часов	35	38961

Умершие в возрасте от 7 до 28 суток	16	8718
количество мертворожденных	64	70525
Умершие с 22 недель беременности и до 168 часов жизни	69	79950
количество родов (родившиеся живыми + мертвыми)	16099	10833335
Число аборт	8423	3608985
Число операций Кесарево сечение	3202	2385577
Число родившихся с врожденными аномалиями	577	217400
Число случаев рождения с синдромом Дауна	12	6758
Количество новорожденных (рожденных живыми) иммунизированных против tbc	15714	9237720
Детей, иммунизированных против дифтерии	189518	142399433
Детей, иммунизированных против столбняка	189518	142399433
детей, иммунизированных против кори	189518	140877721
детей, иммунизированных против полиомиелита	189518	143205045

На основе представленных данных рассчитайте следующие показатели и представьте их в виде таблицы. Укажите используемую Вами формулу:

Наименование показателей	Эстония	Европейский регион
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола (формула)		
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола (формула)		
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Ранняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Поздняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Мертворождаемость на 1000 родов (формула)		
Перинатальная смертность, на 1000 родов (формула)		
Частота аборт на 1000 живорожденных (формула)		
Число операций Кесарево сечение на 1000 живорожденных (формула)		
Число родившихся с врожденными аномалиями/100000 живорожденных (формула)		
Число случаев рождения с синдромом Дауна/100000 живорожденных (формула)		
% новорожденных, иммунизированных против туберкулез (формула)		
% детей, иммунизированных против дифтерии (формула)		
% детей, иммунизированных против столбняка (формула)		
% детей, иммунизированных против кори (формула)		
% детей, иммунизированных против полиомиелита (форму-		

ла)		
-----	--	--

Оформите выводы:

1. Оцените возрастную структуру населения (на основе удельного веса детского населения)
2. Сравните показатели здоровья детей в анализируемой стране с европейским регионом. Обратите внимание на проблемные аспекты.
3. Дайте оценку уровня иммунизации детей.

Вариант 4

Абсолютные данные для расчета показателей	Финляндия	Европейский регион
Среднегодовая численность населения, оба пола	5313399	888020608
количество детей (от 0 до 14 лет)	892651	149187462
Число родившихся живыми	59510	10762810
Умерших на 1 году жизни	159	80829
Умершие в первые четыре недели жизни	116	43805
Умершие в первые 168 часов	96	38961
Умершие в возрасте от 7 до 28 суток	22	8718
количество мертворожденных	194	70525
Умершие с 22 недель беременности и до 168 часов жизни	174	79950
количество родов (родившиеся живыми + мертвыми)	59704	10833335
Число абортов	10477	3608985
Число операций Кесарево сечение	9813	2385577
Число родившихся с врожденными аномалиями	2680	217400
Число случаев рождения с синдромом Дауна	82	6758
Количество новорожденных (рожденных живыми) иммунизированных против tbc	57725	9237720
Детей, иммунизированных против дифтерии	883725	142399433
Детей, иммунизированных против столбняка	883725	142399433
детей, иммунизированных против кори	865872	140877721
детей, иммунизированных против полиомиелита	865872	143205045

На основе представленных данных рассчитайте следующие показатели и представьте их в виде таблицы. Укажите используемую Вами формулу:

Наименование показателей	Финляндия	Европейский регион
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола (формула)		
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола (формула)		
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Ранняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Поздняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		

Мертворождаемость на 1000 родов (формула)		
Перинатальная смертность, на 1000 родов (формула)		
Частота аборт на 1000 живорожденных (формула)		
Число операций Кесарево сечение на 1000 живорожденных (формула)		
Число родившихся с врожденными аномалиями/100000 живорожденных (формула)		
Число случаев рождения с синдромом Дауна/100000 живорожденных (формула)		
% новорожденных, иммунизированных против туберкулез (формула)		
% детей, иммунизированных против дифтерии (формула)		
% детей, иммунизированных против столбняка (формула)		
% детей, иммунизированных против кори (формула)		
% детей, иммунизированных против полиомиелита (формула)		

Оформите выводы:

1. Оцените возрастную структуру населения (на основе удельного веса детского населения)
2. Сравните показатели здоровья детей в анализируемой стране с европейским регионом. Обратите внимание на проблемные аспекты.
3. Дайте оценку уровня иммунизации детей.

Вариант 5

Абсолютные данные для расчета показателей	Венгрия	Европейский регион
Среднегодовая численность населения, оба пола	10038188	888020608
количество детей (от 0 до 14 лет)	1500709	149187462
Число родившихся живыми	99177	10762810
Умерших на 1 году жизни	553	80829
Умершие в первые четыре недели жизни	373	43805
Умершие в первые 168 часов	270	38961
Умершие в возрасте от 7 до 28 суток	103	8718
количество мертворожденных	431	70525
Умершие с 22 недель беременности и до 168 часов жизни	430	79950
количество родов (родившиеся живыми + мертвыми)	99609	10833335
Число аборт	44101	3608985
Число операций Кесарево сечение	29626	2385577
Число родившихся с врожденными аномалиями	4580	217400
Число случаев рождения с синдромом Дауна	186	6758
Количество новорожденных (рожденных живыми) иммунизированных против tbc	99078	9237720
Детей, иммунизированных против дифтерии	1499208	142399433
Детей, иммунизированных против столбняка	1499208	142399433
детей, иммунизированных против кори	1499208	140877721
детей, иммунизированных против полиомиелита	1499208	143205045

На основе представленных данных рассчитайте следующие показатели и представьте их в виде таблицы. Укажите используемую Вами формулу:

Наименование показателей	Венгрия	Европейский регион
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола (формула)		
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола (формула)		
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Ранняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Поздняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Мертворождаемость на 1000 родов (формула)		
Перинатальная смертность, на 1000 родов (формула)		
Частота аборт на 1000 живорожденных (формула)		
Число операций Кесарево сечение на 1000 живорожденных (формула)		
Число родившихся с врожденными аномалиями/100000 живорожденных (формула)		
Число случаев рождения с синдромом Дауна/100000 живорожденных (формула)		
% новорожденных, иммунизированных против туберкулез (формула)		
% детей, иммунизированных против дифтерии (формула)		
% детей, иммунизированных против столбняка (формула)		
% детей, иммунизированных против кори (формула)		
% детей, иммунизированных против полиомиелита (формула)		

Оформите выводы:

1. Оцените возрастную структуру населения (на основе удельного веса детского населения)
2. Сравните показатели здоровья детей в анализируемой стране с европейским регионом. Обратите внимание на проблемные аспекты.
3. Дайте оценку уровня иммунизации детей.

Вариант б

Абсолютные данные для расчета показателей	Казахстан	Европейский регион
Среднегодовая численность населения, оба пола	15673998	888020608
количество детей (от 0 до 14 лет)	3769597	149187462
Число родившихся живыми	339342	10762810
Умерших на 1 году жизни	7282	80829
Умершие в первые четыре недели жизни	0	43805

Умершие в первые 168 часов	4327	38961
Умершие в возрасте от 7 до 28 суток	0	8718
количество мертворожденных	4021	70525
Умершие с 22 недель беременности и до 168 часов жизни	5466	79950
количество родов (родившиеся живыми + мертвыми)	343363	10833335
Число аборт	124019	3608985
Число операций Кесарево сечение	42241	2385577
Число родившихся с врожденными аномалиями	4947	217400
Число случаев рождения с синдромом Дауна	0	6758
Количество новорожденных (рожденных живыми) иммунизированных против tbc	329162	9237720
Детей, иммунизированных против дифтерии	3724361	142399433
Детей, иммунизированных против столбняка	3724361	142399433
детей, иммунизированных против кори	3769597	140877721
детей, иммунизированных против полиомиелита	3731901	143205045

На основе представленных данных рассчитайте следующие показатели и представьте их в виде таблицы. Укажите используемую Вами формулу:

Наименование показателей	Казахстан	Европейский регион
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола (формула)		
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола (формула)		
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Ранняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Поздняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Мертворождаемость на 1000 родов (формула)		
Перинатальная смертность, на 1000 родов (формула)		
Частота аборт на 1000 живорожденных (формула)		
Число операций Кесарево сечение на 1000 живорожденных (формула)		
Число родившихся с врожденными аномалиями/100000 живорожденных (формула)		
Число случаев рождения с синдромом Дауна/100000 живорожденных (формула)		
% новорожденных, иммунизированных против туберкулез (формула)		
% детей, иммунизированных против дифтерии (формула)		
% детей, иммунизированных против столбняка (формула)		
% детей, иммунизированных против кори (формула)		

% детей, иммунизированных против полиомиелита (формула)		
---	--	--

Оформите выводы:

1. Оцените возрастную структуру населения (на основе удельного веса детского населения)
2. Сравните показатели здоровья детей в анализируемой стране с европейским регионом. Обратите внимание на проблемные аспекты.
3. Дайте оценку уровня иммунизации детей.

Вариант 7

Абсолютные данные для расчета показателей	Кыргызстан	Европейский регион
Среднегодовая численность населения, оба пола	5250137	888020608
количество детей (от 0 до 14 лет)	1586591	149187462
Число родившихся живыми	127316	10762810
Умерших на 1 году жизни	3454	80829
Умершие в первые четыре недели жизни	2503	43805
Умершие в первые 168 часов	2239	38961
Умершие в возрасте от 7 до 28 суток	264	8718
количество мертворожденных	1703	70525
Умершие с 22 недель беременности и до 168 часов жизни	2890	79950
количество родов (родившиеся живыми + мертвыми)	129019	10833335
Число абортов	13204	3608985
Число операций Кесарево сечение	8203	2385577
Число родившихся с врожденными аномалиями	1623	217400
Число случаев рождения с синдромом Дауна	35	6758
Количество новорожденных (рожденных живыми) иммунизированных против tbc	125788	9237720
Детей, иммунизированных против дифтерии	1512022	142399433
Детей, иммунизированных против столбняка	1512022	142399433
детей, иммунизированных против кори	1572312	140877721
детей, иммунизированных против полиомиелита	1512022	143205045

На основе представленных данных рассчитайте следующие показатели и представьте их в виде таблицы. Укажите используемую Вами формулу:

Наименование показателей	Кыргызстан	Европейский регион
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола (формула)		
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола (формула)		
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Ранняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Поздняя неонатальная смертность/1000 живорожденных		

(формула)		
Мертворождаемость на 1000 родов (формула)		
Перинатальная смертность, на 1000 родов (формула)		
Частота аборт на 1000 живорожденных (формула)		
Число операций Кесарево сечение на 1000 живорожденных (формула)		
Число родившихся с врожденными аномалиями/100000 живорожденных (формула)		
Число случаев рождения с синдромом Дауна/100000 живорожденных (формула)		
% новорожденных, иммунизированных против туберкулез (формула)		
% детей, иммунизированных против дифтерии (формула)		
% детей, иммунизированных против столбняка (формула)		
% детей, иммунизированных против кори (формула)		
% детей, иммунизированных против полиомиелита (формула)		

Оформите выводы:

1. Оцените возрастную структуру населения (на основе удельного веса детского населения)
2. Сравните показатели здоровья детей в анализируемой стране с европейским регионом. Обратите внимание на проблемные аспекты.
3. Дайте оценку уровня иммунизации детей.

Вариант 8

Абсолютные данные для расчета показателей	Латвия	Европейский регион
Среднегодовая численность населения, оба пола	2266094	888020608
количество детей (от 0 до 14 лет)	311361	149187462
Число родившихся живыми	23953	10762810
Умерших на 1 году жизни	161	80829
Умершие в первые четыре недели жизни	113	43805
Умершие в первые 168 часов	72	38961
Умершие в возрасте от 7 до 28 суток	41	8718
количество мертворожденных	144	70525
Умершие с 22 недель беременности и до 168 часов жизни	152	79950
количество родов (родившиеся живыми + мертвыми)	24097	10833335
Число аборт	10427	3608985
Число операций Кесарево сечение	5406	2385577
Число родившихся с врожденными аномалиями	647	217400
Число случаев рождения с синдромом Дауна	32	6758
Количество новорожденных (рожденных живыми) иммунизированных против tbc	23641	9237720
Детей, иммунизированных против дифтерии	302955	142399433
Детей, иммунизированных против столбняка	302955	142399433
детей, иммунизированных против кори	300775	140877721

детей, иммунизированных против полиомиелита	302955	143205045
---	--------	-----------

На основе представленных данных рассчитайте следующие показатели и представьте их в виде таблицы. Укажите используемую Вами формулу:

Наименование показателей	Латвия	Европейский регион
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола (формула)		
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола (формула)		
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Ранняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Поздняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Мертворождаемость на 1000 родов (формула)		
Перинатальная смертность, на 1000 родов (формула)		
Частота аборт на 1000 живорожденных (формула)		
Число операций Кесарево сечение на 1000 живорожденных (формула)		
Число родившихся с врожденными аномалиями/100000 живорожденных (формула)		
Число случаев рождения с синдромом Дауна/100000 живорожденных (формула)		
% новорожденных, иммунизированных против туберкулез (формула)		
% детей, иммунизированных против дифтерии (формула)		
% детей, иммунизированных против столбняка (формула)		
% детей, иммунизированных против кори (формула)		
% детей, иммунизированных против полиомиелита (формула)		

Оформите выводы:

1. Оцените возрастную структуру населения (на основе удельного веса детского населения)
2. Сравните показатели здоровья детей в анализируемой стране с европейским регионом. Обратите внимание на проблемные аспекты.
3. Дайте оценку уровня иммунизации детей.

Вариант 9

Абсолютные данные для расчета показателей	Литва	Европейский регион
Среднегодовая численность населения, оба пола	3358114	888020608
количество детей (от 0 до 14 лет)	511105	149187462
Число родившихся живыми	35059	10762810
Умерших на 1 году жизни	172	80829

Умершие в первые четыре недели жизни	99	43805
Умершие в первые 168 часов	69	38961
Умершие в возрасте от 7 до 28 суток	30	8718
количество мертворожденных	164	70525
Умершие с 22 недель беременности и до 168 часов жизни	164	79950
количество родов (родившиеся живыми + мертвыми)	35223	10833335
Число аборт	9029	3608985
Число операций Кесарево сечение	7408	2385577
Число родившихся с врожденными аномалиями	1129	217400
Число случаев рождения с синдромом Дауна	27	6758
Количество новорожденных (рожденных живыми) иммунизированных против tbc	34778	9237720
Детей, иммунизированных против дифтерии	489639	142399433
Детей, иммунизированных против столбняка	489639	142399433
детей, иммунизированных против кори	495772	140877721
детей, иммунизированных против полиомиелита	489639	143205045

На основе представленных данных рассчитайте следующие показатели и представьте их в виде таблицы. Укажите используемую Вами формулу:

Наименование показателей	Литва	Европейский регион
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола (формула)		
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола (формула)		
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Ранняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Поздняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Мертворождаемость на 1000 родов (формула)		
Перинатальная смертность, на 1000 родов (формула)		
Частота аборт на 1000 живорожденных (формула)		
Число операций Кесарево сечение на 1000 живорожденных (формула)		
Число родившихся с врожденными аномалиями/100000 живорожденных (формула)		
Число случаев рождения с синдромом Дауна/100000 живорожденных (формула)		
% новорожденных, иммунизированных против туберкулез (формула)		
% детей, иммунизированных против дифтерии (формула)		
% детей, иммунизированных против столбняка (формула)		

% детей, иммунизированных против кори (формула)		
% детей, иммунизированных против полиомиелита (формула)		

Оформите выводы:

1. Оцените возрастную структуру населения (на основе удельного веса детского населения)
2. Сравните показатели здоровья детей в анализируемой стране с европейским регионом. Обратите внимание на проблемные аспекты.
3. Дайте оценку уровня иммунизации детей.

Вариант 10

Абсолютные данные для расчета показателей	Словакия	Европейский регион
Среднегодовая численность населения, оба пола	5406972	888020608
количество детей (от 0 до 14 лет)	843488	149187462
Число родившихся живыми	57368	10762810
Умерших на 1 году жизни	336	80829
Умершие в первые четыре недели жизни	197	43805
Умершие в первые 168 часов	135	38961
Умершие в возрасте от 7 до 28 суток	62	8718
количество мертворожденных	226	70525
Умершие с 22 недель беременности и до 168 часов жизни	308	79950
количество родов (родившиеся живыми + мертвыми)	57594	10833335
Число аборт	18455	3608985
Число операций Кесарево сечение	13351	2385577
Число родившихся с врожденными аномалиями	1309	217400
Число случаев рождения с синдромом Дауна	40	6758
Количество новорожденных (рожденных живыми) иммунизированных против tbc	56221	9237720
Детей, иммунизированных против дифтерии	835053	142399433
Детей, иммунизированных против столбняка	835053	142399433
детей, иммунизированных против кори	835053	140877721
детей, иммунизированных против полиомиелита	835053	143205045

На основе представленных данных рассчитайте следующие показатели и представьте их в виде таблицы. Укажите используемую Вами формулу:

Наименование показателей	Словакия	Европейский регион
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола (формула)		
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола (формула)		
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Ранняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		

Поздняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Мертворождаемость на 1000 родов (формула)		
Перинатальная смертность, на 1000 родов (формула)		
Частота аборт на 1000 живорожденных (формула)		
Число операций Кесарево сечение на 1000 живорожденных (формула)		
Число родившихся с врожденными аномалиями/100000 живорожденных (формула)		
Число случаев рождения с синдромом Дауна/100000 живорожденных (формула)		
% новорожденных, иммунизированных против туберкулез (формула)		
% детей, иммунизированных против дифтерии (формула)		
% детей, иммунизированных против столбняка (формула)		
% детей, иммунизированных против кори (формула)		
% детей, иммунизированных против полиомиелита (формула)		

Оформите выводы:

1. Оцените возрастную структуру населения (на основе удельного веса детского населения)
2. Сравните показатели здоровья детей в анализируемой стране с европейским регионом. Обратите внимание на проблемные аспекты.
3. Дайте оценку уровня иммунизации детей.

