

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

учебник

под редакцией Г. Н. Царик

2012

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Кемеровская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кемеровский институт социально-экономических проблем
здравоохранения

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УЧЕБНИК

Под редакцией профессора Г.Н. Царик

Рекомендуется Учебно-методическим объединением по медицинско-
му и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учеб-
ника для обучающихся в медицинских вузах

Кемерово

2012

УДК 614.2(075.8)
ББК 51.1я7
Ц186

Рецензенты:

Д.Г. Данцигер, зав. кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья Новокузнецкого института усовершенствования врачей, д.м.н., проф.;

И.П. Артюхов, зав. кафедрой управления, экономики здравоохранения и фармации института последипломного образования Красноярского медицинского университета, д.м.н., проф.

Под редакцией проф. Г.Н. Царик

Царик Г.Н., Ивойлов В.М., Богомолова Н.Д., Грачева Т.Ю., Цитко Е.А., Штернис Т.А., Полянская И.А., Сергеев А.С., Цой В.К., Тё Е.А., Тё И.А., Шпилянский Э.М., Савина Г.С., Рытенкова О.Л., Пачгин И.В., Друшляк И.А. Мурзинцева С.И.

Общественное здоровье и здравоохранение : учебник для интернов, ординаторов, слушателей циклов первичной переподготовки специалистов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» – Кемерово, 2012. – 911 с. – ил.

ISBN 978-5-86338-033-9

Учебник содержит информацию о теоретических основах дисциплины, статистике и организации статистического исследования, доказательной медицине, общественном здоровье населения и факторах его определяющих, организации медицинской помощи населению, управлении здравоохранением, ресурсном обеспечении отрасли, экономике здравоохранения, управлении обеспечением качества медицинской помощи, обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защите прав потребителей, экспертизе трудоспособности, правовых вопросах отечественного здравоохранения, основах страхования, здравоохранении за рубежом, управлении персоналом, теоретических основах конфликтологии, делопроизводстве в медицинских организациях.

Учебник соответствует Государственному образовательному стандарту (2011), учебной программе по дисциплине, унифицированной программе последипломного обучения врачей по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» (2004).

Учебник предназначен интернам, ординаторам, слушателям циклов первичной переподготовки специалистов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».

УДК 614.2(075.8)
ББК 51.1я7

© ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России, 2012
© НОУ ДПО КИНСЭПЗ, 2012

ISBN 978-5-86338-033-9

ОГЛАВЛЕНИЕ

ГЛАВА 1	ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИСЦИПЛИНЫ. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	8
	1.1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания	8
	1.2. Методология и методы изучения общественного здоровья и здравоохранения	12
	1.3. Исторические этапы формирования науки и учебной дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение»	16
	1.4. Этапы развития здравоохранения в России	18
	1.5. Врачебная этика и медицинская деонтология	22
ГЛАВА 2	ОСНОВЫ СТАТИСТИКИ И ОРГАНИЗАЦИИ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	31
	2.1. Статистика как самостоятельная общественная наука	31
	2.2. Теоретические основы медико-биологической статистики	32
	2.3. Распределение признака в статистической совокупности	36
	2.4. Подготовка и проведение научного исследования	41
	2.5. Доверительные интервалы, доверительная вероятность, уровень статистической значимости	60
	2.6. Описание качественных признаков	62
	2.7. Описание количественных признаков	69
	2.8. Аналитическая статистика	76
	2.9. Решение проблемы множественных сравнений ...	90
	2.10. Динамические ряды	91
	2.11. Графическое изображение	96
	2.12. Стандартизация	100
	2.13. Корреляция и ассоциация	107
	2.14. Регрессионный анализ	114
ГЛАВА 3	ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И ФАКТОРЫ ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ	127
	3.1. Здоровье населения. Социальная обусловленность здоровья	127
	3.2. Демография. Медико-социальные аспекты	132
	3.3. Заболеваемость населения	154
	3.4. Инвалидность	168
	3.5. Физическое развитие	170
ГЛАВА 4	ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	180

4.1. Организационная структура системы здравоохранения	180
4.2. Организация амбулаторно-поликлинической помощи	182
4.3. Организация больничной (стационарной) медицинской помощи	194
4.4. Особенности организации медицинской помощи жителям сельских районов	199
4.5. Основные принципы и организация работы специализированных лечебно-профилактических учреждений	203
4.5.1. Организация работы кардиологического диспансера	205
4.5.2. Организация работы онкологического диспансера	215
4.5.3. Организация работы противотуберкулезного диспансера	225
4.5.4. Организация работы кожно-венерологического диспансера	231
4.5.5. Организация работы психоневрологического диспансера	236
4.5.6. Организация работы врачебно-физкультурного диспансера	249
4.6. Организация стоматологической помощи	253
4.7. Реабилитационная медицинская помощь	297
4.8. Организация санаторно-курортной помощи	303
4.9. Организация оказания скорой медицинской помощи	316
4.10. Организация службы крови	331
4.11. Особенности организации медицинской помощи женщинам и детям	353
4.12. Медико-социальная помощь семьям группы риска	372
4.13. Организация медицинской помощи работникам общественного производства	394
4.14. Традиционная медицина и ее связь с официальной медициной	404
4.15. Перспективные технологии оптимизации систем здравоохранения	409
4.16. Общие вопросы медицинской профилактики	421
4.17. Программа модернизации отечественного здравоохранения	428

ГЛАВА 5	ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ ...	474
	5.1. Управление здравоохранением в период плановой экономики (бюджетной модели финансирования)....	478
	5.2. Принципиальные аспекты управления здравоохранением в условиях нового хозяйственного механизма	484
	5.3. Управление здравоохранением в период становления рыночной экономики.....	490
ГЛАВА 6	ФИНАНСИРОВАНИЕ И ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	569
	6.1. Основные источники финансирования здравоохранения	569
	6.2. Бюджетная система Российской Федерации	569
	6.3. Финансирование здравоохранения в условиях нового хозяйственного механизма	583
	6.4. Финансирование здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования	585
	6.5. Внебюджетные источники финансирования	587
	6.6. Финансирование казенных, бюджетных и автономных учреждений	588
	6.7. Способы оплаты медицинских услуг в здравоохранении	592
	6.8. Финансовый менеджмент и его роль в использовании финансовых ресурсов системы здравоохранения	602
ГЛАВА 7	ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	618
	7.1. Здравоохранение как отрасль экономики	618
	7.2. Ценообразование в здравоохранении	623
	7.3. Оплата труда медицинских работников	637
	7.4. Налоги и сборы	642
ГЛАВА 8	УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ И АККРЕДИТАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	661
	8.1. Актуальность проблемы повышения качества медицинской помощи	661
	8.2. Теория управления процессом повышения качества.....	663
	8.3. Отечественный опыт решения проблемы повышения качества медицинских услуг.....	672
	8.4. Лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности.....	706
	8.5. Система аккредитации.....	709
ГЛАВА 9	ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ	714

	9.1. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения – основные понятия и определения	714
	9.2. Правовые основы деятельности службы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей.....	716
	9.3. Принципиальные аспекты организации деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека .	719
	9.4. Организация работы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в субъектах Российской Федерации	726
ГЛАВА 10	ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ И СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ....	737
	10.1. Организация и порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности.....	737
	10.2. Экспертиза стойкой утраты трудоспособности..	756
ГЛАВА 11	МЕЖДУНАРОДНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: СИСТЕМЫ И ОПЫТ	769
	11.1. Системы здравоохранения в мире	769
	11.2. Всемирная организация здравоохранения	772
	11.3. Медицинские ассоциации	777
ГЛАВА 12	КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА И СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	790
	12.1. Функции и методы управления персоналом	790
	12.2. Роль руководителя в системе управления	794
	12.3. Стиль руководства	797
	12.4. Роли и типы лидеров в трудовом коллективе ...	800
ГЛАВА 13	СУЩНОСТЬ, ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ КОНФЛИКТОВ. УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИЕЙ.....	803
	13.1. Определение и структура конфликта	803
	13.2. Стадии развития конфликта	807
	13.3. Классификация конфликтов	811
	13.4. Функции конфликта и особенности их реализации в коллективе	814
	13.5. Методы управления конфликтами. Поведение участников в конфликте	818
ГЛАВА 14	ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	823
	14.1. Правовые основы охраны здоровья	823
	14.2. Ответственность медицинских учреждений и работников за нарушение норм права в области охраны здоровья	831

ГЛАВА 15	ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	838
	15.1. Характеристика лекарственной помощи	838
	15.2. Основные принципы управления оборотом лекарственных средств	839
	15.3. Законодательные основы обеспечения лекарственной помощи	839
	15.4. Концепция фармацевтической помощи.....	841
	15.5. Государственные гарантии качества, эффективности и безопасности лекарственных средств.....	847
	15.6. Маркировка и упаковка лекарственных средств.....	849
	15.7. Государственная регистрация лекарственных средств.....	851
	15.8. Производство и изготовление лекарственных средств.....	851
	15.9. Оптовая и розничная торговля лекарственными средствами.....	853
	15.10. Хранение и уничтожение лекарственных средств	857
	15.11. Ценообразование на лекарственные средства.....	858
	15.12. Организация оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, являющихся лекарственными средствами.....	859
	15.13. Организация оборота сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств.....	863
	15.14. Биологически активные добавки.....	864
	15.15. Мониторинг безопасности лекарственных препаратов.....	865
	15.16. Государственный контроль деятельности в сфере обращения лекарственных средств	866
ГЛАВА 16	ДЕЛОПРОИЗВОДСТВО.....	873
	16.1. Делопроизводство, его законодательное и нормативно-методическое регулирование.....	873
	16.2. Документирование управленческой деятельности.....	875
	16.3. Документооборот в сфере управления здравоохранением	882
	16.4. Особенности работы с кадровыми документами.....	887
	16.5. Современное деловое письмо.....	892
	16.6. Документирование деятельности медицинских организаций	898
	16.7. Электронный документооборот	905

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИСЦИПЛИНЫ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1.1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания

Охрана здоровья населения в каждой стране определяется положением и развитием общественного здоровья и здравоохранения как научной дисциплины. Конкретное содержание любого курса по «Общественному здоровью и здравоохранению» изменяется в зависимости от национальных условий и нужд, а также от дифференциации, достигнутой различными медицинскими науками.

