ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Политика здравоохранения и законодательство»

Код дисциплины: PZZ 4304

Название ОП: 6B10105 Общественное здравоохранение

Объем учебных часов/кредитов: 240 часов / 8 кредита

Курс и семестр изучения: 4 курс, 7 семестр

Объём лекций: 20 часов

Шымкент, 2023г.

Лекционный комплекс обсужден на заседании кафедры

Протокол № «1» от 28.08 2023 г.

Зав. кафедрой,
к.м.н., и.о. доцента: Сарсенбаева Г.Ж.

1 Тема 1: Организационно-правовая база здравоохранения Республики Казахстан.
2.Цель: Изучить организационно-правовую базу здравоохранения Республики Казахстан. Здравоохранение в рыночных условиях. Приоритетные направления здравоохранения в настоящее время.
3. Тезис лекции: Медицинское законодательство выступает неотъемлемой гарантией права человека на жизнь. Право на жизнь обеспечивается системой политических, организационных, финансовоэкономических и специальных юридических гарантий. Под гарантиями понимается совокупность приемов и способов, необходимых для реализации данного права. Гарантии права на жизнь взаимосвязаны между собой. Поэтому мы рассматриваем юридические гарантии в их привязке к политическим институтам, финансово-экономической политике государства, к организационным основам государственного и управления.
Говоря о политических гарантиях права на жизнь и об их юридическом закреплении, мы прежде всего обращаемся Конституции РК, в которых провозглашается, что человек, его права и свободы – это высшая ценность, защищаемая государством, а также закрепляется, что в РК охраняется здоровье человека.
Собственно термин «медицинское законодательство» представляет собой собирательное понятие, которое иногда употребляется как синонимичное термину «законодательство об охране здоровья». Кроме того, мы должны разграничивать охрану здоровья, санитарно-эпидемиологическое благополучие и собственно медицинскую деятельность. Нам необходимо понять, где заканчиваются медицинская деятельность и начинается деятельность, хоть и влияющая на здоровье населения, но собственномедицинской не являющаяся.

4 Иллюстрированный материал: презентация (прилагается 10 слайдов)
5.Литература: см. приложение -1
6 Контрольные вопросы (обратная связь):
1. Назовите приритетные направления в здравоохранении?
2. Какие элементы рыночной экономики в здравоохранении наиболее эффективны?

1 Тема 2. Конституционные основы охраны здоровья граждан РК
2 Цель: Ознакомить студентов с правовыми основами охраны здоровья граждан РК.
3 Тезис лекции: Государство гарантирует гражданам Республики Казахстан: получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи; равный доступ к первичной медико-санитарной помощи; получение платной медицинской помощи в государственных и частных лечебных организациях, а также у физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой; санитарно-эпидемиологическое благополучие; качество, содержание и объем медицинской помощи, оказываемой на бесплатной и (или) платной основе по единым стандартам здравоохранения; право на свободу предпринимательской деятельности в части оказания медицинской и врачебной помощи, производства и реализации фармацевтической продукции. Право граждан на охрану здоровья — одно из величайших завоеваний. Правительство всегда уделяли и уделяют этому вопросу особое внимание. В нашей стране созданы новые социально-экономические условия и новая система здравоохранения, к-рых не знало капиталистическое об-во.
Многие декреты, подписанные лично —«О восьмичасовом рабочем дне», «О социальном страховании», «О страховании на случай болезни» и др., проникнуты заботой об укреплении здоровья советских людей (см. Законодательство о здравоохранении, Здравоохранение, Здравоохранение).
За годы суверенного государства результате глубоких социально-экономических преобразований народное здравоохранение в нашей стране добилось крупных успехов. Охрана здоровья граждан — дело большой государственной важности. В Государственной Программе подчеркнуто, что государство — единственное государство, к-рое берет на себя заботу об охране и постоянном улучшении здоровья всего' населения. Законодательство реально гарантирует право на охрану здоровья, а также предусматривает меры, к-рые его обеспечивают.

Гарантии права на охрану здоровья. Провозглашенное Конституцией (Основным Законом) РК право граждан на охрану здоровья обеспечивается бесплатной квалифицированной медпомощью, оказываемой гос. учреждениями здравоохранения; расширением сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан; развитием и совершенствованием техники безопасности и производственной санитарии; проведением широких профилактич. мероприятий; мерами по оздоровлению окружающей среды. Оно обеспечивается также особой заботой о здоровье подрастающего поколения, включая запрещение детского труда, если он не связан с обучением и трудовым воспитанием; развертыванием научных исследований, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости, на обеспечение долголетней активной жизни. Обеспечение и охрана этого права включают ряд норм, относящихся ко многим отраслям правовой науки: к административному, гражданскому, трудовому, семейному, уголовному праву.

4 Иллюстрированный материал: презентация (прилагается 10 слайдов)
5.Литература: см. приложение -1
6 Контрольные вопросы (обратная связь):
1.В каком документе отражены права граждан?
2. Какие государственные гарантии гражданам в сфере здравоохранения вы знаете?

1 Тема 3. Государственные нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно эпидемиологические требования безопасности факторов среды обитания
2 Цель: Ознакомить с задачами и принципами обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения реализация прав и обязанностей граждан на охрану здоровья, благоприятные условия жизнедеятельности и санитарно-эпидемиологическое благополучие; профилактический характер деятельности по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, предупреждение вредного воздействия факторов среды обитания на здоровье населения .
3 Тезис лекции:
Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к санитарно-защитным зонам объектов, являющихся объектами воздействия на среду обитания и здоровье человека"
Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 января 2022 года № ҚР ДСМ-2. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 11 января 2022 года № 26447.
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 человека, гигиенические и иные нормативы), несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний.
Санитарно-эпидемиологическая ситуация - состояние здоровья населения и среды обитания на определенной территории в определенное время;
санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия - меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний, массовых отравлений и их ликвидацию;
санитарно-эпидемиологическая ситуация - состояние здоровья населения и среды обитания на определенной территории в определенное время;
санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия - меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний, массовых отравлений и их ликвидацию;
санитарно-эпидемиологическое благополучие населения - состояние здоровья населения, при котором отсутствует вредное воздействие на человека факторов среды обитания, и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности;

деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения - деятельность государственных органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы, направленная на охрану здоровья граждан, включающая в себя государственный санитарно-эпидемиологический надзор, гигиеническое обучение, санитарно-карантинный контроль, радиационный контроль, санитарно-эпидемиологическое нормирование, оценку риска, санитарно-эпидемиологический мониторинг, санитарно-эпидемиологическую экспертизу;

4 Иллюстрированный материал: презентация (прилагается 11 слайдов)

5.Литература: см. приложение -1

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Виды проверок объектов государственного санитарно-эпидемиологического контроля .
2. Основные санитарно-эпидемиологические требования .

1 Тема 4 Права врача, права граждан и пациентов в области охраны здоровья.

2 Цель: Ознакомить студентов с правами врача, граждан и пациентов в области охраны здоровья.

3 Тезис лекции:

Статья 87. Гарантии обеспечения прав в области здравоохранения

Государство гарантирует гражданам Республики Казахстан:

1) право на охрану здоровья;

2) предоставление гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

3) равный доступ к медицинской помощи;

4) качество медицинской помощи;

5) доступность, качество, эффективность и безопасность лекарственных средств;

6) проведение мероприятий по профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни и здорового питания;

7) неприкосновенность частной жизни, сохранение сведений, составляющих врачебную тайну;

8) свободу репродуктивного выбора, охрану репродуктивного здоровья и соблюдение репродуктивных прав;

9) санитарно-эпидемиологическое, экологическое благополучие и радиационную безопасность.

Статья 88. Права граждан

1. Граждане Республики Казахстан имеют право на:

1) получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в соответствии с перечнем, утверждаемым Правительством Республики Казахстан;

2) обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными или льготными лекарственными средствами и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне в соответствии с перечнем, утверждаемым уполномоченным органом;

3) свободный выбор медицинской организации, качественную и своевременную медицинскую помощь;

См. Инструкцию по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации

4) дополнительные медицинские услуги сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет собственных средств, средств организаций, системы добровольного страхования и иных незапрещенных источников;

5) получение медицинской помощи за рубежом за счет бюджетных средств при наличии показаний в порядке, определяемом Правительством Республики Казахстан;

6) возмещение вреда, причиненного здоровью неправильным назначением и применением медицинскими работниками лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

7) удостоверение факта временной нетрудоспособности с выдачей листа временной нетрудоспособности или справки о временной нетрудоспособности;

8) безвозмездное получение от государственных органов, организаций и лечащего врача в пределах их

компетенции достоверной информации о методах профилактики, диагностики, лечения заболевания и медицинской реабилитации, клинических исследованиях, факторах, влияющих на здоровье, включая состояние окружающей среды, условия труда, быта и отдыха, здоровом питании и безопасности пищевых продуктов, в том числе заключения санитарно-эпидемиологической экспертизы;
9) получение от государственных органов, независимых экспертных организаций и субъектов в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники информации о безопасности, эффективности и качестве реализуемых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;
10) обжалование действий (бездействия) медицинских и фармацевтических работников в организацию здравоохранения, вышестоящий орган и (или) в судебном порядке;
11) ходатайство о привлечении независимых экспертов в случае несогласия с выводами государственной медицинской экспертизы.
Статья 91. Права пациентов
1. Помимо прав, указанных в статье 88 настоящего Кодекса, пациент обладает следующими правами на:
1) достойное обращение в процессе диагностики, лечения и ухода, уважительное отношение к своим культурным и личностным ценностям;
2) медицинскую помощь в очередности, определяемой исключительно на основе медицинских критериев, без влияния каких-либо дискриминационных факторов;
3) выбор, замену врача или медицинской организации;
См. Инструкцию по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации
4) поддержку со стороны семьи, родственников и друзей, а также служителей религиозных объединений;
5) облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских технологий;
6) получение независимого мнения о состоянии своего здоровья и проведение консилиума;

4 Иллюстрированный материал: презентация (прилагается 11 слайдов)

5.Литература: см. приложение -1

6 Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие права имеет врач в области охраны здоровья?
2. Какие права имеют граждане РК в области охраны здоровья?
3. Какие отдельные группы граждан и пациентов в области охраны здоровья вы можете назвать?