Вариант 11

Абсолютные данные для расчета показателей	Швеция	Европейский регион
Среднегодовая численность населения, оба пола	9219638	888020608
количество детей (от 0 до 14 лет)	1542445	149187462
Число родившихся живыми	109345	10762810
Умерших на 1 году жизни	272	80829
Умершие в первые четыре недели жизни	194	43805
Умершие в первые 168 часов	140	38961
Умершие в возрасте от 7 до 28 суток	52	8718
количество мертворожденных	391	70525
Умершие с 22 недель беременности и до 168 часов жизни	376	79950
количество родов (родившиеся живыми + мертвыми)	109736	10833335
Число аборт	38068	3608985
Число операций Кесарево сечение	18244	2385577
Число родившихся с врожденными аномалиями	0	217400
Число случаев рождения с синдромом Дауна	119	6758
Количество новорожденных (рожденных живыми) иммунизированных против tbc	22197	9237720
Детей, иммунизированных против дифтерии	1516224	142399433
Детей, иммунизированных против столбняка	1516224	142399433

детей, иммунизированных против кори	1483833	140877721
детей, иммунизированных против полиомиелита	1516224	143205045

На основе представленных данных рассчитайте следующие показатели и представьте их в виде таблицы. Укажите используемую Вами формулу:

Наименование показателей	Швеция	Европейский регион
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола (формула)		
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола (формула)		
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Ранняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Поздняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Мертворождаемость на 1000 родов (формула)		
Перинатальная смертность, на 1000 родов (формула)		
Частота аборт на 1000 живорожденных (формула)		
Число операций Кесарево сечение на 1000 живорожденных (формула)		
Число родившихся с врожденными аномалиями/100000 живорожденных (формула)		
Число случаев рождения с синдромом Дауна/100000 живорожденных (формула)		
% новорожденных, иммунизированных против туберкулез (формула)		
% детей, иммунизированных против дифтерии (формула)		
% детей, иммунизированных против столбняка (формула)		
% детей, иммунизированных против кори (формула)		
% детей, иммунизированных против полиомиелита (формула)		

Оформите выводы:

1. Оцените возрастную структуру населения (на основе удельного веса детского населения)
2. Сравните показатели здоровья детей в анализируемой стране с европейским регионом. Обратите внимание на проблемные аспекты.
3. Дайте оценку уровня иммунизации детей.

Вариант 12

Абсолютные данные для расчета показателей	Турция	Европейский регион
Среднегодовая численность населения, оба пола	71517104	888020608
количество детей (от 0 до 14 лет)	19474107	149187462
Число родившихся живыми	1303757	10762810

Умерших на 1 году жизни	14459	80829
Умершие в первые четыре недели жизни	0	43805
Умершие в первые 168 часов	11369	38961
Умершие в возрасте от 7 до 28 суток	0	8718
количество мертворожденных	7316	70525
Умершие с 22 недель беременности и до 168 часов жизни	18683	79950
количество родов (родившиеся живыми + мертвыми)	1311073	10833335
Число аборт	0	3608985
Число операций Кесарево сечение	533106	2385577
Число родившихся с врожденными аномалиями	80782	217400
Число случаев рождения с синдромом Дауна	804	6758
Количество новорожденных (рожденных живыми) иммунизированных против tbc	1251607	9237720
Детей, иммунизированных против дифтерии	18695143	142399433
Детей, иммунизированных против столбняка	18695143	142399433
детей, иммунизированных против кори	18889884	140877721
детей, иммунизированных против полиомиелита	18695143	143205045

На основе представленных данных рассчитайте следующие показатели и представьте их в виде таблицы. Укажите используемую Вами формулу:

Наименование показателей	Турция	Европейский регион
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола (формула)		
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола (формула)		
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Ранняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Поздняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Мертворождаемость на 1000 родов (формула)		
Перинатальная смертность, на 1000 родов (формула)		
Частота абортов на 1000 живорожденных (формула)		
Число операций Кесарево сечение на 1000 живорожденных (формула)		
Число родившихся с врожденными аномалиями/100000 живорожденных (формула)		
Число случаев рождения с синдромом Дауна/100000 живорожденных (формула)		
% новорожденных, иммунизированных против туберкулез (формула)		
% детей, иммунизированных против дифтерии (формула)		

% детей, иммунизированных против столбняка (формула)		
% детей, иммунизированных против кори (формула)		
% детей, иммунизированных против полиомиелита (формула)		

Оформите выводы:

1. Оцените возрастную структуру населения (на основе удельного веса детского населения)
2. Сравните показатели здоровья детей в анализируемой стране с европейским регионом. Обратите внимание на проблемные аспекты.
3. Дайте оценку уровня иммунизации детей.

Вариант 13

Абсолютные данные для расчета показателей	Украина	Европейский регион
Среднегодовая численность населения, оба пола	46077832	888020608
количество детей (от 0 до 14 лет)	6487759	149187462
Число родившихся живыми	510542	10762810
Умерших на 1 году жизни	5049	80829
Умершие в первые четыре недели жизни	0	43805
Умершие в первые 168 часов	2262	38961
Умершие в возрасте от 7 до 28 суток	0	8718
количество мертворожденных	3320	70525
Умершие с 22 недель беременности и до 168 часов жизни	4352	79950
количество родов (родившиеся живыми + мертвыми)	513862	10833335
Число аборт	143483	3608985
Число операций Кесарево сечение	79415	2385577
Число родившихся с врожденными аномалиями	10855	217400
Число случаев рождения с синдромом Дауна	372	6758
Количество новорожденных (рожденных живыми) иммунизированных против tbc	487057	9237720
Детей, иммунизированных против дифтерии	5871422	142399433
Детей, иммунизированных против столбняка	5871422	142399433
детей, иммунизированных против кори	6117956	140877721
детей, иммунизированных против полиомиелита	5877909	143205045

На основе представленных данных рассчитайте следующие показатели и представьте их в виде таблицы. Укажите используемую Вами формулу:

Наименование показателей	Украина	Европейский регион
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола (формула)		
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола (формула)		
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Ранняя неонатальная смертность/1000 живорожденных		

(формула)		
Поздняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Мертворождаемость на 1000 родов (формула)		
Перинатальная смертность, на 1000 родов (формула)		
Частота аборт на 1000 живорожденных (формула)		
Число операций Кесарево сечение на 1000 живорожденных (формула)		
Число родившихся с врожденными аномалиями/100000 живорожденных (формула)		
Число случаев рождения с синдромом Дауна/100000 живорожденных (формула)		
% новорожденных, иммунизированных против туберкулез (формула)		
% детей, иммунизированных против дифтерии (формула)		
% детей, иммунизированных против столбняка (формула)		
% детей, иммунизированных против кори (формула)		
% детей, иммунизированных против полиомиелита (формула)		

Оформите выводы:

1. Оцените возрастную структуру населения (на основе удельного веса детского населения)
2. Сравните показатели здоровья детей в анализируемой стране с европейским регионом. Обратите внимание на проблемные аспекты.
3. Дайте оценку уровня иммунизации детей.

Вариант 14

Абсолютные данные для расчета показателей	Соединенное Королевство	Европейский регион
Среднегодовая численность населения, оба пола	61383156	888020608
количество детей (от 0 до 14 лет)	10754329	149187462
Число родившихся живыми	794298	10762810
Умерших на 1 году жизни	3741	80829
Умершие в первые четыре недели жизни	2566	43805
Умершие в первые 168 часов	1962	38961
Умершие в возсте от 7 до 28 суток	604	8718
количество мертворожденных	4056	70525
Умершие с 22 недель беременности и до 168 часов жизни	6020	79950
количество родов (родившиеся живыми +мертвыми)	798354	10833335
Число аборт	209250	3608985
Число операций Кесарево сечение	183237	2385577
Число родившихся с врожденными аномалиями	4765	217400
Число случаев рождения с синдромом Дауна	343	6758
Количество новорожденных (рожденных живыми) иммунизированных против tbc	0	9237720
Детей, иммунизированных против дифтерии	9904737	142399433

Детей, иммунизированных против столбняка	9904737	142399433
детей, иммунизированных против кори	9194951	140877721
детей, иммунизированных против полиомиелита	9904737	143205045

На основе представленных данных рассчитайте следующие показатели и представьте их в виде таблицы. Укажите используемую Вами формулу:

Наименование показателей	Соединенное Королевство	Европейский регион
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола (формула)		
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола (формула)		
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных (формула)		
Ранняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Поздняя неонатальная смертность/1000 живорожденных (формула)		
Мертворождаемость на 1000 родов (формула)		
Перинатальная смертность, на 1000 родов (формула)		
Частота аборт на 1000 живорожденных (формула)		
Число операций Кесарево сечение на 1000 живорожденных (формула)		
Число родившихся с врожденными аномалиями/100000 живорожденных (формула)		
Число случаев рождения с синдромом Дауна/100000 живорожденных (формула)		
% новорожденных, иммунизированных против туберкулез (формула)		
% детей, иммунизированных против дифтерии (формула)		
% детей, иммунизированных против столбняка (формула)		
% детей, иммунизированных против кори (формула)		
% детей, иммунизированных против полиомиелита (формула)		

Оформите выводы:

1. Оцените возрастную структуру населения (на основе удельного веса детского населения)
2. Сравните показатели здоровья детей в анализируемой стране с европейским регионом. Обратите внимание на проблемные аспекты.
3. Дайте оценку уровня иммунизации детей.

Задания в тестовой форме по разделу: Показатели здоровья женского и детского населения

1. Младенческая смертность – это смертность детей:

- а) на первой неделе жизни
- б) на первом месяце жизни

- в) на первом году жизни
- г) в первые два года жизни
- д) в первые три года жизни

2. Укажите основные причины младенческой смертности в развитых странах:

- а) экзогенные причины
- б) эндогенные причины
- в) экзогенные и эндогенные причины

Примечание: - экзогенные причины связаны в основном с внешними факторами, с которыми ребенок сталкивается после рождения;

- эндогенные причины связаны в основном с развитием плода, родовым актом, здоровьем матери

3. Укажите формулу для вычисления коэффициента младенческой смертности:

а)
$$K = \frac{(M \text{ до } 1 \text{ мес.}) \times 1000}{P \text{ ср.}}$$

б)
$$K = \frac{(M \text{ до } 1 \text{ мес.}) \times 1000}{N}$$

в)
$$K = \frac{(M \text{ до } 1 \text{ года}) \times 1000}{P \text{ ср.}}$$

г)
$$K = \frac{(M \text{ до } 1 \text{ года}) \times 1000}{N}$$

д)
$$K = \frac{(M \text{ до } 1 \text{ года}) \times 1000}{P \text{ жен.}}$$

4. Укажите формулу Ратца для вычисления коэффициента младенческой смертности:

а)
$$K = \frac{(M \text{ до } 1 \text{ года}) \times 1000}{P \text{ ср.}}$$

б)
$$K = \frac{(M \text{ до } 1 \text{ года}) \times 100}{\frac{1}{4} N + \frac{3}{4} N}$$

в)
$$K = \frac{(M \text{ до } 1 \text{ года}) \times 1000}{\frac{1}{4} N + \frac{3}{4} N}$$

г)
$$K = \frac{(M \text{ до } 1 \text{ года}) \times 1000}{\dots}$$

$$1/3 N_{\text{п}} + 2/3 N_{\text{н}}$$

$$(M \text{ до } 1 \text{ года}) \times 10000$$

$$\text{д) } K = \frac{\text{-----}}{1/4 N + 3/4 N}$$

5. Укажите критерий мертворождаемости в зависимости от срока беременности:

- а) 20 недель беременности
- б) 21 неделя беременности
- в) 28 недель беременности
- г) 36 недель беременности
- д) 38 недель беременности

6. Ранняя неонатальная смертность – это:

- а) смертность детей на первом году жизни
- б) смертность детей на первом месяце жизни
- в) смертность детей на первой неделе жизни
- г) смертность детей в первый день жизни
- д) смертность детей в первые шесть месяцев жизни

7. Укажите формулу для вычисления коэффициента ранней неонатальной смертности:

$$(M \text{ до } 1 \text{ мес.}) \times 1000$$

$$\text{а) } K = \frac{\text{-----}}{N}$$

$$(M \text{ до } 1 \text{ мес.}) \times 100$$

$$\text{б) } K = \frac{\text{-----}}{N}$$

$$(M \text{ до } 1 \text{ нед.}) \times 100$$

$$\text{в) } K = \frac{\text{-----}}{N}$$

$$(M \text{ до } 1 \text{ нед.}) \times 1000$$

$$\text{г) } K = \frac{\text{-----}}{N}$$

$$(M \text{ до } 1 \text{ года.}) \times 1000$$

$$\text{д) } K = \frac{\text{-----}}{N}$$

8. Укажите удельный вес неонатальной смертности в структуре младенческой смертности:

- а) 10 – 12% б) 25 – 30% в) 40 – 45% г) 50 – 55% д) 60 – 65%

9. Неонатальная смертность – это:

- а) смертность детей на первом году жизни
- б) смертность детей на первом месяце жизни
- в) смертность детей на первой неделе жизни
- г) смертность детей в первый день жизни

д) смертность детей в первые шесть месяцев жизни

10. Укажите, как распределяется неонатальная смертность по неделям первого месяца жизни:

Наибольшая вероятность смерти ребенка:

- а) на 4-й неделе жизни
- б) на 3-й неделе жизни
- в) на 2-й неделе жизни
- г) на 1-й неделе жизни
- д) в 1-й день жизни

11. Укажите формулу для вычисления коэффициента неонатальной смертности:

а)
$$K = \frac{(M \text{ до } 1 \text{ мес.}) \times 1000}{N}$$

б)
$$K = \frac{(M \text{ до } 1 \text{ мес.}) \times 100}{N}$$

в)
$$K = \frac{(M \text{ до } 1 \text{ нед.}) \times 100}{N}$$

г)
$$K = \frac{(M \text{ до } 1 \text{ нед.}) \times 1000}{N}$$

д)
$$K = \frac{(M \text{ до } 1 \text{ года.}) \times 1000}{N}$$

12. Укажите уровень неонатальной смертности, если известно, что: мертворождаемость составляет – 12%, ранняя неонатальная смертность – 10%, поздняя неонатальная смертность – 3%, постнеонатальная смертность – 4%:

- а) 14%
- б) 22%
- в) 13%
- г) 7%
- д) 15%

13. Укажите уровень перинатальной смертности, если известно, что: мертворождаемость составляет – 12%, ранняя неонатальная смертность – 10%, поздняя неонатальная смертность – 3%, постнеонатальная смертность – 4%:

- а) 14%
- б) 22%
- в) 13%
- г) 7%
- д) 15%

14. Укажите определение перинатальной смертности:

- а) сумма мертворождаемости и смертности на первом году жизни
- б) сумма мертворождаемости и смертности на первом месяце жизни
- в) сумма мертворождаемости и смертности в первые шесть месяцев жизни
- г) сумма мертворождаемости и смертности на первой неделе жизни
- д) сумма мертворождаемости и смертности на первый день жизни

15. Укажите формулу для расчета коэффициента перинатальной смертности:

- а)
$$K = \frac{(\text{мертворожденные} + \text{умершие в 1 день жизни}) \times 100}{\text{сумма родившихся живыми и мертвыми}}$$
- б)
$$K = \frac{(\text{мертворожденные} + \text{умершие в 1 день жизни}) \times 1000}{\text{число родившихся мертвыми}}$$
- в)
$$K = \frac{(\text{мертворожденные} + \text{умершие в 1 неделю жизни}) \times 1000}{\text{число родившихся живыми}}$$
- г)
$$K = \frac{(\text{мертворожденные} + \text{умершие в 1 месяц жизни}) \times 1000}{\text{сумма родившихся живыми и мертвыми}}$$
- д)
$$K = \frac{(\text{мертворожденные} + \text{умершие в 1 неделю жизни}) \times 1000}{\text{сумма родившихся живыми и мертвыми}}$$

16. Укажите формулу для расчета коэффициента мертворождаемости:

- а)
$$K = \frac{\text{родилось мертвыми}}{\text{родилось живыми}} \times 10000$$
- б)
$$K = \frac{\text{родилось мертвыми}}{\text{родилось недоношенными}} \times 10000$$
- в)
$$K = \frac{\text{родилось мертвыми}}{\text{родилось живыми и мертвыми}} \times 1000$$
- г)
$$K = \frac{\text{родилось мертвыми}}{\text{родилось мертвыми и недоношенными}} \times 1000$$
- д)
$$K = \frac{\text{родилось мертвыми}}{\text{родилось живыми и мертвыми}} \times 1000$$

родилось число женщин в возрасте от 15 до 49 лет

17. Укажите формулу для расчета коэффициента поздней неонатальной смертности:

- а) $K = \frac{\text{число детей, умерших на 4 неделе жизни}}{\text{число детей, родившихся живыми}} \times 1000$
- б) $K = \frac{\text{число детей, умерших на 3, 4 неделях жизни}}{\text{число детей, родившихся живыми}} \times 1000$
- в) $K = \frac{\text{число детей, умерших на 2, 3, 4 неделях жизни}}{\text{число детей, родившихся мертвыми}} \times 1000$
- г) $K = \frac{\text{число детей, умерших на 2, 3, 4 неделях жизни}}{\text{число детей, родившихся живыми}} \times 1000$
- д) $K = \frac{\text{число детей, умерших на 2, 3, 4 неделях жизни}}{\text{число детей, родившихся живыми}} \times 1000$

Задания в тестовой форме к разделу: Медицинское обслуживание женского и детского населения