С точки зрения общей классификации наук «Общественное здоровье и здравоохранение» находится на грани между естествознанием и общественными науками.

В соответствии с классификацией медицинских наук (о природе, восстановлении и укреплении здоровья человека, отдельных групп и общества) общественное здоровье стремится заполнить разрыв между двумя основными группами клинических (лечебных) и профилактических (гигиенических) наук, который сложился в результате развития медицины. Она играет синтезирующую роль, развивая объединяющие принципы мышления и исследования обоих направлений медицинской науки и практики.

Общественное здоровье и здравоохранение дают обобщающую картину состояния и динамики здоровья, воспроизводства населения и определяющих факторов. Такую обобщающую картину не может дать ни одна клиническая или гигиеническая дисциплина. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, должна органически сочетать конкретный анализ практических проблем охраны здоровья с исследованиями закономерностей общественного развития, с проблемами народного хозяйства и культуры. Поэтому только в рамках дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» можно создать научную организацию и научное планирование охраны здоровья населения.

«Общественное здоровье и здравоохранение», как предмет преподавания, способствует повышению качества подготовки специалистов с высшим медицинским образованием, формированию умений и навыков постановки диагноза, определению тактики лечения пациентов, организации деятельности по обеспечению высокого уровня медицинского обслуживания.

В процессе развития дисциплина меняла свое название. До 1999 года использовалось наименование «Социальная гигиена и организация здравоохранения». По мнению академика Ю.П. Лисицына, термин «социальная гигиена» неточно и неполно характеризует

ГЛАВА 2 ОСНОВЫ СТАТИСТИКИ И ОРГАНИЗАЦИИ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Статистика как самостоятельная общественная наука

Современный этап общественного развития характеризуется широким использованием статистики в различных областях науки, культуры, образования, промышленного и сельскохозяйственного производства, строительства. Трудно определить сферу человеческой деятельности, где бы ни применялась статистика. Это в полной мере относится к медицине, биологии и здравоохранению.

Статистика – самостоятельная общественная наука, изучающая количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественной стороной.

Статистику принято считать мощным орудием социального познания. Используя результаты количественных измерений изучаемых явлений, статистика позволяет определить причинно-следственные связи и устанавливать складывающиеся на различных этапах общественного развития закономерности. Количественные изменения, накапливаясь, способны вызвать коренные качественные изменения, вследствие чего старое качество исчезает и возникает новое.

При изучении возрастного состава населения страны, определяется доля, которую занимает каждый возраст в общей численности населения, т.е. дается количественная характеристика его возрастной структуры. Выявляются и качественные особенности состава населения – удельный вес граждан, достигших трудоспособного возраста, численность населения в школьном возрасте, количество дошкольников и т.д. Таким образом, при исследовании количественной стороны явлений, углубляются знания о свойствах исследуемого явления, составляющих его качество.

Медико-биологическая статистика представляет одну из отраслей статистики и включает следующие разделы:

- теоретические и методологические основы;
- статистика общественного здоровья;
- статистика здравоохранения;
- статистика научно-практических исследований.

Применительно к медицине, биологии, здравоохранению предметом статистики являются:

- теоретические и методологические основы;
- количественная характеристика общественного здоровья и здравоохранения;

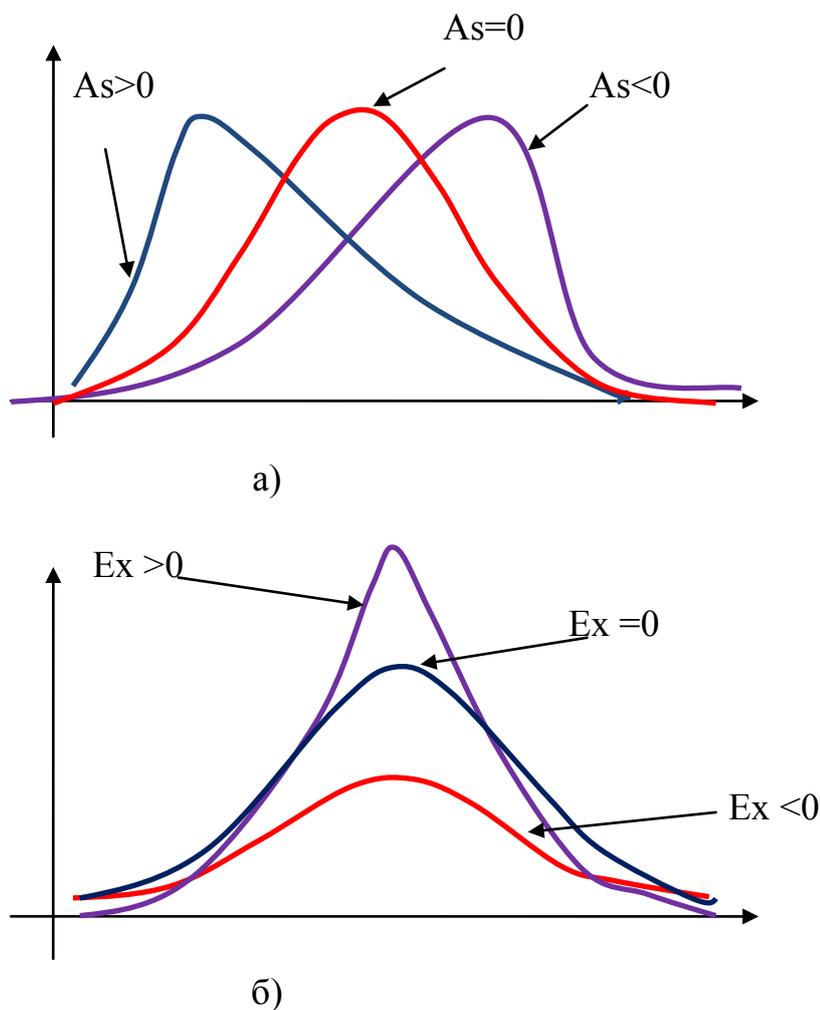


Рисунок 2.2 – Определение характера распределения признака с помощью коэффициентов эксцесса и асимметрии

В эпоху компьютерных технологий рассчитать эти коэффициенты не сложная задача. В доступной для любого пользователя программе Microsoft Office Excel имеется встроенная опция «Анализ данных», которая позволяет получить значения описательной статистики (рис. 2.3).

С целью определения отличия изучаемого распределения от нормального с помощью коэффициентов асимметрии и эксцесса, применяют обычный в биометрии метод сравнения коэффициентов с их ошибками репрезентативности. Ошибки репрезентативности определяют по формулам:

$$mAs = \sqrt{\frac{6}{n}}; \quad tAs = \frac{As}{mAs} \geq 3$$

$$mEx = 2\sqrt{\frac{6}{n}}; \quad tEx = \frac{Ex}{mEx} \geq 3$$

Если показатели эксцесса и асимметрии превышают свою ошибку более чем в три раза, можно говорить об отличии эмпирических распределений от нормального.

	A	B	C	D	E	F	G
1	массив данных		Среднее	30,27380952			
2	11		Стандартная ошибка	1,024392494			
3	11		Медиана	34			
4	11		Мода	46			
5	11		Стандартное отклонен	13,27764425			
6	12		Дисперсия выборки	176,2958369			
7	12		Эксцесс	-1,529034158			
8	12		Асимметричность	-0,126608022			
9	13		Интервал	37			
10	13		Минимум	11			
11	14		Максимум	48			
12	14		Сумма	5086			
13	14		Счет	168			

Рисунок 2.3 – Модуль «Описательная статистика» в программе Microsoft Office Excel

С помощью программы STATISTICA можно оценить характер распределения признака несколькими способами: построить гистограмму распределения; наглядно оценить, насколько диаграмма близка к графику нормального распределения; проверить нулевую гипотезу о том, что эмпирическое распределение соответствует закону нормального распределения; альтернативную гипотезу о том, что эмпирическое распределение не соответствует закону нормального распределения.