1 Тема 5. Конституционные и правовые основы медицинской деятельности в РК.

2 Цель: Ознакомить студентов с Конституцией РК. Ознакомить с другими законодательными документами, которые регламентируют деятельность организации здравоохранения.

3 Тезис лекции:

Конституция Республики Казахстан — основной закон Казахстана. Действующая Конституция Республики Казахстан была принята на всенародном референдуме 30 августа 1995 года
Термин "конституция" происходит от латинского слова "constitutio" - "устанавливаю, учреждаю". Он встречался еще в первом веке до нашей эры в законодательстве Древнего Рима, обозначая различные акты императора, как правило, закрепляющие устройство государства. В то же время конституция не являлась тогда основным законом государства, актом, обладающим верховенством и высшей юридической силой.
Одним из основополагающих принципов Конституции Республики Казахстан является принцип народного суверенитета, заключающийся в том, что единственным источником государственной власти в Казахстане является его народ (п. 1 ст.3 Конституции).
Из этого конституционного положения вытекает, что государственная власть в стране исходит от народа, принадлежит ему и может осуществляться им непосредственно (через республиканский референдум и свободные выборы) или делегироваться народом государственным органам (п. 2 ст. 3 Конституции).
Принцип народного суверенитета (или полновластие народа), закрепленный в Основном Законе

Республики Казахстан относится к универсальным принципам, имеющим общечеловеческую ценность и присущим большинству современных демократических конституций.
Важно отметить, что именно из суверенитета народа исходит суверенитет государства. Только народ Республики Казахстан является создателем и носителем суверенитета государства, волеизъявление которого и порождает государственную власть.
В этой связи государство как официальный представитель казахстанского народа обязано выражать его волю, обеспечивать права и свободы человека и гражданина в Республике.
Вместе с тем как важнейшее свойство государственной власти, суверенитет является качественным признаком самого государства. Государственный суверенитет - неотъемлемое, имманентное свойство каждого государства, обязательное условие его международной прав о субъектности.
В этой связи под суверенитетом государства принято понимать верховенство и независимость государственной власти внутри территории соответствующего государства и по отношению к другим государствам.
Конституция Республики Казахстан 1995 года
Действующая Конституция Республики Казахстан. В 1998 и 2007 годах в Конституцию вносились значительные изменения, перераспределяющие полномочия Президента и Парламента. Изменения были внесены и в 2011 году, этими изменениями президенту было предоставлено право проведения досрочных президентских выборов.

4 Иллюстративный материал: презентация (прилагается 13 слайдов)
5.Литература: см. приложение -1
6 Контрольные вопросы (обратная связь):
1. Какие принципы государственной политики изложены в Кодексе РК?
2. В каком году был издан Кодекс РК?
3. В какой статье Коституции РК изложены права человека на здоровье?

1 Тема 6. Социально-правовая защита медицинских работников.
2 Цель: Ознакомить студентов с социально-правовой защитой медицинских работников.
3 Тезис лекции:
Переподготовку за счет бюджетных средств или работодателя в случаях высвобождения работника в связи с сокращением численности штата или ликвидации государственных организаций здравоохранения; возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью в связи с исполнением трудовых (служебных) обязанностей;
Статья 182. Права и обязанности медицинских и фармацевтических работников
1. Медицинские и фармацевтические работники имеют право на:
1) обеспечение необходимых условий для осуществления профессиональной деятельности;
2) частную медицинскую практику и фармацевтическую деятельность;
3) повышение квалификационного уровня за счет бюджетных средств или работодателя, если являются работниками организаций негосударственного сектора здравоохранения, не менее одного раза в пять лет;
4) переподготовку за счет бюджетных средств или работодателя в случаях высвобождения работника в связи с сокращением численности штата или ликвидации государственных организаций здравоохранения;
5) возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью в связи с исполнением трудовых (служебных) обязанностей;
6) беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих организациям или гражданам, а также любого имеющегося вида транспорта для перевозки гражданина в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни;
7) предоставление служебного жилья;
8) возмещение транспортных расходов, связанных с разъездным характером деятельности;
9) поощрение за выполнение своих профессиональных обязанностей на высоком качественном уровне;

10) защиту своей профессиональной чести и достоинства;
11) страхование профессиональной ответственности за причинение ущерба здоровью гражданина при отсутствии небрежного или халатного отношения со стороны медицинского работника.
2. Повышение квалификации и переподготовка научно-педагогических кадров государственных организаций здравоохранения осуществляются за счет бюджетных средств, средств работодателя, собственных средств, а также за счет других незапрещенных источников.
3. Медицинским и фармацевтическим работникам организаций государственного сектора здравоохранения, работающим в сельской местности и поселках городского типа, предоставляются дополнительные меры социальной поддержки:
1) доплата к должностному окладу в размере, определяемом местными представительными органами;
2) возмещение расходов на коммунальные услуги и топливо за счет бюджетных средств в размерах, установленных местными представительными органами областей, города республиканского значения и столицы;
3) имеющие скот в частной собственности обеспечиваются кормами, земельными участками для пастьбы скота и сенокошения по решению местных представительных и исполнительных органов;
4) помимо льгот, предусмотренных законами Республики Казахстан, работникам здравоохранения могут устанавливаться местными представительными органами дополнительные льготы за счет средств местных бюджетов.
4. Медицинским и фармацевтическим работникам организаций государственного сектора здравоохранения, работающим в сельской местности, предоставляются дополнительные меры социальной поддержки, предусмотренные Законом Республики Казахстан «О государственном регулировании развития агропромышленного комплекса и сельских территорий».
5. Заражение ВИЧ медицинских и фармацевтических работников организаций здравоохранения, работающих с материалом, зараженным ВИЧ, при исполнении служебных и профессиональных обязанностей относится к профессиональным заболеваниям.
Данным лицам на период временной нетрудоспособности в связи с профессиональным заболеванием назначается социальное пособие по временной нетрудоспособности в соответствии с трудовым законодательством Республики Казахстан.
Медицинские и другие работники, исполнение служебных обязанностей которых может привести к профессиональному заболеванию СПИД, подлежат обязательному социальному страхованию.
Медицинские работники, служащие и технические работники, непосредственно занятые профилактической, лечебно-диагностической и научно-исследовательской работой, связанной с ВИЧ/СПИД, имеют право на сокращенный шестичасовой рабочий день, дополнительный оплачиваемый отпуск продолжительностью двадцать четыре календарных дня, дополнительную оплату труда за профессиональную вредность в размере шестидесяти процентов от установленной заработной платы.
4 Иллюстрированный материал: презентация (прилагается 13 слайдов)
5.Литература: см. приложение -1
6 Контрольные вопросы (обратная связь):
1.Какие мероприятия по социальной защите медицинских работников проводятся?.
2.Какие мероприятия по правовой защите медицинских работников проводятся?.

1 Тема 7. Ответственность медицинских работников.
2 Цель: Ознакомить студентов с ответственностью всех медицинских работников.
3 Тезис лекции:
Медицинские и фармацевтические работники обязаны: надлежащим образом выполнять свои профессиональные обязанности, уважительно и гуманно относиться к пациентам, руководствоваться принципами медицинской
этики и деонтологии; содействовать профилактике заболеваний и укреплению здоровья граждан, оказывать медицинскую помощь; оказывать неотложную медицинскую помощь населению в экстренных случаях; проводить работу по пропаганде медицинских знаний и здорового образа жизни среди

населения; соблюдать Кодекс чести медицинских и фармацевтических работников, хранить врачебную тайну, не разглашать сведения о болезнях, интимной и семейной жизни
граждан; непрерывно развивать и повышать свой профессиональный уровень;
привлекать в необходимых случаях для консультации специалистов другого профиля
или более высокой квалификации. Вмешательство в профессиональную деятельность медицинских и фармацевтических работников со стороны государственных органов и должностных лиц, а также граждан запрещается, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Кодексом.
Повышение квалификационного уровня за счет бюджетных средств или работодателя, если являются работниками организаций негосударственного сектора здравоохранения, не менее одного раза в пять лет; переподготовку за счет бюджетных средств или работодателя в случаях высвобождения работника в связи с сокращением численности штата или ликвидации государственных организаций здравоохранения; возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью в связи с исполнением трудовых (служебных) обязанностей; беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих организациям или гражданам, а также любого имеющегося вида транспорта для перевозки гражданина в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни; предоставление служебного жилья; возмещение транспортных расходов, связанных с разъездным характером деятельности; поощрение за выполнение своих профессиональных обязанностей на высоком качественном уровне; защиту своей профессиональной чести и достоинства; страхование профессиональной ответственности за причинение ущерба здоровью гражданина при отсутствии небрежного или халатного отношения со стороны медицинского работника. Повышение квалификации и переподготовка научно-педагогических кадров государственных организаций здравоохранения осуществляются за счет бюджетных средств, средств работодателя, собственных средств, а также за счет других незапрещенных источников.