1. Основным учреждением, оказывающим акушерско-гинекологическую помощь городскому населению, является:

- а) объединенный родильный дом
- б) городская больница
- в) перинатальный центр
- г) фельдшерско-акушерский пункт

2. Амбулаторно-поликлиническое звено объединенного родильного дома включает в себя:

- а) женские консультации
- б) центр планирования семьи
- в) медико-генетические консультации
- г) соматический стационар
- д) акушерский стационар со службой реанимации
- е) подразделения комплексной перинатальной диагностики

3. Основными задачами женской консультации являются:

- а) проведение профилактических мероприятий
- б) оказание лечебной акушерско-гинекологической помощи населению
- в) проведение мероприятий по профилактике абортот и контрацепции
- г) амбулаторно-поликлиническая помощь при несчастных случаях и травмах
- д) оказание социально-правовой помощи женщинам

- е) проведение гигиенического воспитания и обучения населения, формирование здорового образа жизни
- ж) обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных с другими лечебными учреждениями

4. Основным организационным принципом работы женской консультации является:

- а) участковый
- б) районный
- в) зональный
- г) территориальный

5. Должности врачей акушеров-гинекологов для оказания специализированной амбулаторно-поликлинической помощи женщинам старше 15 лет устанавливаются из расчета:

- а) на 2000 женщин
- б) на 2300 женщин
- в) на 3000 женщин
- г) на 3300 женщин

6. Участковый врач акушер-гинеколог имеет следующие расчетные нормативы нагрузки:

- а) 5 женщин на час приема и 8 при профилактических осмотрах
- б) 6 женщин на час приема и 6 при профилактических осмотрах
- в) 8 женщин на час приема и 5 при профилактических осмотрах
- г) 8 женщин на час приема и 10 при профилактических осмотрах

7. Основными разделами работы участкового врача-акушера гинеколога являются следующие:

- а) диспансеризация беременных
- б) наблюдение, оздоровление и восстановительное лечение родильниц
- в) лечение соматических заболеваний беременных
- г) гинекологическая помощь
- д) профилактика абортов
- е) работа по формированию здорового образа жизни
- ж) учет и отчетность

8. Своевременное взятие беременных под наблюдение женской консультации должно быть осуществлено не позднее:

- а) 12 недель беременности
- б) 14 недель беременности
- в) 16 недель беременности
- г) 18 недель беременности

9. При нормальном течении беременности здоровой женщине рекомендуется посещать в первую половину беременности врача-акушера гинеколога:

- а) еженедельно
- б) 2 раза в месяц
- в) ежемесячно
- г) 1 раз в течение первой половины беременности

10. При нормальном течении беременности здоровой женщине рекомендуется посещать после 20 недель беременности врача-акушера гинеколога:

- а) еженедельно
- б) 2 раза в месяц
- в) ежемесячно
- г) 1 раз в течение второй половины беременности

11. При нормальном течении беременности здоровой женщине рекомендуется посещать после 32 недель беременности врача-акушера гинеколога:

- а) 3-4 раза в месяц
- б) 2 раза в месяц
- в) ежемесячно
- г) 1 раз в течение второй половины беременности

12. Врачом участковым акушером-гинекологом помимо «Индивидуальной карты беременной и родильницы» (ф. 111/у) при сроке 28 недель беременности заводится:

- а) медицинская карта амбулаторного больного (ф.030/у)
- б) обменная карта родильного дома (ф.113/у)
- в) медицинская карта ребенка (ф.026/у)
- д) медицинская карта стоматологического больного (ф. 043/у)

13. При сроке беременности после 20 недель и при наличии экстрагенитальных заболеваний женщины госпитализируются, как правило:

- а) в соматические стационары
- б) в отделение патологии беременных родильного дома
- в) в санатории или профилактории

14. Стационарное звено объединенного родильного дома включают в себя:

- а) соматический стационар
- б) акушерский стационар (отделение) со службой реанимации
- в) отделение 1 этапа выхаживания новорожденных и недоношенных
- г) отделение патологии беременности
- д) гинекологическое отделение
- е) андрологическое отделение

15. На каждую беременную женщину, поступившую в родильный дом, в приемно-смотровой блоке оформляют:

- а) историю родов (ф. 096/у)
- б) медицинскую карту амбулаторного больного (ф.030/у)
- в) журнал учета приема беременных, рожениц, и родильниц (ф. 002/у)
- г) алфавитную книгу

16. Беременные женщины в комнате-фильтре приемного отделения разделяются на потоки для госпитализации:

- а) с нормальным течением беременности
- б) представляющие «эпидемиологическую опасность»
- в) все вышеперечисленные

17. При нормальной загруженности роддома родильница должна находиться в родовом отделении не менее:

- а) 1 часа
- б) 2 часов
- в) 3 часов
- г) 4 часов

18. В наблюдательное отделение помещают:

- а) здоровых женщин, имеющих здорового ребенка
- б) больных женщин, имеющих здорового ребенка
- в) больных женщин, имеющих больного ребенка
- г) здоровых женщин, имеющих больного ребенка

19. В отделение патологии беременных госпитализируют женщин:

- а) с экстрагенитальными заболеваниями
- б) осложнениями беременности
- в) с неправильным положением плода
- г) с отягощенным акушерским анамнезом
- д) с венерическими и кожными заболеваниями

20. В отделении патологии беременных плановая нагрузка врача акушера- гинеколога составляет:

- а) 1 должность на 10 коек
- б) 1 должность на 15 коек
- в) 1 должность на 25 коек
- г) 1 должность на 30 коек

21. Гинекологические отделения (или койки) бывают следующих профилей:

- а) для госпитализации больных, нуждающихся в сохранении беременности
- б) для госпитализации больных, нуждающихся в оперативном лечении
- в) для госпитализации больных, нуждающихся в консервативном лечении
- г) для прерывания беременности

22. В гинекологическом отделении плановая нагрузка врача акушера- гинеколога составляет:

- а) 1 должность на 10 коек
- б) 1 должность на 15 коек
- в) 1 должность на 25 коек
- г) 1 должность на 30 коек

23. Основным учреждением, оказывающим лечебно-профилактическую помощь детям, проживающим в городе, является:

- а) объединенный родильный дом
- б) детская городская больница
- в) перинатальный центр
- г) фельдшерско-акушерский пункт

24. Укажите, какие из перечисленных видов медицинского обслуживания детского населения определены Базовой программой обязательного медицинского страхования:

- а) диспансеризация, динамическое наблюдение и проведение плановых профилактических и лечебных мероприятий
- б) организация и проведение профилактических прививок
- в) лечение острых и обострения хронических заболеваний
- г) наблюдение врачами стационара за больным ребенком на дому после выписки из больницы

25. Отличием в структуре детских городских больниц от больниц, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению, является наличие:

- а) стационара
- б) санатория-профилактория
- в) молочной кухни
- г) поликлиники

26. Особенности структуры детской поликлиники являются следующие:

- а) фильтр с отдельным входом и изоляторы с боксами
- б) кабинеты по профилактической работе с детьми (кабинеты здорового ребенка)
- в) регистратура
- г) два входа для здоровых и больных детей

27. Основными организационными принципами работы детской поликлиники следует считать следующие:

- а) участковый принцип
- б) районный принцип
- в) преемственность в работе врачей, оказывающих лечебно-профилактическую помощь детям
- г) система «единого педиатра»
- д) этапность в лечении
- е) непрерывность активного динамического наблюдения за здоровьем ребенка, начиная с антенатального периода

28. В соответствии с плановыми нормативами в детской поликлинике на 10 000 детей выделяется:

- а) 10 должностей врачей педиатров участковых
- б) 12,5 должностей врачей педиатров участковых
- в) 15 должностей врачей педиатров участковых
- г) 20 должностей врачей педиатров участковых

29. В соответствии с плановыми нормативами ставка врача-педиатра в детских яслях выделяется, на следующее количество детей:

- а) 100 – 150 б) 180 – 200 в) 250 – 300 г) 350 – 400

30. В соответствии с плановыми нормативами ставка врача-педиатра в детских садах выделяется, на следующее количество детей:

- а) 500 б) 600 в) 700 г) 800

31. В соответствии с плановыми нормативами ставка врача-педиатра в школах выделяется, на следующее количество детей:

- а) 1500 б) 2000 в) 2500 г) 3000

32. Послеродовый патронаж здоровых детей осуществляется врачом в сроки:

- а) в первые два дня после выписки из родильного дома
- б) на 10 сутки с момента рождения
- в) на 14 сутки с момента рождения
- г) на 21 сутки с момента рождения

33. В течении первого года жизни диспансерное наблюдение за здоровыми детьми осуществляется с периодичностью:

- а) ежемесячно
- б) ежеквартально
- в) 1 раз в полгода
- д) 1 раз в год

34. В течении второго года жизни диспансерное наблюдение за здоровыми детьми осуществляется с периодичностью:

- а) ежемесячно
- б) ежеквартально
- в) 1 раз в полгода
- д) 1 раз в год

35. В течении третьего года жизни и в дошкольный период диспансерное наблюдение за здоровыми детьми осуществляется с периодичностью:

- а) ежемесячно
- б) ежеквартально
- в) 1 раз в полгода
- д) 1 раз в год

36. Для осуществления профилактической работы со здоровыми детьми раннего возраста в составе детской поликлиники организуется:

- а) кабинет здорового ребенка
- б) отделение профилактики
- в) центры санитарно-эпидемиологического надзора
- г) фильтры

37. Совершенствование стационарной помощи детям может быть достигнуто за счет:

- а) использования новых современных медицинских и медико-организационных технологий
- б) организация стационаров дневного пребывания
- в) применением доктрины тотальной госпитализации
- г) создания условий для совместного пребывания детей с родителями

Тема «Планирование в здравоохранении»

Цель занятия:

В результате изучения темы студент должен **знать**:

- Понятие и классификацию планов;
- Использование планирования в здравоохранении в целом, и в деятельности отдельного лечебно-профилактического учреждения в современных условиях;
- Показатели, используемые в планировании деятельности ЛПУ;
- Понятие бизнес-плана, последовательность его составления и структуру.

На основании полученных знаний студент должен **уметь**:

- Составить бизнес план организации стоматологического кабинета, кабинета врача общей практики.

Литература:

Основная:

1. Полунина, Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Н. В. Полунина. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. – С. 432

Электронный ресурс:

1. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определения планирования. Что такое план.
2. В зависимости от чего и каким образом классифицируются планы.
3. Что такое стратегическое планирование.
4. Что понимают под перспективным планированием.
5. Что понимают под текущим планированием.
6. Что такое директивное планирование.
7. Что понимают под индикативным планированием.
8. Что такое договорное планирование.
9. Какие показатели работы ЛПУ используются при планировании.
10. Что такое бизнес-план, последовательность его составления.
11. Опишите структуру бизнес-плана.

Реферат:

Планирование как составная часть управления экономикой представляет собой совокупность методов и средств, позволяющих выбрать оптимальный вариант развития, обеспечивающий эффективное использование ресурсов.

Сущность разработки планов в том, что люди сознательно определяют цели своих действий и соизмеряют их со своими возможностями, ресурсами. Плановность свойственна каждому трудовому акту. При этом план как категория имеет несколько значений: замысел, проект, порядок работы, выполнение программы, система заданий. Во всех случаях он обычно отражает принятие хозяйственных и других решений и фиксирует потребность в ресурсах, объемы финансирования, сроки реализации мероприятий, исполнителей, гарантии ответственности за невыполнение. По существу план — это *надлежащее оформленное управленческое решение, включающее точно определенную цель, предвидение конечных результатов, пути и средства достижения цели.*

План выражает наиболее оптимальный вариант развития, ориентирует на получение заранее спрогнозированного результата, он обязателен для выполнения, но не любой ценой, а при наличии всех необходимых ресурсов.

Процесс планирования состоит из ряда звеньев, образующих единую технологическую цепочку. Наличие всех звеньев, начиная от замысла, повышает реалистичность плана, сводит к минимуму непредвиденные обстоятельства. На каждом этапе, в каждом звене

различны степень детализации замысла, увязка его с конкретными условиями объекта планирования, набор параметров, характеризующих количественно и качественно показатели плана.

План базируется на концепции и стратегии развития. Концепция содержит систему понятий и представлений для трактовки явлений, их понимания.

Концептуальные проработки переводятся в организационный план путем выбора и обоснования стратегии, которая предполагает постановку целей, поиск средств для реализации планируемых мероприятий в соотношении со сформулированными задачами и предполагаемыми результатами.

Разрабатываемые комплексные целевые и другие программы по статусу приравниваются к плану, хотя в узком смысле слова программа представляет собой перечень основных организационных мероприятий для последовательной и скоординированной реализации плана.

От планирования надо отличать проектирование, обеспечивающее создание конкретных образцов медицинских товаров и услуг в будущем. Проект является решением относительно какого-либо мероприятия или соответствующего аспекта программы. Например, при разработке комплексной целевой программы "Охрана матери и ребенка" может быть предусмотрена разработка проекта перинатального центра или нового медицинского оборудования.

Медико-экономическое планирование является видом управленческой деятельности, направленной на обоснование мероприятий, обеспечивающих достижение поставленных целей.

Содержание медико-экономического планирования заключается в обосновании конкретных достижимых целей и приоритетов развития, выявлении материальных, трудовых и финансовых возможностей реализации разрабатываемых программ. С формированием рыночных отношений, укреплением договорных связей между хозяйствующими субъектами в планировании здравоохранения повышается роль качественных показателей и финансовых нормативов вместо объемных заданий. Хотя последние (нормативы объемов амбулаторно-поликлинической помощи, госпитализаций на койки с дневным и круглосуточным пребыванием, вызовов скорой медицинской помощи) на весь период реорганизации сети учреждений здравоохранения в субъектах Российской Федерации должны сохранить свою директивность.

В бывшем СССР накоплен уникальный опыт государственного планирования здравоохранения, который не потерял своего значения и ныне. Планирование базировалось на принципах директивности, комплексности, выделения приоритетов, соблюдения интересов государства и общества. Эти принципы сыграли свою положительную роль в соответствующих им условиях. При переходе к рынку одни принципы перестали действовать, другие подверглись модификации, а третьи отражают специфику иных экономических условий. Наибольшую актуальность в здравоохранении сохраняет, на наш взгляд, принцип директивности планов. Это в первую очередь связано как с необходимостью обеспечения населения гарантированной (бесплатной) медицинской помощью со стороны государства, так и участием здравоохранения в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, природных и техногенных катастроф.

Главное в планировании на современном этапе — это сохранение социальной направленности целей и задач, обеспечение сбалансированности, отраслевых и территориальных интересов.

Поэтому не может быть дилеммы "план или рынок": план должен использоваться в пределах необходимого, а рынок — в пределах возможного. В здравоохранении должно быть и то, и другое. Необходимо в едином организационно-правовом и медико-экономическом механизме системы здравоохранения синтезировать положительные элементы и планового, и рыночного регулирования.

С иных позиций теперь следует подходить и к понятию директивности планов. Директивность в реализации планов и программ в здравоохранении должна жестко проследиваться на всех направлениях, связанных с финансированием из бюджетов всех уровней и государственных внебюджетных фондов (Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования, Фонд социального страхования, Пенсионный фонд РФ).

Капитал, особенно крупный, не менее заинтересован в сотрудничестве с государством на плановых началах, так как государство ограничивает негативные стороны рынка, формирует государственный заказ на отдельные виды медицинских товаров и услуг. Это создает предпосылки для дальнейших согласованных действий государства и лидеров мировой экономики по обеспечению организаций здравоохранения эффективными лекарственными препаратами и медицинским оборудованием, с одной стороны, и развитием предприятий отечественной медицинской промышленности — с другой. В свою очередь развитие средств коммуникации, информатики делает возможным планомерное регулирование экономики без административных ограничений хозяйственной деятельности субъектов рынка. Создание с помощью Internet единого информационного пространства, изучение на основе сформированных информационных баз данных рыночной конъюнктуры позволяет принимать спланированные на ближайшую и отдаленную перспективу решения, прогнозируя их последствия. При этом разрабатываемые ежегодно прогнозы социально-экономического развития РФ, включая отрасль здравоохранения, не могут заменить необходимость общегосударственного планирования. Прогноз и план — далеко не одно и то же, хотя между ними есть общее.

Прогноз предполагает вероятность события, явления. Прогнозирование позволяет выявить состояние среды, вероятность достижения целей в условиях неопределенности. Прогноз в большей степени имеет информационный характер и не содержит обязательных показателей, не предполагает принятия обязательных решений, действий или ответственности за их осуществление.

План отражает сугубо определенные, детерминированные условия. Планирование имеет функциональный характер. Ему предшествуют обоснование целей, выделяемых ресурсов, разработка исходных нормативов и норм. План имеет не познавательное или рекомендательное, а обязательное, директивное значение.

Исходя из сказанного выше, планирование в здравоохранении можно определить как *целенаправленную деятельность государственных органов управления здравоохранением, организаций здравоохранения всех форм собственности по разработке перспектив развития систем здравоохранения страны, субъектов Российской Федерации, отдельных административных территорий и организаций здравоохранения.*

Система планирования здравоохранения должна строиться на единых принципах и обеспечивать проведение единой государственной политики в области охраны здоровья населения, с одной стороны, и в то же время — позволять субъектам РФ и муниципальным образованиям, отдельным медицинским организациям максимально учитывать специфические особенности своего развития.

Основным принципом планирования в здравоохранении является *обеспечение соответствия между объемами предоставляемой населению медицинской помощи и размерами ресурсов, необходимых для выполнения этих объемов.*

Основные виды планирования в здравоохранении

Планирование подразделяется:

1. по уровню:

- федерации (государственное планирование)
- отраслей (отраслевое планирование)
- регионов (региональное планирование)
- отдельных организаций, предприятий, учреждений

2. по фактору времени:

- стратегическое

- перспективное
 - текущее
3. по методам:
- балансовое
 - нормативное
4. по направленности:
- директивное;
 - индикативное;
 - договорное;
 - предпринимательское планирование здравоохранения.