Проверить гипотезы можно с помощью критериев:

- Колмогорова-Смирнова. Условие: среднее значение и среднее квадратическое отклонение признака известны заранее, а не вычисляются по выборке;
- Лиллиефорса. Условие: среднее значение и среднее квадратическое отклонение признака вычислены по выборке;
- Шапиро-Уилка. Условие: среднее значение и среднее квадратическое отклонение признака не известны. Этот критерий является наиболее мощным и самым «строгим» из перечисленных.

Если полученное значение p для используемого критерия больше критического уровня статистической значимости (0,05), то эмпирическое распределение приближенно считают нормальным.

Таблица 2.4 – Таблица числа наблюдений, необходимого для того, чтобы ошибка в 19 случаях из 20 не превысила заданного предела

При величине показателя, %	Предел ошибки, %						При величине показателя, %
	1	2	3	4	6	10	
1	400	100	45	26	17	5	99
2	800	200	90	50	32	9	98
3	1200	300	130	74	48	13	97
4	1300	400	120	100	62	16	98
5	1900	500	210	120	77	20	95
6	2300	600	250	140	90	24	94
7	2600	650	290	160	110	27	93
8	3000	740	330	190	120	30	92
9	3300	800	370	210	130	34	91
10	3600	900	400	230	150	37	90
15	5100	1300	570	320	210	52	85
20	6400	1600	710	400	260	65	80
25	7500	1900	830	470	300	76	75
30	8400	2100	930	530	340	85	70
35	9100	2300	1010	570	370	92	65
40	9600	2400	1070	600	390	97	60
45	9900	2500	1100	620	400	100	55
50	10000	2500	1110	630	400	100	50

Находим в таблице величину показателя в % (15-20). Предельная ошибка, которая нас устроит – 4%. На пересечении находим число наблюдений, необходимое для того, чтобы ошибка в 19 случаях из 20 не превысила заданного предела. Это число – 320-400 человек. Следовательно, объем наблюдения, равный 384 пациентам, является достаточным для получения статистически значимых результатов.

Необходимое число наблюдений для относительного показателя, полученного по выборке, можно определить при помощи преобразования формулы предельной ошибки выборки (Δ):

$$\Delta = \pm tm = \pm t \times \sqrt{\frac{p(100-p)}{n}}, \text{ где:}$$

t – доверительный коэффициент,

p – показатель,

n – число наблюдений.

Решая приведенное равенство относительно n , получаем формулу для определения необходимого числа наблюдений:

$$n = \frac{t^2 \times p \times (100 - p)}{\Delta^2}.$$

Используя данные рассмотренного ранее примера, проведем проверку достаточности объема наблюдений выборочной совокупности:

t – доверительный коэффициент при $p = 95,5\%$ равен 2, $p = 16,7$. $\Delta = 5\%$ (задает сам исследователь).

$$n = \frac{2^2 \times 16,7 \times (100 - 16,7)}{5^2} = 222.$$

Следовательно, необходимый объем наблюдений выборочной совокупности равен 222.

Необходимое число наблюдений для выборочного среднего можно определить при помощи преобразования формулы предельной ошибки выборки (Δ):

$$\Delta = \pm tm = \frac{t \times \sigma}{n},$$

где: t – доверительный коэффициент,
 m – ошибка средней арифметической,
 σ – среднее квадратическое отклонение
 n – число наблюдений.

Решая приведенное равенство относительно n , получим формулу для определения необходимого числа наблюдений:

$$n = \frac{t^2 \times \sigma^2}{\Delta^2}.$$

Проведем проверку достаточности объема наблюдений выборочной совокупности.

Пример. t – доверительный коэффициент при $p = 95,5\%$ равен 2, σ – составляет $\pm 1,8$ см; $\Delta = 0,5$ см (задает сам исследователь)

$$n = \frac{2^2 \times 1,8^2}{0,5^2} = 51,8 \approx 52$$

Самым распространенным видом диаграмм являются линейные, плоскостные, объемные и фигурные.

Для графического изображения интенсивных показателей (уровень рождаемости, смертности, естественного прироста населения и др.), показателей соотношения (обеспеченность населения больничными койками, врачами, средним медицинским персоналом и др.), динамики изучаемого явления используются линейные (графики, см. рис. 2.17), или столбиковые диаграммы (гистограммы, рис. 2.18).

Основой построения линейных диаграмм являются две взаимно перпендикулярные линии: горизонтальная (ось абсцисс) и вертикальная (ось ординат), на которых в соответствии с избранным масштабом откладывают изучаемое явление (ось ординат) и интервалы времени (ось абсцисс).

При построении столбиковых диаграмм (гистограмм) статистические данные изображаются согласно выбранному масштабу в виде столбиков одинаковой ширины, расположенных на горизонтальной линии и отличающихся друг от друга по высоте, последняя определяется величиной изучаемого явления (см. рис. 2.18).

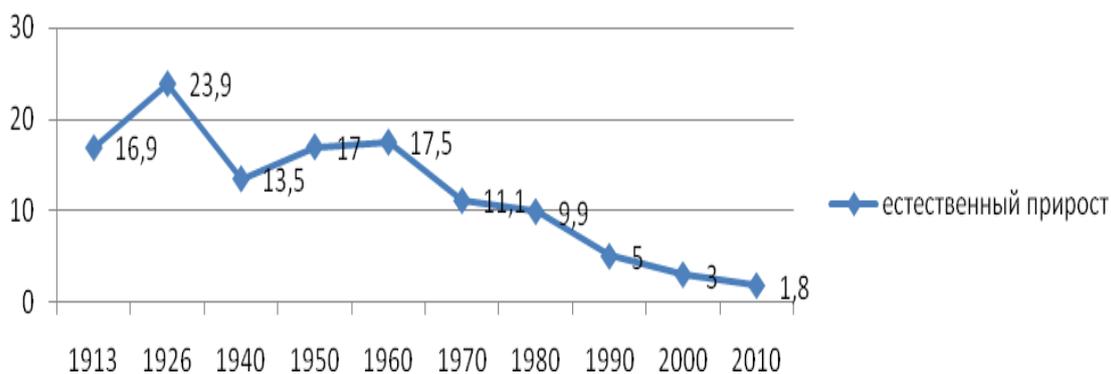


Рисунок 2.17 – Естественный прирост населения в городе К

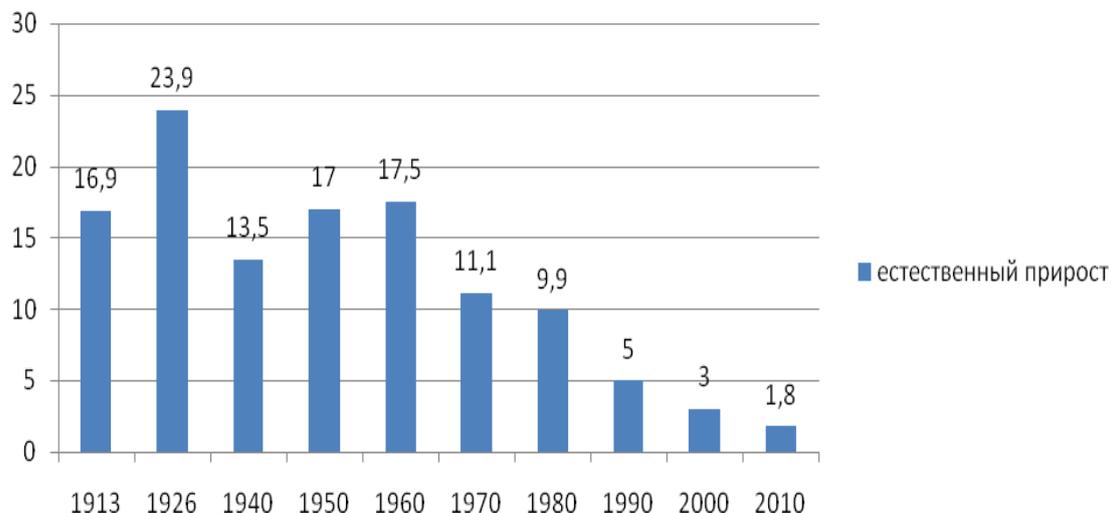


Рисунок 2.18 – Естественный прирост населения в городе К

ГЛАВА 3 ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И ФАКТОРЫ ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

3.1. Здоровье населения. Социальная обусловленность здоровья

Приоритетное направление социальной политики в области здравоохранения – охрана и укрепление здоровья населения, повышение его уровня.

Определение понятий здоровья и болезни остаются наиболее дискуссионными, так как нельзя говорить о здоровье и болезни вообще – необходимо говорить о здоровье и болезнях людей.

На сегодня существуют десятки определений этих понятий. Наиболее приемлемые приведены ниже.

Общественное здоровье – это здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием биологических и социальных факторов окружающей среды при определяющем значении общественно-политического и экономического строя и зависящих от него условий жизни общества (труд, быт, характер питания, отдых, уровень образования и культуры, здравоохранение).

Наука, которая занимается изучением общественного здоровья, называется санологией.

Наряду с понятием общественного здоровья существует определение здоровья человека как индивидуума. По определению ВОЗ, *здоровье человека – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, когда органы и системы организма человека уравновешены с природной и социальной средой, отсутствуют какие-либо заболевания, болезненные состояния и физические дефекты.*

Здоровье – это состояние, позволяющее человеку вести нетесненную в своей свободе жизнь, полноценно выполнять свойственные человеку функции, вести здоровый образ жизни, т.е. иметь душевное, физическое, материальное и социальное благополучие.