4 Иллюстрированный материал: презентация (прилагается 9 слайдов)
5.Литература: см. приложение -1

6 Контрольные вопросы (обратная связь):

1.Какие мероприятия по социальной защите медицинских работников проводятся?
2.Какие мероприятия по правовой защите медицинских работников проводятся?
3.Какая социальная защита медицинских и фармацевтических работников работающих в государственном секторе здравоохранения. проводится?

1 Тема 8. Эвтаназия: жизненный смысл выбора смерти
2 Цель: Ознакомить студентов понятие и виды эвтаназии. Эвтаназия и биоэтика. Законодательное регулирование эвтаназии в РК.
3 Тезис лекции:
Статья 154. Эвтаназия
Осуществление эвтаназии в Республике Казахстан запрещается.
Эвтаназия – это действие, направленное на неизлечимо больного пациента, которое приводит к смерти. Главной ее целью является облегчение невыносимой боли и физических страданий. «Совершенно гуманно», - скажут многие. Однако и здесь не обходится без проблем. В частности, противники эвтаназии ежедневно закидывают письмами и обращениями министерства здравоохранения некоторых государств, пытаясь указать на аморальность сего действия. Именно поэтому проблема эвтаназии до сих пор остро стоит в современном мире, и на сегодняшний день «легкую смерть» узаконили лишь в нескольких странах земного шара.
Виды эвтаназии
Современная эвтаназия подразделяется на два типа – пассивная, подразумевающая прекращение оказания медицинской помощи; и активная, в ходе которой пациенту даются специализированные средства, вызывающие скорую и безболезненную смерть. Активная медицинская эвтаназия может иметь три формы: без согласия пациента (например, если больной находится в коме), когда вместо него

одобряют процедуру близкие родственники или врач; с помощью врача; самостоятельная эвтаназия, при которой пациент сам вводит себе средство или включает аппарат, помогающий ему совершить самоубийство.

Возрастные ограничения «права на смерть»

Из всех стран, где разрешена эвтаназия, только Бельгия, Голландия, Швейцария и Люксембург официально узаконили возможность ее применения относительно детей. В остальных же государствах главным ограничением является несовершеннолетний возраст до 18 лет.

На сегодняшний день проведение эвтаназии поддерживают: Албания. Бельгия. Люксембург. Нидерланды. Швейцария. Швеция. Люксембург. Германия. Некоторые штаты США.

Аргументы «за»

Она позволяет в полной степени реализовать желание человека распоряжаться собственной жизнью на законодательном и этическом уровне.

Основной принцип демократии состоит в том, что человек – высшая ценность. Поэтому государство должно делать все, для удовлетворения его потребностей, в том числе желание гражданина окончить свой жизненный путь.

Эвтаназия – высшая степень гуманности. Она позволяет прекратить раз и навсегда невыносимые страдания и физическую боль, что есть основой доктрины гуманизма.

Государства должны реализовать такое право на законодательном уровне не для всех граждан, а лишь для тех, кто действительно желает облегчить свои мучения.

Аргументы «против»

Религиозные воззрения – первый тормозящий фактор. Несмотря на различие конфессий в мире, практически все они запрещают нарочное убиение, аргументируя это тем, что «жизнь дал Бог, и ему ею распоряжаться». Постоянная борьба со смертельными заболеваниями позволяет медицине не стоять на месте, постоянно развиваться, искать новые лекарства и способы лечения. Введение же эвтаназии может сильно затормозить данный процесс. Возможные проблемы с физически неполноценными людьми, которые являются «обузой» для окружающих. Их дефекты могут послужить поводом к общественному давлению и принуждению к «легкой смерти». Эвтаназия может легко стать одним из методов совершения убийства, а также привести к злоупотреблению служебным положениям, подкупу медперсонала, умышленному нанесения вреда и т. д. Крайне сложно понять, когда пациент действительно желает умереть. Стрессы, затяжная депрессия, общественное давление или угрозы – все это может стать причиной подачи прошения на разрешение процедуры. Полностью исключены случаи чудесного исцеления. Медицина знает сотни случаев, когда обреченный, казалось бы, пациент вдруг вставал на ноги после тяжелой формы рака или возвращался после 20-летней комы: здоровье возвращалось, когда никто уже не питал надежд. С эвтаназией все это исключено.

4 Иллюстрированный материал: презентация (прилагается 9 слайдов)

5.Литература: см. приложение -1

6 Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Понятии о эвтоназии?
2. Какие виды эвтаназии вы знаете?

1 Тема 9. Охрана репродуктивных прав человека. Права и обязанности граждан в сфере охраны репродуктивных прав.

2 Цель: Ознакомить студентов с репродуктивным здоровьем. Изучить права и обязанности граждан в сфере охраны репродуктивного здоровья.

3 Тезис лекции:

Статья 96. Права и обязанности граждан в сфере охраны репродуктивных прав

1. Граждане имеют право на:

1) свободный репродуктивный выбор;

2) получение услуг по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи;

3) получение достоверной и полной информации о состоянии своего репродуктивного здоровья;

4) лечение бесплодия, в том числе с применением современных вспомогательных репродуктивных

методов и технологий, разрешенных в Республике Казахстан;
5) донорство половых клеток;
6) использование и свободный выбор методов контрацепции;
7) хирургическую стерилизацию;
8) искусственное прерывание беременности;
9) защиту своих репродуктивных прав;
10) свободное принятие решения относительно количества детей и времени их рождения в браке или вне брака, интервалов между рождениями, необходимых для сохранения здоровья матери и ребенка;
11) хранение половых клеток.
2. Несовершеннолетние имеют право на охрану репродуктивного здоровья, а также на получение нравственно-полового воспитания.
3. Граждане обязаны соблюдать права, свободы и законные интересы других граждан при осуществлении своих репродуктивных прав.
Статья 96. Права и обязанности граждан в сфере охраны репродуктивных прав

1. Граждане имеют право на: V095873
1) свободный репродуктивный выбор;
2) получение услуг по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи;
3) получение достоверной и полной информации о состоянии своего репродуктивного здоровья;
4) лечение бесплодия, в том числе с применением современных вспомогательных репродуктивных методов и технологий, разрешенных в Республике Казахстан;
5) донорство половых клеток;
6) использование и свободный выбор методов контрацепции;
7) хирургическую стерилизацию;
8) искусственное прерывание беременности;
9) защиту своих репродуктивных прав;
10) свободное принятие решения относительно количества детей и времени их рождения в браке или вне брака, интервалов между рождениями, необходимых для сохранения здоровья матери и ребенка;
11) хранение половых клеток.
2. Несовершеннолетние имеют право на охрану репродуктивного здоровья, а также на получение нравственно-полового воспитания.
3. Граждане обязаны соблюдать права, свободы и законные интересы других граждан при осуществлении своих репродуктивных прав.

Статья 97. Охрана здоровья женщин в период беременности, родов и после родов

1. Женщина имеет право на охрану здоровья и помощь в период беременности, при родах и после родов, в том числе преждевременных, определяемых международными критериями живорождения и мертворождения плода, с применением методов, разрешенных на территории Республики Казахстан.
2. Медицинская, консультативная помощь беременным, роженицам и родильницам в организациях системы здравоохранения предоставляется в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.
3. В период беременности обследование, лечение и медицинское вмешательство могут быть осуществлены только с согласия женщины или ее законного представителя.
В случаях, когда промедление обследования, лечения и медицинского вмешательства угрожает жизни женщины и ребенка (плода), решение об осуществлении обследования, лечения и медицинского вмешательства принимает врач или врачебная комиссия.

Статья 98. Лечение бесплодия

1. Лица имеют право на лечение бесплодия в организациях здравоохранения, у физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой, безопасными и эффективными методами, в том числе с использованием вспомогательных репродуктивных методов и технологий, применение которых на территории Республики Казахстан разрешено уполномоченным органом в соответствии с

законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения, с обязательным получением полной и исчерпывающей информации об их эффективности, оптимальных сроках применения, о возможных осложнениях, медицинских и правовых последствиях и иных сведений, касающихся их воздействия на организм.