Стратегическое планирование.

Основным документом, в котором отражены принципы стратегического планирования развития здравоохранения в России, является Концепция развития здравоохранения и медицинской науки, одобренная Постановлением Правительства № 1387 от 5 ноября 1997 г.

Стратегическое планирование определяет цели, задачи, приоритеты, порядок и условия деятельности здравоохранения, его субъектов, муниципальных образований и отдельных медицинских учреждений на перспективу 10 лет и более.

Стратегическое планирование проводится на двух уровнях:

- федеральный уровень;
- уровень субъекта Российской Федерации.

Стратегическое планирование на федеральном уровне. Министерством здравоохранения Российской Федерации разрабатываются и утверждаются в установленном порядке:

- стратегические цели, задачи и приоритеты развития здравоохранения Российской Федерации;
- прогнозируемые показатели состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения;
- федеральные нормы, нормативы, социальные стандарты, методика их адаптации к условиям субъектов Российской Федерации;
- федеральные целевые медико-социальные программы, обеспечивающие достижение стратегических целей и задач;
- методология планирования инвестиций, оценки их эффективности, порядок согласования инвестиционных проектов здравоохранения.

Стратегическое планирование на уровне субъектов Российской Федерации. Стратегической задачей органов управления здравоохранения субъектов РФ является разработка планов и программ формирования эффективной системы оказания населению территории доступной медицинской помощи на перспективу 10 лет и более. Эта работа осуществляется на основе параметров, устанавливаемых на федеральном уровне, с учетом региональных особенностей.

В процессе планирования должны быть решены следующие задачи:

- произведен анализ и разработан прогноз состояния здоровья населения территории на плановый период;
- произведен анализ состояния системы здравоохранения территории, соответствия ее требованиям федерального уровня;
- установлены цели, задачи и приоритеты развития здравоохранения на плановый период;
- утверждены региональные нормы и нормативы, применяемые при планировании системы здравоохранения территории;
- определены стратегические показатели состояния здоровья населения и деятельности здравоохранения территории;
- определены ресурсы, необходимые для развития системы здравоохранения территории, и источники их получения;

- принят комплекс планов и целевых программ, обеспечивающих реализацию стратегических целей и задач развития системы здравоохранения субъектов Российской Федерации;
- установлены параметры для планирования здравоохранения муниципальных образований.

Перспективное планирование.

Перспективное планирование предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований, как правило, на 3—5 лет. Методология составления этих планов и программ в здравоохранении муниципальных образований должна в целом соответствовать подходам перспективного планирования на уровне субъекта Российской Федерации, но при этом учитывать имеющиеся особенности социально-экономического развития территории.

Текущее планирование

Текущее планирование предусматривает разработку ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения субъектов РФ, муниципальных образований и конкретных организаций здравоохранения в соответствии с перспективными планами и программами, утвержденными на уровне субъекта РФ и муниципального образования.

Директивное планирование

Директивное планирование осуществляется посредством установления адресных заданий и распределения необходимых для их выполнения ресурсов. Основными рычагами директивного планирования являются бюджетное финансирование, лимиты капитальных вложений, фонды материально-технических ресурсов, государственные заказы.

Директивность планирования проявляется в наделении планов силой обязательного для всех исполнителей документа. Из директивности планирования вытекает требование строгого соблюдения плановой дисциплины, ответственности со стороны руководителей органов управления здравоохранением, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

В разработке директивного плана его исполнители играют не главную роль. Основные разработчики плана берут на себя обязательства по материально-техническому обеспечению выполнения плановых показателей. Это положение оказывается уязвимым местом в директивном планировании, поскольку доведение планов часто не подкрепляется выделением под них необходимых ресурсов, что делает в таком случае план мало выполнимым.

При этой форме планирования производитель медицинских товаров и услуг не может самостоятельно решать, что, как и когда производить, кому и по какой цене продавать. Это было характерно для здравоохранения советской, плановой экономики и не во всем себя оправдало.

В условиях многообразия форм собственности элементы директивного планирования сохраняются в рамках государственного сектора и бюджетного финансирования.

Переход от директивного планирования к другим его формам предполагает, прежде всего, устранение противоречивости интересов между разработчиками и исполнителями планов. Планы перестают доводиться в виде заданий и разрабатываются самими же исполнителями.

Индикативное планирование

Индикативное планирование является одной из форм вовлечения организаций здравоохранения (независимо от форм собственности) в разработку на паритетных началах с государственным органом управления здравоохранением планов и программ развития. Оно базируется на использовании системы специальных показателей (индикаторов) и экономических механизмов воздействия на организации здравоохранения, формируя и стимулируя, тем самым, интерес к разработке и реализации планов. Как правило, индикативные планы разрабатываются на основе приоритетов, одни из которых определяются государственными органами управления здравоохранением (охрана материнства и дет-

ства, профилактика и борьба с ВИЧ-инфекцией, ранняя диагностика и лечение онкологических заболеваний и др.), другие выявляются в процессе планирования.

При индикативном планировании процесс согласования плана между органом управления и организациями здравоохранения идет сверху вниз и снизу вверх. Примером индикативного плана может служить разработка Федеральных целевых программ с участием в них субъектов РФ или региональных программ с участием в них муниципальных образований.

С переходом к рыночной экономике в здравоохранении появились признаки индикативного планирования как способа сознательного, целенаправленного управления медико-экономическими процессами как в государственном, муниципальном, так и в частном секторах здравоохранения.

В качестве медико-экономических индикаторов, характеризующих развитие системы здравоохранения отдельных субъектов Российской Федерации и страны в целом, могут использоваться следующие показатели:

- медико-демографические;
- структура и уровень заболеваемости;
- структура и уровень временной и стойкой утраты трудоспособности;
- обеспеченность врачами, средними медицинскими работниками, больничными койками;
- подушевое финансирование;
- доля расходов на здравоохранение в ВВП и др.

Индикативное планирование, которое является действенным способом воздействия на функционирование рыночных механизмов, должно стать, по нашему мнению, ведущим методом планирования здравоохранения в условиях рыночной экономики. Индикативные планы способны не только взаимосвязано сочетать в себе основные медико-демографические и медико-экономические показатели развития здравоохранения, но и должны органично вписываться в концепцию социально-экономического развития территории, государства в целом.

Договорное планирование

Договорное планирование регулирует коммерческие отношения между организациями здравоохранения, другими предприятиями и объединениями, банками, органами управления и иными субъектами рынка, которые строятся на добровольной и взаимовыгодной основе. Договорные отношения формируют экономические связи, взаимные обязательства, условия их выполнения и создают хозяйственный механизм устойчивого функционирования организаций здравоохранения в условиях рынка.

Договорные планы реализуются в виде соглашений, договоров, контрактов на поставку лекарственных препаратов, продуктов лечебного питания, материально-технических ресурсов и др.

Предпринимательское планирование

Предпринимательское планирование является функцией управления организацией здравоохранения (любой формы собственности), направленной на обоснование и выбор путей эффективного развития в рамках предпринимательской деятельности (оказание платных медицинских услуг, участие в программах добровольного медицинского страхования, предоставление помещений в аренду и другая деятельность, не запрещенная законодательством). Основу его составляют внутриучрежденческие планы различной срочности, призванные решать оперативные, текущие и стратегические задачи.

Чтобы добиться наиболее рационального использования ограниченных ресурсов, необходимо возможно точнее определять их отдачу, сопоставлять ее с тратами, сравнивать различные варианты программ развития с точки зрения вдержек и выгод.

Таким образом, планирование здравоохранения — это обоснование и разработка потребности населения в медицинской помощи, лекарственном обеспечении и санитарно-

противоэпидемическом обслуживании в соответствии с возможностями их удовлетворения.

Основные принципы планирования системы здравоохранения РФ:

- обеспечение социальных гарантий населения в получении необходимой медицинской помощи, и в первую очередь реализации Программы госгарантий;
- соответствие ресурсов здравоохранения потребностям населения в медицинской помощи.

Развитие здравоохранения должно проходить при соблюдении следующих условий:

- единство целей развития системы на разных уровнях организации и управления как на текущий период, так и на перспективу;
- эффективное использование материальных, финансовых, трудовых и иных ресурсов медицинских учреждений;
- укрепление материально-технической базы медицинских учреждений;
- повышение качества и эффективности медицинского обслуживания. Для командной экономики было характерно директивное планирование здравоохранения, когда в комплексные планы включались разделы: план по труду (численность и фонд заработной платы), план материально-технического обслуживания; план капиталовложений (строительство и оборудование медицинских учреждений); план по трудовым ресурсам (потребности, подготовка, повышение квалификации).

В условиях децентрализации системы управления и демополизации государственной системы здравоохранения изменились содержание и методы планирования с директивного на рекомендательный характер. Однако сохранился нормативный метод планирования с использованием соответствующих норм и нормативов (нормы нагрузки медицинского персонала — число больных на 1ч амбулаторного приема; нормативы среднегодовой занятости койки в стационаре; штатные нормативы и т.д.).

В рыночных отношениях возрастает роль оптимального планирования, когда для наиболее полного удовлетворения потребности населения в услугах здравоохранения, с учетом состояния материально-технической и ресурсной базы, выбирается вариант дальнейшего развития системы.

С этой целью:

1) анализируются комплексные показатели:

- материально-техническая база ЛПУ в регионе;
- нормативы обеспечения населения (детского и взрослого) медицинской помощью;
- здоровье населения и его динамика;
- финансовые, материальные и трудовые ресурсы здравоохранения региона;
- диспансеризация и профилактическая работа и т.д.

2) изучаются вопросы:

- дальнейшего развития медицинской помощи по основным ее видам с учетом демографических особенностей в регионе;
- развития медицинского страхования (ОМС и ДМС);
- внедрения ресурсосберегающих технологий;
- совершенствования системы управления здравоохранением;
- повышения качества медицинского обеспечения населения.

Переход на экономические методы управления отраслью предполагает изменение подходов и к планированию на уровне ЛПУ. При сохранении бюджетного планирования (планомерного процесса составления, рассмотрения, утверждения и исполнения бюджета) вместо привычных объемных показателей отражающих количество посещений, койко-дни и т.д., решающее значение приобретают финансовые нормативы.

Преимущество экономических методов планирования в том, что они создают материальные стимулы, влияют на размер заработной платы медицинских работников. При этом необходимы комплексные показатели качества и результативности, наиболее полно характеризующие цели, стоящие перед медицинским учреждением и его подразделениями.

Планирование работы ЛПУ заключается в определении:

1) основных целей и функций ЛПУ и показателей, выполнение которых способствует достижению этих целей;

2) видов и объемов медицинской помощи с учетом уровня заболеваемости и половозрастной структуры обслуживаемого населения;

3) потребности в финансовых и материальных ресурсах и расчетах финансовых нормативов;

4) максимальных объемных показателей деятельности с учетом планируемых объемов финансирования из всех источников.

Показатель объемов амбулаторно-поликлинической помощи выражается в количестве посещений на 1000 населения:

$$\Pi = A \times K_n + D + \Pi_i,$$

где Π — число посещений врачей всего (на 1000 населения); A — уровень заболеваемости (на 1000 населения); K_n — коэффициент повторных посещений (на 1000 населения); D — число диспансерных посещений (на 1000 населения); Π_i — число профилактических посещений (на 1000 населения).

Показатель объема стационарной помощи выражается в количестве койко-дней на 1000 населения.

Потребности населения в стационарной помощи - необходимое количество среднегодовых коек на 1000 населения (K), определяются следующим образом:

1.
$$K = \frac{A \times R \times P}{D \times 100}$$

где A — уровень заболеваемости (на 1000 населения); R — процент отбора больных на госпитализацию; P — средняя длительность пребывания больного на койке; D — среднегодовая занятость койки (число койко-дней).

2.
$$K = \frac{Q \times P_p}{D \times P_b}$$

где Q — общее число койко-дней, проведенных больными в стационаре в отчетном году; P_p — численность населения в расчетном году; D — показатель среднего числа дней использования койки в расчетном году; P_b — численность населения в отчетном году.

3.
$$K = Y \times P,$$

где Y — уровень госпитализации (на 1000 населения); P — средняя длительность пребывания больного на койке.

Показатель объема скорой медицинской помощи выражается в количестве вызовов на 1000 населения.

Важнейшим этапом планирования является анализ системы оказания медицинской помощи населению по следующим параметрам:

- степень доступности для населения медицинской помощи в рамках территориальной Программы госгарантий;

- качество оказания медицинской помощи;

- эффективность использования существующих мощностей ЛПУ.

Учет и расходование средств в бюджетном учреждении осуществляется в соответствии с утвержденной в установленном порядке сметой доходов и расходов. Она является основным плановым и финансовым документом ЛПУ, составляется на год на основе оперативно-сетевых и производственных показателей в соответствии с экономической классификацией расходов бюджета РФ: 100 000 — текущие расходы; 200 000 — капитальные расходы; 300 000 — «предоставление кредитов (бюджетных ссуд) за вычетом погашения.

Планирование расходов по смете производится исходя из объемов деятельности ЛПУ за прошедший период на основе трудовых, материальных и финансовых норм расходов. Затем проводятся обоснование и расчет сумм расходов по каждому коду экономической классификации.

Основным документом для определения должностных окладов медицинских работников являются тарификационные списки, которые вместе со штатным расписанием составляют одновременно со сметой по каждой должности всех структурных подразделений и учреждения в целом.

Коммерциализация здравоохранения, выражающаяся в увеличении объема ратных медицинских услуг, внедрении различных организационно-правовых форм предпринимательства и развитии частной врачебной практики, предопределяет изменение экономического статуса медицинской организации. Теперь и пациент, и ЛПУ являются участниками рынка медицинских услуг. В этих условиях возрастает значение такого направления деятельности самостоятельно хозяйствующей услугопроизводящей организации, как бизнес-планирование.

Задания в тестовой форме

1. по уровню планирования подразделяются:
 - а) федеративное
 - б) отдельных организаций
 - в) региональное
 - г) текущееответ: а,б,в

2. по фактору времени планирование подразделяется на:
 - а) перспективное
 - б) текущее
 - в) региональное
 - г) стратегическоеответ: а,б,г

3. по методам планирование подразделяется на:
 - а) балансовое
 - б) нормативное
 - в) индикативноеответ: а,б

4. по направленности планирование подразделяется:
 - а) директивное
 - б) индикативное
 - в) договорное
 - г) нормативное
 - д) предпринимательскоеответ:а,б

5. перспективное планирование предусматривает разработку планов на:
 - а) 1-2 года
 - б) 3-5 летответ: б

6. показатель объема амбулаторно-поликлинической помощи включает:
 - а) уровень заболеваемости

- б) коэффициент повторных посещений
 - в) число диспансерных посещений
 - г) число профилактических посещений
 - д) число диагностических посещений
- ответ: а,б,в,г

7. для расчета объема стационарной помощи необходимы данные о:

- а) уровне заболеваемости
 - б) процент отбора больных на госпитализацию
 - в) средняя длительность пребывания больного на койке
 - г) среднегодовая занятость койки
- ответ: а,б,в,г

8. при составлении бизнес плана в анализ внешней среды входит:

- а) перспективное развитие рынка медицинских услуг
 - б) потребитель медицинских услуг
 - в) состояние конкуренции
 - г) административная деятельность учреждения
- ответ: а,б,в

9.какие из перечисленных разделов не входят в структуру бизнес-плана

- а) анализ положения дел в отрасли
- б) план производства медицинских услуг
- в) финансовый план
- г) определение ресурсов, необходимых для развития здравоохранения террито-

рии

ответ: а,б,в

10. директивное планирование характерно для экономики:

- а) плановой
 - б) рыночной
- ответ: а

11. в качестве индикаторов при индикативном планировании можно использовать:

- а) подушевое финансирование
 - б) структура и уровень заболеваемости
 - в) медико-демографические показатели
- ответ: а,б,в

12. основу предпринимательского планирования составляют

- а) внутриучрежденческие планы
 - б) внешнеучрежденческие планы
- ответ: а

Тема: «Оценка качества медицинской помощи»

1. Цель обучения понимать значение системы оценки качества медицинской помощи, знать составные части медико-экономических стандартов, методику определения качества медицинской помощи с использованием МЭС, а так же факторы, влияющие на качество медицинской помощи.

В результате изучения темы студент должен **знать**:

- Основные понятия и термины **качества медицинской помощи**;
- Систему внутриведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи;
- Методические подходы к оценке **качества медицинской помощи**;
- Факторы, влияющие на **качество медицинской помощи**;

Уметь:

- Рассчитывать показатель - уровень качества лечения (УКЛ);
- Интерпретировать значения показателя уровня качества лечения;

1. Литература

а). Основная литература:

1. Медик, Валерий Алексеевич Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Валерий Алексеевич Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 649 с.
2. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: руководство к практическим занятиям / В. А. Медик, В. И. Лисицин, М. С. Токмачев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 452 с.
3. Полунина, Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / Н. В. Полунина. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. - 543 с.