Основываясь на понимании соотношения социального и биологического, специалисты в области социальной медицины дают следующее определение здоровья и болезни.

Здоровье человека – это гармоничное единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными (генетическими) и приобретенными (биологическими, экологическими и социальными) воздействиями. Болезнь – нарушение этой гармонии, этого единства.

Существует множество концепций здоровья. Согласно одной из них, здоровье считают вопросом личного, а не социального характера. Поэтому основным направлением в области охраны здоровья являются

ГЛАВА 4

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

4.1. Организационная структура системы здравоохранения

Здравоохранение – деятельность, направленная на укрепление и сохранение здоровья населения, оказание медицинской и лекарственной помощи, проведение государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Система здравоохранения – это совокупность организаций, учреждений, предприятий, ассоциаций, научных обществ, специалистов и иных хозяйственных субъектов, вне зависимости от их ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы деятельности, призванных сохранять и укреплять здоровье граждан, оказывать медицинскую и лекарственную помощь, осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

По мнению ВОЗ, к основным критериям оценки результатов деятельности системы здравоохранения относятся:

1. Состояние здоровья населения (ожидаемая продолжительность жизни, смертность, инвалидность и др.).
2. Образ жизни населения: распространенность табакокурения, алкоголизма, ожирения и др.
3. Степень удовлетворения обоснованных нужд населения: уважение базовых прав человека, самостоятельность гражданина в принятии решения, право на конфиденциальность, ориентированность системы на пациента.
4. Справедливость в оплате медицинской помощи и равенство в доступности медицинской помощи (оплата основана на доходах, а не на рисках развития заболевания).

Системы здравоохранения создаются именно для того, чтобы обеспечивать улучшение этих показателей, то есть главная цель здравоохранения — способствовать улучшению здоровья населения.

Для характеристики системы здравоохранения Ю.П. Лисицын предлагает использовать структуру (составные элементы системы), тип связей между элементами системы и функции, которые выполняют различные элементы системы для достижения целей, поставленных перед здравоохранением.

Структура системы здравоохранения в зависимости от форм собственности организаций, входящих в ее состав, может состоять из государственного, муниципального и частного секторов системы здравоохранения.

больных. Этот показатель рассчитывается как число диспансерных больных всеми формами активного туберкулеза на 100 тыс. населения:

$$\text{Контингент больных всеми формами активного туберкулеза} = \frac{\text{Число больных всеми формами активного туберкулеза, находящихся под диспансерным наблюдением, на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100000$$

Показатель контингента больных бациллярными формами туберкулеза характеризует уровень эпидемической опасности для населения и рассчитывается как число больных бациллярным туберкулезом, состоящих на диспансерном учете, на 100 тыс. населения:

$$\text{Контингент больных бациллярными формами туберкулеза} = \frac{\text{Число больных бациллярным туберкулезом, состоящих под диспансерным наблюдением, на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100000$$

Показатель первичной заболеваемости всеми формами активного туберкулеза характеризует оперативную эпидемическую ситуацию по туберкулезу и рассчитывается как число заболеваний всеми формами активного туберкулеза, выявленных впервые в жизни в данном году, на 100 тыс. населения:

$$\text{Первичная заболеваемость всеми формами активного туберкулеза} = \frac{\text{Число заболеваний всеми формами активного туберкулеза, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100000$$

Показатель частоты выявления больных всеми формами активного туберкулеза при медицинских осмотрах характеризует эффективность проводимых целевых (скрининговых) осмотров населения на туберкулез флюорографическим методом и рассчитывается как число больных активным туберкулезом, выявленных при медицинских осмотрах, на 1000 осмотренных лиц:

$$\text{Частота выявления больных всеми формами активного туберкулеза при медицинских осмотрах} = \frac{\text{Число больных всеми формами активного туберкулеза, выявленных при медицинских осмотрах}}{\text{Общее число осмотренных лиц}} \times 1000$$

Индикаторы совершенствования оказания медицинской помощи больным кардиологического профиля

Наименование индикатора	Единица измерения
Количество коек интенсивного лечения в кардиологических отделениях в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения	Количество (единиц на 10 тыс. человек населения) и доля (%) в структуре коечного фонда кардиологических отделений
Количество коек долечивания и восстановительного лечения пациентов кардиологического профиля в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения	Количество (единиц на 10 тыс. человек населения) и доля (%) в структуре коечного фонда кардиологических отделений
Количество коек кардиологического профиля в межмуниципальных специализированных центрах	Количество (единиц на 10 тыс. человек населения) и доля (%) в структуре коечного фонда межмуниципальных специализированных центров
Количество коек по профилю «сердечнососудистая хирургия» в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения	Количество (единиц на 10 тыс. человек населения) и доля (%) в общей структуре коечного фонда
Количество коек в кардиологических отделениях государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, полностью укомплектованных в соответствии со штатными нормативами и стандартами оснащения	Количество и доля (%) в структуре коечного фонда кардиологических отделений
Количество коек по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения, полностью укомплектованных в соответствии со штатными нормативами и стандартами оснащения	Количество и доля (%) в структуре коечного фонда кардиологических отделений
Количество пациентов кардиологического профиля, нуждающихся в плановой госпитализации	Количество пациентов и доля (%) от общего числа пациентов кардиологического профиля, состоящих на диспансерном учете

ГЛАВА 5 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ

Основу управленческой деятельности составляют способы воздействия управляющих на объекты управления. В странах с рыночной экономикой они получили широкое развитие, что нашло свое отражение в названиях исторических этапов эволюции процесса управления.

Первый этап – «классическое управление» – относится к концу XIX – началу XX веков. Он сформировал функциональное управление, была разработана специализация управленческой деятельности, системы контроля, хронометраж и эргономика, теория администрирования. Ее представители – А. Файоль, Ф. Тейлор и др.

В 30-е годы XX столетия происходило интенсивное изучение воздействия производственной среды на поведение работников, их мотивацию. Яркие представители этого направления – Ф. Ротлишбергер, Э. Мэйо, Ю. Макгрегор и др.

В 60-е годы прошлого века наступил этап внедрения кибернетики в управление и использование разработанных в ней теорий, в первую очередь теории информатики, алгоритмов и принятия решения, а также построения математических моделей. В этот период получил развитие целевой подход в управлении, который во главу деятельности учреждения поставил не само выполнение функций – производственных процессов, а достижение целей, которые ставились каждому уровню в системе. Это существенно повлияло на переориентацию интересов учреждений на потребителя. Внутри учреждения изменило характер взаимоотношений между руководством и исполнителями в сторону большего интереса руководителей к нуждам и потребностям работников.

В настоящее время управление переживает период ситуационного подхода, что вызвано нарастающим динамизмом изменений в обществе. Растущая борьба граждан за свои права привела к увеличению социальной ответственности менеджмента, т.е. большего привлечения рыночных структур к решению социальных вопросов. Приоритетное развитие получили и информационные системы, обеспечивающие взаимосвязи между всеми заинтересованными сторонами.

Для характеристики процессов управления чаще всего используются такие определения и понятия, как «управление», «менеджмент», «маркетинг» и др. На сегодняшний день существует более 2000 определений названных понятий.

Управление – это целенаправленный поступательный процесс, обеспечивающий эффективное функционирование и развитие системы в конкретных условиях с учетом имеющихся ресурсов.

Система – совокупность (последовательность) функций или процедур (компонентов) организаций или учреждений, объединенных

$$\Pi = A \times K_{\text{п}} + Д + \text{Пр},$$

где:

Π – число врачебных посещений на 1000 населения;

A – заболеваемость (обращаемость на 1000 населения);

$K_{\text{п}}$ – коэффициент повторности посещений с лечебной целью на одно заболевание по данной специальности;

$Д$ – число диспансерных посещений в связи с заболеваемостью;

Пр – число посещений по профилактическому обслуживанию, зависящее от численности рабочих промышленных предприятий, работающих подростков и других контингентов здорового населения, подлежащего профилактическим осмотрам.

Потребность населения в стационарной помощи в целом и по отдельным специальностям определяется по формуле:

$$K = \frac{A \times P \times R}{D \times 100},$$

где:

K – необходимое количество среднегодовых коек на 1000 населения;

A – уровень обращаемости (заболеваемости) на 1000 населения;

P – количество госпитализированных от числа обратившихся (в %);

R – средняя продолжительность пребывания больного на койке;

D – среднегодовая занятость койки.

Таким образом, величина потребности в коечном фонде прямо пропорциональна среднему числу дней пребывания больного на койке и обратно пропорциональна среднему числу дней использования койки в году.

Помимо перечисленных нормативов устанавливаются нормативы медицинского и специального оборудования, мягкого инвентаря и т.д. Особое место отводится финансовым нормативам, обеспечивающим деятельность учреждений здравоохранения с учетом статей расходов.

Для определения потребности во врачебных кадрах необходимо рассчитать функцию врачебной должности, которая соответствует количеству посещений, обслуживаемых врачом в течение года, и вычисляется по формуле:

$$\Phi = B \times C \times Г,$$

где:

Φ – функция врачебной должности по определенной специальности;

способствовать достижению цели, стоящей перед организацией. Маркетинг – это управление спросом.