2. Лица, состоящие в зарегистрированном браке, имеют право на использование вспомогательных репродуктивных методов и технологий только по взаимному согласию.

Статья 99. Вспомогательные репродуктивные методы и технологии, клонирование

1. Женщины имеют право на вспомогательные репродуктивные методы и технологии (искусственную инсеминацию, искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона).

2. Порядок и условия проведения вспомогательных репродуктивных методов и технологий определяются уполномоченным органом.

3. При использовании вспомогательных репродуктивных методов и технологий выбор пола будущего ребенка не допускается, за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом.

4. Человеческий эмбрион не может быть получен для коммерческих, военных и промышленных целей.

5. В Республике Казахстан клонирование человека - воспроизведение генетически идентичных особей - запрещается.

Статья 100. Медицинская помощь при суррогатном материнстве

1. Суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка, включая случаи преждевременных родов, по договору между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после введения донорского эмбриона) и потенциальными родителями.

2. Суррогатной матерью могут стать женщины в возрасте от двадцати до тридцати пяти лет, получившие медицинское заключение об удовлетворительном состоянии психического, соматического и репродуктивного здоровья, включая результаты медико-генетического обследования.

3. Права и обязанности суррогатной матери, потенциальных родителей, права ребенка и порядок заключения соглашения регулируются законодательством Республики Казахстан о браке (супружестве) и семье.

Статья 101. Донорство и хранение половых клеток

1. Граждане в возрасте от восемнадцати до тридцати пяти лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование, имеют право быть донорами половых клеток.

2. Доноры не имеют права на информацию о дальнейшей судьбе своих донорских половых клеток.

3. Порядок и условия проведения донорства и хранения половых клеток утверждает уполномоченный орган.

Статья 102. Использование контрацепции

1. Граждане имеют право на выбор методов и средств контрацепции, в том числе медицинской, а также на отказ от них.

2. Гражданам оказывается медицинская помощь по индивидуальному подбору приемлемых методов и средств контрацепции с учетом состояния здоровья, возраста и индивидуальных особенностей.

Статья 103. Хирургическая стерилизация

1. Хирургическая стерилизация как метод предупреждения нежелательной беременности может быть проведена в отношении граждан не моложе тридцати пяти лет или имеющих не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласия совершеннолетнего гражданина - независимо от возраста и наличия детей.

2. Хирургическая стерилизация проводится только по письменному согласию гражданина организациями здравоохранения, физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой, имеющими лицензию на осуществление данной деятельности, с обязательным предварительным уведомлением о необратимости данной операции.

3. Порядок и условия проведения хирургической стерилизации утверждает уполномоченный орган.

Статья 104. Искусственное прерывание беременности

1. Женщина имеет право на искусственное прерывание беременности.

В целях предупреждения искусственного прерывания беременности врачи обязаны проводить беседы, направленные на разъяснение морально-этических, психологических и негативных физиологических последствий, возможных осложнений.

2. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до двенадцати недель, по социальным показаниям - при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний, угрожающих жизни беременной и (или) плода (при наличии моногенных генетических заболеваний, не корригируемых врожденных пороков развития и состояния плода, несовместимых с жизнью), - независимо от срока беременности.

3. Искусственное прерывание беременности несовершеннолетним производится с согласия их родителей или иных законных представителей.

4. В лечебно-профилактических организациях по желанию женщины проводится медико-социальное консультирование до и после искусственного прерывания беременности, включая индивидуальный подбор методов и средств контрацепции.

5. Порядок и условия проведения искусственного прерывания беременности утверждаются уполномоченным органом.

4 Иллюстрированный материал: презентация (прилагается 15 слайдов)

5.Литература: см. приложение -1

6 Контрольные вопросы (обратная связь):

1.Что такое репродуктивное здоровье?

2. Кто занимается охраной репродуктивных прав человека?

3. Какие права и обязанности граждан в сфере охраны репродуктивных прав?

1 Тема 10. Права и обязанности медицинских работников

2 Цель: Ознакомить студентов с научной и образовательной деятельностью в области здравоохранения.

3 Тезис лекции:

Медицинский работник — это физическое лицо, которое имеет профильное медицинское образование и осуществляет трудовую деятельность в организации, имеющей непосредственное отношение к здравоохранению.

Медицинские работники обязаны: оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями; соблюдать врачебную тайну; осовершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным органом исполнительной власти.

Права медицинских работников

К ним относятся:

- соблюдение трудовой дисциплины, этики и деонтологии профессии
- добросовестное исполнение служебных обязанностей
- бережное отношение к имуществу работодателя
- неразглашение информации и сведений, являющихся врачебной тайной или персональными данными
- следование Клятве врача (ее принимают выпускники медвузов)
- назначение лекарственных препаратов в строгом соответствии с законодательством
- запрет на эвтаназию

Статья 175. Образовательная деятельность в области здравоохранения

1. Задачами образовательной деятельности в области здравоохранения являются подготовка профессиональных научно-педагогических, медицинских и фармацевтических кадров для системы здравоохранения, повышение квалификации и их переподготовка.

2. Образовательная деятельность в области здравоохранения осуществляется в организациях медицинского и фармацевтического образования и на медицинских и фармацевтических факультетах

организаций образования, реализующих программы технического и профессионального, послесреднего, высшего, послевузовского и дополнительного образования в соответствии с законодательством Республики Казахстан в области образования. Обязательным условием реализации программ медицинского образования является наличие клинических баз - клинических подразделений организаций медицинского образования, а также организаций здравоохранения, предоставляющих по договорам с организациями медицинского образования соответствующие условия для подготовки медицинских и фармацевтических кадров.
3. Государственные общеобязательные стандарты и типовые профессиональные учебные программы по медицинским и фармацевтическим специальностям, а также положение о клинических базах высших медицинских организаций образования и требования, предъявляемые к ним, утверждаются уполномоченным органом.
4. Для лиц, освоивших образовательные программы технического и профессионального, послесреднего, высшего, послевузовского и дополнительного образования, основанием для занятия ими должностей в медицинских организациях является документ об образовании государственного образца, а по клиническим специальностям также сертификат специалиста.
5. Послевузовское медицинское и фармацевтическое образование включает резидентуру, магистратуру и докторантуру.Положение о резидентуре утверждается уполномоченным органом.
6. Дополнительное образование осуществляется в медицинских организациях образования и науки, реализующих образовательные учебные программы дополнительного образования.
Основными формами дополнительного образования являются повышение квалификации и переподготовка медицинских и фармацевтических кадров. Порядок повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров определяется уполномоченным органом.
7. Планирование подготовки медицинских и фармацевтических кадров осуществляют уполномоченный орган, а также местные органы государственного управления здравоохранением в пределах своих полномочий с учетом потребности отрасли.

4 Иллюстрированный материал: презентация (прилагается 15 слайдов)

5.Литература: см. приложение -1

6 Контрольные вопросы (обратная связь):

Перечислите права медицинских работников?

1 Тема 11. Принципы государственной политики и основы регулирования здравоохранения.

2 Цель: Ознакомить студентов с научной и образовательной деятельностью в области здравоохранения.

3 Тезис лекции:

1. Основные принципы государственной политики в области здравоохранения:

1) отнесение здоровья населения к факторам обеспечения национальной безопасности;

2) соблюдение прав граждан в области охраны здоровья и обеспечение их государственными гарантиями;

3) доступность медицинской помощи населению независимо от социального и имущественного положения;

4) обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

5) государственное регулирование и государственный контроль в области охраны здоровья граждан на протяжении всей жизни;

6) социальная справедливость и равенство граждан в получении медицинской помощи;

7) отзывчивость системы здравоохранения на потребности граждан в области охраны здоровья;

8) ответственность государственных органов за создание условий, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья граждан.

2. Основные задачи государственной политики в области здравоохранения:

1) обеспечение граждан Республики Казахстан гарантированным объемом бесплатной медицинской

помощи;

2) обеспечение эффективности, безопасности и качества лекарственных средств;

3) обеспечение развития отечественной медицинской и фармацевтической промышленности;

4) обеспечение непрерывности и преемственности медицинского и фармацевтического образования с использованием современных технологий обучения;

5) установление нормативов финансирования при формировании республиканского и местных бюджетов в области здравоохранения;

6) преемственность действий медицинских организаций при оказании медицинской помощи;

7) установление стандартов в области здравоохранения;

8) государственная поддержка научно-исследовательской деятельности, информационных и коммуникационных систем в области здравоохранения;

9) оказание медицинской помощи в соответствии с современными достижениями медицинской науки и техники, новыми технологиями лечения;

10) организация и проведение мер по охране здоровья граждан социально уязвимых слоев населения, в том числе матерей, детей, инвалидов и пенсионеров;

11) предоставление статистической и иной информации о состоянии здоровья населения и факторах среды обитания;

12) осуществление государственного контроля за качеством и полнотой оказываемых медицинских услуг, а также соблюдением иных требований законодательства Республики Казахстан о здравоохранении;

13) развитие международного сотрудничества в области охраны здоровья граждан.

4 Иллюстрированный материал: презентация (прилагается 15 слайдов)

5.Литература: см. приложение -1

6 Контрольные вопросы (обратная связь):

1.Что такое репродуктивное здоровье?