Электронный ресурс:

1. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html>

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Чем объясняется актуальность проблемы оценки и повышения качества медицинской помощи в настоящее время?
2. Для чего используют оценки качества медицинской помощи на современном этапе?
3. Дайте определение "медицинская помощь"?
4. Что подразумевается под "конкретными результатами медицинской помощи"?
5. Что такое "медицинские технологии"?
6. Что такое профессиональные стандарты? Дайте определение.
7. От чего зависит качество медицинской помощи?
8. Какие методы и показатели могут быть использованы для оценки качества медицинской помощи.
9. Какие задачи надо решать для повышения качества медицинской помощи?
10. Функции управлений здравоохранения в решении проблемы качества медицинской помощи?
11. Кто осуществляет внутриведомственный и вневедомственный контроль качества медицинской помощи?
12. Что включают в себя медико-экономические стандарты?
13. Что включает в себя формула "уровень качества лечения" (УКЛ)?
14. Что входит в формулу "уровень качества диспансеризации" (УКД)?
15. Что входит в формулу "оценка выполнения набора диагностических, лечебно-оздоровительных и др. мероприятий" (ОМНД)?

16. Что представляет собой шкала оценки диагноза?
17. Что представляет собой шкала оценки набора лечебно-диагностических мероприятий?
18. Что представляет собой шкала оценки состояния здоровья населения?
19. Что представляет собой шкала оценки качества медицинской помощи?
20. Инвалидность. Основные причины и группы инвалидности.

Решение типовой задачи.

Заведующий отделением отобрал на экспертизу 10 истерий болезни врача-терапевта. Проведена экспертиза по медицинским стандартам. Обследование проведено почти полностью, имеются только некоторые упущения. Поставлен верный, развернутый диагноз. Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены почти полностью. После окончания лечения состояние здоровья пациента хорошее (достигнуты основные ожидаемые результаты.).

Для оценки качества медицинской помощи.

1. Оцениваем по шкале оценки набора диагностических мероприятий - проведено почти полностью - 75 % (ОДМ.)
2. Оцениваем по шкале оценки диагноза "поставлен верный развернутый диагноз" - 100% (ОД).
3. Оцениваем по шкале набора лечебно-оздоровительных мероприятий, "выполнены почти полностью" - 75% (ОЛМ).
4. Оценивает по шкале состояния здоровья "хорошее, достигнуты основные ожидаемые результаты" - 75% (ОК).

Подставляем в формулу:

$$\text{УКЛ} = \frac{(0,5 \times 75\%) + (0,2 \times 100\%) + (0,3 \times 75\%) + (1 \times 75\%)}{200\%} =$$

$$\text{УКЛ} = \frac{37,5\% + 20\% + 22,5\% + 75\%}{200\%} =$$

$$\text{УКЛ} = \frac{155\%}{200\%} = 0,775$$

Полученный коэффициент сравниваем со «шкалой оценки качества медицинской помощи». По шкале оценка качества данный результат попадает в интервал от 1 до 0,7. Следовательно, уровень качества лечения – «хороший».

Оценивая качество медицинской помощи у группы пациентов рассчитывают среднее значение коэффициента и оценивают его по соответствующий шкале.

Типовые ситуационные задачи

Вариант 1

Рассчитай УКЛ для каждого больного и среднее УКЛ по больнице, используя соответствующую формулу и шкалы оценки показателей.

Пациент 1.

ОДМ – Обследование проведено наполовину

ОД – Отсутствие развернутого клинического диагноза

ОЛМ – лечебно-профилактические мероприятия выполнены почти полностью

ОК – После проведения лечения – незначительное улучшение здоровья

Пациент 2.

ОДМ – Обследование проведено почти полностью

ОД – Поставлен развернутый клинический диагноз

ОЛМ – Лечебно-профилактические мероприятия выполнены почти полностью

ОК – После проведения лечения – незначительное улучшение здоровья

Пациент 3

ОДМ – Выполнены отдельные малоинформативные обследования

ОД – Несоответствие поставленного диагноза клинико-диагностическим данным

ОЛМ – Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены наполовину

ОК – Ожидаемые результаты лечения по стандартам – отсутствуют

Пациент 4

ОДМ – Обследование проведено почти полностью

ОД – Поставлен развернутый клинический диагноз

ОЛМ – Лечебно-профилактические мероприятия выполнены почти полностью

ОК – результаты лечения соответствуют ожидаем

Пациент 5

ОДМ – Обследование проведено почти полностью

ОД – Поставлен развернутый клинический диагноз

ОЛМ – Лечебно-профилактические мероприятия выполнены полностью

ОК – результаты лечения соответствуют, заложенным в стандартах

Вариант 2

Рассчитай УКЛ для каждого больного и среднее УКЛ по больнице, используя соответствующую формулу и шкалы оценки показателей.

Пациент 1

ОДМ – Обследование проведено почти полностью

ОД – Отсутствие развернутого клинического диагноза

ОЛМ – Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены наполовину

ОК – После проведения лечения – незначительное улучшение здоровья

Пациент 2

ОДМ – обследование полное

ОД – Поставлен развернутый клинический диагноз

ОЛМ – Лечебно-профилактические мероприятия выполнены почти полностью

ОК – достигнуты основные ожидаемые результаты лечения

Пациент 3

ОДМ – Выполнены отдельные малоинформативные обследования

ОД – Несоответствие поставленного диагноза клинико-диагностическим данным

ОЛМ – Выполнены отдельные процедуры лечения

ОК – Ожидаемые результаты лечения – отсутствуют

Пациент 4

ОДМ – Обследование проведено наполовину

ОД – Несоответствие поставленного диагноза клинико-диагностическим данным

ОЛМ – Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены наполовину

ОК – После проведения лечения – незначительное улучшение здоровья

Пациент 5

ОДМ – Обследование проведено почти полностью

ОД – Поставлен развернутый клинический диагноз

ОЛМ – Лечебно-профилактические мероприятия выполнены полностью

ОК – результаты лечения соответствуют, заложенным в стандартах

Вариант 4

Рассчитай УКЛ для каждого больного и среднее УКЛ по больнице, используя соответствующую формулу и шкалы оценки показателей.

Пациент 1

ОДМ – Обследование проведено почти полностью

ОД – Поставлен развернутый клинический диагноз

ОЛМ – Выполнены отдельные процедуры лечения

ОК – достигнуты основные ожидаемые результаты лечения

Пациент 2

ОДМ – Обследование не проведено

ОД – Отсутствие развернутого клинического диагноза

ОЛМ – Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены наполовину

ОК – достигнуты основные ожидаемые результаты лечения

Пациент 3

ОДМ – Обследование проведено наполовину

ОД – Поставлен развернутый клинический диагноз

ОЛМ – Набор лечебных мероприятий выполнен полностью

ОК – достигнуты основные ожидаемые результаты лечения

Пациент 4

ОДМ – Обследование проведено полностью

ОД – Отсутствие развернутого клинического диагноза

ОЛМ – Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены наполовину

ОК – Ожидаемые результаты лечения практически отсутствуют

Пациент 5

ОДМ – Обследование проведено почти полностью

ОД – Несоответствие поставленного диагноза клинико-диагностическим данным

ОЛМ – Лечебно-оздоровительные мероприятия практически не проводились

ОК – После проведения лечения – незначительное улучшение здоровья

Вариант 5

Рассчитай УКЛ для каждого больного и среднее УКЛ по больнице, используя соответствующую формулу и шкалы оценки показателей.

Пациент 1

ОДМ – Обследование проведено почти полностью

ОД – Поставлен развернутый клинический диагноз

ОЛМ – Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены почти полностью

ОК – После проведения лечения – незначительное улучшение здоровья

Пациент 2

ОДМ – Обследование проведено полностью

ОД – Поставлен развернутый клинический диагноз

ОЛМ – Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены почти полностью

ОК – После проведения лечения – незначительное улучшение здоровья

Пациент 3

ОДМ – Обследование не проведено

ОД – Отсутствие развернутого клинического диагноза

ОЛМ – Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены наполовину

ОК – достигнуты основные ожидаемые результаты лечения

Пациент 4

ОДМ – Обследование проведено почти полностью

ОД – Поставлен развернутый клинический диагноз

ОЛМ – Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены наполовину

ОК – После проведения лечения – незначительное улучшение здоровья

Пациент 5

ОДМ – Обследование проведено почти полностью

ОД – Отсутствие развернутого клинического диагноза

ОЛМ – Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены почти полностью

ОК – После проведения лечения – незначительное улучшение здоровья

Вариант 6

Рассчитай УКЛ для каждого больного и среднее УКЛ по больнице, используя соответствующую формулу и шкалы оценки показателей.

Пациент 1

ОДМ – Обследование проведено наполовину

ОД – Отсутствие развернутого клинического диагноза

ОЛМ – Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены почти полностью

ОК – После проведения лечения – незначительное улучшение здоровья

Пациент 2

ОДМ – Обследование проведено почти полностью

ОД – Отсутствие развернутого клинического диагноза

ОЛМ – Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены наполовину

ОК – После проведения лечения – незначительное улучшение здоровья

Пациент 3

ОДМ – Обследование не проведено

ОД – Отсутствие развернутого клинического диагноза

ОЛМ – Выполнены отдельные процедуры лечения

ОК – После проведения лечения – незначительное улучшение здоровья

Пациент 4

ОДМ – Обследование проведено полностью

ОД – Поставлен развернутый клинический диагноз

ОЛМ – Выполнены отдельные процедуры лечения

ОК – достигнуты основные ожидаемые результаты лечения

Пациент 5

ОДМ – Обследование проведено почти полностью

ОД – Поставлен развернутый клинический диагноз

ОЛМ – Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены наполовину

ОК – После проведения лечения – незначительное улучшение здоровья

Задания в тестовой форме (оценка качества медицинской помощи)

1. Медицинская помощь:
 - А) медицинские технологии, используемые для конкретного диагноза;
 - Б) комплекс лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, проводимых по определенным технологиям с целью достижения конкретных результатов;
 - В) лечебные мероприятия, используемые для достижения конкретного результата;
 - Г) диагностические мероприятия для постановки диагноза

2. Под "конкретными результатами" при оценке лечебно-диагностического процесса может подразумеваться:
 - А) динамика состояния пациента
 - Б) состояние здоровья определенных контингентов
 - В) восстановление трудоспособности, трудовой потенциал
 - Г) удовлетворенность пациента

3. Под "конкретными результатами" при эффективных реабилитационных мероприятиях у инвалидов может подразумеваться:
 - А) динамика состояния пациента
 - Б) состояние здоровья определенных контингентов
 - В) восстановление трудоспособности, трудовой потенциал
 - Г) удовлетворенность пациента

4. Под "конкретными результатами" по результатам профилактических мероприятий может подразумеваться:
 - А) динамика состояния пациента
 - Б) состояние здоровья определенных контингентов
 - В) восстановление трудоспособности
 - Г) удовлетворенность пациента

5. Медицинские технологии:
 - А) последовательность мероприятий используемых в медицинской практике
 - Б) совокупность методов лечения при поставленном диагнозе
 - В) конкретные результаты лечения больного, основанные на правильной диагностике заболевания
 - Г) совокупность и порядок различных мероприятий, методов диагностики, лечения, реабилитации, профилактики, необходимые для достижения конкретных результатов.

6. Концепция оценки качества медицинской помощи, основанная на единых принципах, должна относиться к объекту:
 - А) медицинская помощь
 - Б) состояние здоровья
 - В) медицинское учреждение
 - Г) пациент

7. Оценка качества медицинской помощи в стационаре проводится по медицинским документам:
 - А) Статистическая карта амбулаторного больного
 - Б) Талон амбулаторного пациента

- В) Статистическая карта стационарного больного
Г) Медицинское свидетельство о смерти
8. Оценка качества медицинской помощи должна проводиться по медицинским документам с охватом выборки не менее:
А) 1% от общего числа медицинских документов
Б) 3% от общего числа медицинских документов
В) 5% от общего числа медицинских документов
Г) 10% от общего числа медицинских документов
9. Оценка качества медицинской помощи проводится путем сравнения выполненных объемов медицинской помощи:
А) с данными учебной литературы
Б) с медико-экономическими стандартами
В) со среднестатистическими критериями
Г) с нормами и нормативами
10. Весовой индекс оценки выполнения набора диагностических мероприятий (ОДМ), используемый в формуле оценки уровня качества лечения (УКЛ) равен:
А) 1
Б) 0,5
В) 0,3
Г) 0,2
11. Весовой индекс оценки диагноза (ОД), используемый в формуле оценки уровня качества лечения (УКЛ) равен:
А) 1
Б) 0,5
В) 0,3
Г) 0,2
12. Весовой индекс оценки выполнения лечебно-оздоровительных мероприятий (ОЛМ), используемый в формуле оценки уровня качества лечения (УКЛ) равен:
А) 1
Б) 0,5
В) 0,3
Г) 0,2
13. Весовой индекс оценки качества лечения и состояния здоровья пациента по окончании лечения (ОК), используемый в формуле оценки уровня качества лечения (УКЛ) равен:
А) 1
Б) 0,5
В) 0,3
Г) 0,2
14. Выполнение отдельных малоинформативных обследований соответствует в шкале оценки набора диагностических мероприятий:
А) 0%
Б) 25%
В) 50%
Г) 75%

15. Выполнение обследования почти полностью, при наличии некоторых упущений соответствует в шкале оценки набора диагностических мероприятий:
- А) 0%
 - Б) 25%
 - В) 50%
 - Г) 75%
16. Выполнение отдельных малоэффективных процедур, манипуляции, мероприятий соответствует шкале оценки набора лечебно-оздоровительных мероприятий:
- А) 0%
 - Б) 25%
 - В) 50%
 - Г) 75%
17. Выполнение полного набора лечебно-оздоровительных мероприятий соответствует шкале оценки набора лечебно-оздоровительных мероприятий:
- А) 0%
 - Б) 25%
 - В) 50%
 - Г) 100%
18. Несоответствие поставленного диагноза клинико-диагностическим данным соответствует шкале оценки диагноза:
- А) 0%
 - Б) 25%
 - В) 50%
 - Г) 100%
19. По результатам экспертизы коэффициент уровня качества медицинской помощи равный 0,6 оценивается как:
- А) отличный
 - Б) хороший
 - В) удовлетворительный
 - Г) неудовлетворительный
20. По результатам экспертизы коэффициент уровня качества медицинской помощи равный 1 оценивается как:
- А) отличный
 - Б) хороший
 - В) удовлетворительный
 - Г) неудовлетворительный

Задания в тестовой форме:

Инвалидность:

1. Укажите основные аспекты понятия «инвалидность»:

- а) медицинский аспект
- б) правовой аспект
- в) юридический аспект
- г) социальный аспект
- д) финансовый аспект

2. Укажите виды стойкой нетрудоспособности или причины инвалидности:

- а) инвалидность вследствие общего заболевания

- б) инвалидность с детства
- в) инвалидность в связи с трудовым увечьем
- г) инвалидность вследствие катастроф
- д) инвалидность вследствие профессионального заболевания
- е) инвалидность до начала трудовой деятельности
- ж) инвалидность у бывших военнослужащих

3. Укажите комиссию, которая устанавливает факт стойкой нетрудоспособности (инвалидности):

- а) клинико-экспертная комиссия
- б) клинико-врачебная комиссия
- в) медико-социальная экспертная комиссия
- г) клинико-социальная экспертная комиссия
- д) медико-врачебная экспертная комиссия

4. Тяжесть инвалидности классифицируется по:

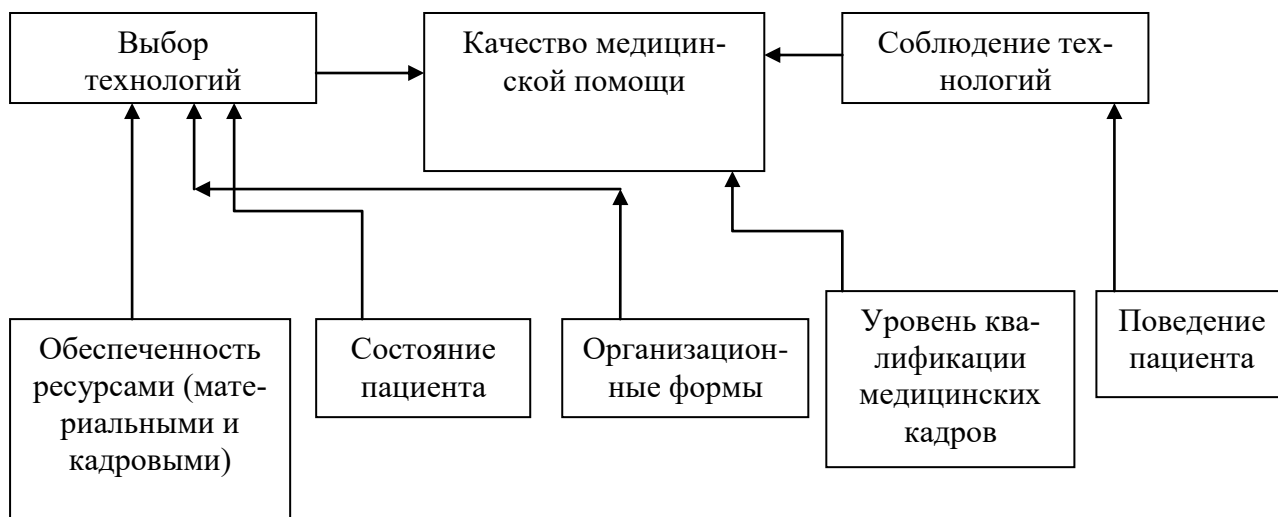
- а) степеням
- б) группам
- в) видам
- г) разрядам
- д) рубрикам

5. Укажите число групп инвалидности:

- а) 2 б) 3 в) 4 г) 5 д) 6

Приложение

Схема взаимосвязи факторов, влияющих на качество медицинской помощи



**Тема: Формирование здорового образа жизни.
Профилактическое направление здравоохранения**

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение понятия «здоровье» и перечислите его основные типы.
2. Какие показатели используются для оценки состояния здоровья населения?
3. Какова доля влияния групп факторов на состояние здоровья населения?
4. Какие факторы риска влияют на здоровье населения?
5. Какова роль образа жизни в сохранении здоровья населения?
6. Дайте определение понятия «здоровый образ жизни».
7. Что является целью формирования здорового образа жизни?
8. Перечислите элементы формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний.
9. Перечислите принципы формирования здорового образа жизни (или гигиенического обучения и воспитания).
10. Каковы элементы здорового образа жизни?
11. Какие методы и формы используются при проведении работы по формированию здорового образа жизни?
12. Каким образом организована служба формирования здорового образа жизни?
13. Каковы задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики?
14. Охарактеризуйте первичную, вторичную и третичную профилактику.
15. Какова цель проведения скрининговых исследований?
16. Охарактеризуйте этапы диспансеризации.
17. В чём заключается диспансерное наблюдение?
18. В чём заключается диспансерный осмотр?
19. Каковы критерии определения группы здоровья и группы диспансерного наблюдения по результатам диспансеризации?