Рисунок 5.1 – Характеристика задач менеджмента

Управление спросом и определение типа маркетинга осуществляется с учетом ситуаций, представленных в таблице 5.3.

Основные концепции маркетинга предусматривают совершенствование производства и товаров (услуг); интенсификацию коммерческих усилий; социально-этическое благополучие потребителя и общества в целом.

Концепция маркетинга основывается на теории индивидуального выбора, исходящего из принципа приоритета потребителя.

Концепцию маркетинга следует рассматривать в трех аспектах:

- активный (операционный маркетинг);
- аналитический (стратегический маркетинг);
- идеологический (образ мышления).

Реализация концепций маркетинга способствует:

- установлению и поддержанию двухсторонних взаимоотношений между продавцом и покупателем, посредством изучения рынка, распределения, продвижения товара (медицинских услуг) и рекламы;

- определению объемов производства товаров и услуг в зависимости от количества и характеристик потребностей, покупательской способности потребителей;

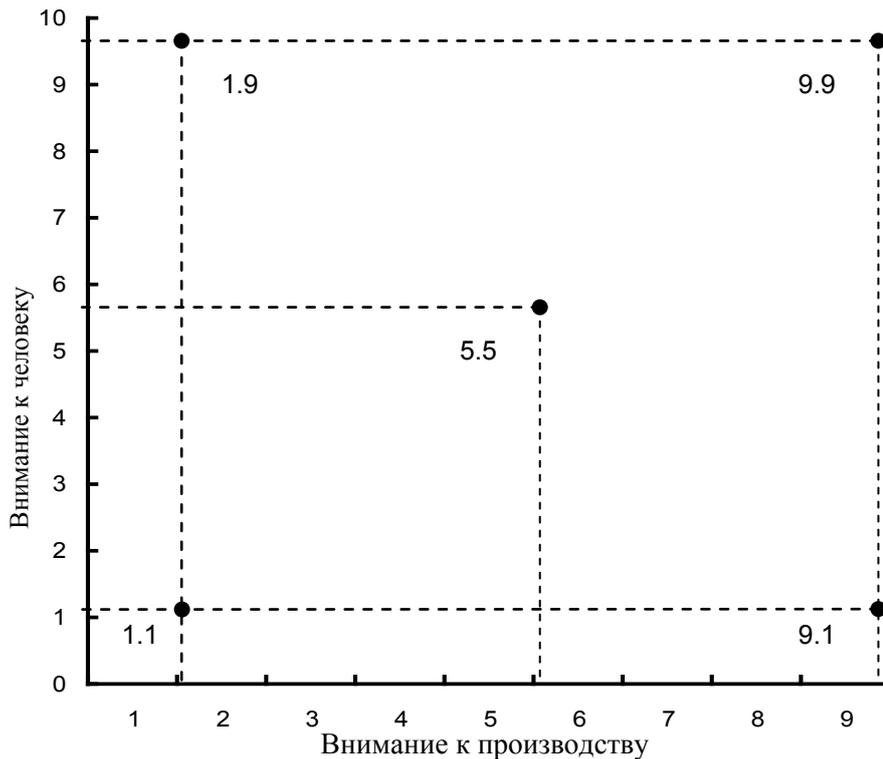


Рисунок 5.2 – График «решетки» менеджмента

- 1.9. Создает дружественную обстановку и соответствующий темп производства.
- 1.1. Минимальное внимание к результатам производства и человеку.
- 5.5. Удовлетворительные результаты, средняя заинтересованность в работе, склонность к компромиссам и традициям.
- 9.9. Высокие результаты, заинтересованность сотрудников, преследующих общую цель.
- 9.1. Достигается крупный производственный результат без внимания к человеку.

Ответ «жесткого администратора» – повсеместный контроль. Большую часть его времени поглощают функции надзора. Реакция сотрудников на такое руководство состоит в отказе от участия в поисках решения стоящих проблем, от готовности разделить ответственность. Эта позиция, в свою очередь, укрепляет «жесткого администратора» в его пренебрежительном отношении к сотрудникам. Сам он постоянно находится в стрессовой ситуации. «Руководящее давление» все более усиливается. Текучесть кадров нарастает, уходят лучшие, многие заболевают или сказываются больными (рис. 5.2).

Управляющий типа 9.1. – плохой руководитель. Его противоположность – руководитель (см. рис. 5.2), ориентированный на тип управления 1.9. Этот стиль управления ставит на первое место чело-

Индикаторы процесса характеризуют клинический процесс (планирование и оценка лечения, технические аспекты лечения, обоснованность лечения, устранение осложнений, обоснованность диагностики), находят отражение во врачебных ошибках.

Индикаторы результата характеризуют осложнения и исходы (повторные госпитализации в течение первых 30 дней после операции, возникновение рецидивов, частота предотвращенной смерти, смерть в день выписки).

Индикаторы должны быть четко определенными всесторонними, объективными, специфичными, клинически обоснованными, отнесены к конкретному аспекту лечения и дисциплины, эффективными.

5. Определение контрольных значений индикаторов качества в соответствии с поставленными задачами.

6. Сбор и систематизация данных на основе медицинской финансовой документации с определением источника, частоты, методики сбора и анализа.

7. Оценка медицинской помощи при достижении контрольных значений с использованием индикаторов, стандартов, клинических рекомендаций, собственного клинического опыта.

8. Внесение в работу организации изменений, направленных на повышение профессионализма работников, совершенствование организации системы, оптимизацию поведения и исполнения.

9. Оценка эффективности изменений и их законодательное закрепление в системе оказания медицинской помощи.

10. Передача результатов мониторинга и оценки процесса всем сотрудникам и организациям, принимающим участие в осуществлении программы повышения качества.

Управление клиническим процессом обладает специфическими, отличными от административного управления признаками, которые определяются тем, что клиника имеет дело с человеком – сложным объектом живой природы, свойства и характеристики которого непрерывно меняются под внешними воздействиями. Управление клиническим процессом требует:

- непрерывной коррекции начальных планов;
- наблюдения за целым комплексом сложных патологических процессов, влияющих друг на друга;
- базовых знаний и клинического опыта как единственного инструмента управления;
- большого количества альтернатив при принятии решения;
- построения научно обоснованной последовательности диагностических скрининговых тестов с учетом современных представлений об этиологии, патогенезе, патоморфологии и закономерностях естественной эволюции заболеваний;

ГЛАВА 6

ФИНАНСИРОВАНИЕ И ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

6.1 Основные источники финансирования здравоохранения

Источники финансовых ресурсов системы здравоохранения:

- *бюджетные средства* – средства федерального, регионального и местных бюджетов;
- *средства системы ОМС*, поступающие от государственных и общественных организаций (объединений), предприятий и других хозяйствующих субъектов;
- *внебюджетные средства* – средства добровольного медицинского страхования (ДМС), личные средства граждан, кредиты банков и других кредиторов, доходы от ценных бумаг, от аренды, от продажи медицинских технологий и др.

В качестве иных источников финансирования могут выступать благотворительные фонды, средства работодателей, направляемые на создание собственной медицинской базы, пожертвования и альтернативные источники финансирования (ссуда, лизинг, факторинг).

6.2. Бюджетная система Российской Федерации

Изучение системы финансирования здравоохранения предполагает рассмотрение законодательства Российской Федерации о финансировании, правовых отношений субъектов в области финансовой политики, в том числе бюджетного процесса в Российской Федерации и др.

Основополагающим документом финансовой политики государства является Бюджетный кодекс Российской Федерации (принят Государственной Думой 17 июня 1998 г.

Бюджетный кодекс Российской Федерации служит целям финансового регулирования; устанавливает общие принципы бюджетного законодательства Российской Федерации, правовые основы функционирования бюджетной системы Российской Федерации, правовое положение субъектов бюджетных правоотношений, порядок регулирования межбюджетных отношений; определяет основы бюджетного процесса в Российской Федерации, основания и виды ответственности за нарушение бюджетного законодательства Российской Федерации.

Бюджетное законодательство Российской Федерации состоит из Бюджетного кодекса, принятых в соответствии с ним федеральных законов, законов субъектов Российской Федерации, нормативных

НА – нематериальные активы;
ИФВ – инвестиции и финансовые вложения.

Устоявшихся на практике значений этого показателя не существует, хотя иногда считается, что он должен быть равен или больше 0,5. Если, коэффициент равен 0,9, то это означает, что 90% своих собственных средств организация направляет в оборотный капитал.

Коэффициент покрытия характеризует отношение мобильных (оборотных) средств организации здравоохранения к его краткосрочной задолженности. Данный коэффициент рассчитывается по формуле:

$$K_n = \frac{K_{об}}{K_3},$$

где:

K_n – коэффициент покрытия;

$K_{об}$ – мобильные (оборотные) средства организации здравоохранения;

K_3 – величина краткосрочных займов.

Коэффициент покрытия свидетельствует о платежеспособности организации здравоохранения, оцениваемой при условии не только своевременных расчетов с дебиторами и благоприятной ситуации при реализации медицинских услуг, но и продажи в случае необходимости прочих элементов материальных оборотных средств. Конечно, проще всего этот коэффициент рассчитать для итогов внебюджетной финансовой деятельности.