2. Кто занимается охраной репродуктивных прав человека?

1 Тема 12. Основные принципы и задачи государственной политики в области здравоохранения

2 Цель: Изучить права и обязанности граждан в области здравоохранения.

3 Тезис лекции:

Основные задачи государственной политики в области здравоохранения:

1) обеспечение граждан Республики Казахстан гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи;

2) обеспечение эффективности, безопасности и качества лекарственных средств;

3) обеспечение развития отечественной медицинской и фармацевтической промышленности;

4) обеспечение непрерывности и преемственности медицинского и фармацевтического образования с использованием современных технологий обучения;

5) установление нормативов финансирования при формировании республиканского и местных бюджетов в области здравоохранения;

6) преемственность действий медицинских организаций при оказании медицинской помощи;

7) установление стандартов в области здравоохранения;

8) государственная поддержка научно - исследовательской деятельности, информационных и коммуникационных систем в области здравоохранения;

9) оказание медицинской помощи в соответствии с современными достижениями медицинской науки и техники, новыми технологиями лечения;

10) организация и проведение мер по охране здоровья граждан социально уязвимых слоев населения, в том числе матерей, детей, инвалидов и пенсионеров;

11) предоставление статистической и иной информации о состоянии здоровья населения и факторах среды обитания;

12) осуществление государственного контроля за качеством и полнотой оказываемых медицинских услуг, а также соблюдением иных требований законодательства Республики Казахстан о здравоохранении;

13) развитие международного сотрудничества в области охраны здоровья граждан.

4 Иллюстрированный материал: презентация (прилагается 9 слайдов)

5.Литература: см. приложение -1

6 Контрольные вопросы (обратная связь):

1.Какая социальная защита медицинских и фармацевтических работников работающих в государственном секторе здравоохранения. проводится?

1 Тема 13. Программа развития здравоохранения Республики Казахстан.

2 Цель:

3 Тезис лекции:

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы
Цель Программы — обеспечение качественного и доступного здравоохранения.

Задачи — формирование у населения приверженности к здоровому образу жизни и развитие службы общественного здоровья; повышение качества медицинской помощи; устойчивое развитие системы здравоохранения.

Казахстан поддерживает определение Организации Объединенных Наций (далее – ООН) о том, что ключевой элемент устойчивого развития – это обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех людей в любом возрасте. В среднесрочном Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2025 года Правительство Республики Казахстан определило Цели устойчивого развития ООН (далее – ЦУР) важным ориентиром, где третьей целью указаны хорошее здоровье и благополучие населения.

Целевые индикаторы:

В 2025 году:

- рост ожидаемой продолжительности жизни граждан до 75 лет;
- снижение уровня риска преждевременной смертности от 30 до 70 лет от сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний и диабета до 15,43%.

- снижение материнской смертности до 14,5 на 100 тысяч живорожденных (по данным конфиденциального аудита);
- снижение младенческой смертности до 8,3 на 1000 живорожденных (по данным конфиденциального аудита).

4 Иллюстрированный материал: презентация (прилагается 10 слайдов)

5.Литература: см. приложение -1

6 Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие государственные гарантии гражданам в сфере здравоохранения вы знаете?

1 Тема 14. Порядок аккредитации, сертификации, лицензирования и аттестации медицинских организаций и др.

2 Цель:

3 Тезис лекции:

Порядок аккредитации субъектов здравоохранения, осуществляющих аккредитацию медицинских организаций

4. Субъекты здравоохранения, претендующие на проведение аккредитации медицинских организаций в целях признания соответствия оказываемых медицинских услуг установленным требованиям и стандартам в области здравоохранения, для прохождения аккредитации представляют в канцелярию Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – Комитет) следующие документы:

1) заявление по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам;

2) документы, предусмотренные в условиях для получения свидетельства об аккредитации по осуществлению аккредитации медицинских организаций по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

Документы, указанные в подпункте 2) настоящего пункта подаются в копиях с предоставлением оригиналов для сверки либо электронных копиях на электронную почту kmfk@dsm.gov.kz или на компакт-диске (оптический носитель информации).

5. Комитет получает из веб-портала "электронного правительства" www.egov.kz сведения о государственной регистрации (перерегистрации) субъектов здравоохранения в Государственной корпорации "Правительство для граждан" или в органе государственных доходов по месту нахождения.

6. Комитет в день поступления документов осуществляет их прием и регистрацию.

В случае обращения субъекта здравоохранения после окончания рабочего времени, в выходные и праздничные дни согласно трудовому законодательству Республики Казахстан, прием заявления и регистрация документов осуществляется следующим рабочим днем.

7. Полнота представленных документов, указанных в пункте 4 настоящих Правил и сведений из сервиса цифровых документов проверяется в течение 2 (двух) рабочих дней с момента регистрации документов.

В случае предоставления субъектом здравоохранения неполного пакета документов или отсутствия сведений, указанных в пункте 5 настоящих Правил, Комитет в указанные сроки направляет отказ (в произвольной форме) в дальнейшем рассмотрении заявления, заверенный электронной цифровой подписью руководителя Комитета.

8. При предоставлении субъектом здравоохранения полного пакета документов Комитет рассматривает их в течение 5 (пяти) рабочих дней и по результатам рассмотрения в течение 2 (двух) рабочих дней составляет аналитическую справку (в произвольной форме), содержащую наименование субъекта здравоохранения, дату поступления документов, сведения, согласно пункту 5 настоящих Правил, аналитическую информацию по каждому предоставленному документу, выводы о соответствии либо несоответствии субъекта здравоохранения условиям аккредитации.

9. В случае, если субъект здравоохранения не соответствует условиям аккредитации, предусмотренным в приложении 2 к настоящим Правилам, Комитетом проводится заслушивание согласно статьям 73 и 74 Административного процедурно-процессуального кодекса Республики Казахстан (далее – АППК).

10. Комитет в соответствии со статьей 73 АППК за 3 (три) рабочих дня до окончания срока принятия решения (мотивированного отказа) направляет субъекту здравоохранения предварительное решение и извещает о дате и времени заслушивания.

4 Иллюстрированный материал: презентация (прилагается 10 слайдов)

5.Литература: см. приложение -1

6 Контрольные вопросы (обратная связь):

1 Тема 15. Конституция, Кодексы РК регламентирующие деятельность организаций здравоохранения.

2 Цель:

3 Тезис лекции:

Основные понятия, используемые в настоящем Кодексе

1. В настоящем Кодексе используются следующие основные понятия:

1) среда обитания человека (далее - среда обитания) - совокупность природных, антропогенных и социальных факторов среды (природной и искусственной), определяющих условия жизнедеятельности человека;

2) ВИЧ-инфекция - хроническое инфекционное заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы и приводящее к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита;

3) сертифицированный тренер по первой помощи - лицо, прошедшее дополнительную подготовку по первой помощи и базовой сердечно-легочной реанимации;

4) анонимное обследование - добровольное медицинское обследование лица без идентификации личности;

5) медицина катастроф - область медицины, направленная на предупреждение и ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций социального, природного и техногенного характера (далее - чрезвычайные ситуации), включающая предупреждение и лечение заболеваний населения, санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия, сохранение и восстановление здоровья участников ликвидации чрезвычайных ситуаций, а также медицинскую помощь сотрудникам аварийно-спасательных служб;

6) фонд социального медицинского страхования - некоммерческая организация, производящая

аккумулирование отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, которые предусмотрены договором закупа медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан;

7) военная медицина - область медицины и здравоохранения, представляющая собой систему научных знаний (комплекс научно-практических дисциплин) и практической деятельности военно-медицинской службы, имеющая своей целью всестороннее медицинское обеспечение войск, подразделений и ведомств специальных государственных и правоохранительных органов в мирное и военное время;

8) военно-медицинская служба - совокупность военно-медицинских (медицинских) подразделений, в которых законами Республики Казахстан предусмотрены воинская служба или особый вид государственной службы, предназначенные для военно-медицинского (медицинского) обеспечения деятельности этих органов;

9) военно-медицинские (медицинские) подразделения - структурные подразделения центральных исполнительных органов и иных центральных государственных органов и их территориальных подразделений, а также военно-медицинские (медицинские) учреждения (организации), иные подразделения, осуществляющие военно-медицинское (медицинское) обеспечение;

10) обогащение (фортификация) - введение витаминов, минералов и других веществ в пищевую продукцию в процессе ее производства или переработки с целью повышения пищевой и биологической ценности, а также профилактики заболеваний, обусловленных их дефицитом у человека;
4 Иллюстрированный материал: презентация (прилагается 10 слайдов)
5.Литература: см. приложение -1
6 Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Тема 16: Стратегия развития системы здравоохранения
2. Цель: Ознакомить системы здравоохранения .
3. Тезис лекции:
В Микроэкономике рассматривается поведение конкретных экономических единиц: отдельной отрасли, отдельной фирмы или домохозяйства, отдельного потребителя. Изучаются такие проблемы, как определение спроса, предложения и цены конкретного продукта, рациональное поведение потребителя, затраты и выручка отдельной фирмы, оптимальное распределение ресурсов в фирме, определение оптимальных цен и объемов выпуска на различных рынках.
В Макроэкономике рассматривается экономика в целом, изучаются все тенденции, происходящие в отдельной стране. Определяются условия равновесного состояния экономики, инструменты и методы государственного регулирования, факторы и источники экономического роста национальной экономики.
В макроэкономике изучается национальная экономика, которая представляет собой систему взаимосвязей между хозяйствующими субъектами по поводу производства, распределения, обмена и использования национального продукта для увеличения благосостояния нации.
Основу макроэкономики составляет распределение общественных ресурсов в определенных пропорциях между сферами экономики, фазами воспроизводства, его подразделениями, отраслями и регионами в ии с общественно необходимыми потребностями. Это определение структуры характеризует закон связи всех ее элементов непосредственно при производстве и потреблении общественного продукта.
Макроэкономические цели: 1) Экономический рост - устойчивое, развитие экономики. 2) Стабильный уровень цен - цены под воздействием спроса и предложения могут изменяться. 3) Стабильный уровень занятости: все. 4) Экономическая свобода: свобода для развития предпринимательской деятельности, свобода перелива капиталов из одной отрасли в другую. 5) Экономическая эффективность, предполагающая увеличение валового выпуска продукции при наименьших затратах. 6) Справедливое распределение доходов и экономическая обеспеченность: каждый должен иметь право на труд, на

пенсионное обеспечение. 7) Равновесие в окружающей среде. 8) Равновесие внешнеторгового баланса – экспорт должен равняться импорту.

В экономике здравоохранения как в отрасли, так и в науке можно выделить два основных раздела (или уровня):

1) макроэкономика (макроэкономический уровень) - характеризует эффективность системы здравоохранения;
2) микроэкономика (микроэкономический уровень) - характеризует экономические аспекты деятельности лечебно-профилактических учреждений (экономичность здравоохранения).

Соответствие показателей общественного здоровья уровню социально-экономического развития страны является основным вопросом экономики здравоохранения.

В последние два десятилетия все более серьезной проблемой экономики здравоохранения для всех стран мира становится рост стоимости медицинского обслуживания. Повышению общих расходов на здравоохранение способствуют такие факторы, как старение населения, сопровождающееся повышением уровней хронической заболеваемости и инвалидности, появление новых видов лечения и технологий, новых дорогостоящих лекарственных средств.

Относительная стабилизация уровня расходов на здравоохранение в последние годы, рассчитанная в процентах от ВВП в странах Европы говорит о том, что абсолютные расходы продолжают расти вместе с ростом экономики и самого ВВП.

Инвестиции в здоровье должны занимать центральное место в развитии человека и общества, являются основой устойчивого социально-экономического развития и не должны рассматриваться как затраты или потери.

Этот факт помогает объяснить различия в состоянии здоровья населения в экономически развитых и наименее развитых странах. Например, исследования показали, что уровень смертности среди населения в наименее развитых странах выше, чем среди населения экономически развитых стран во всех возрастных группах, но различия наиболее выражены в период младенчества и детства.

Соответствующие показатели сравнивали в 20% самых экономически развитых странах мира и 20% наименее развитых стран. В возрасте 0-4 лет смертность в «бедных» странах в 9 раз выше, чем в «богатых»; в возрасте 5-14 лет она выше в 10 раз; в возрасте 15-29 лет разрыв равен 3,9 раза; в старших возрастных группах он постепенно сокращается, достигая 1,4 раза в возрасте 70 лет и старше.

Сравнение показателей здоровья населения и экономических показателей различных стран показало, что самая высокая продолжительность жизни отмечается в странах с наиболее высоким доходом на душу населения.

Исследование роли здравоохранения в общей экономике заключается в обосновании социальной, медицинской и экономической эффективности здравоохранения.

Медицинская эффективность здравоохранения - это степень достижения медицинских результатов. Медицинская эффективность здравоохранения заключается в изменении уровня и характера заболеваемости и ее тенденций. В отношении работы одного врача или здоровья конкретного больного это выражается в выздоровлении или улучшении состояния здоровья, восстановлении утраченных функций отдельных органов и систем, продлении жизни.

Социальная эффективность здравоохранения – это степень достижения социального результата. Социальная эффективность здравоохранения заключается в оптимизации уровней рождаемости, снижении показателей смертности, увеличении продолжительности жизни, что в конечном итоге сказывается на количестве и качестве рабочей силы, качестве жизни населения. В отношении конкретного больного это выражается в возвращении его к труду и активной жизни в обществе, удовлетворенности медицинской помощью.

Экономическая эффективность здравоохранения представляет собой тот положительный вклад (прямой или косвенный), который вносит здравоохранение в рост национального дохода путем улучшения здоровья населения и увеличении продолжительности жизни.

4. Иллюстрированный материал: презентация

5. Литература: см.приложение 1.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Что такое макроэкономика и чем она отличается от микроэкономики?
2. В чем состоит отличие микроэкономики от макроэкономики?
3. Что такое микроэкономика и что она изучает?
4. Что изучает наука макроэкономика?

1 Тема 17: Основы медицинского права и законодательства в области здравоохранения

2 Цель: Ознакомить студентов с понятием экономический ущерб. Ознакомление с экономическим ущербом в связи с заболеваемостью инвалидностью и смертностью.

3 Тезис лекции:

Общие экономические потери, которые несет общество в связи с заболеваемостью и смертностью населения – экономический ущерб – делят на прямые и косвенные.

К прямым экономическим потерям относятся затраты на оказание медицинской помощи: амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное лечение, санитарно-эпидемиологическое обслуживание, подготовка и оплата работы медицинского персонала. К прямым экономическим потерям также относится выплата пособий по социальному страхованию при временной утрате трудоспособности и пенсий по инвалидности.

К непрямым (косвенным) экономическим потерям относится экономической ущерб (потери) в связи со снижением производительности труда в результате заболеваемости, недопроизведенная продукция на промышленном предприятии и снижение национального дохода на уровне народного хозяйства в результате временной или стойкой потери трудоспособности или смерти человека в трудоспособном возрасте.

Причем, косвенные потери во много раз превышают прямой экономический ущерб вследствие заболеваемости. По данным американских авторов, на долю косвенных потерь приходится до 90% общего экономического ущерба из-за болезни.

Проведение различных медицинских оздоровительных мероприятий, направленных на снижение уровня заболеваемости, например, вакцинация населения против инфекционных заболеваний, профилактика травматизма, профилактические осмотры с целью раннего выявления заболеваний и т.д. уменьшают экономический ущерб в следствие заболеваний.

Таким образом, разница между экономическим ущербом вследствие заболеваемости до и после проведения активных медицинских оздоровительных мероприятий и определяет экономический эффект здравоохранения.

Основной задачей микроэкономики здравоохранения является нахождение путей наиболее рационального использования имеющихся у здравоохранения ресурсов (денежных, материальных, кадровых) на уровне лечебно-профилактических учреждений.

В условиях перехода народного хозяйства к рыночной экономике значительно возрастает роль управления деятельностью учреждений здравоохранения, прежде всего их важнейшим разделом – экономической деятельностью. Экономической анализ должен служить основой для выявления недостатков и резервов в деятельности учреждений, выбора более рациональных методов и путей повышения эффективности и качества их работы.

Экономический анализ отдельных сторон деятельности учреждений здравоохранения и последующего синтезирования (установление связей и взаимосвязей между ними) позволяет из разрозненных данных об отдельных экономических явлениях и фактах составить целостную картину процесса создания услуг, выявить присущие ему в конкретных условиях тенденции, разработать варианты управленческих решений и выбрать из них наиболее оптимальный.

Экономические явления и хозяйственные процессы в деятельности учреждений здравоохранения складываются под влиянием разнообразных объективных факторов. Постоянно воздействуя на результаты деятельности медицинских учреждений, они отражают существующие закономерности, связи и зависимости в сфере оказания медицинских услуг.

Деятельность учреждений непроизводственной сферы сложна и многогранна и представляет собой

комплекс взаимосвязанных хозяйственных процессов, характеризующихся системой показателей, зависимых от многочисленных и разнообразных причин (факторов). К ним относятся объемы расходов, регулирование структуры этих расходов, контроль за их использованием, уровень инфляции, конкуренция и др. Если какой-либо фактор не берется во внимание в ходе экономического анализа, то учет степени влияния других факторов, а также выводы по результатам анализа будут неточными.
Объективные факторы, влияющие на результаты деятельности учреждений, отражают действие экономических законов развития общественного производства. Их анализ связан с необходимостью оценки степени соблюдения требований экономических законов в хозяйственной практике. В ходе анализа большое внимание уделяется и субъективным факторам, влияние которых связано с конкретной деятельностью работников учреждений и полностью зависит от них. Поэтому их изучение позволяет охарактеризовать уровень руководства коллективом медицинского учреждения, организации его работы, оплаты труда медицинского персонала, компетентность, активность и сознательность исполнителей, от которых зависят конечные результаты работы.
Необходимым составным элементом деятельности медицинских учреждений являются трудовые, материальные и финансовые ресурсы. Их наличие и рациональное использование - основная предпосылка увеличения объема и повышения качества услуг, которые могут быть предоставлены отдельным группам населения или обществу в целом. Ресурсы выступают в качестве резерва дальнейшего улучшения работы медицинского учреждения.
Материальные ресурсы ЛПУ можно представить как основные и оборотные средства. К основным средствам относятся: здания и сооружения, коечный фонд, производственная инфраструктура, лабораторное оборудование, транспорт. Основные средства переносят свою стоимость на стоимость медицинских услуг по частям (физический износ оборудования, который равен проценту амортизационных отчислений). Оборотные средства ЛПУ представляют собой предметы одноразового использования, лекарственные средства, мягкий инвентарь, а также денежные ресурсы. Оборотные средства перенося за год свою стоимость на стоимость производимых медицинских услуг целиком.

4 Иллюстрированный материал: презентация

5.Литература: см.приложение 1.

6 Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какой ущерб экономике могут нанести высокие показатели заболеваемости, инвалидности и смертности.

1 Тема 18: Основы финансирования здравоохранения. Системы и формы здравоохранения в странах мира.

2 Цель: Ознакомить студентов с особенностями финансирования здравоохранения в современных и рыночных условиях РК и различных странах. Ознакомление с понятием таксономия и системой государственного финансирования здравоохранения.

3 Тезис лекции:

Все существующие системы здравоохранения сводятся к трем основным моделям. Однозначных общепринятых названий у этих моделей нет, но описания их основных параметров даются специалистами в основном одинаково:
платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования;
государственная медицина с бюджетной системой финансирования;
система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.
Для первой модели характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком

(малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Наиболее ярко первая модель представлена здравоохранением США, где основа организации здравоохранения – частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственными программами медицинского обслуживания. Такую модель обычно называют платной, рыночной, американской, иногда – системой частного страхования.

Вторая модель характеризуется значительной ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Вторая модель с 1948 г. существует в Великобритании. Она характерна также для Ирландии (1971 г.), Дании (1973 г.), Португалии (1979 г.), Италии (1980 г.), Греции (1983 г.) и Испании (1986 г.). Ее называют государственной, бюджетной, госбюджетной.

Третью модель определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется, в первую очередь, наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины. Наиболее ярко третья модель представлена здравоохранением ФРГ, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии. К социально-страховой модели включены признаки и государственной, и рыночной моделей. В зависимости от того, какие параметры преобладают, социально-страховая модель может быть ближе либо к государственной, либо к рыночной. Например, социально-страховые модели систем здравоохранения стран Скандинавии и Канады имеют много общего с государственной моделью, а система здравоохранения Франции близка к рыночной.

4 Иллюстрированный материал: презентация

5.Литература: см.приложение 1.

6 Контрольные вопросы (обратная связь):

1. За счет чего происходит финансовое обеспечение негосударственных организаций здравоохранения?
2. Какова модель финансового обеспечения здравоохранения?
3. Какие источники финансирования, не противоречащих законодательству РК вы знаете?

1 Тема 19: Медицинское страхование, основные понятия, принципы, виды медицинского страхования.Медицинское страхование в РК.

2 Цель: Ознакомить студентов с понятием медицинское страхование. Ознакомление с основными понятиями, принципами и видами медицинского страхования.

3 Тезис лекции:

Страховая медицина - это система здравоохранения, финансирование которой осуществляется государством, предприятиями, гражданами. В условиях рыночной экономики страховая медицина является мобильной системой товарно-рыночных отношений, где в качестве товара выступает

конкретная медицинская услуга, а «покупателем» является государство, предприятие, гражданин.
Страховая медицина основана на методе страхования, когда обеспечение какого-либо риска осуществляется путем переложения его материальной тяжести на большое количество участников.
Обеспечение страховой медицины осуществляется путем медицинского страхования: заключение договоров, сбор денег, оплата услуг, другие мероприятия для обеспечения деятельности системы страховой медицины.
Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.
Государства, в которых финансирование здравоохранения осуществляется главным образом за счет поступления средств в систему обязательного медицинского страхования (ОМС), относятся к странам со страховой системой здравоохранения.
Государства, где фонды здравоохранения формируются в основном за счет личных взносов граждан или третьих лиц, т.е. за счет средств добровольного медицинского страхования (ДМС), относятся к странам с частной системой здравоохранения.
Системы страхования могут функционировать на региональном или государственном уровне либо обслуживать отдельные профессиональные группы. Некоторые системы страхования предлагают различные пакеты
услуг за разные размеры взносов, причем часто объем и состав услуг может существенно колебаться применительно к отдельным группам застрахованных.
Социальное (обязательное) медицинское страхование.
История социального медицинского страхования восходит к 1880-м годам, когда первая система была введена в Германии канцлером Бисмарком. Из числа различных видов страховых схем, эта более всего напоминает систему финансирования, основанную на налогообложении. Но, в отличие от системы здравоохранения, финансируемой за счет налогов, охваченные ею лица имеют право на определенный пакет услуг в обмен на уплаченные ими взносы. Взносы имеют обязательный характер и соотносятся с доходами страхуемых. Получение услуг зависит от потребности. Доходами системы социального медицинского страхования управляют самостоятельные учреждения, независимо и отдельно от общих поступлений в государственную казну. Во главе таких учреждений обычно стоят трехсторонние или двусторонние органы управления, включающие представителей тех, кто финансирует медицинское страхование (т.е. трудящихся, работодателей и - если участвует государство - правительство).
Как отмечено выше, социальное медицинское страхование (или общенациональные медицинские услуги) предусмотрено в большинстве промышленно развитых стран. На первых этапах его внедрения оно обычно распространяется на трудящихся формального сектора. Темп распространения охвата на более низкооплачиваемых трудящихся, фермеров и самозанятых лиц прямо соотносится с темпом экономического развития. По мере охвата групп с более низкими доходами правительства обычно вынуждены субсидировать систему.
Многие развивающиеся страны рассматривают механизмы социального медицинского страхования в качестве средства увеличить общую ресурсную базу здравоохранения, требуя от сравнительно обеспеченных лиц (т. е. трудящихся формального сектора) оплаты своего медицинского обслуживания, увеличивая тем самым ресурсы, предназначенные для оказания услуг тем, кто не в состоянии делать это.
Схемами социального медицинского страхования охвачена значительная доля населения по меньшей мере в 13 африканских странах. Так, системой больничного страхования в Кении охвачены примерно 25% населения. Системы социального страхования имеются в большинстве стран Латинской Америки, где они получили развитие с 30-х годов XX века. Крупные азиатские страны (например, Индия, Индонезия, Филиппины) располагают социальным медицинским страхованием, которое распространяется на миллионы трудящихся и их семьи. В Республике Корея введена система социального медицинского страхования, начало которой положила относительно небольшая система в 1977 г.; За 12 лет, к 1989 г., система практически охватила все население. Таиланд был одной из последних стран, где сложилась система социального медицинского страхования. Характерная черта этой системы - ее исключительный успех в области контроля над издержками благодаря подушному методу оплаты услуг больницы, выбранной застрахованным лицом для удовлетворения его медицинских

нужд.

Системы социального медицинского страхования в развивающихся странах часто сталкиваются с трудностями при выработке политики сбора налогов и оказания услуг трудящимся с меняющимися, периодическими и сезонными доходами. Таких трудящихся часто относят к неформальному сектору и исключают из охвата системой. Во многих европейских странах проблему самозанятых и трудящихся с нерегулярными доходами решили путем предоставления возможности добровольного участия. Главная трудность при этом заключается в установлении справедливой ставки взносов, которая не лишала бы стимула к участию в системе и в то же время не налагала чрезмерного бремени на постоянных участников системы.

Частное (добровольное) медицинское страхование.

Доступ к медицинскому обслуживанию в системе частного медицинского страхования определяется свободным выбором и способностью платить. Лица, которые могут позволить себе платить взносы строго с учетом риска заболеть, заключают договор о страховании с частной страховой компанией. Частное медицинское страхование основано на том, что в принципе за плату можно застраховаться на любой случай, однако право решения о том, от какого риска можно застраховать, кого страховать, а кому отказать в этом, принадлежит страховщику. Система не предусматривает перекрестного субсидирования между группами по размерам дохода. Частное страхование,

как правило, сопряжено с высокими расходами на заключение сделок, так как оценка риска требует подробной информации и анализа. Системы частного медицинского страхования служат в лучшем случае инструментом для групп населения, которые хотят получить услуги выше средних, и для тех, кто стремится дополнить пакет услуг, предоставляемых национальными системами здравоохранения или системами социального медицинского страхования, особым набором услуг.

4 Иллюстрированный материал: презентация

5.Литература: см.приложение 1.

6 Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Как вы понимаете страхование?
2. Какие особенности медицинского страхования вы знаете?
3. Какие принципы медицинского страхования вы знаете?
4. Какие виды медицинского страхования вы знаете?

1. Тема 20: Бюджетное финансирование в здравоохранении.

2. Цель: Ознакомить студентов с основами бюджетного финансирования здравоохранения.

3. Тезис лекции:

Ни одна отрасль современной рыночной экономики, в том числе и здравоохранение, не может эффективно существовать и развиваться без отлаженной финансовой системы и источников финансирования.

Последние 16 лет в Казахстане предпринимались попытки реформирования отечественной системы здравоохранения, где главным объектом нововведений является система финансирования медицинского обслуживания. Вопросы финансирования здравоохранения по сути относятся к тому, как распределяются ресурсы между конкурирующими целями в экономике и между конкурирующими целями в секторе здравоохранения. Реформы финансирования здравоохранения направлены на создание институциональных условий и экономических стимулов в распределении ресурсов на достижение высокоприоритетных целей.

Любая финансовая система должна отвечать на три вопроса: как формируются финансовые ресурсы, как распределяются и насколько эффективно используются. По результатам изученного зарубежного опыта финансовые ресурсы системы здравоохранения зависят от уровня дохода населения, политических приоритетов и формируется за счет общественных или частных финансовых источников. Поэтому лица, разрабатывающие политику, стоят перед постоянной проблемой получения достаточных поступлений для сектора здравоохранения равноправным и эффективным способом.

Основными элементами в механизме распределения бюджетных ресурсов выступают органы управления, регулирующие нормативно-правовое акты и система тарифообразования. В качестве дополнительного источника финансирования, занимающего определенный удельный вес, следует признать оказание медицинских услуг на платной основе.

При существующей системе бюджетного финансирования в Республике Казахстан, в условиях проявления кризисных явлений экономики необходимо использование анализа, предусматривающего сопоставление финансовых затрат на охрану и укрепление здоровья населения и мониторинга результатов. Однако необходимо помнить, что каждый из уровней системы здравоохранения выполняет свои функциональные задачи, и в рамках этих задач формирует собственные цели и механизмы решения этой задачи. Тем самым, хотелось бы отметить, что на настоящий период в системе здравоохранения надо разрабатывать такие финансовые решения, которые способны подтолкнуть к достижению эффективных результатов как медицинских организаций и государственный аппарат, и самих потребителей медицинских услуг.

Бюджетное финансирование здравоохранения призвано возместить затраты учреждений, связанные с предоставлением бесплатных медицинских услуг населению в соответствии с действующим социальным стандартом. В свою очередь, при планировании бюджетных расходов здравоохранения необходимо иметь четкое представление об объемах распределения средств на первичную медико-санитарную помощь и стационар с учетом определенных тарифов.

Источниками финансирования государственного здравоохранения являются:

- средства республиканского и местного бюджетов, выделяемые по долговременным экономическим нормативам;
- отчисления от дохода хозяйствующих субъектов, целевые субсидии министерств, ведомств и других органов управления;
- средства международных организаций по специальным программам;
- валютные ассигнования из республиканского и местных валютных фондов;
- средства медицинских учреждений, полученные за выполнение сверхнормативных медицинских услуг работодателем и за оказание платных услуг и других видов хозяйственной деятельности;
- благотворительные вклады организаций и граждан, в том числе других государств.

Средства государственного здравоохранения направляются на:

- оказание медицинской помощи гражданам;
- целевые комплексные программы здравоохранения;
- развитие материально-технической базы государственного здравоохранения;
- содержание лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений;
- подготовку и повышение квалификации медицинских кадров;
- развитие и внедрение медицинской науки;
- ликвидацию эпидемий инфекционных заболеваний.

Бюджетное финансирование здравоохранения призвано возместить затраты учреждений этой отрасли, связанные с предоставлением бесплатных медицинских услуг населению в соответствии с действующим социальным стандартом. Как известно, при планировании бюджетных расходов здравоохранения необходимо иметь четкое представление об объемах распределения средств на первичную медико-санитарную помощь и стационар с учетом определенных тарифов. Таким образом, в республике действует разработанная методика формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи от 29 сентября 2005 года № 490.

4 Иллюстрированный материал: презентация

5.Литература: см.приложение 1.

6 Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Определение финансовой системы здравоохранения.
2. Что должна обеспечивать система финансирования здравоохранения?
3. Основные источники финансирования здравоохранения.
4. Что является основой формирования бюджета здравоохранения в РК?

Приложение 1

Основная литература:

Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. ; Мин-во образования и науки РФ. Рек. ГОУ ВПО "Первый гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 544 с.
Бөлешов, М. Ә. Қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау : оқулық / М. Ә. Бөлешов. - Алматы : Эверо, 2015. - 244 бет с.
Денсаулық сақтау жүйесінде алғашқы дәрігерлік - санитарлық көмек приоритеті ретінде : дәріс кешені / ОҚМФА. "Қоғамдық денсаулық сақтау - 1". - Шымкент : [б. и.], 2015. - 36 б. с.
Биғалиева, Р. К Әлеуметтік медицина және денсаулық сақтауды басқару: оқулық / Р. К Биғалиева. - Алматы : Эверо, 2014. - 560 бет. с.
Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. ; Рек. ГОУ ВПО "Моск. мед. акад. им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 608 с. : ил.

Дополнительная литература:

Куратко, Д. Ф. Кәсіпкерлік :теория,процесс,практика = Entrepreneurship : монография / Д.Ф.Куратко ; ауд.М.Қыстаубаева [және т.б.]. - 10-бас. - Астана : Ұлттық аударма бюросы, 2018. - 480 б. с. : (Рухани жаңғыру).
Аканов, А. Здоровье населения и здравоохранения Республики Казахстан = Population Health and Care of the Republic of Kazakstan (White Paper) : монография / А. Аканов, Т. Мейманалиев. - ; Рек. к изд. Учен. советом КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова. - Алматы : Эверо, 2014. - 80 с.
Аканов, А. Здоровье населения и здравоохранения Республики Казахстан = The White Paper-2 : монография / А. Аканов, Т. Мейманалиев, К. Тулебаев. - ; Рек. к изд. Учен. советом КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова. - Алматы : Эверо, 2014. - 85 с.

Тель, Л. З. Кодекс здоровья . Евроазиатская система. Сохранения здоровья: монография / Л. З. Тель. - 6-е изд. - Алматы : Эверо, 2012. - 152 с.
Тель, Л. З. Энциклопедия здоровья. Здоровье и долголетие. Теория и практика: энциклопедия / Л. З. Тель. - Алматы : Эверо, 2011. - 736 с.
Тель, Л. З. Наука о процессах здоровья и выздоровления - валеология - философия жизни : науч. изд. / Л. З. Тель. - Алматы : Эверо, 2011. - 680 с.
Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения : учебник / под ред. О. П. Щепина. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 384 с.
Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова ; М-во образования и науки. - 3-е изд., перераб. и доп ; Рек. ГОУ ВПО "Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 544 ил.
Бөлешов, М. Ә. Қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау : оқулық / М. Ә. Бөлешов ; ҚР БҒМ. - Алматы : ҚР жоғары оқу орындарының қауымдастығы, 2012. - 256 бет

Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учеб. пособие / под ред. В. З. Кучеренко. - 4-е изд., перераб. и доп. ; Рек. Учеб.- метод. объед. по мед. и фарма образованию вузов РФ. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2011. - 256 с.
Дәулетбаев, Д. А. Әлеуметтік медицина және денсаулық сақтауды басқару : оқу құралы / Д. А. Дәулетбаев, А. Ш. Әлназарова, Б. А. Әлсейітов. - Алматы : Эверо, 2011.
Қазақстан Республикасының халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы кодексі [Мәтін] = Кодекс Республики Казахстан о здровье народа и системе здравоохранения : законы и законодательные акты / ҚР денсаулық сақтау министрлігі. - Астана : Б. ж., 2009. - 320 бет. с.

Электронные ресурсы:

1. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (43,1Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - эл. опт. диск (CD-ROM).
2. Денсаулық сақтау жүйесінде алғашқы дәрігерлік - санитарлық көмек приоритеті ретінде [Электронный ресурс] : дәріс кешені / ОҚМФА. "Қоғамдық денсаулық сақтау - 1" кафедрасы. - Электрон. текстовые дан. (459 Кб). - Шымкент : [б. и.], 2015. - о+эл. опт. Диск
3. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - Электрон. текстовые дан. (47,6 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 608 с. эл. опт. диск (CD-ROM)

Электронные база данных:

№	Название	Ссылки
1	Электронная библиотека	http://lib.ukma.kz
2	Электронный каталог - Для внутренних пользователей - Для внешних пользователей	http://10.10.202.52 http://89.218.155.74
3	Промежуточные республиканских высших учебных заведений электронная библиотека	http://rmebrk.kz/
4	Электронная библиотека медицинского вуза "советник студента»	http://www.studmedlib/ru
5	Раздел» Параграф «информационная система»Медицина"	https://online.zakon.kz/Medicine
6	Электронный источник правовой информации "закон»	https://zan.kz
7	Научная электронная библиотека	https://elibrary/ru/
8	«BooksMed» электронная библиотека	http://www.booksmed.com
9	«Web of science» (Thomson Reuters)	http://apps.webofknowledge.com
10	«Science Direct» (Elsevier)	https://www.sciencedirect.com
11	«Scopus» (Elsevier)	www.scopus.com
12	PubMed	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pu bmed