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Выделяют следующие типы здоровья, в зависимости от того, кто является его носителем
 - 1) индивидуальное здоровье
 - 2) групповое здоровье
 - 3) семейное здоровье
 - 4) здоровье населения
 - 5) здоровье нации
2. Для оценки состояния здоровья населения используют следующие показатели
 - 1) демографические
 - 2) заболеваемости
 - 3) инвалидности
 - 4) физиологические
 - 5) физического развития
3. К факторам риска, влияющим на здоровье человека, относятся
 - 1) социально-экономические
 - 2) социально-биологические
 - 3) социально-гигиенические
 - 4) социально-общественные

- 5) эколого-гигиенические
- 6) медико-организационные

4. Под факторами риска следует понимать

- 1) факторы, связанные с возникновением новых случаев заболеваний и ростом их распространённости
- 2) факторы, связанные с организацией медицинской помощи и её доступностью для населения
- 3) факторы, связанные с обеспечением населения безопасными лекарственными препаратами
- 4) факторы, связанные с развитием осложнений заболевания, а также ухудшением прогноза его исхода

5. Образ жизни – это

- 1) способ формирования межличностных отношений
- 2) способ выживания в неблагоприятных условиях окружающего мира
- 3) тип трудовой деятельности, направленный на получение материальных благ
- 4) определённый, исторически обусловленный тип деятельности населения в материальной и нематериальной (духовной) сферах жизни

6. Экономической категорией образа жизни является

- 1) уровень жизни
- 2) качество жизни
- 3) стиль жизни
- 4) уклад жизни

7. Социологической категорией образа жизни является

- 1) уровень жизни
- 2) стиль жизни
- 3) уклад жизни
- 4) качество жизни

8. Социально-психологической категорией образа жизни является

- 1) уровень жизни
- 2) стиль жизни
- 3) уклад жизни
- 4) качество жизни

9. Социально-экономической категорией образа жизни является

- 1) уровень жизни
- 2) стиль жизни
- 3) уклад жизни
- 4) качество жизни

10. Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) и профилактика неинфекционных заболеваний (НИЗ) включает следующие элементы

- 1) информирование населения о факторах риска и мотивирование к ЗОЖ
- 2) обеспечение условий для ЗОЖ
- 3) соблюдение населением медико-санитарных норм
- 4) диспансеризация, профилактические осмотры, центры здоровья
- 5) диспансерное наблюдение

б) профилактика НИЗ в медицинских организациях

11. Доля влияния образа жизни на состояние здоровья населения находится в пределах

- 1) 15-20%
- 2) 20-25%
- 3) 55-65%
- 4) 70-75%

12. Доля влияния факторов внешней среды на состояние здоровья населения находится в пределах

- 1) 15-20%
- 2) 20-25%
- 3) 55-65%
- 4) 70-75%

13. Доля влияния наследственно-биологических факторов на состояние здоровья населения находится в пределах

- 1) 15-20%
- 2) 20-25%
- 3) 55-65%
- 4) 70-75%

14. Доля влияния факторов системы и служб здравоохранения на состояние здоровья населения находится в пределах

- 1) 70-75%
- 2) 55-65%
- 3) 20-25%
- 4) 10-15%

15. Факторы образа жизни группируются

- 1) по характеру активности
- 2) по характеру влияния
- 3) по сфере активности
- 4) по виду (форме) активности

16. Различают два направления медицинской профилактики

- 1) индивидуальная
- 2) групповая
- 3) массовая
- 4) общественная

17. При проведении работы по формированию здорового образа жизни используются методы

- 1) устный
- 2) фантомный
- 3) печатный
- 4) наглядный
- 5) комбинированный
- 6) системный

18. В основе формирования здорового образа жизни лежат следующие принципы

- 1) государственный характер
- 2) научность
- 3) компетентность
- 4) массовость
- 5) доступность
- 6) целенаправленность
- 7) оптимистичность
- 8) актуальность

19. Устный метод формирования здорового образа жизни включает следующие формы

- 1) лекция, беседа, вечер «вопросов и ответов»
- 2) деловая игра, дискуссия, семинар
- 3) конференция, круглый стол, викторина
- 4) брифинг

20. Печатный метод формирования здорового образа жизни включает следующие формы

- 1) книга, журнал, брошюра
- 2) памятка, листовка, лозунг
- 3) прайс-лист
- 4) стенная газета, буклет, бюллетень

21. Наглядный метод формирования здорового образа жизни включает следующие формы

- 1) плакат, макет, муляж
- 2) таблица, график, рисунок
- 3) модель, скульптура, чучело
- 4) стенная газета
- 5) диапозитив, выставка

22. Комбинированный метод формирования здорового образа жизни включает следующие формы

- 1) кинофильм
- 2) телевизионная программа
- 3) театральная постановка
- 4) эстрадный номер
- 5) Интернет
- 6) викторина

23. Лекция и беседа относятся

- 1) к устному методу формирования здорового образа жизни
- 2) к наглядному методу формирования здорового образа жизни
- 3) к печатному методу формирования здорового образа жизни
- 4) к комбинированному методу формирования здорового образа жизни

24. Стенная газета, буклет, бюллетень относятся

- 1) к наглядному методу формирования здорового образа жизни
- 2) к устному методу формирования здорового образа жизни
- 3) к печатному методу формирования здорового образа жизни

- 4) к комбинированному методу формирования здорового образа жизни
25. Плакат, макет, муляж относятся
- 1) к устному методу формирования здорового образа жизни
 - 2) к наглядному методу формирования здорового образа жизни
 - 3) к печатному методу формирования здорового образа жизни
 - 4) к комбинированному методу формирования здорового образа жизни
26. Кинофильм и Интернет относятся
- 1) к устному методу формирования здорового образа жизни
 - 2) к наглядному методу формирования здорового образа жизни
 - 3) к печатному методу формирования здорового образа жизни
 - 4) к комбинированному методу формирования здорового образа жизни
27. Для врача основной формой формирования здорового образа является
- 1) беседа
 - 2) лекция
 - 3) санбюллетень
 - 4) конференция
28. Для медицинской сестры и фельдшера основной формой формирования здорового образа является
- 1) беседа
 - 2) лекция
 - 3) санбюллетень
 - 4) дискуссия
29. Первичным подразделением службы формирования здорового образа жизни являются
- 1) отделение (кабинет) профилактики
 - 2) отделение (кабинет) здоровья
 - 3) отделение (кабинет) формирования здорового образа жизни
 - 4) отделение (кабинет) первичной профилактики
30. На базе Центров медицинской профилактики и медицинских организаций создаются
- 1) Центры профилактики
 - 2) Центры здоровья
 - 3) Центры формирования здорового образа жизни
 - 4) Центры мониторинга здоровья
31. Организационно-методическое руководство деятельностью отделений (кабинетов) профилактики осуществляет
- 1) региональный Центр медицинской профилактики
 - 2) городской Центр медицинской профилактики
 - 3) Центр здоровья
 - 4) региональный Центр здорового образа жизни
32. По целевым группам выделяют следующие виды профилактики
- 1) индивидуальную (или личную)
 - 2) групповую

- 3) популяционную
- 4) общественную

33. Различают следующие виды профилактики

- 1) первичную, вторичную и третичную
- 2) первичную и вторичную
- 3) первичную и индивидуальную
- 4) третичную и массовую

34. Скрининг (screening) – это

- 1) диагностика нераспознанного ранее у пациента заболевания путём гистологического исследования
- 2) диагностика ранее нераспознанного заболевания или фактора риска, которая может быть выполнена относительно быстро
- 3) диагностика осложнений основного заболевания
- 4) диагностика нераспознанного фактора риска, которая может быть выполнена в короткие сроки

35. Диспансерное наблюдение включает

- 1) активное выявление ранних форм заболеваний
- 2) профилактическое консультирование лиц с выявленными заболеваниями и факторами риска их развития
- 3) своевременное направление больных на лечение
- 4) систематическое наблюдение за состоянием здоровья больных
- 5) профилактические мероприятия с целью предотвращения возникновения заболеваний или их развитие
- 6) осуществление социальных мероприятий

36. Диспансеризация включает

- 1) один этап
- 2) два этапа
- 3) три этапа
- 4) четыре этапа

Эталоны ответов к заданиям в тестовой форме

№ задания	ключи	№ задания	ключи	№ задания	ключи
1	1, 2, 4	13	1	25	2
2	1, 2, 3, 5	14	4	26	4
3	1, 2, 3, 5,6	15	1, 3, 4	27	2
4	1	16	1, 4	28	1
5	4	17	1, 3, 4, 5	29	1
6	1	18	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8	30	2
7	4	19	1, 2, 3	31	1
8	2	20	1, 2, 4	32	1, 4
9	3	21	1, 2, 3, 5	33	1

10	1, 2, 4, 5, 6	22	1, 2, 3, 4, 5	34	2
11	3	23	1	35	1, 3, 4, 5, 7
12	2	24	3	36	2

Учебно-исследовательская работа

При подготовке к практическому занятию студенты составляют развёрнутый план и конспект (текст) лекции на одну из тем по формированию здорового образа жизни в соответствии с рекомендациями, указанными в Приложении 5. Темы лекций представлены в Приложении 6, оформление титульного листа лекции – в Приложении 7.

На практическом занятии заслушивается одна из лекций (по выбору преподавателя). Для обсуждения прочитанной лекции из числа студентов преподавателем назначаются рецензенты, которые высказывают своё мнение о её достоинствах и недостатках, при этом они могут воспользоваться рекомендациями, представленными в Приложении 5.

По завершении практического занятия преподаватель оценивает конспекты (тексты) лекции студентов в соответствии с рекомендациями, указанными в Приложении 5.

1. Здоровье. Образ жизни

Здоровье населения является важнейшим фактором успешного развития общества и национальной безопасности, основным ресурсом для обеспечения стабильности государства. По состоянию здоровья населения и уровню качества жизни можно судить об эффективности государственной политики в области социальной сферы.

Здоровье является одним из основных прав человека независимо от расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения.

В современной научной литературе существует большое число определений понятия «здоровье», но ни одно не является эталонным и не может претендовать на абсолютную точность. Исходным для них является определение, данное с медико-социальных позиций в преамбуле к Уставу Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), принятому в 1946 году: **«Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов».**

Такое определение «здоровья» позволяет правильно использовать все возможности, которыми располагает человек для повышения качества жизни. Кроме того, состояние здоровья даёт возможность человеку жить в условиях естественной свободы и здорового образа жизни.

Недостаточно рассматривать здоровье только с биологических позиций, так как человек существо общественное, социальное, поэтому определить качество жизни наиболее полно можно лишь с учётом образа жизни.

Здоровье является понятием противоположным болезни.

О состоянии здоровья человека судят на основании объективных данных, полученных в результате антропометрических, клинико-физиологических и лабораторных исследований, соотнесенных со среднестатистическими показателями с учётом возрастно-половых, профессиональных, временных, эколого-этнических и других поправок. При соответствующих показателях, отсутствии жалоб со стороны человека ставят диагноз «здоров».

В зависимости от того, кто является носителем здоровья – человек, группа людей или население, выделяют следующие его типы:

- 1) **индивидуальное здоровье** (здоровье отдельного человека, личности);
- 2) **групповое здоровье** (здоровье отдельных сообществ людей: профессиональных, возрастно-половых и т.д.);

3) **здоровье населения** (здоровье людей, живущих на определённой территории; популяционное, общественное здоровье).

В соответствии с типом здоровья разработаны показатели, с помощью которых даётся его количественная и качественная характеристика.

Для оценки состояния здоровья населения используют следующие показатели:

- 1) демографические;
- 2) заболеваемости;
- 3) инвалидности;
- 4) физического развития.

Здоровье населения обусловлено комплексным воздействием факторов, которые определяются образом жизни человека, состоянием среды его обитания, наследственностью, уровнем развития здравоохранения, при этом они имеют различный удельный вес (силу) влияния на него (табл. 1).

Таблица 1

Группы факторов и удельный вес их влияния на состояние здоровья населения

Группы факторов		Доля влияния (%)
1	Образ жизни	55-65
2	Факторы внешней среды	20-25
3	Наследственно-биологические факторы	15-20
4	Факторы системы и служб здравоохранения	10-15

Следует отметить, что одни факторы позитивно влияют на состояние здоровья населения, другие, наоборот, оказывают негативное воздействие.

Факторы, потенциально опасные для здоровья человека и способствующие возникновению заболеваний, называются **факторами риска**.

Под **факторами риска** следует понимать факторы, связанные с развитием того или иного заболевания, а именно: с большей вероятностью возникновения новых случаев и ростом его распространённости.

ВОЗ определяет **фактор риска** как «какое-либо свойство или особенность человека или какое-либо воздействие на него, повышающие вероятность развития болезни или травмы».

Выделение факторов риска важно для разработки программ профилактики неинфекционных заболеваний посредством формирования здорового образа жизни.

Факторы риска, влияющие на здоровье населения, представлены в Приложении 1.

Ведущими факторами, оказывающими наибольшее влияние на здоровье, являются факторы, характеризующие образ жизни населения.

Существует множество определений образа жизни.

Образ жизни – это определённый, исторически обусловленный тип деятельности населения в материальной и нематериальной (духовной) сферах жизни.

Согласно определению ВОЗ, **образ жизни – «это способ жизни, основывающийся на идентифицируемых видах и особенностях поведения, определяющихся взаимодействием между личностными характеристиками человека, социальным взаимодействием и социально-экономическими и экологическими условиями жизни».**

Образ жизни отражает совокупность наиболее существенных черт деятельности, активности людей в самых различных и многочисленных сферах и включает в себя производственную, общественно-политическую (социальную), культурную, физическую, медицинскую активность, а также деятельность в быту и др.

Факторы образа жизни группируются:

- 1) *по характеру активности*
- физическая

- интеллектуальная
- 2) *по сфере активности*
- трудовая
- нетрудовая (в быту)
- 3) *по виду (форме) активности*
- производственная (трудовая)
- социальная
- культурная (образовательная) активность
- медицинская и др.

Экономической категорией образа жизни является уровень жизни, социологической категорией – качество жизни, социально-психологической категорией – стиль жизни и социально-экономической категорией – уклад жизни.

Здравоохранение является важным, но не единственным инструментом влияния на здоровье человека и населения в целом. Большое значение имеют действующее в стране законодательство, государственная социально-экономическая политика, условия проживания, возможность достойного заработка и получения образования, а также культура населения. Социальный статус (положение) в обществе, уровень материального благосостояния, профессия, образование, национальная принадлежность и др. существенно влияют на образ жизни человека. При этом личностные психологические и биологические (генетические и гендерные) особенности человека также оказывают определённое воздействие на здоровье и образ жизни. Следовательно, для изменения образа жизни населения необходимо оказывать влияние на трёх уровнях: государственном, общественном и индивидуальном.

Какова же роль самого человека в выборе образа жизни? ВОЗ подчеркивает, что не существует «оптимального образа жизни», который должен быть всем предписан. Задача государства заключается в том, чтобы обеспечить гражданам свободный информированный выбор здорового образа жизни, сделать его доступным для каждого. Если эта задача выполнена, то на граждан накладываются определенные обязательства, направленные на предупреждение (снижение) расходов здравоохранения, связанных с оказанием им медицинской помощи.

2. Здоровый образ жизни и его формирование

Проблема здорового образа жизни и здоровья человека актуальна на каждом историческом этапе развития общества и требует новых подходов и решений социального, философского, медицинского, педагогического характера.

По определению академика РАМН Ю.П. Лисицына, **«Здоровый образ жизни – это способ жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья людей».**

Здоровый образ жизни (по ВОЗ) – это оптимальное качество жизни, определяемое мотивированным поведением человека, направленным на сохранение и укрепление здоровья, в условиях воздействия на него природных и социальных факторов окружающей среды.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) включает в себя не только медицинские аспекты, но и социальные, такие как материальное благосостояние, жилищные условия, разумное и полезное использование свободного времени, межличностные отношения, организация труда и отдыха, физическое развитие и воспитание, рациональное питание, отсутствие вредных привычек (табакокурения, употребления наркотиков и психоактивных веществ, злоупотребления алкогольными напитками) и др.

Здоровый образ жизни является важной составляющей индивидуальной профилактики неинфекционных заболеваний.

Основные элементы здорового образа жизни представлены в Приложении 2, которые можно выстроить в иерархию (рис. 1).



Рис. 1. Иерархия элементов здорового образа жизни

Целью формирования здорового образа жизни является воспитание у населения устойчивой мотивации к здоровому образу жизни, который включает в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющие сохранить и укрепить здоровье.

Формирование здорового образа жизни заключается в поддержке и повышении доступности того, что полезно для здоровья, и в ограничении или запрете того, что вредит здоровью.

В Российской Федерации нормативные правовые акты федерального и регионального уровня об охране здоровья населения регламентируют деятельность органов здравоохранения и медицинских организаций в части профилактики и укрепления здоровья населения, формирования здорового образа жизни.

Формирование здорового образа жизни и профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на межведомственной основе, а также в медицинских организациях и включает 5 элементов (Приложение 3).