Эффективность использования ресурсов в финансовом выражении характеризуют:

- финансовый результат;
- уровень расходов;
- уровень доходов по капиталовложениям (если таковые были).

Показатель деловой активности характеризуется скоростью оборота активов. Чем выше скорость оборота, тем эффективнее выбранная организацией здравоохранения стратегия деятельности.

$$\text{Оборачиваемость активов} = \frac{\text{Доходы организации}}{\text{Среднеарифметическое баланса на начало и конец года}}$$

ГЛАВА 7 ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

7.1. Здравоохранение как отрасль экономики

Выделение экономики здравоохранения в обособленную часть национальной экономики обусловлено единством вида и назначения выполняемой деятельности (охрана здоровья) и применяемых технологий (технологии лечения, медицинские технологии).

Здравоохранение нельзя рассматривать как хозяйственную отрасль в связи с тем, что практически все организации, оказывающие услуги здравоохранения, занимаются в основном только профильной, лицензированной деятельностью.

В большей степени здравоохранение является административной отраслью, находящейся в ведении Министерства здравоохранения, региональных и муниципальных органов управления здравоохранением.

В связи с делением отраслей на материальные и нематериальные производства, здравоохранение попадает в основном в социальную (нематериальную) сферу. Это обусловлено тем, что с одной стороны, отрасль удовлетворяет потребности людей в личном, семейном, общественном здоровье, а с другой – продукт отрасли представлен в основном в форме услуг, что свойственно отраслям социальной сферы.

Отнесение здравоохранения к сфере услуг, в которые входят также культура, образование, социальное обеспечение, жилищно-коммунальное хозяйство, бытовое обслуживание населения, определенным образом характеризует отрасль охраны здоровья в соотношении с другими отраслями, продуктом деятельности которых также являются услуги.

Помимо учреждений, производящих услуги, в системе здравоохранения принято выделять медико-производственный комплекс, непосредственно связанный с материально-вещественным производством продукции:

- специализированное производство фармацевтических субстанций и готовых лекарственных средств;
- производство медицинской техники;
- производство изделий медицинского назначения (средств протезирования, средств по уходу за больными и т.п.);
- санитарную обработку и очистку территорий и помещений;
- обеспечение материальных условий для деятельности медицинских организаций (инженерные службы, специализированное строительство).

Экономика указанных видов медико-производственной деятельности сходна с экономикой материального производства. Специфика медико-производственного комплекса проявляется в его развитых

вок и продаж по причине отсутствия у них необходимого количества товара или возможности оказания желаемого количества услуг.

Модель частичного рыночного равновесия

Простейшая модель рынка является инструментом анализа влияния рыночной конъюнктуры на цену.

Рыночная конъюнктура – это совокупность условий, сложившихся на рынке в определенный момент времени. Анализируя различные сочетания факторов, определяющих спрос и предложение, можно делать заключения о тенденциях изменения рыночной цены.

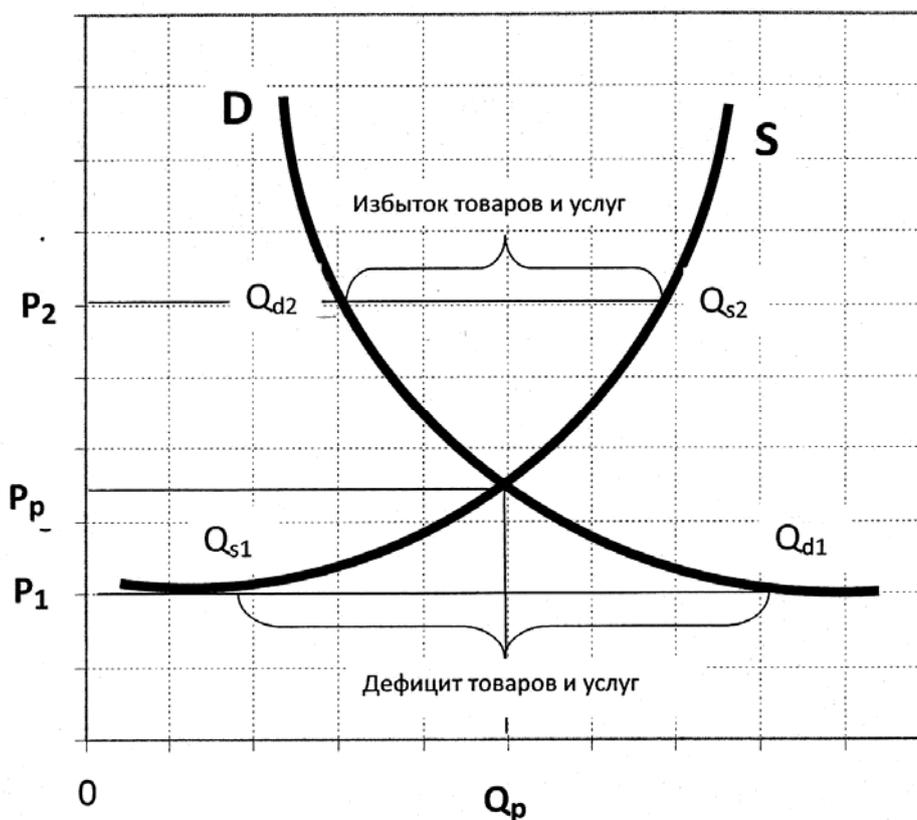


Рисунок 7.3 – Модель частичного рыночного равновесия

Частичное равновесие – это равновесие отдельного изолированного рынка, не учитывающее более сложных условий взаимодействия рынков. Равновесие рынка существует тогда, когда планы покупателей и продавцов совпадают, ни у кого из них нет каких-либо причин менять свое поведение (рис. 7.3).

Признаки частичного равновесия:

- цена спроса = цене предложения – цена равновесия,
- объем спроса = объему предложения – равновесный объем продаж.

ГЛАВА 8

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ И АККРЕДИТАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

8.1. Актуальность проблемы повышения качества медицинской помощи

Одна из актуальнейших проблем здравоохранения улучшение качества оказания медицинской помощи.

Определенную сложность в решении данной проблемы представляет отсутствие единого понимания содержания качества медицинской помощи среди подавляющего большинства врачей, населения, руководителей здравоохранения, страховых медицинских организаций, научных работников.

Изучение мирового и отечественного опыта управления качеством медицинской помощи свидетельствует о многообразии существующих подходов, в основе которых лежит определение понятий: медицинская помощь и качество медицинской помощи.

Как уже отмечалось, в соответствии с Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ:

- *медицинская помощь* – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;
- *медицинская услуга* – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;
- *медицинское вмешательство* – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;
- *качество медицинской помощи* – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

При оценке качества медицинской помощи принято использовать три подхода: структурный, процессный и результативный.

Эти подходы конкретизированы в классических работах А. Donabedian и являются в настоящее время общепринятыми:

сификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;

3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;

4) компонентов крови;

5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

6) иного, исходя из особенностей заболевания (состояния).

5. Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Доступность медицинской помощи обеспечивается:

- наличием и уровнем квалификации медицинских кадров;
- наличием необходимых материальных ресурсов;
- достаточностью финансовых ресурсов;
- транспортной доступностью;
- возможностью выбора медицинской организации и медицинского работника;
- стандартизацией медицинской помощи.

Общий уровень удовлетворенности потребителя – один из главных индикаторов качества работы, как всей медицинской организации, так и конкретных сотрудников (в том числе соблюдения деонтологических принципов и прав пациентов).

Изучение удовлетворенности медицинской помощью может проводиться на основании анализа поступающих претензий, однако более информативным представляется активное анкетирование. Несмотря на субъективность оценок, оно является маркером наиболее проблемных этапов работы учреждения и должно быть основой для последующего анализа ситуации.

8.2. Теория управления процессом повышения качества

Теория управления системой повышения качества разработана в середине прошлого столетия У.Э. Демингом и представлена в его книге «Выход из кризиса», опубликованной в 1986 году. В ней он указывал на необходимость изучения и использования на практике *системы глубоких знаний*.

Система глубоких знаний включает:

- знания о системах;
- основы знаний о вариациях;
- некоторые знания об изменчивости;
- основы теории знаний;

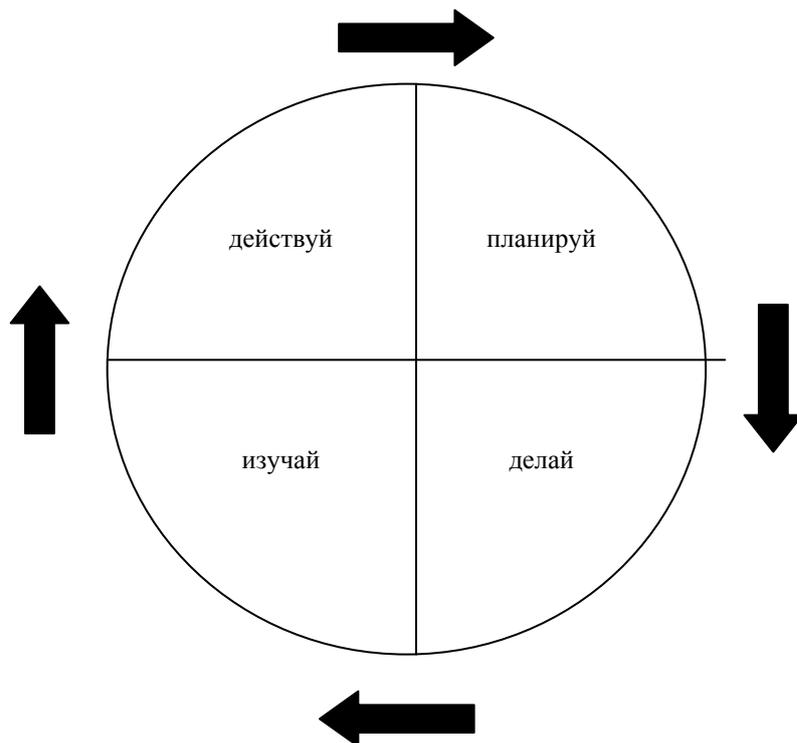


Рисунок 8.6 – Цикл Деминга

Возникает вопрос: является ли удовлетворение требованиям спецификаций достаточным условием качества?

Пример. Сборка автомобилей «Форд АТХ» (1983 г.) шла одновременно на заводах США и Японии в соответствии с одними и теми же чертежами. Потребители машин, собранных в Японии, выражали большее удовлетворение их качеством. Американские автомобили соответствовали требованиям спецификации с учетом допусков. В машинах японской сборки допуски сводились к нулю. Детали были абсолютно идентичными, установленному эталону, что значительно увеличивало спрос на японские автомобили.

Отсюда с очевидностью следует, что удовлетворение требований допусков – отнюдь не достаточный критерий, чтобы судить о качестве.

Улучшение процесса производства приводит к получению знаний, что позволяет постоянно совершенствовать различные технологии и операции. Это переводит процесс в управляемое состояние, делает его понятным. Возможность возникновения серьезных затруднений становится минимальной, что дает огромную экономию.

Программа У.Э. Деминга по управлению системой повышения качества продукции включает 14 пунктов и предлагает:

1. Постоянство цели;
2. Новую философию, основанную на улучшении качества всех систем и видов деятельности;
3. Покончить с зависимостью от массового контроля;

ГЛАВА 9

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ

9.1. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения – основные понятия и определения

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения – состояние здоровья населения и среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека, и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности.

Среда обитания человека – совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяющая условия жизнедеятельности человека.

Факторы среды обитания – биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные); химические, физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловые, ионизирующие, неионизирующие и иные излучения); социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха); иные внешние факторы, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений.

Вредное воздействие на человека – воздействие факторов среды обитания, создающее угрозу жизни или здоровью живущих или будущих поколений.

Благоприятные условия жизнедеятельности – состояние среды обитания, при котором отсутствует вредное воздействие ее факторов на человека (безвредные условия) и имеются возможности для восстановления нарушенных функций организма человека.

Безопасные условия для человека – состояние среды обитания, при котором отсутствует опасность вредного воздействия ее факторов на человека.

Санитарно-эпидемиологическая обстановка – состояние здоровья населения и среды обитания на определенной территории в конкретно указанное время.

Гигиенический норматив – установленное исследованиями допустимое максимальное или минимальное; количественное и (или) качественное значение показателя, характеризующего тот или иной фактор среды обитания с позиций его безопасности и (или) безвредности для человека.

Государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы – нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования (в том числе критерии безопасности и (или) безвредности факторов среды обитания для чело-

ГЛАВА 10

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ И СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

10.1. Организация и порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности

Врачебная комиссия как институт прошла в России (а ранее в Советском Союзе) значительный путь: как БВЭ – бюро врачебной экспертизы, ВКК – врачебно-контрольная комиссия, КЭК – клиничко-экспертная комиссия и, в настоящее время, ВК – врачебная комиссия. Вместе с тем, задачи, решаемые врачебной комиссией, всегда имели большое значение не только для лечебно-диагностического процесса, но и для важнейших сторон медицинской и социальной деятельности: реабилитации, санаторно-курортного дела, льготного лекарственного обеспечения и экспертизы трудоспособности и профпригодности.

Организация работы врачебных комиссий (далее – ВК) в медицинских организациях возложена на руководителя (директора или главного врача).

Работа ВК регламентирована приказом Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

Цель создания ВК – принятие решений в наиболее сложных и конфликтных случаях диагностики, лечения, реабилитации, оценки качества и эффективности лечебно-профилактических мероприятий с использованием порядков организации и проведения медицинских осмотров и экспертиз; назначений и выписывания лекарственных препаратов; организации направления граждан на лечение за пределы Российской Федерации за счет средств Федерального бюджета.

Врачебная комиссия состоит из председателя, одного или двух заместителей председателя, секретаря и членов комиссии (врачей-специалистов).

В зависимости от поставленных задач, особенностей и объемов деятельности медицинской организации по решению её руководителя в составе врачебной комиссии могут формироваться подкомиссии.

Председателем врачебной комиссии является руководитель медицинской организации или его заместитель, имеющий высшее медицинское образование, соответствующий сертификат специалиста, в том числе по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Состав подкомиссий врачебной комиссии утверждается руководителем медицинской организации.

Председателями (заместителями председателя) подкомиссий врачебной комиссии назначаются заместители руководителя меди-

ГЛАВА 11 МЕЖДУНАРОДНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: СИСТЕМЫ И ОПЫТ

11.1. Системы здравоохранения в мире

Для оценки систем здравоохранения, функционирующих в различных странах мира, используется множество критериев. Цель любой системы здравоохранения – улучшение состояния здоровья населения страны. Лозунг «Здоровье для всех», под которым выступает ВОЗ, означает, что в следующих этому лозунгу странах стремятся достигнуть уровня здоровья населения, которое возможно в конкретных условиях. Чаще всего это далеко не то, о чем мечтает и в чем нуждается большинство граждан страны.

Цель достижения хорошего здоровья, как это формулируется в документах ВОЗ, двояка: «наилучший достижимый средний уровень – хорошее качество – и учитываемое очевидное различие, проявляемое в отношении отдельных лиц и групп, – справедливость». Хотелось, чтобы системы здравоохранения в разных странах были организованы, соответствовали ожиданиям населения, оказывали медицинскую помощь всем одинаково, без дискриминации, адекватно реагируя на каждый запрос.

Следует учесть, что на сегодня, нет такой страны в мире, население которой было бы целиком и полностью удовлетворено существующей системой здравоохранения.

Теоретически здравоохранение может достигнуть состояния, близкого к идеалу. Это может произойти лишь тогда, когда все граждане, независимо от уровня благосостояния и положения в обществе, – и глава государства, и члены правительства, и богатые, и малообеспеченные люди – будут обращаться в одни и те же медицинские учреждения и получать соответствующую состоянию здоровья помощь. Но такой идеальной системы здравоохранения нет ни в одной из стран мира.

В мировой практике условно существуют три основных системы здравоохранения и ряд комбинированных, содержащих их элементы в разной интерпретации.

Национальная (государственная) система здравоохранения финансируется из бюджетных средств, собираемых путем налогообложения. Базовый образец данной системы – система Н.А. Семашко, созданная в Советском Союзе, которая была модифицирована в Великобритании и действует в этой стране с 1944 г. под названием системы Бивериджа.

Единая государственная система здравоохранения применяется в девяти европейских странах: Дании, Испании, Финляндии,

ГЛАВА 12

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА И СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Век новых технологий усложняет мир, в котором мы живем и работаем. Непрерывные социальные и экономические перемены, возрастание сложности решаемых задач приводят к необходимости развития средств и методов управления.

В силу уникальности каждой медицинской организации руководитель не может совершенствовать деятельность своего лечебно-профилактического учреждения, копируя управленческую, организационную, технологическую схемы «образцового» предприятия.

Для успешного руководства необходимо владеть основами управления, уметь использовать их на практике.

12.1. Функции и методы управления персоналом

Процесс управления персоналом предусматривает определение функций, которые формируются с учетом видов управленческой деятельности в зависимости от дифференциации медицинских технологий.

Методами управления персоналом называют способы воздействия на коллективы и отдельных работников с целью осуществления координации их деятельности в процессе организации и оказания медицинской помощи.

Способ управления – целенаправленное, осмысленное применение метода управления (или комбинации методов) в процессе труда.

Методы и способы управления – важные категории науки управления.

По характеру воздействия различают три вида методов управления:

- административные;
- экономические (материальные);
- социально-психологические (моральные).

Административные методы ориентированы на осознанную необходимость дисциплины труда, чувство долга, стремление человека трудиться в определенной организации и т.п.

Эти методы воздействия отличает прямой характер воздействия: любой регламентирующий или административный акт подлежит обязательному исполнению.

Для административных методов характерно их соответствие правовым нормам, действующим на определенном уровне управления, актам и распоряжениям вышестоящих органов управления.

ГЛАВА 13

СУЩНОСТЬ, ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ КОНФЛИКТОВ. УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИЕЙ

История человечества с древних времен до настоящего времени показала, что конфликты неизбежны. Они будут существовать до тех пор, пока существует взаимодействие людей между собой.