Четыре категории заболеваний – сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, хроническая патология органов дыхания и сахарный диабет – вносят самый крупный вклад в заболеваемость и смертность от неинфекционных заболеваний. Эти четыре категории неинфекционных заболеваний в значительной мере предотвратимы или поддаются контролю посредством эффективных вмешательств, направленных на устранение факторов риска, а именно: употребление табака, нездоровый режим питания, недостаточная физическая нагрузка (гиподинамия) и злоупотребление алкоголем. Одним из наиболее эффективных элементов действий по профилактике неинфекционных заболеваний является формирование здорового образа жизни у населения.

Формирование здорового образа жизни складывается из двух направлений (табл. 2).

Таблица 2

Формирование здорового образа жизни

Создание, усиление и развитие позитивных для здоровья факторов	Преодоление, уменьшение воздействия факторов риска
- физическая активность; - соблюдение правил личной гигиены;	- гиподинамия; - нерациональное и несбалансиро-

<ul style="list-style-type: none"> - рациональное и сбалансированное питание; - оптимальный режим труда и отдыха; - экологическая грамотность; - медицинская активность и санитарная грамотность; - гигиена половой жизни 	<ul style="list-style-type: none"> ванное питание; - вредные привычки; - стресс; - самолечение
--	--

В основе формирования здорового образа жизни (гигиенического обучения и воспитания) лежат следующие принципы:

1) *государственный характер* – государство финансирует деятельность учреждений здравоохранения по формированию здорового образа жизни населения (гигиеническому обучению и воспитанию населения), обеспечивает развитие материально-технической базы, подготовку кадров, правовую основу деятельности учреждений здравоохранения;

2) *научность* – соответствие медицинских и гигиенических знаний по формированию здорового образа жизни современному состоянию науки и практики;

3) *массовость* – участие всех медицинских работников в формировании здорового образа жизни населения и привлечение специалистов других ведомств и общественных организаций к этой работе;

4) *доступность* – при изложении материала по формированию здорового образа жизни необходимо избегать непонятных для населения медицинских терминов, он должен быть доступен для их понимания;

5) *целенаправленность* – работу по формированию здорового образа жизни следует проводить дифференцированно с учётом групп населения;

6) *оптимистичность* – для достижения эффекта важно подчеркивать возможность успешной борьбы с заболеваниями;

7) *актуальность* – выбор направления работы по формированию здорового образа жизни должен быть актуальным в данный момент времени.

При формировании здорового образа жизни **важная роль принадлежит его пропаганде**, целью которой является формирование гигиенического поведения населения, основанного на санитарно-гигиенических нормах и нормативах, направленных на сохранение и укрепление здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности и достижение активного долголетия.

При проведении работы по формированию здорового образа жизни используются различные методы:

- 1) устный;
- 2) печатный;
- 3) наглядный;
- 4) комбинированный.

Каждый из них имеет несколько форм (Приложение 4).

В работе практического врача основной формой устного метода формирования здорового образа жизни является лекция. Для медицинской сестры и фельдшера основной формой является беседа.

Таким образом, здоровый образ жизни является важной составляющей полноценной жизни в быстро меняющемся мире. Здоровый образ жизни – это образ жизни, основанный на принципах нравственности, рационально организованный, активный, трудовой, закаляющий и в то же время защищающий от неблагоприятных воздействий окружающей среды, позволяющий до глубокой старости сохранять нравственное, психическое и физическое здоровье.

3. Организация службы формирования здорового образа жизни

Первичными подразделениями службы формирования здорового образа жизни являются **отделения (кабинеты) профилактики**, которые организуются в составе территориальных поликлиник, поликлинических отделений городских и центральных районных больниц, а также медико-санитарных частей. Аналогичные подразделения могут создаваться и в других медицинских организациях по решению органов управления здравоохранением.

Организационно-методическое руководство деятельностью отделений (кабинетов) профилактики осуществляет региональный **Центр медицинской профилактики**.

Отделение (кабинет) медицинской профилактики возглавляет врач (или фельдшер), имеющий соответствующую подготовку в области медицинской профилактики.

Задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики:

1) координация взаимодействия медицинской организации с региональным Центром медицинской профилактики;

2) организационно-методическое обеспечение деятельности медицинских работников медицинской организации по выявлению факторов риска, коррекции образа жизни, пропаганде медицинских и гигиенических знаний, здорового образа жизни;

3) информационное обеспечение медицинских работников и населения по вопросам охраны здоровья, в том числе и через средства массовой информации;

4) изучение и оценка знаний вопросов профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни путём проведения социологического опроса.

Решение вышеуказанных задач невозможно без внедрения научно обоснованных мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний, гигиеническому обучению и воспитанию населения.

В соответствии с приказом Минздрава России от 30.09.2015 г. № 683н на базе Центров медицинской профилактики и медицинских организаций созданы **Центры здоровья**, которые должны быть оснащены современными компьютерно-диагностическими комплексами для скрининг-анализа уровня психофизиологического и соматического здоровья человека, функциональных и адаптивных резервов его организма. На основе полученных данных разрабатываются индивидуальные программы по ведению здорового образа жизни, осуществляется мониторинг реализации профилактических мероприятий.

4. Социально-профилактическое направление охраны здоровья населения

Одним из принципов здравоохранения является социально-профилактическое направление, полноценная реализация которого может существенно повысить уровень и качество здоровья населения.

Социально-профилактическое направление здравоохранения – это комплекс социально-экономических и медицинских мероприятий, направленных на укрепление и сохранение здоровья населения.

Профилактика в здравоохранении – это система социально-экономических и медицинских мероприятий, осуществляемых государством, органами здравоохранения и медицинскими организациями с целью устранения причин и условий, вызывающих заболевания, и направленных на укрепление здоровья, снижение смертности, а также увеличение здорового и социально активного долголетия.

Медицинская профилактика – это комплекс специальных мероприятий, проводимых учреждениями здравоохранения с целью предотвращения и раннего выявления заболеваний, а также улучшения качества жизни пациентов с тяжёлыми хроническими заболеваниями. Медицинская профилактика включает проведение диагностических, лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий, а также гигиеническое воспитание населения и формирование у него здорового образа жизни.

Различают следующие виды профилактики: первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика (primary prevention) – это система социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предупреждение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также на повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды. Следовательно, первичная профилактика направлена на предотвращение развития заболеваний у здоровых лиц.

Одним из важнейших элементов первичной профилактики является формирование здорового образа жизни, следовательно, человек, ведущий здоровый образ жизни, осуществляет первичную профилактику возникновения возможных заболеваний и отклонений в состоянии своего здоровья. В этой связи следует отметить, что мероприятия, проводимые государством, по охране здоровья граждан, снижению заболеваемости, предупреждению инвалидности и преждевременной смертности, также относятся к первичной профилактике. Например, хлорирование и фторирование воды, йодирование соли, применение ремней безопасности в автомобилях и др.

Вторичная профилактика (secondary prevention) – это комплекс мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, которые снижают трудоспособность, приводят к дезадаптации больных в обществе, в том числе к инвалидизации и преждевременной смерти.

Вторичная профилактика проводится у лиц, имеющих факторы риска, с целью предотвращения развития определённой болезни, а также у пациентов, имеющих начальные стадии хронических заболеваний, чтобы замедлить сроки прогрессирования заболевания, увеличить длительность ремиссии.

Осуществление мер вторичной профилактики проводится на уровне учреждений здравоохранения в рамках ежегодной диспансеризации населения.

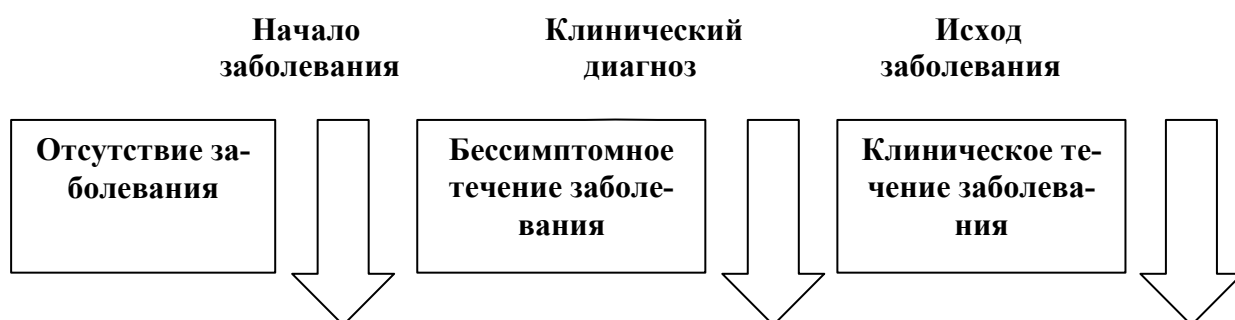
Таким образом, первичная профилактика – это сохранение здоровья здоровых людей, а вторичная – сохранение здоровья лиц, имеющих те или иные отклонения в состоянии здоровья.

Третичная профилактика (tertiary prevention) – это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение развития осложнений и обострений имеющегося хронического заболевания, реабилитацию больных, не способных вести полноценный образ жизни. Следовательно, основной задачей третичной профилактики является скорейшее восстановление пациента и социальная адаптация, формирование уверенности в собственной значимости для общества. Этим видом профилактики занимаются медицинские и общественные организации, а также государство.

Врачи осуществляют третичную профилактику при ведении больных с хроническими заболеваниями, которая может совпадать с лечением и предотвращением осложнений.

При оказании паллиативной помощи лицам с заболеваниями, угрожающими жизни, третичная профилактика направлена на обеспечение лучшего, насколько это возможно, качества жизни пациента.

Таким образом, в зависимости от того, на каком этапе течения заболевания осуществляется его диагностика, реализуются виды профилактики и соответственно те или иные профилактические мероприятия (рис. 2).



Виды профилактики

ПЕРВИЧНАЯ устранение факторов риска	ВТОРИЧНАЯ раннее обнаружение и лечение	ТРЕТИЧНАЯ уменьшение осложнений
--	---	--

Рис. 2. Виды профилактики

В комплекс многих мероприятий по первичной и всех мероприятий по вторичной профилактике входят **скрининговые исследования**.

Скрининг (screening) – это диагностика ранее нераспознанного заболевания или фактора риска, которая может быть выполнена относительно быстро. Он может проводиться путём опроса (например, относительно курения), физикального исследования (пальпация предстательной железы), лабораторного исследования (определение сахара крови), инструментального исследования (фиброгастроскопия), которые могут быть выполнены относительно быстро. Скрининг (или скрининговые тесты) являются начальным этапом диагностики заболевания. После положительного результата скрининга необходимо проведение дальнейшего обследования и лечения пациента. Если не проводить дальнейшее обследование и лечение случаев с подтвержденными патологическими результатами, то проведение скрининга не имеет смысла.

Скрининговые тесты позволяют выделить из среды кажущихся здоровыми людей тех, кто, вероятно, имеет заболевание, и тех, кто, вероятно, его не имеет. Лица с положительными или подозрительными результатами должны направляться к врачам-специалистам для установления диагноза и назначения лечения. Обычно скрининг нацелен на хронические болезни и на выявление заболевания, в отношении которого медицинская помощь еще не оказывается. Скрининг позволяет выявлять факторы риска, генетические предрасположенности и предвестники или ранние проявления заболевания. Существуют разные типы медицинского скрининга, каждый из которых имеет собственную направленность. Например, **массовый скрининг (mass screening)** – это массовое обследование всего населения или выборок большой численности населения, а **профилактический скрининг (prescriptive screening)** проводится с целью раннего выявления у видимо здоровых людей болезней, контроль над которыми может быть более успешным в случае их выявления на ранней стадии (например, маммография для выявления рака молочной железы).

По целевым группам, для которых проводятся профилактические мероприятия (программы), выделяют популяционную, групповую и индивидуальную профилактику.

Популяционная профилактика охватывает большие группы населения (популяцию) или население в целом. Как правило, популяционная профилактика не ограничивается только медицинскими мероприятиями, она включает и социальные программы профилактики, направленные на укрепление здоровья и профилактику заболеваний.

Групповая профилактика проводится по отношению к группам лиц со сходными симптомами или факторами риска.

Индивидуальная профилактика проводится по отношению к отдельным индивидуумам.

Первичная профилактика реализуется в виде популяционных, групповых и индивидуальных программ. Вторичная профилактика может быть реализована на групповом и индивидуальном уровнях. Третичная профилактика может быть только индивидуальной (рис. 3).

Кроме того, профилактика может носить **общий характер** при проведении общеоздоровительных мероприятий и **специфический**, предназначенный только для лиц с конкретным заболеванием.

	Индивидуальная	Групповая	Популяционная
Первичная	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
Вторичная	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	
Третичная	XXXXXXXXXXXX		

Рис. 3. Соотношение различных видов профилактики

5. Диспансеризация населения

Конкретным выражением профилактического направления российского здравоохранения является диспансеризация населения.

Диспансеризация – это комплекс медико-социальных мероприятий, проводимых медицинскими организациями, включающий активное, динамичное наблюдение за здоровьем определенных контингентов населения, изучение условий их труда и быта, а также предупреждение заболеваний путем проведения соответствующих лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и социальных мероприятий.

Диспансеризация включает в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Диспансеризация включает **два этапа**:

- **первый этап** диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, риска пагубного употребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, определения группы здоровья, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации;

- **второй этап** диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния).

Диспансерное наблюдение включает:

- активное выявление ранних форм заболеваний;
- своевременное направление больных на лечение;
- систематическое наблюдение за состоянием здоровья больных;
- проведение профилактических мероприятий, направленных на предотвращение возникновения заболеваний или дальнейшее развитие заболеваний;
- осуществление социальных мероприятий (перевод заболевших на другую работу, изменение условий труда и быта и др.).

Диспансерный осмотр является основой диспансерного наблюдения и включает медицинские мероприятия, направленные:

- 1) на профилактику и раннее выявление хронических заболеваний (состояний);
- 2) на оценку состояния здоровья, в том числе определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения;
- 3) на определение необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для лиц с выявленными заболеваниями и (или) факторами риска их развития;
- 4) на проведение профилактического консультирования лиц с выявленными заболеваниями и факторами риска их развития.

Диспансеризация населения проводится в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Для определения **группы здоровья и группы диспансерного наблюдения** по результатам диспансеризации используются следующие критерии:

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

Лицам этой группы здоровья в рамках диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование.

II группа здоровья – лица, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Лицам этой группы здоровья в рамках диспансеризации:

- проводится коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (углубленное индивидуальное профилактическое консультирование и/или групповое профилактическое консультирование) в Центре здоровья;
- при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска.

Лица этой группы здоровья подлежат диспансерному наблюдению лечащим врачом.

IIIа группа здоровья – лица, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании;

IIIб группа здоровья – лица, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Лица с IIIа и IIIб группами здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Лицам с IIIа группой здоровья, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, и лицам с IIIб группой состояния здоровья, имеющим высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск, проводится коррекция имеющихся факторов риска (углубленное индивидуальное профилактическое консультирование и/или групповое профилактическое консультирование) в рамках диспансеризации.

Основным индикатором эффективности диспансеризации является охват граждан диспансеризацией соответственно в медицинской организации.

Следовательно, главная цель диспансеризации – снижение заболеваемости и инвалидности, повышение средней продолжительности жизни и трудоспособности населения.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение понятия «здоровье» и перечислите его основные типы.
2. Какие показатели используются для оценки состояния здоровья населения?
3. Какова доля влияния групп факторов на состояние здоровья населения?
4. Какие факторы риска влияют на здоровье населения?

5. Какова роль образа жизни в сохранении здоровья населения?
6. Дайте определение понятия «здоровый образ жизни».
7. Что является целью формирования здорового образа жизни?
8. Перечислите элементы формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний.
9. Перечислите принципы формирования здорового образа жизни (или гигиенического обучения и воспитания).
10. Каковы элементы здорового образа жизни?
11. Какие методы и формы используются при проведении работы по формированию здорового образа жизни?
12. Каким образом организована служба формирования здорового образа жизни?
13. Каковы задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики?
14. Охарактеризуйте первичную, вторичную и третичную профилактику.
15. Какова цель проведения скрининговых исследований?
16. Охарактеризуйте этапы диспансеризации.
17. В чём заключается диспансерное наблюдение?
18. В чём заключается диспансерный осмотр?
19. Каковы критерии определения группы здоровья и группы диспансерного наблюдения по результатам диспансеризации?