В настоящее время имеется достаточно большое количество работ, посвященных проблеме конфликтов. Но, несмотря на хорошо разработанные методы разрешения конфликтов, следует признать, что не существует единого универсального способа их урегулирования.

Для снижения негативных последствий конфликта необходимо уметь правильно выявлять их причины, управлять протеканием и разрешением, снижать уровень конфликтного противостояния.

Изучение конфликта, его функций, особенностей их реализации в коллективе очень важно. Знания о феномене конфликта позволят минимизировать негатив, который несет с собой конфликт, правильно организовать деятельность коллектива в конфликте и извлечь из него по возможности позитивный результат.

Устранить конфликты полностью в коллективах зачастую невозможно и нет необходимости, однако целесообразно снижать уровень конфликтного противостояния членов коллектива путем построения грамотной системы управления и профилактики конфликта.

Поэтому одной из функций управленцев и специалистов разного уровня является умение решать проблемы через разрешение противоречий и конфликтов. Для этого требуются теоретические разработки, доведенные до уровня технологий, которые можно применять непосредственно в практике.

13.1. Определение и структура конфликта

Существуют различные определения конфликта, но все они подчеркивают наличие противоречия, которое принимает форму разногласий, если речь идет о взаимодействии людей.

Конфликт – «столкновение противоположно направленных, несовместимых друг с другом тенденций в осознании отдельно взятого индивида, в межличностных взаимодействиях или межличностных отношениях индивидов, или групп людей, связанное с острыми отрицательными эмоциональными переживаниями».

Отсутствие согласия может быть обусловлено наличием разнообразных мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения. Однако оно не всегда выражается в форме явного столкновения, конфликта.

Это происходит только тогда, когда существующие противоречия, разногласия нарушают нормальное взаимодействие людей, пре-

Процесс адаптации не происходит без противоречий и конфликтов между старым и новым, отжившим и нарождающимся. Если общественная система или какие-то подсистемы (экономические, политические и др.) не справляются с возникающими конфликтами в процессе адаптации, они уходят в небытие.

Таким образом, конфликты:

- высвобождают созидательное напряжение и усиливают способность коллектива к изменениям;
- повышают энергичность и усиливают мотивацию членов коллектива к разрешению проблем;
- выступают формой проверки силы организации;
- усиливают мораль, углубляя и обогащая трудовые взаимоотношения, увеличивая убежденность членов коллектива в возможности поддержания взаимоотношений под давлением стресса;
- способны укрепить, взаимоотношения, повысить сплоченность коллектива; ускорить групповое объединение;
- способствуют производству новых созидательных идей; стимулируют творчество, создавая возможность обзора проблем самими различными способами и путями.

Основные функции конфликтов

Позитивные функции	Негативные функции
Разрядка напряженности между конфликтующими сторонами	Большие эмоциональные, материальные затраты на участие в конфликте
Диагностика возможностей оппонентов	Увольнение сотрудников, снижение дисциплины, ухудшение социально-психологического климата в коллективе
Сплочение коллектива организации при противоборстве с внешними трудностями, внешним врагом	Представление о побежденных группах как о врагах
Источник инноваций, стимулирование к изменениям и развитию	Чрезмерное увлечение процессом конфликтного взаимодействия в ущерб работе
Нормотворчество, появление новых правил, форм поведения	После завершения конфликта уменьшение степени сотрудничества между частью сотрудников
Выявление управленческих проблем в организации, коллективе	Сложное восстановление отношений

Конструктивные функции конфликта неотделимы от разрушительных последствий, от дисфункций. Любая позитивная функция

ГЛАВА 14 ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

14.1. Правовые основы охраны здоровья

Законодательство в сфере охраны здоровья основывается на Конституции Российской Федерации; состоит из Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов, нормативных правовых актов; законов, нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации и их муниципальных образований.

В случае, если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом, применяются правила международного договора.

Основные принципы охраны здоровья:

- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- приоритет охраны здоровья детей;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность государства за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- доступность и качество медицинской помощи;
- недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- соблюдение врачебной тайны.

Соблюдение прав граждан и обеспечение государственных гарантий
в сфере охраны здоровья

Мероприятия по охране здоровья проводятся в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права.

Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и соблюдение прав отдельных групп населения.

ГЛАВА 15

ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

15.1. Характеристика лекарственной помощи

Лекарственная помощь призвана обеспечить реализацию важнейшего социального приоритета – сохранение и улучшение здоровья граждан, оказание им высококвалифицированных лечебных, медико-реабилитационных и профилактических услуг. Особое внимание заслуживают вопросы зависимости уровня жизни людей и их благосостояние от качества лекарственной помощи, степени совершенства этико-фармацевтических стандартов.

Современный уровень лекарственного обеспечения населения – это важнейшая компонента лечебно-профилактической помощи высокого качества наряду с материально-техническим оснащением учреждений здравоохранения и профессионализмом медицинских работников. Задача обеспечения граждан высоким качеством лекарственной помощи при низкой цене на лекарства – центральная задача фармацевтической практики.

Управление лекарственным обеспечением на основе экономических методов интенсифицирует процессы, связанные с производством, импортом и распределением лекарственных средств, повышает качество и эффективность изготавливаемых фармацевтических препаратов, совершенствует организационно-структурные формы фармацевтической деятельности.

Основные принципы повышения уровня доступности лекарственного обеспечения населения:

- государственный характер организации лекарственной помощи и плановое развитие на научной основе;
- максимальное приближение лекарственной помощи к населению и ее общедоступность;
- единство фармацевтической науки и практики;
- единство медицинской и лекарственной помощи;
- гарантирование со стороны государства высокого качества лекарств.

Доступность основных лекарственных препаратов – важнейшая проблема ВОЗ, чья долгосрочная цель – обеспечение социальной справедливости в снабжении и рациональном использовании качественных лекарств. Это является неотъемлемым правом каждого человека на охрану здоровья.



Рисунок 15.2 – Составляющие фармацевтической помощи

Такое определение сформулировано в соответствии с данными результатов анализа содержания и требований:

- «Надлежащей аптечной практики» (good pharmacy practice), утвержденной на ассамблее ВОЗ в 1996 г.;
- Декларации о развитии прав пациентов в Европе (Амстердам, 1994 г.);
- европейского соглашения по правам человека и биомедицине (Страсбург, 1996 г.);
- Всемирной медицинской ассоциации, Международной федерации фармацевтов (FIP), Международной организации потребителей, ВОЗ и других организаций;
- Конституции и других нормативно-правовых актов, формирующих основу законодательства об охране здоровья населения;
- этического кодекса фармацевта (Code of Ethics for Pharmacists FIP), разработанного Международной федерацией фармацевтов проектом Фармацевтического этического кодекса.

ГЛАВА 16 ДЕЛОПРОИЗВОДСТВО

16.1. Делопроизводство, его законодательное и нормативно-методическое регулирование

Делопроизводство – вид деятельности, обеспечивающий документирование и организацию работы с официальными документами.

Современное делопроизводство включает создание документов и организацию работы по получению, передаче, обработке, учету, регистрации, контролю, хранению, систематизации, подготовке документов для сдачи в архив и уничтожению.

В 1973 г. создана Единая государственная система делопроизводства (ЕГСД) – научно упорядоченный комплекс правил, нормативов, рекомендаций, определивших и регламентировавших организацию делопроизводственных процессов в учреждениях, организациях, предприятиях СССР. Развитие советского делопроизводства в 1970-80 годы заложило основу для дальнейшего формирования современного делопроизводства России. Многие нормативно-методические документы, созданные в этот период, действуют и в настоящее время.

Регламентация организации и технологии документационного обеспечения предусматривает: законодательное регулирование, стандартизацию, разработку нормативных и нормативно-методических документов общегосударственного действия.

Высшей правовой значимостью обладают законы Российской Федерации. Действующее законодательство содержит значительное количество обязательных для исполнения норм, правил и требований к документированию различных направлений деятельности государственных и негосударственных организаций, к оформлению тех или иных видов документов, их содержанию и структуре текста.

Общее методическое руководство постановкой делопроизводства в Российской Федерации, как и в большинстве цивилизованных стран мира, осуществляют архивные органы, так как наиболее ценные документы после использования их в оперативной работе передаются на постоянное хранение в государственные архивы.

Действующие общегосударственные нормативно-методические документы по организации делопроизводства должны быть в каждой организации. К ним относятся:

Государственная система документационного обеспечения управления. Основные положения. Общие требования к документам и службам документационного обеспечения.

Типовая инструкция по делопроизводству в министерствах и ведомствах Российской Федерации.

Государственный стандарт РФ ГОСТ Р 6.30-2003 «Унифицированные системы документации. Унифицированная система организа-

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Учебник

Под редакцией профессора Г.Н. Царик

Корректор: Шпилянская Л.В.

Верстка – Баханова М.В.

Подписано к печати 28.10.2012 г. Формат 60×84^{1/8}

Бумага офсетная. Тираж 500 экз. Заказ № 26138

Изд-во «Практика», г. Кемерово, пр-т Ленинградский 23а

Отпечатано в типографии ООО «ИНТ», г. Кемерово, пр-т Химиков, 43а

тел.: (3842) 73-75-13, факс: (3842) 73-87-97, e-mail: typoint@mail.ru