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Выделяют следующие типы здоровья, в зависимости от того, кто является его носителем
 - 1) индивидуальное здоровье
 - 2) групповое здоровье
 - 3) семейное здоровье
 - 4) здоровье населения
 - 5) здоровье нации

2. Для оценки состояния здоровья населения используют следующие показатели
 - 1) демографические
 - 2) заболеваемости
 - 3) инвалидности
 - 4) физиологические
 - 5) физического развития

3. К факторам риска, влияющим на здоровье человека, относятся
 - 1) социально-экономические
 - 2) социально-биологические
 - 3) социально-гигиенические
 - 4) социально-общественные
 - 5) эколого-гигиенические
 - 6) медико-организационные

4. Под факторами риска следует понимать
 - 1) факторы, связанные с возникновением новых случаев заболеваний и ростом их распространённости

2) факторы, связанные с организацией медицинской помощи и её доступностью для населения

3) факторы, связанные с обеспечением населения безопасными лекарственными препаратами

4) факторы, связанные с развитием осложнений заболевания, а также ухудшением прогноза его исхода

5. Образ жизни – это

1) способ формирования межличностных отношений

2) способ выживания в неблагоприятных условиях окружающего мира

3) тип трудовой деятельности, направленный на получение материальных благ

4) определённый, исторически обусловленный тип деятельности населения в материальной и нематериальной (духовной) сферах жизни

6. Экономической категорией образа жизни является

1) уровень жизни

2) качество жизни

3) стиль жизни

4) уклад жизни

7. Социологической категорией образа жизни является

1) уровень жизни

2) стиль жизни

3) уклад жизни

4) качество жизни

8. Социально-психологической категорией образа жизни является

1) уровень жизни

2) стиль жизни

3) уклад жизни

4) качество жизни

9. Социально-экономической категорией образа жизни является

1) уровень жизни

2) стиль жизни

3) уклад жизни

4) качество жизни

10. Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) и профилактика неинфекционных заболеваний (НИЗ) включает следующие элементы

1) информирование населения о факторах риска и мотивирование к ЗОЖ

2) обеспечение условий для ЗОЖ

3) соблюдение населением медико-санитарных норм

4) диспансеризация, профилактические осмотры, центры здоровья

5) диспансерное наблюдение

6) профилактика НИЗ в медицинских организациях

11. Доля влияния образа жизни на состояние здоровья населения находится в пределах

1) 15-20%

2) 20-25%

- 3) 55-65%
- 4) 70-75%

12. Доля влияния факторов внешней среды на состояние здоровья населения находится в пределах

- 1) 15-20%
- 2) 20-25%
- 3) 55-65%
- 4) 70-75%

13. Доля влияния наследственно-биологических факторов на состояние здоровья населения находится в пределах

- 1) 15-20%
- 2) 20-25%
- 3) 55-65%
- 4) 70-75%

14. Доля влияния факторов системы и служб здравоохранения на состояние здоровья населения находится в пределах

- 1) 70-75%
- 2) 55-65%
- 3) 20-25%
- 4) 10-15%

15. Факторы образа жизни группируются

- 1) по характеру активности
- 2) по характеру влияния
- 3) по сфере активности
- 4) по виду (форме) активности

16. Различают два направления медицинской профилактики

- 1) индивидуальная
- 2) групповая
- 3) массовая
- 4) общественная

17. При проведении работы по формированию здорового образа жизни используются методы

- 1) устный
- 2) фантомный
- 3) печатный
- 4) наглядный
- 5) комбинированный
- 6) системный

18. В основе формирования здорового образа жизни лежат следующие принципы

- 1) государственный характер
- 2) научность
- 3) компетентность
- 4) массовость
- 5) доступность

- 6) целенаправленность
- 7) оптимистичность
- 8) актуальность

19. Устный метод формирования здорового образа жизни включает следующие формы

- 1) лекция, беседа, вечер «вопросов и ответов»
- 2) деловая игра, дискуссия, семинар
- 3) конференция, круглый стол, викторина
- 4) брифинг

20. Печатный метод формирования здорового образа жизни включает следующие формы

- 1) книга, журнал, брошюра
- 2) памятка, листовка, лозунг
- 3) прайс-лист
- 4) стенная газета, буклет, бюллетень

21. Наглядный метод формирования здорового образа жизни включает следующие формы

- 1) плакат, макет, муляж
- 2) таблица, график, рисунок
- 3) модель, скульптура, чучело
- 4) стенная газета
- 5) диапозитив, выставка

22. Комбинированный метод формирования здорового образа жизни включает следующие формы

- 1) кинофильм
- 2) телевизионная программа
- 3) театральная постановка
- 4) эстрадный номер
- 5) Интернет
- 6) викторина

23. Лекция и беседа относятся

- 1) к устному методу формирования здорового образа жизни
- 2) к наглядному методу формирования здорового образа жизни
- 3) к печатному методу формирования здорового образа жизни
- 4) к комбинированному методу формирования здорового образа жизни

24. Стенная газета, буклет, бюллетень относятся

- 1) к наглядному методу формирования здорового образа жизни
- 2) к устному методу формирования здорового образа жизни
- 3) к печатному методу формирования здорового образа жизни
- 4) к комбинированному методу формирования здорового образа жизни

25. Плакат, макет, муляж относятся

- 1) к устному методу формирования здорового образа жизни
- 2) к наглядному методу формирования здорового образа жизни
- 3) к печатному методу формирования здорового образа жизни

- 4) к комбинированному методу формирования здорового образа жизни
26. Кинофильм и Интернет относятся
- 1) к устному методу формирования здорового образа жизни
 - 2) к наглядному методу формирования здорового образа жизни
 - 3) к печатному методу формирования здорового образа жизни
 - 4) к комбинированному методу формирования здорового образа жизни
27. Для врача основной формой формирования здорового образа является
- 1) беседа
 - 2) лекция
 - 3) санбюллетень
 - 4) конференция
28. Для медицинской сестры и фельдшера основной формой формирования здорового образа является
- 1) беседа
 - 2) лекция
 - 3) санбюллетень
 - 4) дискуссия
29. Первичным подразделением службы формирования здорового образа жизни являются
- 1) отделение (кабинет) профилактики
 - 2) отделение (кабинет) здоровья
 - 3) отделение (кабинет) формирования здорового образа жизни
 - 4) отделение (кабинет) первичной профилактики
30. На базе Центров медицинской профилактики и медицинских организаций создаются
- 1) Центры профилактики
 - 2) Центры здоровья
 - 3) Центры формирования здорового образа жизни
 - 4) Центры мониторинга здоровья
31. Организационно-методическое руководство деятельностью отделений (кабинетов) профилактики осуществляет
- 1) региональный Центр медицинской профилактики
 - 2) городской Центр медицинской профилактики
 - 3) Центр здоровья
 - 4) региональный Центр здорового образа жизни
32. По целевым группам выделяют следующие виды профилактики
- 1) индивидуальную (или личную)
 - 2) групповую
 - 3) популяционную
 - 4) общественную
33. Различают следующие виды профилактики
- 1) первичную, вторичную и третичную
 - 2) первичную и вторичную

- 3) первичную и индивидуальную
- 4) третичную и массовую

34. Скрининг (screening) – это

- 1) диагностика нераспознанного ранее у пациента заболевания путём гистологического исследования
- 2) диагностика ранее нераспознанного заболевания или фактора риска, которая может быть выполнена относительно быстро
- 3) диагностика осложнений основного заболевания
- 4) диагностика нераспознанного фактора риска, которая может быть выполнена в короткие сроки

35. Диспансерное наблюдение включает

- 1) активное выявление ранних форм заболеваний
- 2) профилактическое консультирование лиц с выявленными заболеваниями и факторами риска их развития
- 3) своевременное направление больных на лечение
- 4) систематическое наблюдение за состоянием здоровья больных
- 5) профилактические мероприятия с целью предотвращения возникновения заболеваний или их развитие
- 6) осуществление социальных мероприятий

36. Диспансеризация включает

- 1) один этап
- 2) два этапа
- 3) три этапа
- 4) четыре этапа



Элементы здорового образа жизни

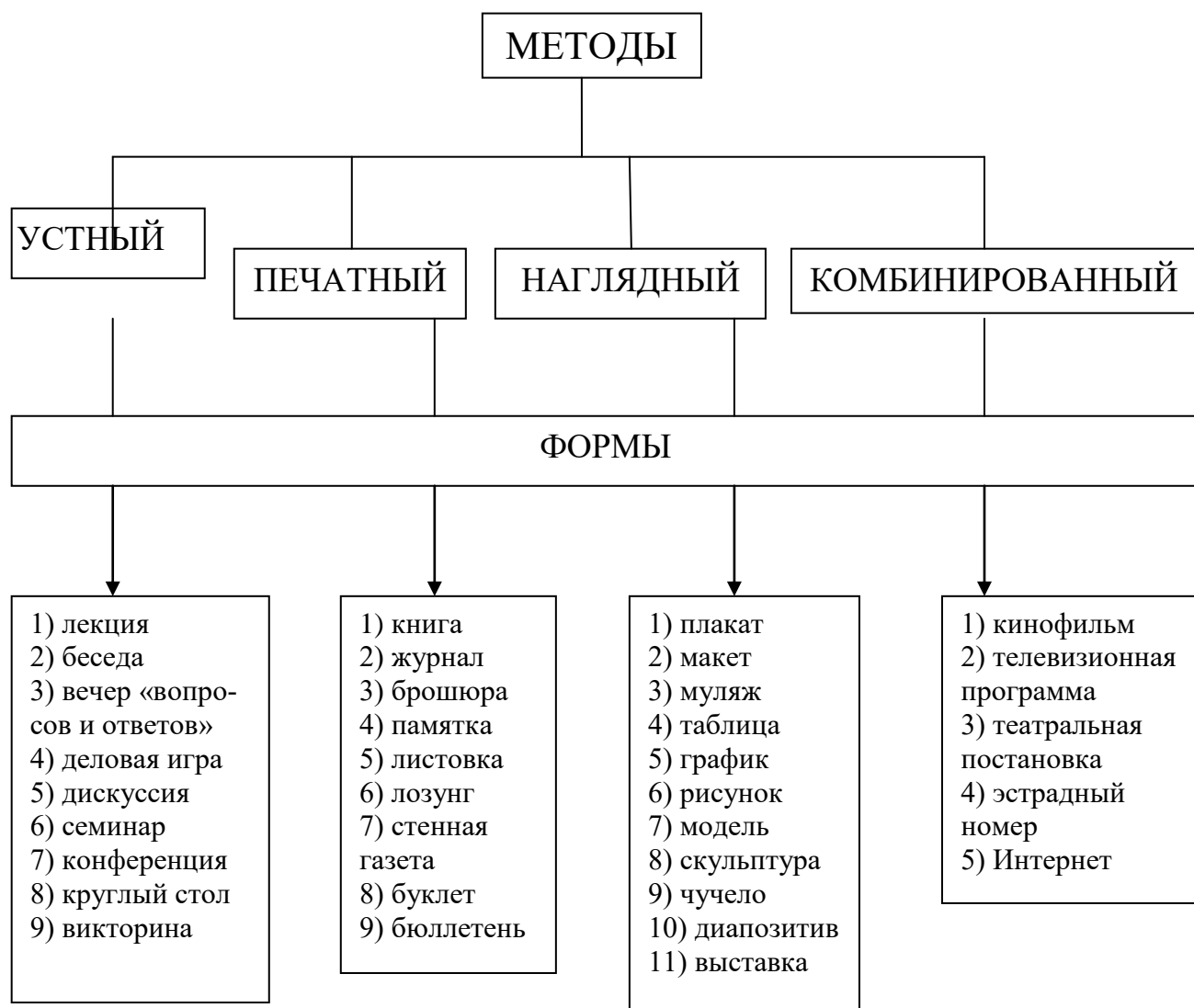


Формирование здорового образа жизни и профилактика неинфекционных заболеваний

Формирование здорового образа жизни на межведомственной основе



Методы и формы формирования здорового образа жизни



Рекомендации по составлению развёрнутого плана и конспекта (текста) лекции по формированию здорового образа жизни

Лекция (от лат. *Lectio* – чтение) – это систематизированное, последовательное изложение материала по какому-либо вопросу, теме, разделу или предмету посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция должна иметь:

- 1) чёткую структуру и логику раскрытия последовательно излагаемых вопросов;
- 2) необходимую идейно-теоретическую направленность, твёрдый теоретический и методический «стержень», важную проблему;
- 3) законченный характер освещения определённой темы (проблемы), тесную увязку с фактическим материалом.

При подготовке лекции необходимо учитывать следующие требования:

- 1) правильный выбор темы, что зависит от аудитории (взрослые, женщины, подростки, дети и другие контингенты слушателей) и места проведения (поликлиника или стационар городской больницы, женская консультация родильного дома, диспансер, стоматологическая поликлиника и др.);
- 2) научность – использование современных научных данных;
- 3) использование статистических показателей о заболеваемости, рождаемости, смертности и др., характерных для данного региона в сравнении с таковыми по стране в целом, федеральному округу и др.;
- 4) наглядность – демонстрация аудиовизуальных материалов, макетов, моделей и др.
- 5) основное внимание уделять профилактике заболевания;
- 6) меньшую часть времени уделять симптомам заболевания (излишняя подробность о симптомах заболевания может привести к ятрогении и самолечению);
- 7) меньше демонстрировать патолого-анатомический материал, который у слушателей может вызвать отрицательные эмоции;
- 8) при составлении лекции не использовать медицинские (или анатомические) термины на латинском языке, сокращения и речевые штампы.

Лекция должна излагаться чётким и ясным языком.

Тема и название лекции определяются после того, как получены сведения о составе аудитории (пол, возраст, профессиональная принадлежность и др.), а также составляется развёрнутый план лекции.

Развёрнутый план лекции – это перечень вопросов (разделов), которые будут рассмотрены в лекции в порядке её изложения, с указанием времени на их освещение. Он составляется после изучения литературы по теме лекции и позволяет лектору чётко и последовательно изложить материал.

После составления развёрнутого плана лекции пишется конспект (текст) лекции.

При составлении конспекта (текста) лекции необходимо придерживаться следующих правил:

- а) конспект целесообразно составлять на отдельных листах с одной его стороны;
- б) каждый раздел лекции необходимо писать с новой («красной») строки с обозначением его названия;
- в) фактические цифровые данные и цитаты вписываются в текст;
- г) при использовании наглядных аудиовизуальных материалов, макетов, моделей и др. в тексте делается соответствующая пометка;
- д) в конце лекции указывается литература, использованная при подготовке лекции, в соответствии с ГОСТ Р 7.0.100 – 2018.

Лекция структурно состоит из трёх частей: введения, основной части и заключения.

Введение определяет тему, план и цель лекции. Оно призвано заинтересовать и настроить аудиторию, в нём излагается предмет лекции и её актуальность, основная идея и её основные вопросы. Введение должно быть кратким, целенаправленным и занимать не более 5 минут.

В *основной части* лекции последовательно излагаются все вопросы в соответствии с планом, при этом используются различные доказательства правильности излагаемого материала, которые иллюстрируются примерами, цифровыми данными, наглядными пособиями. Каждый раздел основной части лекции целесообразно заканчивать краткими выводами, логически подводящими слушателей к следующему вопросу лекции. На основную часть выделяется 30 минут, при этом **большая часть времени отводится вопросам профилактики.**

Заключение подводит итог лекции, обобщает в кратких формулировках основные положения лекции, логически завершает её, делая научно-теоретические выводы. Оно помогает осмыслить всю лекцию, отчётливее выделить её основную идею, показать главное, в целях которого, в сущности, читалась лекция. Заключение занимает не более 5 минут.

Общая продолжительность лекции 40 минут.

Темы лекций по формированию здорового образа жизни

1. Образ жизни человека и его здоровье.
2. Факторы риска в возникновении неинфекционных заболеваний.
3. Инфекции, передающиеся половым путём, и их профилактика.
4. Профилактика ВИЧ/СПИДа.
5. Туберкулёз и его профилактика.
6. Контрацепция и профилактика абортов.
7. Профилактика клещевого энцефалита.
8. Профилактика вирусных гепатитов.
9. Физкультура и спорт как элементы здорового образа жизни.
10. Рациональное и сбалансированное питание как элемент здорового образа жизни.
11. Наркомании и их профилактика.
12. Алкоголизм и его профилактика.
13. Детский и подростковый алкоголизм и его профилактика.
14. Женский алкоголизм и его профилактика.
15. Табакокурение и его влияние на здоровье человека.
16. Профилактика гриппа и его осложнений.
17. Артериальная гипертензия как фактор риска развития заболеваний системы кровообращения и её профилактика.
18. Стресс и здоровье. Саморегуляция.
19. Здоровый образ жизни – залог здоровья.
20. Аборт и его последствия.
21. Язвенная болезнь желудка и её последствия.
22. Рахит и его профилактика.
23. Сахарный диабет и его профилактика.
24. Факторы риска при злокачественных новообразованиях и их профилактика.
25. Болезни пародонта и их профилактика.
26. Кариес зубов у детей и его профилактика.
27. Кариес зубов у взрослых и его профилактика.
28. Заболевания полости рта и их профилактика.
29. Болезни органов дыхания и их профилактика.
30. Витамины и их значение для здоровья человека.
31. Формирование здоровья будущих родителей как фактор пренатальной охраны детей.
32. Атеросклероз, факторы риска, профилактика.
33. Профилактика психо-эмоционального перенапряжения.
34. Болезни органов пищеварения и их профилактика.
35. Производственный травматизм и его профилактика.
36. Детский травматизм и его профилактика.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

**Кафедра основ общественного здоровья, здравоохранения и
истории медицины**

Лекция
(название темы)

Выполнил(а):
студент(ка) _____ группы,
обучающийся(аяся) по специальности

(лечебное дело, стоматология, педиатрия)

(ФИО)

Преподаватель: _____
(ФИО)

Тверь 20 ____

Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины
Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения

(название дисциплины, модуля, практики)

№ п\п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1.	202. Кабинет общественного здоровья и здравоохранения	Письменный стол, учебные столы, стулья, меловая доска, магнитно-маркерная доска, наборы учебных плакатов. Компьютеры с выходом в Internet.
2.	203. Кабинет общественного здоровья и здравоохранения	Письменный стол, учебные столы, стулья, меловая доска, наборы учебных плакатов и стендов
3.	204. Кабинет общественного здоровья и здравоохранения	Письменный стол, учебные столы, стулья, меловая доска, наборы учебных плакатов и стендов
4.	205. Кабинет истории медицины и фармации	Письменный стол, учебные столы, стулья, меловая доска, наборы учебных плакатов и стендов

**IX. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины.
Приложении № 4**

**Лист регистрации изменений и дополнений на _____ учебный год
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)**

(название дисциплины, модуля, практики)

для студентов _____ курса,

специальность: _____
(название специальности)

форма обучения: очная/заочная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на
заседании кафедры « _____ » _____ 202__ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ (ФИО)
подпись

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий