

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мошуров Иван Петрович
Должность: Исполняющий обязанности ректора
Дата подписания: 10.02.2026 09:22:46
Уникальный программный ключ:
31a99dba44a8a7fda9b0f7f5aedd5410eaaa2315

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Факультет подготовки кадров высшей квалификации
Кафедра управления в здравоохранении

УТВЕРЖДАЮ
Декан факультета
подготовки кадров
высшей квалификации
Ю. А. Котова
18.11.2025г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
наименование дисциплины

31.08.13 Детская кардиология
код и наименование специальности

Врач – детский кардиолог
квалификация выпускника

Фонд оценочных средств дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» подготовлен на кафедре управления в здравоохранении ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России авторским коллективом:

| № п/п | Фамилия, Имя, Отчество | Ученая степень, ученое звание | Занимаемая должность | Основное место работы |
|-------|-----------------------------|------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Нехаенко Наталия Евгеньевна | Доктор медицинских наук, профессор | Заведующий кафедрой | Министерство здравоохранения Воронежской области |
| 2 | Сыч Галина Владимировна | Кандидат медицинских наук, доцент | доцент | ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России кафедра управления в здравоохранении |
| 3 | Чайкина Наталья Николаевна | Кандидат медицинских наук, доцент | доцент | ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России кафедра управления в здравоохранении |
| 4 | Анучина Наталья Николаевна | Кандидат медицинских наук | доцент | ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России кафедра управления в здравоохранении |

Фонд оценочных средств обсужден на заседании кафедры управления в здравоохранении ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России «27» октября 2025 г., протокол № 4.

Фонд оценочных средств одобрен на заседании ЦМК от «18» ноября 2025 года, протокол № 2.

Нормативно-правовые основы разработки и реализации рабочей программы дисциплины (модуля)\практики:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.13 Детская кардиология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержден Приказом Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 г. N 1055.
- 2) Приказ Минтруда России от 14.03.2018 №139н "Об утверждении профессионального стандарта «Врач - детский кардиолог».
- 3) Общая характеристика образовательной программы по специальности 31.08.13 Детская кардиология.
- 4) Учебный план образовательной программы по специальности 31.08.13 Детская кардиология
- 5) Устав и локальные нормативные акты Университета.

© ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

1. Соответствие компетенций планируемым результатам обучения по дисциплине:

| Код и наименование компетенции | Проверяемые результаты обучения для данной дисциплины | Оценочные средства текущего контроля и промежуточной аттестации |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| УК-2 | Готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия | Промежуточная аттестация: 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая) задача |
| ПК-1 | Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания | Промежуточная аттестация: 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая) задача |
| ПК-2 | Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками | Промежуточная аттестация: 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая) задача |
| ПК-4 | Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков | Промежуточная аттестация: 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая) задача |
| ПК-10 | Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях | Промежуточная аттестация: 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая) задача |
| ПК-11 | Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей | Промежуточная аттестация: 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая) задача |
| ПК-12 | Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации | Промежуточная аттестация: 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая) задача |

2. Оценочные средства освоения учебной дисциплины

2.1. Текущий контроль освоения обучающимися программного материала учебной дисциплины имеет следующие виды:

Опрос (устный, письменный)

Компетенция/и: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Тема: Правовая система охраны здоровья населения

Вопрос 1

Какой **нормативно-правовой акт** является основополагающим в сфере охраны здоровья граждан РФ?

Назовите его полное официальное наименование и год принятия.

Ответ:

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «**Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации**». Этот закон:

- закрепляет **основные принципы** охраны здоровья (доступность, качество, приоритет профилактики и др.);
- определяет **права и обязанности** пациентов и медработников;
- регламентирует **порядок оказания медицинской помощи**;
- устанавливает **полномочия органов власти** в сфере здравоохранения.

Вопрос 2

Перечислите **пять ключевых принципов** охраны здоровья, закреплённых в ст. 4ФЗ № 323-ФЗ.

Ответ:

Согласно ст. 4 ФЗ № 323-ФЗ, к основным принципам относятся:

1. **Соблюдение прав человека** в сфере охраны здоровья.
2. **Приоритет интересов пациента** при оказании медицинской помощи.
3. **Доступность и качество** медицинской помощи.
4. **Недопустимость отказа** в оказании помощи (в т. ч. экстренной).
5. **Приоритет профилактики** в сфере охраны здоровья.
6. **Соблюдение врачебной тайны** (дополнительно, хотя формально в перечне ст. 4 не указан, но является фундаментальным принципом).

Вопрос 3

В каких **случаях допускается разглашение врачебной тайны** без согласия пациента? Укажите не менее трёх оснований, предусмотренных законом.

Ответ:

Разглашение допустимо (ст. 13 ФЗ № 323-ФЗ) при:

1. **Угрозе распространения инфекционных заболеваний**, массовых отравлений и поражений.

2. **Запросах органов дознания, следствия, суда** в рамках расследования.
3. **Информировании органов внутренних дел** о поступлении пациента с травмами, предположительно причинёнными противоправными действиями (например, ножевые ранения).
4. **Контроле качества и безопасности** медицинской деятельности (экспертизы, проверки).
5. **Оказании помощи несовершеннолетнему** (информирование родителей/опекунов).

Вопрос 4

Какие **виды ответственности** могут нести медицинские работники за ненадлежащее оказание помощи? Перечислите с кратким пояснением.

Ответ:

1. **Дисциплинарная** (выговор, замечание, увольнение — ст. 192 ТК РФ).
2. **Административная** (штрафы за нарушения лицензионных требований — КоАП РФ).
3. **Гражданско-правовая** (возмещение вреда пациенту — ст. 1064 ГК РФ).
4. **Уголовная** (ст. 109, 118, 293 УК РФ — причинение вреда по неосторожности, халатность).
5. **Морально-этическая** (профессиональное порицание, лишение репутации).

Вопрос 5

Что такое **информированное добровольное согласие (ИДС)**? Каковы его **обязательные элементы** и когда оно **не требуется**?

Ответ:

ИДС это документально оформленное согласие пациента на медицинское вмешательство, основанное на **полной информации** о целях, методах, рисках и альтернативах (ст. 20 ФЗ № 323-ФЗ).

Обязательные элементы ИДС:

- наименование вмешательства;
- цели и методы оказания помощи;
- возможные риски и последствия;
- предполагаемые результаты;
- право на отказ.

Не требуется ИДС (ст. 20 ФЗ № 323-ФЗ):

1. При **угрозе жизни** пациента (экстренная помощь).

2. В отношении лиц с **заболеваниями, представляющими опасность для окружающих** (например, туберкулёз, ВИЧ).
3. При **недееспособности пациента** и отсутствии законного представителя (решение врачебной комиссии).
4. При **принудительном лечении** по решению суда (психиатрическая помощь, наркология).

Тема: Управление, экономика и планирование здравоохранения

Вопрос 1

Что понимается под **управлением в здравоохранении**? Назовите **ключевые функции** управленческого цикла в медицинской организации.

Ответ:

Управление в здравоохранении это целенаправленная деятельность субъектов управления (руководителей, органов власти), направленная на обеспечение эффективного функционирования и развития системы здравоохранения для достижения целей по охране здоровья населения.

Ключевые функции управленческого цикла:

1. **Планирование** — определение целей, задач, мероприятий, ресурсов и сроков.
2. **Организация** — создание структуры, распределение полномочий, обеспечение ресурсами
3. **Мотивация** — стимулирование персонала к эффективной работе (материальное, моральное, карьерное).
4. **Контроль** — оценка результатов, выявление отклонений, корректировка действий.
5. **Координация** — согласование работы подразделений, устранение конфликтов, обеспечение единства процесса.

Вопрос 2

Какие **основные модели финансирования здравоохранения** существуют в мировой практике? Кратко охарактеризуйте каждую.

Ответ:

1. **Бюджетная (государственная)** — финансирование из госбюджета (налоги), услуги бесплатны для населения (пример: NHS в Великобритании).
2. **Страховая (социально-страховая)** — взносы работодателей и работников в страховые фонды, оплата услуг через страховщика (пример: Германия, Франция, система ОМС в России).

3. **Частная (рыночная)** — оплата услуг напрямую пациентом или через добровольное страхование (пример: США в части сегментов).
4. **Смешанная** — комбинация элементов выше (например, госфинансирование + ДМС + соплатежи).

Вопрос 3

Что такое **планирование в здравоохранении**? Перечислите **виды планов** и **основные этапы** их разработки.

Ответ:

Планирование в здравоохранении процесс определения целей, задач, объёмов, структуры и сроков оказания медицинской помощи с учётом ресурсов и потребностей населения.

Виды планов:

- стратегические (на 5–10 лет);
- тактические (1–3 года);
- оперативные (месяц, квартал, год);
- целевые программы (по конкретным заболеваниям/направлениям).

Этапы разработки:

1. Анализ текущей ситуации (статистика, ресурсы, проблемы).
2. Прогнозирование потребностей (демография, заболеваемость).
3. Постановка целей и задач.
4. Расчёт объёмов помощи и ресурсов (кадры, финансы, оборудование).
5. Утверждение плана и его реализация.
6. Мониторинг и корректировка.

Вопрос 4

Что включает **экономическая деятельность медицинской организации**? Назовите **основные источники финансирования** и **статьи расходов**.

Ответ:

Экономическая деятельность совокупность процессов по формированию, распределению и использованию финансовых, материальных и трудовых ресурсов для оказания медицинской помощи.

Источники финансирования:

- средства ОМС;
- бюджетные ассигнования (региональные, федеральные);
- платные услуги;
- добровольное медицинское страхование (ДМС);

- гранты, благотворительность.

Основные статьи расходов:

- заработная плата и начисления;
- медикаменты и расходные материалы;
- коммунальные услуги и содержание зданий;
- оборудование и ремонт;
- транспорт, связь, ИТ.

Вопрос 5

Что такое **эффективность здравоохранения**? Какие **виды эффективности** выделяют как их оценивают?

Ответ:

Эффективность здравоохранения — соотношение достигнутых результатов (медицинских, социальных, экономических) к затраченным ресурсам.

Виды эффективности:

1. **Медицинская** — степень достижения клинического результата (снижение смертности, рост выживаемости, выздоровление).
Оценивается через показатели: летальность, частота осложнений, сроки лечения.
2. **Социальная** — улучшение качества жизни, удовлетворённость пациентов, снижение инвалидности. Измеряется опросами, индексами качества жизни.
3. **Экономическая** — соотношение затрат и выгоды (например, стоимость одного спасённого года жизни).
Методы: анализ «затраты-эффективность», «затраты-выгода».
4. **Организационная** — рациональное использование ресурсов (койки, врачи, оборудование). Показатели: оборот койки, нагрузка на врача, время ожидания.

Оценка проводится через **мониторинг индикаторов**, сравнительный анализ, аудит экспертные методы.

Тема: Управление качеством медицинской помощи

Вопрос 1

Что понимается под **качеством медицинской помощи** согласно действующему законодательству РФ? Приведите нормативную формулировку и раскройте ключевые составляющие.

Ответ:

Согласно ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **качество медицинской помощи** — это совокупность характеристик, отражающих:

- **своевременность** оказания помощи;
- **правильность** выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
- **степень достижения запланированного результата** (клинического, социального, экономического).

Ключевые составляющие:

- **профессиональная компетентность** медработников;
- **доступность** услуг (географическая, финансовая, организационная);
- **безопасность** (минимизация рисков ятрогений);
- **удовлетворённость пациента** (соответствие ожиданиям, коммуникация);
- **эффективность** (соотношение затрат и достигнутых результатов).

Вопрос 2

Назовите **три основных подхода** к контролю качества медицинской помощи. Краткоохарактеризуйте каждый.

Ответ:

1. **Структурный подход** — оценка ресурсной базы:
 - кадровый состав (квалификация, штаты);
 - материально-техническая база (оборудование, помещения);
 - организационные условия (регламенты, стандарты).
2. **Процессуальный подход** — анализ соблюдения технологий:
 - соответствие лечебно-диагностических действий клиническим рекомендациям и стандартам;
 - соблюдение этапов оказания помощи (от первичного приёма до реабилитации).
3. **Результативный подход** — оценка исходов:
 - клинические показатели (летальность, осложнения, выздоровление);
 - социальные критерии (возвращение к труду, качество жизни);
 - удовлетворённость пациентов (опросы, обратная связь).

Вопрос 3

Какие **уровни контроля качества** существуют в системе здравоохранения РФ? Перечислите и укажите, кто их осуществляет.

Ответ:

1. **Внутренний контроль** — проводится внутри медицинской организации:
 - заведующий отделением (ежедневный контроль);
 - заместитель главного врача по качеству (плановые проверки);
 - врачебная комиссия (разбор сложных случаев, экспертиз).
2. **Внутриведомственный контроль** — осуществляется органами управления здравоохранением:
 - территориальные министерства/департаменты;
 - профильные центры качества.
3. **Вневедомственный контроль** — проводят независимые структуры:
 - фонды ОМС (экспертиза объёмов и качества услуг);
 - страховые медицинские организации (контроль по ДМС);
 - Росздравнадзор (надзор за соблюдением стандартов);
 - Роспотребнадзор (санитарно-эпидемиологические аспекты);
 - общественные организации (защита прав пациентов).

Вопрос 4

Что включает система управления качеством в медицинской организации? Назовите пять ключевых элементов.

Ответ:

1. **Стандартизация** — внедрение клинических рекомендаций, протоколов, СОПов (стандартных операционных процедур).
2. **Мониторинг показателей** — сбор и анализ данных:
 - частота осложнений;
 - расхождения диагнозов;
 - удовлетворённость пациентов;
 - сроки оказания помощи.
3. **Внутренний аудит** — плановые и внеплановые проверки процессов и результатов.
4. **Непрерывное обучение персонала** — тренинги, симуляционные курсы, разбор ошибок.
5. **Обратная связь и корректирующие действия** —
 - рассмотрение жалоб пациентов;
 - разработка мер по устранению недостатков;
 - внедрение улучшений (цикл PDCA: Plan-Do-Check-Act).
6. **Информационная поддержка** — использование МИС (медицинских информационных систем) для учёта и анализа данных.

Вопрос 5

Какие **показатели** используются для оценки качества стационарной помощи? Приведите **пять примеров** с пояснением.

Ответ:

1. **Частота послеоперационных осложнений** — доля пациентов с осложнениями после операций (отражает безопасность и технику выполнения).
2. **Послеоперационная летальность** — процент умерших в течение 30 дней после операции (критический индикатор качества хирургии).
3. **Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов** — показатель точности диагностики (норма — не более 5–7 %).
4. **Средняя длительность пребывания на койке** — эффективность организации процесса (слишком долго — неэффективность, слишком коротко — риск недолеченности).
5. **Частота внутрибольничных инфекций** — индикатор соблюдения санитарно-эпидемиологического режима (например, инфекции кровотока, пневмония на ИВЛ).
6. **Удовлетворённость пациентов** — результаты анкетирования по доступности, коммуникации, условиям пребывания.
7. **Своевременность оказания помощи** — доля случаев, где диагностика и лечение начаты в нормативные сроки (например, «золотой час» при инфаркте).

Тема: Медицинская статистика и состояние здоровья населения

Вопрос 1

Что такое **медицинская статистика**? Назовите её **предмет изучения** и **основные задачи**.

Ответ:

Медицинская статистика — отрасль статистики, изучающая вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением.

Предмет изучения:

- состояние здоровья населения (заболеваемость, смертность, инвалидность, физическое развитие);
- факторы, влияющие на здоровье (экологические, социально-экономические, поведенческие);

- деятельность системы здравоохранения (ресурсы, объёмы помощи, эффективность);
- результаты клинических и экспериментальных исследований.

Основные задачи:

1. Сбор, обработка и анализ данных о здоровье населения.
2. Оценка эффективности медицинских мероприятий и программ.
3. Прогнозирование тенденций в состоянии здоровья.
4. Обоснование управленческих решений в здравоохранении.
5. Мониторинг эпидемиологической ситуации.

Вопрос 2

Какие **виды заболеваемости** выделяют в медицинской статистике? Кратко охарактеризуйте **три ключевых вида**.

Ответ:

1. **Первичная заболеваемость** — число новых случаев заболеваний, впервые выявленных в данном календарном году (регистрируется при первом обращении).
2. **Общая заболеваемость** (распространённость) — совокупность всех заболеваний, зарегистрированных в данном году (включая впервые выявленные и ранее известные, по поводу которых были обращения).
3. **Накопленная заболеваемость** — все случаи первичных заболеваний, зарегистрированных за 3–5 лет и более (отражает хронизацию патологии).
4. **Патологическая поражённость** — частота заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах (включая бессимптомные формы).
5. **Инфекционная заболеваемость** — случаи инфекционных болезней, подлежащие обязательной регистрации и эпидемиологическому надзору.

Вопрос 3

Назовите **основные демографические показатели**, используемые в медицинской статистике. Приведите **формулы расчёта** для двух из них.

Ответ:

Ключевые показатели:

- рождаемость;
- смертность (общая, младенческая, материнская);
- естественный прирост (убыль) населения;
- средняя продолжительность предстоящей жизни;

- структура населения по возрасту и полу.

Формулы:

1. Показатель общей смертности:

Число умерших за год ÷ Среднегодовая численность населения × 1000 (‰)

2. Младенческая смертность (на 1 тыс. родившихся живыми):

Число родившихся живыми ÷ Число детей, умерших в возрасте до 1 года × 1000

3. Естественный прирост:

Рождаемость – Смертность (на 1 тыс. населения)

Вопрос 4

Что такое **Международная классификация болезней (МКБ)**? Какова её роль в медицинской статистике?

Ответ:

МКБ —

стандартизированная система рубрик, в которые патологические состояния включены по установленным критериям (этиология, локализация, характер процесса). Актуальная версия — **МКБ-10** (10-й пересмотр).

Роль в статистике:

1. Обеспечивает **единую номенклатуру** заболеваний и причин смерти для сравнения данных между странами и регионами.
2. Позволяет **кодировать диагнозы** для автоматизированной обработки и анализа.
3. Служит основой для **учёта заболеваемости и смертности** в государственных отчётах.
4. Используется при **планировании здравоохранения** (расчёт потребностей в кадрах, койках, лекарствах).
5. Необходима для **научных исследований** и эпидемиологического мониторинга.

Вопрос 5

Какие **источники данных** используются для изучения состояния здоровья населения? Перечислите **пять** и укажите, какую информацию они дают.

Ответ:

1. **Учётная медицинская документация** (формы № 025/у, № 066/у и др.) — сведения о заболеваемости, госпитализации, диспансерном наблюдении.
2. **Результаты профилактических осмотров** — данные о патологической поражённости, ранних стадиях болезней.
3. **Данные о причинах смерти** (медицинские свидетельства о смерти) — структура смертности по заболеваниям и внешним причинам.
4. **Регистры заболеваний** (онкологические, диабетические и др.) — динамика хронических патологий, эффективность лечения.
5. **Социологические опросы и анкетирование** — субъективная оценка здоровья, факторы риска, удовлетворённость помощью.
6. **Административная статистика** (отчёты ЛПУ, фондов ОМС) — объёмы и качество медицинской помощи, финансовые показатели.
7. **Данные эпидемиологического надзора** — распространение инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний.

Тест

Компетенция/и: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Тема: Правовая система охраны здоровья населения

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

1. **Основополагающий нормативный акт в сфере охраны здоровья граждан РФ — это:**
 - а) Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
 - б) Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
 - в) Конституция РФ;
 - г) Постановление Правительства РФ от 28.12.2021 № 2505.→ **Ответ: а)**
2. **К основным принципам охраны здоровья, закреплённым в ст. 4 ФЗ № 323-ФЗ, НЕ относится:**
 - а) приоритет интересов пациента;
 - б) доступность и качество медицинской помощи;
 - в) платность медицинской помощи для всех категорий граждан;
 - г) приоритет профилактики.→ **Ответ: в)**

3. **Информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство оформляется:**
- а) только в устной форме;
 - б) в письменной форме до начала вмешательства;
 - в) после оказания помощи;
 - г) по усмотрению врача.
- **Ответ: б)**
4. **Разглашение врачебной тайны без согласия пациента допускается:**
- а) по запросу любого родственника;
 - б) при угрозе распространения инфекционных заболеваний;
 - в) по запросу работодателя;
 - г) в любых случаях по решению врача.
- **Ответ: б)**
5. **Экстренная медицинская помощь оказывается:**
- а) только при наличии полиса ОМС;
 - б) безотлагательно и бесплатно, независимо от наличия документов;
 - в) после оформления ИДС;
 - г) только в стационарных условиях.
- **Ответ: б)**
6. **Право на выбор врача и медицинской организации закреплено в:**
- а) ст. 11 ФЗ № 323-ФЗ;
 - б) ст. 21 ФЗ № 323-ФЗ;
 - в) ст. 70 ФЗ № 323-ФЗ;
 - г) ст. 98 ФЗ № 323-ФЗ.
- **Ответ: б)**
7. **Диспансерное наблюдение устанавливается за лицами:**
- а) с хроническими заболеваниями и высоким риском их развития;
 - б) только с онкологическими заболеваниями;
 - в) исключительно по желанию пациента;
 - г) только в случае инвалидности.
- **Ответ: а)**
8. **Ответственность за причинение вреда здоровью пациента при оказании медицинской помощи регулируется:**
- а) Гражданским кодексом РФ (ст. 1064);
 - б) Уголовным кодексом РФ (ст. 109, 118);
 - в) Кодексом об административных правонарушениях РФ;
 - г) всеми перечисленными актами.
- **Ответ: г)**
9. **Медицинская деятельность подлежит лицензированию в соответствии с:**
- а) ФЗ № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;
 - б) ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья...»;
 - в) ФЗ № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;

- г) всеми перечисленными актами.
→ **Ответ: г)**
- 10. Право на отказ от медицинского вмешательства закреплено в:**
- а) ст. 17 ФЗ № 323-ФЗ;
 - б) ст. 20 ФЗ № 323-ФЗ;
 - в) ст. 33 ФЗ № 323-ФЗ;
 - г) ст. 70 ФЗ № 323-ФЗ.
- **Ответ: б)**
- 11. Обязательное медицинское страхование (ОМС) обеспечивает:**
- а) бесплатную медицинскую помощь в рамках Программы государственных гарантий;
 - б) платные услуги по выбору пациента;
 - в) только стоматологическую помощь;
 - г) исключительно высокотехнологичную помощь.
- **Ответ: а)**
- 12. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляет:**
- а) Росздравнадзор;
 - б) Роспотребнадзор;
 - в) страховые медицинские организации;
 - г) все перечисленные органы.
- **Ответ: г)**
- 13. Медицинская экспертиза включает:**
- а) экспертизу временной нетрудоспособности;
 - б) медико-социальную экспертизу;
 - в) военно-врачебную экспертизу;
 - г) все перечисленные виды.
- **Ответ: г)**
- 14. Право на охрану здоровья работников закреплено в:**
- а) Трудовом кодексе РФ (ст. 214);
 - б) ФЗ № 323-ФЗ (ст. 24);
 - в) ФЗ № 52-ФЗ (ст. 36);
 - г) всех перечисленных актах.
- **Ответ: г)**
- 15. Медицинские отходы классифицируются в соответствии с:**
- а) СанПиН 2.1.3684-21;
 - б) ФЗ № 323-ФЗ;
 - в) ФЗ № 52-ФЗ;
 - г) всеми перечисленными актами.
- **Ответ: а)**
- 16. Право на медицинскую реабилитацию предусмотрено:**
- а) ст. 40 ФЗ № 323-ФЗ;
 - б) ст. 50 ФЗ № 323-ФЗ;
 - в) ст. 70 ФЗ № 323-ФЗ;

г) ст. 98 ФЗ № 323-ФЗ.

→ **Ответ: а)**

17. Порядок оказания медицинской помощи утверждается:

- а) приказом Минздрава РФ;
- б) федеральным законом;
- в) постановлением Правительства РФ;
- г) решением врачебной комиссии.

→ **Ответ: а)**

18. Право на защиту персональных данных пациента регулируется:

- а) ФЗ № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- б) ФЗ № 323-ФЗ (ст. 13);
- в) ФЗ № 149-ФЗ «Об информации...»;
- г) всеми перечисленными актами.

→ **Ответ: г)**

19. Медицинскую тайну составляют:

- а) сведения о факте обращения за помощью;
- б) диагноз и методы лечения;
- в) состояние здоровья и прогноз;
- г) все перечисленное.

→ **Ответ: г)**

20. Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи утверждается:

- а) ежегодно постановлением Правительства РФ;
- б) раз в 5 лет федеральным законом;
- в) приказом Минздрава РФ;
- г) решением субъектов РФ.

→ **Ответ: а)**

Тема: Управление, экономика и планирование здравоохранения

1. Ключевая цель планирования в здравоохранении — это:

- а) максимизация прибыли медицинских организаций;
- б) оптимальное распределение ресурсов для достижения целевых показателей здоровья населения;
- в) сокращение численности медицинского персонала;
- г) увеличение количества платных услуг.

→ **Ответ: б)**

2. К основным моделям финансирования здравоохранения НЕ относится:

- а) бюджетная (государственная);
- б) страховая (социально-страховая);
- в) частная (рыночная);

- г) кооперативная (взаимопомощь граждан).
→ **Ответ: г)**
3. **Программа государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания медицинской помощи утверждается:**
- а) ежегодно постановлением Правительства РФ;
 - б) раз в 5 лет федеральным законом;
 - в) приказом Минздрава РФ;
 - г) решением субъектов РФ.
- **Ответ: а)**
4. **Подушевое финансирование в системе ОМС означает:**
- а) выделение средств на основе количества пролеченных пациентов;
 - б) расчёт финансирования исходя из численности прикрепленного населения;
 - в) оплату по фактическим затратам на лечение;
 - г) финансирование по количеству коек в стационаре.
- **Ответ: б)**
5. **К показателям экономической эффективности здравоохранения НЕ относят:**
- а) стоимость одного случая лечения;
 - б) предотвращенный экономический ущерб;
 - в) удовлетворенность пациентов;
 - г) рентабельность платных услуг.
- **Ответ: в)**
6. **Основной источник финансирования базовой программы ОМС — это:**
- а) налоги на доходы физических лиц;
 - б) страховые взносы работодателей и самозанятых;
 - в) добровольные пожертвования;
 - г) средства регионального бюджета.
- **Ответ: б)**
7. **Планирование объемов медицинской помощи осуществляется на основе:**
- а) пожеланий главврача;
 - б) нормативов, утвержденных в ПГГ, и демографических показателей;
 - в) количества свободных коек;
 - г) запросов страховых компаний.
- **Ответ: б)**
8. **К функциям управления в здравоохранении НЕ относится:**
- а) планирование;
 - б) организация;
 - в) коммерциализация;
 - г) контроль.
- **Ответ: в)**

9. **Экономический анализ в медицинской организации включает:**
- а) оценку себестоимости услуг и рентабельности;
 - б) подсчёт количества посещений;
 - в) составление графика отпусков персонала;
 - г) разработку клинических протоколов.
- **Ответ: а)**
10. **Клинико-статистические группы (КСГ) используются для:**
- а) классификации заболеваний по МКБ-10;
 - б) оплаты стационарной помощи по средневзвешенным затратам на типовой случай;
 - в) расчёта заработной платы врачей;
 - г) формирования очереди на госпитализацию.
- **Ответ: б)**
11. **Бюджетно-страховая модель финансирования означает:**
- а) полное финансирование из бюджета;
 - б) сочетание бюджетных средств и средств ОМС;
 - в) исключительно добровольное страхование;
 - г) оплату услуг пациентами из личных средств.
- **Ответ: б)**
12. **К статьям расходов медицинской организации НЕ относят:**
- а) заработную плату персонала;
 - б) закупку медикаментов и расходных материалов;
 - в) доходы от платных услуг;
 - г) коммунальные платежи.
- **Ответ: в)**
13. **Мониторинг показателей качества и доступности помощи проводится для:**
- а) составления отчётов для социальных сетей;
 - б) выявления проблем и корректировки управленческих решений;
 - в) увеличения нагрузки на врачей;
 - г) сокращения финансирования.
- **Ответ: б)**
14. **Программно-целевой метод планирования предполагает:**
- а) распределение средств поровну между всеми подразделениями;
 - б) разработку программ с конкретными целями, сроками и ресурсами;
 - в) отказ от плановых показателей;
 - г) финансирование по остаточному принципу.
- **Ответ: б)**
15. **Финансовый менеджмент в ЛПУ включает:**
- а) только составление годового отчёта;
 - б) планирование бюджета, учёт, контроль затрат и анализ эффективности;
 - в) исключительно работу с кассовыми операциями;

- г) организацию платных парковок у больницы.
→ **Ответ: б)**
16. **К критериям эффективности здравоохранения НЕ относится:**
- а) снижение смертности от предотвратимых причин;
 - б) рост удовлетворённости пациентов;
 - в) увеличение количества жалоб;
 - г) сокращение сроков лечения.
- **Ответ: в)**
17. **Нормативный метод планирования основан на:**
- а) субъективных оценках руководителей;
 - б) утверждённых нормативах (например, число врачей на 10 тыс. населения);
 - в) случайных выборках данных;
 - г) опросах пациентов.
- **Ответ: б)**
18. **Многоканальность финансирования означает:**
- а) использование только бюджетных средств;
 - б) привлечение средств ОМС, бюджета, ДМС, платных услуг;
 - в) запрет на внебюджетные доходы;
 - г) передачу всех финансов в федеральный центр.
- **Ответ: б)**
19. **Цель экономического стимулирования персонала — это:**
- а) сокращение расходов на оплату труда;
 - б) повышение мотивации и качества работы через систему вознаграждений;
 - в) увеличение административных наказаний;
 - г) замена квалификационных требований финансовыми бонусами.
- **Ответ: б)**
20. **Анализ «затраты-эффективность» позволяет:**
- а) определить самый дешёвый способ лечения без учёта результатов;
 - б) сравнить затраты и достигнутые клинические/социальные результаты ;
 - в) рассчитать премию главврачу;
 - г) сократить количество медицинских услуг.
- **Ответ: б)**

Тема: Эвакуация населения в ЧС

1. **Качество медицинской помощи — это:**
- а) полное отсутствие врачебных ошибок;
 - б) характеристика, отражающая степень соответствия проводимых мероприятий

- профессиональным стандартам и технологиям, выбранным для достижения цели;
- в) исключительно удовлетворённость пациента;
- г) минимальное количество затраченных ресурсов.
- **Ответ: б)**
2. **К основным подходам к контролю качества медицинской помощи НЕ относится:**
- а) структурный;
- б) процессуальный;
- в) финансовый;
- г) результативный.
- **Ответ: в)**
3. **Структурный подход к контролю качества подразумевает оценку:**
- а) соблюдения технологий лечебно-диагностического процесса;
- б) конечных результатов деятельности (летальность, осложнения);
- в) ресурсной базы (кадры, оборудование, помещения);
- г) удовлетворённости пациентов.
- **Ответ: в)**
4. **Процессуальный подход к контролю качества фокусируется на:**
- а) анализе кадровой обеспеченности;
- б) соблюдении этапов и стандартов оказания помощи;
- в) финансовых показателях;
- г) демографических данных населения.
- **Ответ: б)**
5. **Результативный подход оценивает:**
- а) количество проведённых операций;
- б) конечные исходы (выздоровление, летальность, качество жизни);
- в) штатное расписание учреждения;
- г) сроки закупки оборудования.
- **Ответ: б)**
6. **Внутренний контроль качества в медицинской организации осуществляют(выберите несколько вариантов):**
- а) заведующий отделением;
- б) заместитель главного врача по лечебной работе;
- в) врачебная комиссия;
- г) территориальный фонд ОМС.
- **Ответ: а), б), в)**
7. **Вневедомственный контроль качества проводят (выберите несколько вариантов):**
- а) Росздравнадзор;
- б) страховые медицинские организации;
- в) Роспотребнадзор;
- г) главный врач ЛПУ.
- **Ответ: а), б), в)**

8. **Информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство:**
- а) не требуется при экстренной помощи;
 - б) оформляется письменно до начала вмешательства;
 - в) может быть дано устно в присутствии свидетелей;
 - г) подписывается только родственниками пациента.
- **Ответ: б)**
9. **К прямым показателям качества стационарной помощи относятся (выберите несколько вариантов):**
- а) расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов;
 - б) частота внутрибольничных инфекций;
 - в) удовлетворённость пациентов;
 - г) количество коек в отделении.
- **Ответ: а), б), в)**
10. **Медицинская документация (например, форма № 025/у) используется для:**
- а) исключительно бухгалтерского учёта;
 - б) фиксации фактов оказания помощи и обоснования экспертиз;
 - в) составления рекламных материалов;
 - г) личных заметок врача.
- **Ответ: б)**
11. **Клинические рекомендации и стандарты оказания помощи:**
- а) носят рекомендательный характер;
 - б) обязательны для исполнения в рамках программы госгарантий;
 - в) разрабатываются каждым врачом индивидуально;
 - г) утверждаются на уровне муниципалитета.
- **Ответ: б)**
12. **Мониторинг показателей качества включает (выберите несколько вариантов):**
- а) анализ частоты осложнений;
 - б) учёт расхождений диагнозов;
 - в) оценку сроков лечения;
 - г) подсчёт количества парковочных мест у больницы.
- **Ответ: а), б), в)**
13. **Цикл PDCA в управлении качеством означает:**
- а) Планирование – Действие – Контроль – Анализ;
 - б) Планирование – Выполнение – Проверка – Корректировка;
 - в) Подготовка – Диагностика – Коррекция – Аккредитация;
 - г) Процесс – Данные – Качество – Аудит.
- **Ответ: б)**
14. **Удовлетворённость пациентов как показатель качества:**
- а) не имеет значения для оценки работы ЛПУ;
 - б) отражает соответствие помощи ожиданиям и коммуникацию с персоналом;

- в) измеряется только количеством жалоб;
г) зависит исключительно от стоимости услуг.
→ **Ответ: б)**
- 15. Диспансерное наблюдение направлено на:**
а) сокращение числа профилактических осмотров;
б) раннее выявление и профилактику осложнений у пациентов с хроническими заболеваниями;
в) увеличение нагрузки на стационар;
г) замену стационарного лечения амбулаторным.
→ **Ответ: б)**
- 16. Экспертиза качества медицинской помощи проводится для:**
а) определения виновности врача в уголовном деле;
б) оценки соответствия оказанной помощи стандартам и клиническим рекомендациям;
в) расчёта премии персоналу;
г) формирования рейтинга больниц в СМИ.
→ **Ответ: б)**
- 17. Лицензирование медицинской деятельности:**
а) требуется только для частных клиник;
б) обязательно для всех медицинских организаций независимо от формы собственности;
в) проводится раз в 10 лет без проверок;
г) заменяет необходимость внутреннего контроля качества.
→ **Ответ: б)**
- 18. Показатели эффективности диспансеризации включают:**
а) частоту обострений и систематичность наблюдения;
б) количество выписанных рецептов;
в) среднее время ожидания приёма;
г) число проведённых конференций.
→ **Ответ: а)**
- 19. Управление качеством в ЛПУ предполагает (выберите несколько вариантов):**
а) непрерывное обучение персонала;
б) внедрение стандартных операционных процедур (СОП);
в) регулярный аудит процессов;
г) отказ от обратной связи от пациентов.
→ **Ответ: а), б), в)**
- 20. Целью внедрения системы менеджмента качества (СМК) в медицине является:**
а) сокращение расходов любой ценой;
б) систематическое улучшение процессов и результатов помощи;
в) формальное соответствие требованиям надзорных органов;
г) увеличение количества платных услуг.
→ **Ответ: б)**

Тема: Медицинская статистика и состояние здоровья населения

1. **Медицинская статистика — это:**
 - а) раздел математики, изучающий случайные события;
 - б) отрасль статистики, изучающая вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением;
 - в) система учёта финансовых показателей медицинских организаций;
 - г) метод расчёта заработной платы медицинского персонала.→ **Ответ: б)**
2. **К основным задачам медицинской статистики НЕ относится:**
 - а) сбор и анализ данных о здоровье населения;
 - б) оценка эффективности медицинских мероприятий;
 - в) прогнозирование тенденций в состоянии здоровья;
 - г) разработка клинических протоколов лечения.→ **Ответ: г)**
3. **Первичная заболеваемость — это:**
 - а) все случаи заболеваний, зарегистрированные за год;
 - б) число новых случаев заболеваний, впервые выявленных в данном календарном году;
 - в) частота заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах;
 - г) количество хронических заболеваний у одного пациента.→ **Ответ: б)**
4. **Общая заболеваемость (распространённость) включает:**
 - а) только впервые выявленные случаи за год;
 - б) совокупность всех заболеваний, зарегистрированных в данном году (включая впервые выявленные и ранее известные);
 - в) исключительно инфекционные заболевания;
 - г) случаи заболеваний, подтверждённые лабораторно.→ **Ответ: б)**
5. **Патологическая поражённость — это:**
 - а) частота смертей от определённых причин;
 - б) частота заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах (включая бессимптомные формы);
 - в) количество обращений за медицинской помощью в течение года;
 - г) доля пациентов с хроническими заболеваниями в популяции.→ **Ответ: б)**
6. **Формула расчёта показателя общей смертности:**
 - а) Среднегодовая численность населения $\frac{\text{Число умерших за год}}{\text{Численность населения}} \times 1000 (\text{‰})$;
 - б) $\frac{\text{Число умерших}}{\text{Число родившихся}} \times 1000$;
 - в) $\frac{\text{Численность населения}}{\text{Число заболевших}} \times 100\%$;

- г) $\frac{\text{Число заболевших}}{\text{Число выздоровевших}} \times 100\%$.
→ **Ответ: а)**
7. **Младенческая смертность рассчитывается как:**
- а) $\frac{\text{Число родившихся живыми}}{\text{Число детей, умерших в возрасте до 1 год}} \times 1000$;
 - б) $\frac{\text{Общее число детей в регионе}}{\text{Число умерших детей}} \times 1000$;
 - в) $\frac{\text{Число родов}}{\text{Число умерших до 1 месяца}} \times 1000$;
 - г) $\frac{\text{Число родов}}{\text{Число мертворождённых}} \times 1000$.
- **Ответ: а)**
8. **Естественный прирост населения — это:**
- а) разница между числом родившихся и числом умерших за определённый период;
 - б) сумма рождаемости и смертности;
 - в) прирост численности за счёт миграции;
 - г) изменение численности из-за изменения границ региона.
- **Ответ: а)**
9. **Международная классификация болезней (МКБ) используется для:**
- а) расчёта заработной платы врачей;
 - б) стандартизации учёта заболеваемости и причин смерти;
 - в) планирования строительства больниц;
 - г) определения стоимости медицинских услуг.
- **Ответ: б)**
10. **Актуальная версия МКБ на 2024 г. — это:**
- а) МКБ-9;
 - б) МКБ-10;
 - в) МКБ-11;
 - г) МКБ-12.
- **Ответ: б)** (Примечание: МКБ-11 официально принята ВОЗ, но в РФ пока действует МКБ-10)
11. **Источники данных для изучения состояния здоровья населения включают (выберите несколько вариантов):**
- а) учётную медицинскую документацию (формы № 025/у, № 066/у и др.);
 - б) результаты профилактических осмотров;
 - в) данные о причинах смерти;
 - г) отчёты о продажах лекарственных средств в аптеках.
- **Ответ: а), б), в)**
12. **Регистры заболеваний (онкологические, диабетические и др.) позволяют:**
- а) отслеживать динамику хронических патологий и эффективность лечения;
 - б) рассчитывать налоги на медицинские услуги;
 - в) формировать списки для призыва в армию;

- г) планировать количество парковочных мест у больниц.
→ **Ответ: а)**
13. **Социологические опросы в медицинской статистике используются для:**
- а) расчёта себестоимости медицинских услуг;
 - б) оценки субъективной удовлетворённости пациентов и факторов риска;
 - в) определения количества коек в стационаре;
 - г) составления графика дежурств врачей.
- **Ответ: б)**
14. **Эпидемиологический надзор — это:**
- а) контроль за соблюдением санитарных норм в столовых;
 - б) система мониторинга распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний;
 - в) проверка квалификации медицинских работников;
 - г) учёт количества медицинских учреждений в регионе.
- **Ответ: б)**
15. **Показатель средней продолжительности предстоящей жизни отражает:**
- а) средний возраст умерших в текущем году;
 - б) ожидаемую продолжительность жизни новорождённого при сохранении текущих уровней смертности;
 - в) средний возраст населения региона;
 - г) длительность лечения в стационаре.
- **Ответ: б)**
16. **Структура населения по возрасту и полу важна для:**
- а) расчёта количества спортивных площадок в городе;
 - б) планирования объёмов медицинской помощи и профилактики;
 - в) определения графика работы общественного транспорта;
 - г) расчёта налогов на недвижимость.
- **Ответ: б)**
17. **Стандартизация показателей заболеваемости необходима для:**
- а) сравнения данных между регионами с разной возрастной структурой населения;
 - б) расчёта премий медицинскому персоналу;
 - в) составления меню в столовых больниц;
 - г) планирования закупок канцелярских товаров.
- **Ответ: а)**
18. **Динамический ряд в медицинской статистике — это:**
- а) последовательность чисел, характеризующих изменение явления во времени;
 - б) список пациентов в порядке очереди на приём;
 - в) перечень медицинских услуг по стоимости;

г) график дежурств врачей на месяц.

→ **Ответ: а)**

19. Коэффициент корреляции в медицинской статистике используется для:

а) расчёта средней заработной платы;

б) оценки силы связи между двумя признаками (например, фактором риска изаболеваемости);

в) определения количества койко-дней;

г) составления расписания приёма врачей.

→ **Ответ: б)**

20. Цель статистического анализа в здравоохранении — это:

а) заполнение отчётных форм ради отчётности;

б) выявление закономерностей и тенденций для принятия управленческих решений;

в) создание баз данных для продажи коммерческим организациям;

г) формальное выполнение требований надзорных органов.

→ **Ответ: б)**

Перечень ситуационных (клинических) задач, кейс-задач

Компетенция/и: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Тема: Правовая система охраны здоровья населения

Задача 1

Пациентка обратилась в поликлинику за направлением на плановое хирургическое лечение. Врач отказал, сославшись на отсутствие расходных материалов в стационаре. Пациентка настаивает на своём праве получить помощь в рамках программы госгарантий.

Вопрос:

Правомерны ли действия врача? На какие нормативные акты может ссылаться пациентка, отстаивая свои права?

Ответ:

Действия врача **неправомерны**. Согласно:

- ст. 19 ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» — каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объёме без взимания платы в рамках программы госгарантий;
- Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (утверждается ежегодно постановлением Правительства РФ) — она включает плановые хирургические вмешательства.

Пациентка вправе:

1. Обратиться с жалобой к главному врачу поликлиники.
2. Направить обращение в территориальный фонд ОМС или Росздравнадзор.
3. Требовать письменного отказа с указанием причин — он станет основанием для дальнейшего обжалования.

Задача 2

В приёмном отделении больницы пациенту с острым инфарктом миокарда отказав в госпитализации, мотивируя это отсутствием свободных коек. Больной был направлен в другую больницу, где из-за задержки оказания помощи развились осложнения.

Вопрос:

Могут ли медицинские работники быть привлечены к ответственности? Какие нормы закона нарушены?

Ответ:

Да, работники **могут быть привлечены к ответственности**. Нарушены:

- ст. 11 ФЗ № 323-ФЗ — обязанность оказывать экстренную медицинскую помощь безотлагательно и бесплатно;
- Порядок оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме (приказ Минздрава РФ).

Возможные виды ответственности:

1. **Дисциплинарная** (выговор, увольнение) — по решению работодателя.
2. **Административная** (штраф по ст. 14.1 КоАП РФ за нарушение лицензионных требований).
3. **Уголовная** (ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному», если доказана причинно-следственная связь между отказом и осложнениями).

Задача 3

Врач разгласил информацию о диагнозе пациента (ВИЧ-инфекция) его работодателю без согласия больного. Пациент обратился с жалобой в прокуратуру.

Вопрос:

Какое нарушение допущено? Какие последствия грозят врачу?

Ответ:

Нарушена **врачебная тайна** (ст. 13 ФЗ № 323-ФЗ).

Последствия для врача:

1. **Дисциплинарное взыскание** (замечание, выговор, увольнение).
2. **Административный штраф** по ст. 13.14 КоАП РФ (до 50 тыс. руб.).
3. **Гражданско-правовая ответственность** — возмещение морального вреда(ст. 151 ГК РФ).
4. **Уголовная ответственность** по ст. 137 УК РФ «Нарушение неприкосновенности частной жизни» (если разглашение повлекло тяжкие последствия).

Задача 4

Пациент отказался от предложенного лечения, но врач провёл вмешательство, аргументируя это «интересами здоровья больного». Пациент подал жалобу.

Вопрос:

Законны ли действия врача? Какой нормативный акт регулирует право на отказ от медицинской помощи?

Ответ:

Действия врача **незаконны**. Согласно ст. 20 ФЗ № 323-ФЗ:

- медицинское вмешательство возможно **только с информированного добровольного согласия** пациента;
- пациент вправе **отказаться от лечения** в любой момент, даже если это угрожает его жизни (за исключением случаев, предусмотренных законом, например, заразные инфекции).

Врач обязан:

1. Разъяснить последствия отказа.
2. Оформить отказ письменно с подписью пациента (или родственников, если пациент недееспособен).
3. Зафиксировать факт отказа в медицинской документации.

Задача 5

В частной клинике пациенту отказали в предоставлении копии медицинской карты, сославшись на «внутренние правила учреждения». Пациент требует документы для консультации у другого специалиста.

Вопрос:

Имеет ли пациент право на доступ к своей медицинской документации? Какие нормы это гарантируют?

Ответ:

Пациент **имеет право** на получение копий медицинских документов. Это закреплено:

- ст. 22 ФЗ № 323-ФЗ — право на информацию о своём здоровье;

- ст. 14 ФЗ № 152-ФЗ «О персональных данных» — право на доступ к своим персональным данным.

Порядок предоставления:

1. Пациент подаёт **письменное заявление** на имя главного врача.
2. Клиника обязана выдать копии **в течение 30 дней** (бесплатно или за плату, установленную регламентом).
3. Отказ можно обжаловать в Росздравнадзоре или суде.

Тема: Управление, экономика и планирование здравоохранения

Задача 1

В районной больнице наблюдается хроническая нехватка врачей-терапевтов: нагрузка на одного врача превышает нормативы в 1,5 раза. Главный врач планирует скорректировать штатное расписание.

Вопрос:

Какие **методы планирования** и **нормативные документы** он должен использовать для обоснования новых штатных единиц? Перечислите не менее трёх.

Ответ:

Для обоснования новых штатных единиц главный врач должен опираться на:

1. **Нормативы численности** (например, приказ Минздрава РФ № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи»), где указано число врачей на 1 тыс. прикрепленного населения.
2. **Подушевое финансирование** — расчёт исходя из численности прикрепленного населения и тарифов ОМС.
3. **Анализ нагрузки** — статистика обращений, койко-дней, вызовов на дом за последний год.
4. **Программу госгарантий** — объёмы помощи, подлежащие финансированию из ОМС.
5. **Региональные особенности** (плотность населения, транспортная доступность).

Задача 2

Бюджет поликлиники предусматривает расходы на медикаменты в размере 5 % от общего финансирования, но фактические затраты составили 8 %.

Вопрос:

Какие **меры финансового контроля** и **корректирующие действия** следует предпринять? Укажите не менее четырёх шагов.

Ответ:

1. **Аудит закупок** — проверка обоснованности цен, объёмов, сроков поставок.
2. **Анализ расходования** — сравнение плановых и фактических показателей по каждому отделению.
3. **Оптимизация закупок** — переход на централизованные тендеры, заключение долгосрочных контрактов.
4. **Корректировка бюджета** — перераспределение средств между статьями (например, сокращение административных расходов).
5. **Внедрение лимитов** — установление месячных лимитов на медикаменты для отделений.
6. **Мониторинг остатков** — предотвращение просрочки и списаний.
7. **Обучение персонала** — разъяснение правил экономного использования ресурсов.

Задача 3

В регионе планируется открытие центра высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Требуется рассчитать **объём финансирования** на первый год работы.

Вопрос:

Какие **исходные данные** и **методы расчёта** необходимы? Перечислите пять ключевых параметров.

Ответ:

1. **Плановый объём услуг** — количество случаев ВМП по профилям (на основе заявок ЛПУ региона).
2. **Тарифы ОМС** — стоимость одного случая по клинико-статистическим группам (КСГ).
3. **Капитальные затраты** — ремонт, оборудование, лицензирование.
4. **Фонд оплаты труда** — штатное расписание (врачи, средний медперсонал, администраторы).
5. **Эксплуатационные расходы** — коммунальные услуги, расходные материалы, транспорт.
6. **Резерв на непредвиденные расходы** (10–15 % от суммы).

Формула расчёта:

Общий бюджет=(Объём услуг×Тариф)+Капитальные затраты+ФОТ+Эксплуатация+Резерв.

Задача 4

Поликлиника получила штраф от страховой компании за нарушение сроков оказания плановой помощи.

Вопрос:

Какие элементы системы управления качеством были нарушены? Предложите три корректирующие меры.

Ответ:

Нарушены:

- **Процессуальный контроль** (несоблюдение сроков, установленных порядками оказания помощи).
- **Мониторинг показателей** (отсутствие отслеживания сроков ожидания).
- **Обратная связь от пациентов** (жалобы не были оперативно рассмотрены).

Корректирующие меры:

1. **Внедрение электронного реестра** — автоматизированный контроль сроков направления на консультации/обследования.
2. **Обучение персонала** — тренинги по стандартам маршрутизации пациентов.
3. **Еженедельный аудит** — разбор случаев превышения сроков с выявлением причин (дефицит кадров, сбой логистики).
4. **Система мотивации** — премирование за соблюдение сроков, дисциплинарные меры за нарушения.

Задача 5

Главный врач стационара планирует **оптимизацию коечного фонда** с целью повышения оборота койки и снижения затрат.

Вопрос:

Какие показатели необходимо проанализировать и какие управленческие решения принять? Приведите не менее четырёх примеров.

Ответ:

Показатели для анализа:

1. **Оборот койки** — число пациентов на 1 койку в год (норма: 20–25).

2. **Средняя длительность пребывания** — сравнение с нормативами по профилям.
3. **Простой коек** — дни незаполнения из-за сезонности или организационных сбоев.
4. **Структура госпитализированных** — доля экстренных/плановых случаев, соответствие профилю отделения.

Управленческие решения:

1. **Перераспределение потоков** — направление плановой помощи в дневные стационары.
2. **Сокращение сроков диагностики** — внедрение экспресс-методов, синхронизация графиков обследований.
3. **Развитие реабилитации** — перевод пациентов на амбулаторный этап постстабилизации.
4. **Оптимизация расписания** — выравнивание нагрузки по дням недели (например, плановые операции в понедельник–четверг).
5. **Анализ загрузки отделений** — закрытие малоиспользуемых коек с перераспределением финансирования на востребованные профили.

Тема: Управление качеством медицинской помощи

Задача 1

В стационаре выявлена серия случаев внутрибольничных инфекций после хирургических вмешательств. Главный врач поручил провести расследование и разработать меры профилактики.

Вопросы:

1. Какие **этапы контроля качества** следует задействовать для выявления причин?
2. Какие **конкретные меры** необходимо принять для предотвращения повторных случаев?

Ответ:

1. Этапы контроля:
 - **Структурный** — проверка состояния операционных, стерилизационного оборудования, запасов антисептиков.

- **Процессуальный** — анализ соблюдения протоколов асептики/антисептики, техники операций, обработки инструментов.
- **Результативный** — оценка частоты инфекций, сроков их возникновения, микробиологических данных.

2. Меры:

- усиление контроля стерилизации (ежедневные тесты, ведение журналов);
- обучение персонала правилам гигиены (в т. ч. обработки рук);
- внедрение чек-листов для операционных бригад;
- регулярный бактериологический мониторинг воздуха и поверхностей;
- разбор каждого случая инфекции на врачебной комиссии.

Задача 2

Пациент пожаловался на длительное ожидание приёма у врача (более 2 часов) и отсутствие информации о причинах задержки.

Вопросы:

1. Какой **компонент качества** нарушен?
2. Какие **управленческие решения** помогут улучшить ситуацию?

Ответ:

1. Нарушен **организационный компонент** качества (доступность и своевременность помощи) и **коммуникационный аспект** (информирование пациента).
2. Решения:
 - оптимизация расписания приёма (учёт пиковых нагрузок);
 - введение электронной очереди с SMS-оповещениями;
 - размещение инфотабло с текущим временем ожидания;
 - назначение ответственного за информирование пациентов в холле;
 - анализ причин задержек (нехватка кадров, сбой логистики) и их устранение.

Задача 3

При экспертизе медицинской документации выявлено, что в 30 % историй болезни отсутствуют записи о согласии пациента на лечение.

Вопросы:

1. Какое **нормативное требование** нарушено?

2. Какие **корректирующие действия** должен предпринять руководитель?

Ответ:

1. Нарушена **ст. 20 ФЗ № 323-ФЗ** «Об основах охраны здоровья граждан», требующая информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.
2. Действия:
 - проведение внепланового обучения персонала по оформлению ИДС;
 - введение шаблонов документов с обязательными полями;
 - ежемесячный аудит документации с оценкой полноты ИДС;
 - дисциплинарные меры за повторные нарушения;
 - автоматизация процесса (электронные формы согласия в МИС).

Задача 4

В поликлинике отмечается рост жалоб на некорректное общение врачей с пациентами.

Вопросы:

1. Какой **критерий качества** страдает?
2. Предложите **3–4 меры** по улучшению коммуникации.

Ответ:

1. Страдают **критерий удовлетворённости пациентов и межличностные взаимоотношения** (как часть качества помощи).
2. Меры:
 - тренинги по медицинской этике и деонтологии для врачей;
 - внедрение анонимных опросов пациентов о вежливости персонала;
 - разработка стандартов общения (скрипты приветствия, объяснения диагнозов);
 - создание комиссии по разбору конфликтных ситуаций;
 - поощрение врачей с высокими оценками удовлетворённости.

Задача 5

В отделении реанимации зафиксирован случай смерти пациента из-за ошибки в дозировке препарата.

Вопросы:

1. Какой **вид контроля** должен быть инициирован?
2. Какие **шаги расследования** обязательны?

3. Какие профилактические меры внедрить?

Ответ:

1. Должна быть проведена **целевая экспертиза качества медицинской помощи** (вт. ч. разбор летального случая).
2. Шаги расследования:
 - изучение медицинской документации (назначения, журналы учёта)
 - опрос персонала, участвовавшего в лечении;
 - проверка системы хранения и выдачи лекарств;
 - анализ соответствия дозы стандартам (клинические рекомендации)
 - установление причинно-следственной связи между ошибкой и исходом.
3. Профилактические меры:
 - внедрение двойных проверок доз высокоопасных препаратов;
 - использование электронных систем поддержки решений (напоминания о максимальных дозах);
 - регулярное тестирование знаний персонала по фармакологии;
 - разбор случая на междисциплинарном совещании с разработкой С ОП «Безопасное назначение лекарств».

Тема: Медицинская статистика и состояние здоровья населения

Задача 1

В городе с населением 500 тыс. человек за год зарегистрировано 120 тыс. случаев заболеваний (в т. ч. 80 тыс. — впервые выявленные).

Вопросы:

1. Рассчитайте **показатели первичной и общей заболеваемости**.
2. Какой **вид заболеваемости** отражает хронизацию патологии?

Ответ:

1. Расчёты:
 - **Первичная заболеваемость** (на 1 тыс. населения):

$500\ 000 : 80\ 000 \times 1000 = 160\ ‰$.

- **Общая заболеваемость** (на 1 тыс. населения):

$500\ 000 : 120\ 000 \times 1000 = 240\ ‰$.

2. **Накопленная заболеваемость** (или распространённость за 3–5 лет) отражает хронизацию, так как учитывает все случаи, включая ранее выявленные.

Задача 2

За год в регионе родилось 10 тыс. детей, умерло 50 детей в возрасте до 1 года.

Вопрос:

Рассчитайте **младенческую смертность** и объясните её значение для оценки качества здравоохранения.

Ответ:

1. **Расчёт младенческой смертности** (на 1 тыс. родившихся живыми):

$$10\ 000 - 50 \times 1000 = 5\ ‰.$$

2. **Значение показателя:**

- отражает качество **акушерско-гинекологической помощи** (ведение беременности, родов);
- показывает эффективность **неонатальной помощи** (уход за новорождёнными);
- служит индикатором **социально-экономических условий** (доступность питания, жилья, образования матерей);
- используется для **планирования профилактических программ** (вакцинация, скрининг врождённых патологий).

Задача 3

В поликлинике при профилактическом осмотре 2 тыс. работников предприятия у 400 выявлены признаки артериальной гипертензии.

Вопросы:

1. Рассчитайте **патологическую поражённость**.
2. Чем она отличается от **первичной заболеваемости**?

Ответ:

1. **Патологическая поражённость** (на 1 тыс. осмотренных):

$$2\ 000 - 400 \times 1000 = 200\ ‰.$$

2. **Отличия:**

- **Патологическая поражённость** фиксирует **все случаи** (включая бессимптомные и ранее известные) при одномоментном осмотре.

- **Первичная заболеваемость** учитывает **только новые случаи**, впервые выявленные в данном году.
- Патологическая поражённость помогает выявить **скрытые формы** болезней, а первичная — **динамику возникновения** новых случаев.

Задача 4

В регионе за год умерло 15 тыс. человек, из них 3 тыс. — от сердечно-сосудистых заболеваний.

Вопросы:

1. Рассчитайте **структуру смертности** по причине сердечно-сосудистых болезней.
2. Какое **практическое значение** имеет этот показатель?

Ответ:

1. **Структура смертности (%)**:

$$(15000 / 75000) \times 100\% = 20\%.$$

2. **Практическое значение:**

- определяет **приоритетные направления профилактики** (например, борьба с гипертонией, курением);
- обосновывает **распределение ресурсов** (финансирование кардиологических центров, программ скрининга);
- позволяет **сравнивать регионы** и оценивать эффективность вмешательств;
- используется для **прогнозирования нагрузки** на систему здравоохранения.

Задача 5

Среднегодовая численность населения района — 200 тыс. человек. За год зарегистрировано:

- 4 тыс. случаев ОРВИ;
- 1,5 тыс. случаев гипертонической болезни;
- 500 случаев инфаркта миокарда.

Вопросы:

1. Рассчитайте **частоту каждого заболевания** на 1 тыс. населения.
2. Какие **выводы** можно сделать на основе этих данных?

Ответ:

1. Расчёты частоты (на 1 тыс. населения):

- ОРВИ:

$200\ 0004\ 000 \times 1000 = 20\ ‰$;

- Гипертоническая болезнь:

$200\ 0001\ 500 \times 1000 = 7,5\ ‰$;

- Инфаркт миокарда:

$200\ 000500 \times 1000 = 2,5\ ‰$.

2. Выводы:

- ОРВИ —

наиболее распространённое заболевание, что типично для сезонных инфекций.

- Гипертоническая болезнь встречается в **3 раза чаще**, чем инфаркт, что подчёркивает её роль как фактора риска.

- Низкая частота инфарктов (2,5 ‰) может указывать на **эффективность профилактики** или **недостаточную выявляемость** (требуется анализ госпитальной статистики).

- Данные помогают **планировать объёмы помощи**: например, усилить противовирусные меры в сезон ОРВИ или расширить кардиологический скрининг.

Критерии оценивания тестовых заданий и пересчет полученных результатов в 5-балльную систему:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов 70% и менее максимального балла теста

Оценивание заданий закрытого типа с одним правильным ответом: Выбран правильный ответ - 1 балл. Неправильный ответ - 0 баллов.

Критерии по оценке письменных и устных ответов обучающихся. С целью контроля и подготовки обучающихся к изучению новой темы в начале каждого

занятия педагогическим работником проводится устный опрос по выполненным заданиям предыдущей темы.

Критерии оценки:

правильность ответа по содержанию задания (учитывается количество и характер ошибок при ответе);

полнота и глубина ответа (учитывается количество усвоенных фактов, понятий и т.п.);

осознанность ответа (учитывается понимание излагаемого материала);

логика изложения материала (учитывается умение строить целостный, последовательный рассказ, грамотно пользоваться специальной терминологией);

рациональность использованных приемов и способов решения поставленной учебной задачи (учитывается умение использовать наиболее прогрессивные и эффективные способы достижения цели);

своевременность и эффективность использования наглядных пособий и технических средств при ответе (учитывается способность грамотно и с пользой применять наглядность и демонстрационный опыт при устном ответе);

использование дополнительного материала;

рациональность использования времени, отведенного на задание (не одобряется затянутость устного ответа во времени).

Оценка «отлично» выставляется, если обучающийся:

полно и аргументировано отвечает по содержанию задания; демонстрирует понимание материала, может обосновать свои суждения,

применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные;

излагает материал последовательно и правильно.

Оценка «хорошо» выставляется, если обучающийся дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «отлично», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающийся демонстрирует знание и понимание основных положений данного задания, но:

излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил;

не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры;

излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающийся демонстрирует незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал. Оценка «неудовлетворительно» отмечает такие недостатки в подготовке обучающегося, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.

2.2. Промежуточная аттестация проводится в форме

Опрос (устный, письменный)

Компетенция/и: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10, ПК-11, ПК-12

1. Понятие здоровья, здравоохранения. Основные методы изучения общественного здоровья.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

Здравоохранение – это государственная отрасль, организующая и обеспечивающая охрану здоровья населения.

Основные методы изучения общественного здоровья: статистический, экономический, исторический, экспериментальное моделирование, экспертных оценок, системный анализ, социологические и эпидемиологические методы.

2. Основные законодательные и нормативные акты, регулирующие охрану здоровья граждан и медицинское страхование в Российской Федерации

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Нормативные документы в сфере охраны здоровья и обязательного медицинского страхования

Федеральный закон от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ: "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Федеральный закон от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ "О правах и обязанностях граждан в сфере охраны здоровья"

Федеральный закон от 29 ноября 2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Приказ Министерства здравоохранения России от 24 апреля 2012г. № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019г. № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (Зарегистрирован 17.05.2019 № 54643)

Письмо Министерства здравоохранения РФ от 15 августа 2018г. № 11-8.10,2-5437 Памятка для граждан о гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи

Федеральные законы

Федеральный закон от 16 июля 1999г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»

Федеральный закон от 2 мая 2006г. № 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями)

Закон РФ от 07 февраля 1992г. № 2300-1 "О защите прав потребителей"

Постановления Правительства РФ

Постановление Правительства РФ от 07.12.2019 N 1610

"О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов"

Постановление Правительства РФ от 12 апреля 2019г. № 440 "О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов"

Постановление Правительства РФ от 25 апреля 2012г. № 403 «О порядке ведения федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента»

Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012г. № 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"

Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения"

Приказы:

Приказ Минздрава России от 02.10.2019 N 824н

"Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения" (Зарегистрировано в Минюсте России 22.11.2019 N 56607)

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 декабря 2014г. № 796н "Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи" Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 декабря 2013г. № 916н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи»

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 июня 2016г. № 425н «Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента»

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2015г. № 802н "Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов инфраструктуры государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и предоставляемых услуг в сфере охраны здоровья, а также оказания им при этом необходимой помощи"

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2014г. № 956н "Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации"

Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012г. № 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства" (с изменениями и дополнениями)

Приказ Минздрава РФ от 13 июля 2018 г. N 442 "Об организации работ по обеспечению технической возможности выражения мнения пациентами о качестве условий оказания услуг медицинскими организациями на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в сети "Интернет"

Стандарты и порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации в соответствии с Законом № 323-ФЗ

Письмо Министерства здравоохранения РФ от 15 марта 2017 г. N 21-5/10/2-1757 «О рекомендациях по предоставлению информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

3. Программа Государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи: понятие минимального государственного социального стандарта, основная цель, задачи, финансирование.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Правительство России ежегодно утверждает программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период).

Цель Программы – обеспечение конституционных прав граждан на медицинскую помощь за счёт финансовых средств всех бюджетов бюджетной системы, в том числе бюджетов фондов обязательного медицинского страхования (ОМС).

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

4. Виды медицинской помощи, предоставляемые гражданам Российской Федерации в рамках Программы Государственных гарантий.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов (далее - Программа) устанавливает перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи. Программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, разработанных в том числе 2 на основе клинических рекомендаций, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

5. Основные принципы охраны здоровья.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Согласно статье 4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», к основным принципам охраны здоровья относятся:

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 органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций 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.

6. Качество медицинской помощи и его составляющие.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

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.

Основные составляющие качества медицинской помощи:

Структурное качество. Отражает условия оказания медицинской помощи. В понятие «условия» включаются: квалификация кадров, наличие и состояние оборудования, состояние зданий и помещений, лекарственное обеспечение, наличие и пополнение расходных материалов, финансовое обеспечение, а также рациональность использования всех видов имеющихся в распоряжении медицинского учреждения ресурсов. 3

Качество технологии. Описывает оптимальность комплекса лечебно-диагностических мероприятий потребностям конкретного пациента. При этом предполагается, что объём выполненных манипуляций должен быть не меньше, но и не больше оптимального, а последовательность их выполнения строго выдержана. 3

Качество результата. Характеризует соотношение фактически достигнутых результатов с фактически достижимыми (планируемыми). В зависимости от оцениваемого объекта под планируемыми результатами понимают динамику состояния конкретного пациента, результаты лечения всех пациентов медицинского учреждения за отчётный период, состояние здоровья населения территории.

7. Основные средства контроля качества медицинской помощи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Некоторые основные средства контроля качества медицинской помощи:

Государственный контроль. Осуществляется органами государственного контроля и включает проверки соблюдения порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, порядков проведения медицинских экспертиз, осмотров и освидетельствований.

Ведомственный контроль. Проводится посредством плановых и внеплановых документарных и (или) выездных проверок.

Внутренний контроль. Осуществляется руководителем медицинской организации, врачебной комиссией, заместителями руководителя, руководителями структурных подразделений и иными работниками и (или) комиссиями.

Для внутреннего контроля используются следующие средства:

Документация. Нормативная (приказы главного врача, должностные инструкции, протоколы и алгоритмы) и медицинская (истории болезни, амбулаторные карты, учётно-отчётные статистические формы).

Персонал. Знания и мнение сотрудников проверяют путём опроса и тестирования.

Пациенты и члены их семей. Их можно опросить устно (интервью по заранее составленной форме) или письменно (анкетирование).

Прямое наблюдение за процессами медицинской деятельности.

Также к средствам контроля качества медицинской помощи относят лицензирование медицинской деятельности, аккредитацию и сертификацию медицинских учреждений, сертификацию медицинских изделий, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, аттестацию и сертификацию медицинских работников.

8. Общественное здоровье, определение, уровни. Критерии общественного здоровья. Факторы, влияющие на общественное здоровье.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Общественное здоровье — это важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасности жизни людей.

Уровни общественного здоровья:

Первый уровень — здоровье отдельного человека.

Второй уровень — здоровье малых или этнических групп (групповое здоровье).

Третий уровень — здоровье населения, то есть людей, проживающих на конкретной административно-территориальной единице (область, город, район и т.д.).

Четвёртый уровень — общественное здоровье, то есть здоровье общества, населения страны, континента, мира, популяции в целом.

Критерии общественного здоровья:

показатели медико-демографических процессов (рождаемость, смертность, миграция);

показатели заболеваемости населения (по обращаемости, скринингу, смертности);

показатели инвалидности населения;

показатели физического здоровья населения;

показатели ценностного отношения населения к здоровью.

Факторы, влияющие на общественное здоровье, можно объединить в следующие группы:

Социально-экономические факторы (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние, уровень и качество питания, отдых и т.д.).

Социально-биологические факторы (возраст, пол, предрасположенность к наследственным заболеваниям и т.д.).

Экологические и природно-климатические факторы (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, наличие экстремальных природно-климатических факторов и т.д.).

Организационные или медицинские факторы (обеспеченность населения медицинской помощью, качество медицинской помощи, доступность медико-социальной помощи и т.д.).

9. Показатели общественного здоровья, методы их изучения, оценка и анализ, тенденции.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Показатели общественного здоровья:

Демографические показатели (рождаемость, смертность, средняя продолжительность жизни). Дают косвенную характеристику здоровья населения, зависят от социально-экономических факторов и характера государственной демографической политики.

Показатели заболеваемости (число заболеваний, зарегистрированных в регионе, на 100, 1 000, 10 000 или 100 000 населения). Они зависят от социально-экономических условий, а также от активности проведения профилактических мероприятий.

Показатели физического развития (антропометрические показатели — средний рост, средний вес, показатели функционального состояния — например, жизненная ёмкость лёгких).

Социологические показатели (показатели здорового образа жизни, субъективного благополучия, повседневной активности, продолжительности жизни (при физической активности), социальной адаптации (к семейной жизни, родительским обязанностям, материальной независимости).

Методы изучения общественного здоровья:

Статистический метод. Позволяет объективно (количественно) оценить показатели здоровья населения и деятельности системы здравоохранения, выявить основные закономерности, дать обоснованные прогнозы, смоделировать наиболее оптимальные формы организации медицинской помощи.

Исторический метод. Позволяет проследить состояние изучаемой проблемы на разных исторических этапах развития государства, общества, мировой системы здравоохранения.

Метод экспертных оценок. Проводится на основе мнения специалистов (экспертов) с целью последующего принятия решения.

Социологические методы (интервьюирование, анкетирование, опрос). Позволяют получить обобщённое мнение населения (его групп) по определённому вопросу или самооценку людьми своего здоровья и образа жизни.

Экономический метод. Позволяет установить влияние экономических факторов на здравоохранение и здравоохранения на экономику государства, определить наиболее оптимальные пути использования государственных средств для эффективной охраны здоровья населения.

Хронометражные методы (фотография рабочего времени, хронометраж). Позволяют изучить временные затраты и их структуру в процессе труда медицинских работников и его нормирования, установить оптимальную продолжительность рабочего времени и формировать функции должностей медицинских работников.

Экспериментальный метод. Заключается в изучении новых, эффективных методов организации труда, работы медицинских организаций.

Оценка и анализ показателей общественного здоровья включают сбор, обработку и анализ информации о состоянии здоровья, выдвижение гипотезы о

связи факторов среды с состоянием здоровья, направленное изучение факторов среды и углублённое изучение характеристик здоровья, выявление количественных зависимостей между факторами среды и характеристиками здоровья.

Некоторые тенденции общественного здоровья:
увеличение городского населения (урбанизация);
старение населения;

тенденции к увеличению уровня рождаемости;
сдвиг повозрастных показателей рождаемости в более молодые возраста;
стабилизация уровня смертности и тенденция его снижения.

10. Определение медицинской демографии, разделы, демографические показатели. Основные проблемы. Применение демографических показателей в здравоохранении.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Медицинская демография — наука, изучающая взаимосвязь демографических процессов воспроизводства населения с позиций медицины и здравоохранения.

Разделы медицинской демографии:

Статика населения — изучает численность и состав населения.

Динамика населения — изучает движение населения, изменение его количества.

Демографические показатели:

Основные показатели естественного движения населения: рождаемость, смертность, естественный прирост населения, средняя продолжительность предстоящей жизни.

Уточняющие (специальные) показатели: плодовитость, материнская смертность, младенческая смертность, перинатальная смертность, структура смертности по причинам, смертность по полу и возрасту и др.

Основные проблемы: анализ уровней, динамики перинатальной смертности, мертворождаемости и материнской смертности позволяет определить ведущие медицинские и социальные проблемы в формировании репродуктивного здоровья женщин, в сохранении их здоровья и здоровья их будущих детей в период беременности.

Применение демографических показателей в здравоохранении:

позволяют определять тренды в состоянии общественного здоровья и планировать развитие системы охраны здоровья населения;

помогают оценивать деятельность органов и учреждений здравоохранения, планировать медицинскую помощь.

11. Статика населения: важнейшие показатели, значение в практике здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Статика населения — это данные о численности населения, составе населения по полу, возрасту, социальному положению, профессии, семейному положению, уровню культуры, размещению и плотности населения.

Некоторые важнейшие показатели статистики населения:

Среднегодовая численность населения. Рассчитывается как среднее арифметическое численности населения на начало искомого года и численности населения на начало следующего года.

Наличное население. Численность всех пребывающих на данной территории на определённый момент времени.

Постоянное население. Численность всех постоянно проживающих на данной территории, вне зависимости от места пребывания в данный момент.

Повозрастные показатели численности населения. Например, численность детей (возраст от 0 до 14 лет), численность подростков (от 15 до 17 лет), взрослое население (18 лет и старше), пожилое население (50 лет и старше) и др.

Значение показателей статистики в практике здравоохранения заключается в том, что они позволяют:

рассчитать показатели естественного движения населения;

спланировать деятельность всей системы здравоохранения;

рассчитать потребность населения в медицинской помощи всех видов;

определить необходимое количество средств, выделяемых бюджетом на здравоохранение;

рассчитать количественные показатели, характеризующие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

организовать противоэпидемическую работу.

12. Определение понятия заболеваемости, источники информации. Виды заболеваемости. Значение изучения заболеваемости.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Заболеваемость — это показатель, характеризующий уровень (распространённость), частоту, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и др.). 1

Источники информации о заболеваемости:

первичная учётная медицинская документация;

учётная документация в сфере обязательного медицинского страхования;

периодические и годовые формы федерального государственного статистического наблюдения;

выборочные обследования.

Виды заболеваемости:

По данным обращаемости: общая заболеваемость, инфекционная заболеваемость, госпитальная заболеваемость, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, важнейшие неэпидемические заболевания (туберкулёз, сифилис, болезни, передающиеся половым путём и др.).

По данным медицинских осмотров и диспансерного наблюдения: дети, призывники, работающие подростки и другие декретированные категории населения.

По данным о причинах смерти.

По данным изучения причин инвалидности.

Значение изучения заболеваемости:

оценка состояния здоровья населения и разработка мероприятий по его улучшению;

оперативное управление лечебно-профилактическим делом;

обеспечение населения врачебными кадрами;

финансирование ЛПУ, планирование, развитие сети учреждений здравоохранения;

улучшение показателей здоровья населения;

разработка территориальных программ оказания медицинской помощи населению.

13. Учетная документация, используемая для сбора и анализа информации о заболеваемости. Оценка заболеваемости с позиций доказательной медицины.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Учётная документация, используемая для сбора и анализа информации о заболеваемости, включает, например:

Форма №025/у — «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Форма №025-1/у — «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Форма №030/у — «Контрольная карта диспансерного наблюдения».

Медицинская карта стационарного больного (учётная форма №003/у).

Статистическая карта выбывшего из стационара (учётная форма №066/у-02).

Протокол патолого-анатомического вскрытия (учётная форма №013/у).

Оценка заболеваемости с позиций доказательной медицины предполагает добросовестное, точное и осмысленное использование результатов лучших клинических исследований для выбора лечения конкретного пациента в данной клинической ситуации. Основа доказательной медицины — эпидемиологический метод получения и анализа данных.

14. Методы изучения заболеваемости населения, их сравнительная характеристика. Показатели заболеваемости.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Методы изучения заболеваемости населения:

По данным обращаемости. Характеризуется учётом всех первичных случаев заболеваний, а также первичных обращений в поликлинику больных с хроническими заболеваниями, даёт наиболее полное выявление острых заболеваний.

По данным медицинских осмотров. Позволяет активно и наиболее полно выявлять хронические заболевания и патологические состояния в начальной стадии. Однако патологические состояния и заболевания выявляются только на момент проведения осмотров, что затрудняет сравнение данных заболеваемости в динамике.

По причинам смерти. Изучение заболеваемости этим методом даёт возможность сплошного учёта всех случаев смерти с указанием диагнозов, а

также пола и возраста, места жительства умерших и позволяет учесть заболевания, которые не были диагностированы при жизни.

Некоторые показатели заболеваемости:

Первичная заболеваемость — совокупность новых, нигде ранее не учтённых и впервые выявленных в данном календарном году заболеваний.

Болезненность (распространённость) — совокупность всех имеющихся заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и перешедших с прошлых лет.

Структура общей заболеваемости — удельный вес тех или иных заболеваний в общей заболеваемости.

Общий показатель смертности, частота смертности в зависимости от пола, возраста, структура причин смерти и другие.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности: методика изучения, учетные документы, показатели, тенденции. Экономическое значение заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

15. Факторы, влияющие на динамику заболеваемости населения

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

На динамику заболеваемости населения влияют различные факторы, среди которых можно выделить следующие:

Экономические и социальные проблемы. Низкий уровень благосостояния населения, неблагоприятные условия труда, семейные проблемы и бытовые конфликты.

Социально-биологические факторы. Отягощённая наследственная предрасположенность, психологическая адаптация, перенесённые заболевания.

Социальные и гигиенические факторы. Снижение физической активности, недостаточное питание, вредные привычки, неправильный режим труда, отдыха и питания, низкий уровень медицинского образования.

Гигиенические факторы. Опасные соединения в атмосфере, воде и воздухе, вредные вещества в продуктах питания, ухудшение климатических условий.

Медицинские и организационные факторы. Низкая доступность и качество медицинской помощи, низкая квалификация персонала, несоответствие медучреждения санитарным и экономическим нормам, низкий уровень медицинского обслуживания пациентов.

Природно-климатические и экологические факторы. Состояние и загрязнение окружающей среды.

Политические факторы. Государственная социальная политика, политика в области здравоохранения, государственное регулирование системы здравоохранения, правовые акты в области здравоохранения и др

16. Инвалидность как один из критериев здоровья населения. Источники информации. Показатели, методика их вычисления и оценки. Факторы, влияющие на показатели инвалидности.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Инвалидность — один из критериев здоровья населения. Она характеризует уровень социально-экономического развития общества, качество лечебно-профилактических мероприятий, экологическое состояние территории.

Источники информации о показателях инвалидности — документы медико-социальной экспертизы (МСЭК). В них содержатся сведения об инвалиде: возраст, пол, профессия, должность, социальная категория, диагноз, группа, причина инвалидности, первичное или повторное освидетельствование, трудоустройство, лечебное учреждение, направившее на экспертизу и другое. [2](#)

Основные показатели инвалидности:

Первичной инвалидности (интенсивный показатель). Рассчитывается для населения в целом, для отдельных групп (дети 0–18 лет, старше 18 лет, трудоспособное население, пенсионеры), по группам и причинам, по видам заболеваний, по полу и другим признакам.

Структуры первичной инвалидности (экстенсивный показатель).

Рассчитывается по возрастно-половым группам, причинам, группам инвалидности и прочим.

Изменения степени (тяжести) инвалидности (экстенсивный показатель). Даёт представление об изменениях групп инвалидности, что позволяет ориентироваться в динамике структуры инвалидности.

Возвращения инвалидов к трудовой деятельности в связи с восстановлением трудоспособности (экстенсивный показатель). Даёт представление о том, какая доля инвалидов из числа рабочих и служащих, явившихся на очередное переосвидетельствование, было признано трудоспособным.

Методика вычисления показателей заключается в том, что на основании учётных признаков для составления отчёта об инвалидности проводится группировка и суммирование данных, которые затем вносятся в отчётную форму.

Факторы, влияющие на показатели инвалидности, включают:

Экологические факторы. Выражаются изменением в структуре, характере патологии состояния здоровья и смертности населения, что объясняется географическими, природно-очаговыми, геохимическими особенностями территорий, а также глобальными техногенными преобразованиями и изменениями окружающей среды.

Производственные факторы. К ним относятся вопросы охраны и укрепления здоровья работающего населения — одна из важнейших проблем медицины труда и здравоохранения.

Травматизм и несчастные случаи. Например, травматизм на производстве и от преступных посягательств, а также врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения.

17. Организация первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача).

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) предполагает следующее:

Определение врача общей практики. Это специалист, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста.

Функции врача общей практики:

амбулаторный приём и посещение на дому;

оказание неотложной помощи;

проведение комплекса профилактики, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий; [1](#)

содействие в решении медико-социальных проблем семьи

Организация работы кабинета врача общей практики. Это структурное подразделение медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь и паллиативную медицинскую помощь.

Взаимодействие с врачами-специалистами. Оказание медицинской помощи осуществляется на основе взаимодействия врачей общей практики и врачей-специалистов по профилю заболевания пациента.

На договорной основе за врачом общей практики могут быть закреплены койки в стационаре. Также он организует стационар на дому и дневной стационар.

18. Формы организации общеврачебной практики

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Формы организации общеврачебной практики:

Одиночная практика. Целесообразно использовать преимущественно в сельской местности.

Групповая практика. Несколько врачей общей практики объединяются на правах юридического лица либо на правах соглашения с партнёрами по организации работы во врачебной амбулатории (офисе). Врачи ведут приём пациентов, оказывают неотложную помощь, а остальные виды работы выполняют средние медицинские работники.

Центры здоровья. Эта модель представляет собой объединение нескольких групповых врачебных практик. Для центров здоровья характерна новая функция по сравнению с групповыми практиками — организация стационаров по уходу за престарелыми, больными и инвалидами.

Врач общей практики работает в поликлинике. При любом из вариантов врач состоит в штате поликлиники, а общеврачебная практика является структурным подразделением поликлиники.

19. Права, обязанности и ответственность врача общей практики.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Права врача общей практики:

привлекать к лечебному процессу специалистов из других медицинских отраслей или коллег из области семейной медицины;

получать необходимую для выполнения функциональных обязанностей информацию и документы от всех подразделений напрямую или через непосредственного начальника;

подписывать и визировать документы в пределах своей компетенции;
контролировать в рамках своей компетенции работу среднего и младшего медицинского персонала, отдавать им распоряжения и требовать их чёткого исполнения;
знакомиться с проектами приказов руководства, касающимися его деятельности;
представлять на рассмотрение руководителя предложения по совершенствованию своей работы и работы организации;
принимать участие в совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой;
требовать от руководства создания нормальных условий для выполнения служебных обязанностей;
повышать свою профессиональную квалификацию.

Обязанности врача общей практики:

осуществление амбулаторного приёма и посещений на дому, оказание неотложной помощи;
оказание непрерывной первичной медико-санитарной помощи пациенту вне зависимости от его возраста, пола и характера заболевания;
проведение осмотра и оценка данных физического исследования пациента;
составление плана лабораторного, инструментального обследования;
интерпретация результатов лабораторных анализов, лучевых, электрофизиологических и других методов исследования;
самостоятельное проведение обследования, диагностики, лечения, реабилитации пациентов;
проведение анализа состояния здоровья прикрепленного контингента, профилактики заболеваний, мероприятий по укреплению здоровья населения.

Ответственность врача общей практики:

за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей, предусмотренных должностной инструкцией, — в пределах, определённых трудовым законодательством Российской Федерации;
за совершённые в процессе осуществления своей деятельности правонарушения — в пределах, определённых действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Российской Федерации;
за причинение материального ущерба работодателю — в пределах, определённых действующим трудовым и гражданским законодательством Российской Федерации.

20. Социальная и правовая защита медицинских работников.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Социальная и правовая защита медицинских работников предусмотрена статьёй 63 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 года №5487-1. Согласно ей, медицинские работники имеют право на:
обеспечение условий деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;

работу по трудовому договору (контракту), в том числе за рубежом;
защиту своей профессиональной чести и достоинства;
получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки;
совершенствование профессиональных знаний;
переподготовку при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях высвобождения работников в связи с сокращением численности или штата, ликвидации предприятий, учреждений и организаций;¹

страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинён вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей;
беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих предприятиям, учреждениям, организациям или гражданам, а также любого имеющегося вида транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение в случаях, угрожающих его жизни.

Некоторые меры социальной поддержки медицинских работников:

Дополнительные выплаты. Например, подъёмные при переезде на работу в сёла, посёлки городского типа, рабочие посёлки. Также медицинские работники, которые прибыли на работу по трудовому договору в сёла и рабочие посёлки, могут рассчитывать на компенсацию расходов по оплате помещения для проживания и коммунальных услуг.

Служебные помещения для проживания. Медицинские работники, которые трудятся в государственной системе здравоохранения субъектов Российской Федерации, могут пользоваться служебными помещениями для проживания.

Правовая защита медицинских работников включает в себя, например, возможность защитить свои права в административном порядке, изложив претензию в письменной форме и отправив её в вышестоящую инстанцию. Если решение не было принято либо разбирательство разрешилось не в пользу сотрудника, он имеет право обратиться в судебные органы. Также медицинские работники могут застраховать риск своей профессиональной ответственности.

21. Первичная медико-санитарная помощь: содержание понятия, права граждан при ее получении.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Первичная медико-санитарная помощь — это основа системы оказания медицинской помощи, которая включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Права граждан при получении первичной медико-санитарной помощи включают:

Выбор медицинской организации и врача с учётом согласия врача.

Гражданин может выбирать врача не чаще чем один раз в год путём подачи

заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

Профилактику, диагностику, лечение и медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

Получение консультаций врачей-специалистов.

Облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами.

Получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

Получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях.

Защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

Отказ от медицинского вмешательства.

22. Факторы риска и здоровье.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Факторы риска — это характеристика, состояние или привычка, отрицательно влияющие на здоровье человека и создающие благоприятную среду для возникновения и развития заболеваний.

Факторы риска можно условно отнести к трём большим группам:

Факторам внешней среды (экологические, экономические и др.).

Факторам, связанным с биологическими аспектами, которые невозможно поменять (пол, возраст, наследственная предрасположенность и др.).

Особенностям поведения человека (курение, гиподинамия и др.).

Некоторые факторы риска:

Нерациональное питание. Высокий уровень потребления сахара, насыщенных жиров и соли может привести к развитию ожирения и артериальной гипертонии.

Курение. Является фактором риска развития бронхолёгочных, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Избыточное потребление алкоголя. Грозит циррозом печени и риском развития рака молочной железы, губы, языка, пищевода, печени, желудка, мочевого пузыря.

Недостаточная физическая активность. Одна из причин рака молочной железы и толстой кишки, диабета, ишемической болезни сердца.

Любой из факторов риска вреден сам по себе, но особенно вредно их сочетание.

Чтобы поддерживать оптимальное состояние здоровья, рекомендуется выбирать здоровый образ жизни: правильно питаться, регулярно заниматься физической активностью, управлять стрессом и отказаться от вредных привычек.

23. Образ жизни и здоровье.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Здоровый образ жизни — это концепция жизнедеятельности человека, целью которой является сохранение и улучшение здоровья организма при помощи правильного питания, хорошей физической активности и стабильного морального настроя.

Некоторые составляющие здорового образа жизни:

Рациональное питание. Питание должно быть сбалансированным и полноценным. 60–75% ежедневного рациона должны составлять углеводы, 10–15% — белки животного и растительного происхождения и 15–30% — жиры. Питание должно быть регулярным, небольшими порциями и не менее 4–5 раз в день.

Физическая активность. Регулярные физические упражнения препятствуют развитию депрессии, психоэмоциональных расстройств, помогают в лечении сахарного диабета, снижают риск возникновения рака, увеличивают прочность костных тканей, позволяют следить за весом и повышают состояние иммунитета.

Полноценный сон. Важно спать не менее 7–8 часов в сутки.

Отказ от вредных привычек. Пагубные привычки, такие как курение, употребление алкоголя или даже наркотических веществ, наносят серьёзный ущерб здоровью человека.

Профилактика стресса и положительный эмоциональный настрой.

Психоэмоциональное состояние — один из определяющих факторов здорового образа жизни, который проявляется в умении контролировать эмоции, мыслить позитивно, сохранять баланс между духовным и физическим развитием

24. Профилактика (определение, виды).

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Профилактика — комплекс мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска.

Виды профилактики:

Индивидуальная. Включает меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляет сам человек. Например, соблюдение норм здорового образа жизни, личная гигиена, рациональное питание и режим труда и отдыха.

Общественная. Включает систему социальных, экономических, законодательных, воспитательных, санитарно-технических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и медицинских мероприятий, которые проводятся государственными институтами и общественными организациями.

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии выделяют три вида профилактики:

Первичная профилактика. Система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды и т. д.).

Вторичная профилактика. Комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определённых условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания.

Третичная профилактика. Комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Включает социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) реабилитацию.

25. Диспансерный метод в работе поликлиники, основные задачи, методика, контингенты.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Диспансерный метод в работе поликлиники — это метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья населения, направленный на укрепление здоровья и повышение трудоспособности, а также предупреждение заболеваний путём проведения комплекса лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий. [1](#)

Основные задачи диспансеризации:

выявление лиц с факторами риска и больных на ранних стадиях заболеваний путём проведения ежегодных профилактических осмотров обязательных контингентов и по возможности других групп населения;

активное наблюдение и оздоровление больных и лиц с факторами риска; обследование, лечение и реабилитация больных по обращаемости, динамическое наблюдение за ними;

создание автоматизированных информационных систем и банков данных по диспансерному учёту населения

Методика диспансеризации включает несколько этапов:

Диагностический скрининг (выявление лиц с высокими рисками, латентными формами и ранними стадиями заболеваний).

Первичное обследование (верификация выявленных скринингом состояний).

Углублённое обследование (при необходимости).

Диспансерное наблюдение в плане проведения профилактики и/или лечения.

Контроль эффективности процессов профилактики и/или лечения.

Оценка этапного индивидуального результата профилактики и лечения, то есть диспансерная работа.

Оценка популяционного результата диспансеризации (по показателям временной нетрудоспособности, инвалидизации и смертности).

Контингенты, подлежащие диспансеризации, включают как здоровых, так и больных людей. **К первой группе** относятся:

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

лица, испытывающие воздействие неблагоприятных факторов производственной среды;
декретированные контингенты (пищевики, работники коммунальной службы, работники общественного и пассажирского транспорта, персонал детских лечебно-профилактических учреждений и др.);
спецконтингенты (лица, пострадавшие от катастрофы на ЧАЭС);
инвалиды и участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним контингенты.

Ко второй группе относятся:

больные хроническими заболеваниями;
реконвалесценты после некоторых острых заболеваний;
больные с врождёнными (генетическими) заболеваниями и пороками развития.

Тест

Компетенция/и: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

1. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – ЭТО:

- 1) наука о социологии здоровья
- 2) система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья
- 3) наука о социальных проблемах медицины
- 4) наука о закономерностях здоровья населения
- 5) система социально-экономических мероприятий по охране здоровья

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

2. ... – СОВОКУПНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРОВОДИМЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ТРАВМАХ, ОТРАВЛЕНИЯХ, А ТАКЖЕ ПРИ РОДАХ, ЛИЦАМИ, ИМЕЮЩИМИ ВЫСШЕЕ И СРЕДНЕЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

- 1) медицинская помощь
- 2) медицинская организация
- 3) санитарная помощь
- 4) социальная помощь
- 5) медицинская услуга

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

3. ОКАЗЫВАЕТСЯ ВРАЧАМИ-СПЕЦИАЛИСТАМИ И ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРОФИЛАКТИКУ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОСТОЯНИЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД), ТРЕБУЮЩИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ И СЛОЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ, А ТАКЖЕ МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ

- 1) первичная медико-санитарная помощь
- 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь
- 4) паллиативная медицинская помощь
- 5) неотложная медицинская помощь

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

4. ПОД СТАТИСТИКОЙ ПОНИМАЮТ:

- 1) самостоятельную общественную науку, изучающую количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественной стороной
- 2) сбор, обработку и хранение информации, характеризующей количественные закономерности общественных явлений
- 3) анализ массовых количественных данных с использованием статистических методов
- 4) анализ массовых количественных данных с использованием статистическо-математических методов
- 5) статистическо-математические методы при сборе, обработке и хранении информации

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

5. ПРОГРАММА СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ – ЭТО:

- 1) перечень вопросов
- 2) совокупность изучаемых признаков
- 3) определение масштаба исследования
- 4) определение времени исследования
- 5) все перечисленное

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

6. ВИДЫ ОТНОСИТЕЛЬНЫХ ВЕЛИЧИН ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) интенсивных показателей
- 2) экстенсивных показателей
- 3) показателей наглядности
- 4) показателей соотношения
- 5) средних величин

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 5

7. ДОСТОВЕРНОСТЬ РАЗЛИЧИЯ ДВУХ СРЕДНИХ ВЕЛИЧИН ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ:

- 1) ошибки репрезентативности
- 2) коэффициента вариации
- 3) средней арифметической
- 4) критерия Стьюдента

5) экстенсивного показателя

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

8. К ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) естественный прирост
- 2) смертность
- 3) возрастно-половой состав населения
- 4) физическое развитие отдельных групп населения
- 5) рождаемость

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

9. ЕСТЕСТВЕННЫЙ ПРОЦЕСС ВОЗОБНОВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ СТАТИСТИЧЕСКИ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМ ЧИСЛОМ ДЕТОРОЖДЕНИЙ В КОНКРЕТНОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЗА ОПРЕДЕЛЕННЫЙ ПЕРИОД ВРЕМЕНИ – ЭТО ...

- 1) рождаемость
- 2) смертность населения
- 3) ожидаемая продолжительность жизни при рождении
- 4) постоянная (безвозвратная) миграция
- 5) временная миграция

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

10. ПОКАЗАТЕЛЬ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТНОСИТСЯ К ПОКАЗАТЕЛЯМ:

- 1) общим демографическим
- 2) специальным демографическим
- 3) деятельности медицинской организации
- 4) заболеваемости
- 5) физического развития населения

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

11. БОЛЕЗНЕННОСТЬ – ЭТО:

- 1) заболеваемость по данным обращаемости
- 2) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации
- 3) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году
- 4) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью
- 5) нет правильного ответа

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

12. НАЗОВИТЕ, В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ И В КАКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ НАПРАВЛЯЕТСЯ ИЗВЕЩЕНИЕ О ВАЖНЕЙШЕМ НЕЭПИДЕМИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ:

- 1) в диспансер соответствующего профиля в течение 1 месяца
- 2) в Роспотребнадзор в течение 12 часов
- 3) в Роспотребнадзор в течение 5 часов
- 4) в диспансер соответствующего профиля в течение 1 недели
- 5) в диспансер соответствующего профиля в течение 2 недель

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

13. УКАЖИТЕ ЕДИНЫЙ НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ ДЛЯ СТАТИСТИЧЕСКОГО УЧЕТА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ:

- 1) такого документа не существует
- 2) Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем
- 3) статистическая карта выбывшего из стационара, ф. № 066/у
- 4) листок учета движения больных и коечного фонда стационара, ф. № 067/у
- 5) сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек, ф. № 016/у

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

14. ПОД СТАТИСТИЧЕСКИМ ТЕРМИНОМ «ОБРАЩАЕМОСТЬ» ПОНИМАЮТ:

- 1) число больных, впервые обратившихся за медицинской помощью по поводу заболевания за текущий отчетный период
- 2) соотношение числа всех первичных посещений по поводу болезней к общему числу обслуживаемого населения
- 3) абсолютное число всех первичных и повторных посещений больными медицинской организации
- 4) отношение числа всех посещений больными амбулаторно-поликлинического учреждения к общему числу обслуживаемого населения
- 5) нет правильного ответа

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

15. ОСНОВНОЙ УЧЕТНЫЙ ДОКУМЕНТ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ:

- 1) индивидуальная карта амбулаторного больного
- 2) история болезни
- 3) статистическая карта выбывшего из стационара
- 4) талон амбулаторного пациента
- 5) листок нетрудоспособности

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

16. В НАСЕЛЕННОМ ПУНКТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РАЗМЕЩАТЬ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ЧАСТЬ В ЗОНЕ:

- 1) селитебной (жилой)
- 2) промышленной
- 3) коммунально-складской
- 4) пригородной
- 5) зеленой

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

17. К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) первичная медико-санитарная помощь
- 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь
- 4) паллиативная медицинская помощь
- 5) все перечисленные

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 5

18. ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ СЛОЖНЫХ И (ИЛИ) УНИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ, А ТАКЖЕ РЕСУРСОЕМКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ С НАУЧНО ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ, В ТОМ ЧИСЛЕ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, РОБОТИЗИРОВАННОЙ ТЕХНИКИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МЕТОДОВ ГЕННОЙ ИНЖЕНЕРИИ, РАЗРАБОТАННЫХ НА ОСНОВЕ ДОСТИЖЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И СМЕЖНЫХ ОТРАСЛЕЙ НАУКИ И ТЕХНИКИ

- 1) первичная медико-санитарная помощь
- 2) специализированная медицинская помощь
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь
- 4) паллиативная медицинская помощь
- 5) высокотехнологичная медицинская помощь

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 5

19. ОКАЗЫВАЕТСЯ ГРАЖДАНАМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ, ТРАВМАХ, ОТРАВЛЕНИЯХ И ДРУГИХ СОСТОЯНИЯХ, ТРЕБУЮЩИХ СРОЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

- 1) первичная медико-санитарная помощь
- 2) специализированная медицинская помощь
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь
- 4) паллиативная медицинская помощь
- 4) высокотехнологичная медицинская помощь
- 5) первичная высокотехнологичная помощь

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

20. ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ: 1) САНИТАРНО-АВИАЦИОННУЮ ЭВАКУАЦИЮ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМУЮ ВОЗДУШНЫМИ СУДАМИ; 2) САНИТАРНУЮ ЭВАКУАЦИЮ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМУЮ НАЗЕМНЫМ, ВОДНЫМ И ДРУГИМИ ВИДАМИ ТРАНСПОРТА

- 1) первичная медико-санитарная помощь
- 2) специализированная медицинская помощь
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь
- 4) паллиативная медицинская помощь
- 5) медицинская эвакуация

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 5

21. ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, ВКЛЮЧАЮЩИХ МЕДИЦИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, МЕРОПРИЯТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА И УХОД, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЕ В ЦЕЛЯХ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НЕИЗЛЕЧИМО БОЛЬНЫХ ГРАЖДАН И НАПРАВЛЕННЫЕ НА ОБЛЕГЧЕНИЕ БОЛИ, ДРУГИХ ТЯЖЕЛЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) первичная медико-санитарная помощь
- 2) специализированная медицинская помощь
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь
- 4) паллиативная медицинская помощь
- 5) высокотехнологичная медицинская помощь

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

22. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАЗРАБАТЫВАЕТСЯ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ЕЕ ПРОФИЛЯМ, ЗАБОЛЕВАНИЯМ ИЛИ СОСТОЯНИЯМ (ГРУППАМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) И ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) этапы оказания медицинской помощи
- 2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача)
- в) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений
- 3) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений
- 4) все перечисленное
- 5) нет правильного ответа

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

23. МЕРОПРИЯТИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ

- 1) включению в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оплате
- 2) оплате из фондов организации работодателя

- 3) оплате за счет индивидуальных средств пациента
- 4) оплате некоммерческими организациями и фондами
- 5) оплате за счет внебюджетных средств медицинской организации

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

24. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ 40 ЛЕТ И СТАРШЕ, А ТАКЖЕ В ОТНОШЕНИИ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН

- 1) ежегодно
- 2) 1 раз в два года
- 3) 1 раз в полугодие
- 4) по желанию пациента
- 5) по требованию работодателя

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

25. ДЕЙСТВУЮЩАЯ В ДАННЫЙ МОМЕНТ В РФ СТРАТЕГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКИ И КОНТРОЛЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА ПЕРИОД

- 1) до 2025 года
- 2) до 2024 года
- 3) до 2030 года
- 4) до 2022 года
- 5) до 2021 года

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

26. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ

- 1) формирования органами государственной власти субъектов российской федерации и органами местного самоуправления среды, способствующей ведению здорового образа жизни, посредством разработки и реализации региональных и муниципальных программ общественного здоровья
- 2) выявления и тиражирования лучших муниципальных и региональных программ общественного здоровья
- 3) повышения ответственности работодателей за здоровье работников через систему экономических и иных стимулов, разработки и принятия корпоративных программ по укреплению здоровья
- 4) совершенствования деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений, осуществляющих профилактику инфекционных заболеваний, включая внедрение новой модели центров общественного здоровья
- 5) повышения ответственности и контроля общественных организаций

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 5

27. В ДОПОЛНЕНИЕ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕДИЦИНСКИМ ОСМОТРАМ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАНЕ, ПЕРЕБОЛЕВШИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19), ПРОХОДЯТ, ВКЛЮЧАЮЩУЮ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СООТВЕТСТВИИ С ПЕРЕЧНЕМ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, УСТАНОВЛЕННЫМ ПРОГРАММОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ГОД И ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД

- 1) углубленную диспансеризацию
- 2) стремительную диспансеризацию
- 3) глубокую диспансеризацию
- 4) обширную диспансеризацию
- 5) узкую диспансеризацию

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

28. ОСНОВНЫМ ИНДИКАТОРОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА, ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ...

- 1) охват граждан профилактическим медицинским осмотром, диспансеризацией соответственно в медицинской организации
- 2) охват граждан скринингом
- 3) количество профилактических медицинских осмотров, выполненных медицинской организацией
- 4) частота проведения профилактических медицинских осмотров
- 5) время проведения профилактических медицинских осмотров

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

29. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ВРАЧЕБНЫХ УЧАСТКАХ В СООТВЕТСТВИИ С НОРМАТИВНОЙ ШТАТНОЙ ЧИСЛЕННОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СОСТАВЛЯЕТ: НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

- 1) 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, - 1300 человек взрослого населения)
- 2) 1500 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше
- 3) 1500 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, - 1300 человек взрослого населения)
- 4) 2000 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше
- 5) 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

30. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ВРАЧЕБНЫХ УЧАСТКАХ В СООТВЕТСТВИИ С НОРМАТИВНОЙ ШТАТНОЙ ЧИСЛЕННОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СОСТАВЛЯЕТ: НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

- 1) 1700 человек населения в возрасте до 18 лет
- 2) 1500 человек населения в возрасте до 18 лет
- 3) 1300 человек населения в возрасте до 18 лет
- 4) 1000 человек населения в возрасте 18 лет
- 5) 800 человек населения в возрасте до 18 лет

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 5

31. НАЗОВИТЕ СТАТИСТИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ (ЗВУТ):

- 1) число случаев ЗВУТ на 100 работающих
- 2) число календарных дней ЗВУТ на 100 работающих
- 3) средняя длительность одного случая ЗВУТ
- 4) процент нетрудоспособности
- 5) индекс здоровья работающих

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

32. УКАЖИТЕ НА КАКОЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ ПРОГНОЗЕ МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ (ВК) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- 1) до 2 месяцев
- 2) до 3 месяцев
- 3) до 6 месяцев
- 4) до 10 месяцев (при заболевании туберкулезом – до 12 мес.)
- 5) до 4 месяцев

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

33. УКАЖИТЕ, НА КАКОЙ СРОК ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ РАБОТНИЦЕ ПРИ РОДАХ, НАСТУПИВШИХ НА 29 НЕДЕЛЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ВЫПИСАННОЙ ИЗ РОДДОМА С ЖИВЫМ РЕБЕНКОМ:

- 1) на 70 календарных дней
- 2) на 140 календарных дней
- 3) на 86 календарных дней
- 4) на 156 календарных дней
- 5) на 16 календарных дней

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

34. В КОМПЕТЕНЦИЮ РАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НЕ ВХОДИТ:

- 1) определение процентной утраты трудоспособности
 - 2) освобождение выпускника школы от итоговой аттестации
 - 3) освобождение пациента от работы, связанной с поднятием тяжести
 - 4) направление пациента на медико-социальную экспертизу
 - 5) освобождение пациента от работы с полным рабочим днем
- ЭТАЛОН ОТВЕТА 1

35. УКАЖИТЕ, С КАКОГО ДНЯ ВЫДАЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СВЯЗИ С ТРАВМОЙ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, НАСТУПИВШИМИ В ПЕРИОД ТРУДОВОГО ОТПУСКА:

- 1) с 1-го дня нетрудоспособности
 - 2) с 3-го дня нетрудоспособности
 - 3) с 6-го дня нетрудоспособности
 - 4) с 10-го дня нетрудоспособности
 - 5) со дня окончания отпуска
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

36. УКАЖИТЕ, КАКОЙ ДАТОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАКРЫТ ПОЛИКЛИНИКОЙ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ(МСЭ) И ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ:

- 1) днем направления на МСЭ
 - 2) днем освидетельствования
 - 3) по усмотрению врача
 - 4) датой, предшествующей дате регистрации документов в бюро МСЭ
 - 5) в течение 10 дней
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

37. ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ПРОВОДИТСЯ:

- 1) в сроки, установленные в соответствии с медицинскими показаниями (один раз в год, один раз в два года, один раз в пять лет)
 - 2) один раз в год
 - 3) один раз в два года
 - 4) один раз в полгода
 - 5) не проводится
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

38. К КАТЕГОРИИ ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ИМЕЮЩИЕ:

- 1) 4 случая и 60 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию
- 2) 2 случая и 50 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию

- 3) 4 случая и 30 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию
- 4) 6 случаев и 40 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию
- 5) 8 случаев и 30 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

39. ЗАКЛЮЧЕНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, ПРОИЗВОДИВШЕГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ, МОЖЕТ БЫТЬ ОБЖАЛОВАНО В

- 1) вышестоящем медицинском учреждении
- 2) арбитражном суде
- 3) суде
- 4) прокуратуре
- 5) нет правильного ответа

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

40 . УКАЖИТЕ СКАЛЬКО ГРУПП ИНВАЛИДНОСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ МОЖЕТ УСТАНАНОВИТЬ МСЭК:

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

41. ТЕХ, КТО УПРАВЛЯЕТ, ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ — ЭТО УПРАВЛЯЮЩЕЕ ЗВЕНО В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЕ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОБЪЕКТ УПРАВЛЕНИЯ

- 1) субъектами управления
- 2) объектами управления
- 3) условиями управления
- 4) фигурантами дела
- 5) экспертами

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

42. ПРИНЦИП ОПТИМИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ ОЗНАЧАЕТ

- 1) руководитель ставит перед собой цель в зависимости от уровня управления, по характеру решаемых задач, по содержанию
- 2) требует от руководителя органа управления или отдельной организации здравоохранения знаний и соблюдения законодательства в технологии разработки и реализации управленческих решений, проявлением правовой культуры руководителя

- 3) проводимые реформы здравоохранения в первую очередь должны касаться оптимизации системы управления отраслью на федеральном, региональном и муниципальном уровнях
 - 4) централизация функции управления должна гибко сочетаться с децентрализацией и создавать необходимые условия для нижестоящих звеньев в системе управления здравоохранением, позволяющие им эффективно выполнять возложенные на них обязанности
 - 5) предоставление руководителю органа управления или организации здравоохранения широких полномочий для выполнения его функций, установлением персональной ответственности за результаты работы
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

43. УМЕНИЕ МОТИВИРОВАТЬ РАБОТНИКА К ЭФФЕКТИВНОМУ ТРУДУ, ПАРТНЕРСКИМ ОТНОШЕНИЯМ, СОЗДАНИЕ БЛАГОПРИЯТНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА В КОЛЛЕКТИВЕ, ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ СОВМЕСТИМЫХ, ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗРЕЛЫХ И ЭКОНОМИЧЕСКИ ЭФФЕКТИВНО РАБОТАЮЩИХ КОЛЛЕКТИВОВ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ МЕТОДОВ УПРАВЛЕНИЯ ...

- 1) смешанные
 - 2) организационно-распорядительные
 - 3) экономико-математические
 - 4) социально-психологические
 - 5) общественные или коллективные
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

44. КОМПЛЕКС УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ (ПРИНЦИПОВ, МЕТОДОВ, СРЕДСТВ И ФОРМ) НА ИНТЕРЕСЫ, ПОВЕДЕНИЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РАБОТНИКОВ В ЦЕЛЯХ МАКСИМАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИХ ПОТЕНЦИАЛА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРУДОВЫХ ФУНКЦИЙ - ...

- 1) кадровый менеджмент
 - 2) менеджмент
 - 3) управление
 - 4) оптимизация
 - 5) маркетинг
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

45. ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ КАДРОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) планирование (прогнозирование)
- 2) подготовка (обучение)
- 3) использование
- 4) управление
- 5) усреднение

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 5

46. СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ВКЛЮЧАЕТ ДЕЙСТВИЯ, С ПОМОЩЬЮ КОТОРЫХ ОРГАНИЗАЦИЯ, ТРЕБУЕМЫЕ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЖЕЛАЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

- 1) устанавливает свои цели и определяет процессы и ресурсы
- 2) устанавливает ответственных
- 3) определяет систему показателей
- 4) систематизирует критерии
- 5) определяет ресурсы

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

47. «ТРИАДОЙ ДОНАБЕДИАНА» НАЗЫВАЮТ

- 1) качество структуры, качество процесса, качество результата
- 2) качество структуры, качество процесса, качество результата, качество исполнения
- 3) качество модели, качество процесса, качество результата
- 4) качество структуры, качество реализации, качество результата
- 5) качество модели, качество реализации, качество результата

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

48. ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, КОТОРАЯ ПОДРАЗУМЕВАЕТ НАЛИЧИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ И ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ПЕРСОНАЛА И ТО, КАК ОНИ ИСПОЛЬЗУЮТ ИХ В СВОЕЙ РАБОТЕ, СЛЕДУЯ КЛИНИЧЕСКИМ РУКОВОДСТВАМ, ПРОТОКОЛАМ И СТАНДАРТАМ. ЕСЛИ ГОВОРИТЬ О КОМПЕТЕНЦИИ РУКОВОДИТЕЛЯ, ТО ЭТО, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НАВЫКИ В ВЫРАБОТКЕ И ПРИНЯТИИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ. ДЛЯ ВРАЧЕЙ ЭТО ЗНАНИЯ И НАВЫКИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО.

- 1) профессиональная компетенция
- 2) доступность
- 3) результативность
- 4) межличностные взаимоотношения
- 5) эффективность

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

49. ПРОЦЕСС УПРАВЛЕНИЯ РИСКОМ СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЭТАПОВ:

- 1) определение цели - выяснение риска - выбор методов управления риском - реализация управления риском - оценка результатов
- 2) определение риска - выбор методов управления риском - реализация управления риском - оценка результатов

- 3) определение цели - выяснение риска - выбор методов управления риском - оценка результатов
4) определение риска - реализация управления риском - оценка результатов
5) определение цели - выяснение риска - выбор методов управления риском - реализация управления риском
ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

50 МНОЖЕСТВО ВНУТРЕННИХ ШАГОВ (ВИДОВ) ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАЧИНАЮЩИХСЯ С ОДНОГО И БОЛЕЕ ВХОДОВ И ЗАКАНЧИВАЮЩИХСЯ СОЗДАНИЕМ ПРОДУКЦИИ, НЕОБХОДИМОЙ КЛИЕНТУ И УДОВЛЕТВОРЯЮЩЕЙ ЕГО ПО СТОИМОСТИ, ДОЛГОВЕЧНОСТИ, СЕРВИСУ И КАЧЕСТВУ

- 1) бизнес-процесс
2) система
3) процессный подход
4) элемент
5) структура

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Перечень ситуационных (клинических) задач, кейс-задач

Компетенция/и: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Задача 1

В регионе с населением 1 млн человек за год зарегистрировано 150 тыс. случаев заболеваний, из них 90 тыс. — впервые выявленные.

Вопросы:

1. Рассчитайте показатели **первичной** и **общей заболеваемости** (на 1 тыс. населения).
2. Что отражает каждый из этих показателей?

Ответ:

1. Расчёты:
 - **Первичная заболеваемость:** $1\ 000\ 000 \cdot 90\ 000 \times 1000 = 90\ ‰$;
 - **Общая заболеваемость:** $1\ 000\ 000 \cdot 150\ 000 \times 1000 = 150\ ‰$.
2. **Первичная** — частоту новых случаев за год (динамика возникновения болезней); **общая** — совокупную распространённость (включая хронические формы).

Задача 2

За год в городе родилось 8 тыс. детей, умерло 40 младенцев в возрасте до 1 года.

Вопрос:

Рассчитайте **младенческую смертность** и объясните её значение для оценки системы здравоохранения.

Ответ:

- **Расчёт:** $8\ 000/40 \times 1000 = 5\ ‰$.
- **Значение:** индикатор качества акушерской и неонатальной помощи, социально-экономических условий, эффективности профилактических программ.

Задача 3

В поликлинике при осмотре 1 тыс. работников предприятия у 200 выявлены признаки артериальной гипертензии.

Вопросы:

1. Определите **патологическую поражённость**.
2. Чем она отличается от **первичной заболеваемости**?

Ответ:

1. **Патологическая поражённость:** $1\ 000/200 \times 1000 = 200\ ‰$.
2. **Отличие:** фиксирует **все случаи** (включая бессимптомные и ранее известные) при одномоментном осмотре, тогда как первичная учитывает **только новые случаи** за год.

Задача 4

В районе с населением 200 тыс. человек за год умерло 3 тыс. человек, из них 600 — от сердечно-сосудистых заболеваний.

Вопросы:

1. Рассчитайте **структуру смертности** по причине сердечно-сосудистых болезней (в %).
2. Какое **практическое значение** имеет этот показатель?

Ответ:

1. **Структура смертности:** $(3\ 000/600) \times 100\% = 20\%$.

2. **Значение:** определяет приоритеты профилактики, обосновывает распределение ресурсов, позволяет сравнивать регионы, прогнозировать нагрузку на систему здравоохранения.

Задача 5

Среднегодовая численность населения — 500 тыс. человек. За год зарегистрировано:

- 10 тыс. случаев ОРВИ;
- 2 тыс. случаев гипертонической болезни;
- 300 случаев инфаркта миокарда.

Вопросы:

1. Рассчитайте **частоту каждого заболевания** на 1 тыс. населения.
2. Какие **выводы** можно сделать?

Ответ:

1. Расчёты:

- ОРВИ: $500\ 000 \cdot 10\ 000 \times 1000 = 20\ ‰$;
- Гипертоническая болезнь: $500\ 000 \cdot 2\ 000 \times 1000 = 4\ ‰$;
- Инфаркт миокарда: $500\ 000 \cdot 300 \times 1000 = 0,6\ ‰$.

2. **Выводы:** ОРВИ — наиболее распространённое заболевание; гипертоническая болезнь в 6,7 раз чаще инфарктов, что подчёркивает её роль как фактора риска.

Задача 6

В стационаре выявлено 5 случаев внутрибольничных инфекций после операций.

Вопросы:

1. Какие **этапы контроля качества** следует задействовать?
2. Предложите **3 меры** профилактики.

Ответ:

1. **Этапы:** структурный (оборудование, стерилизация), процессуальный (соблюдение протоколов), результативный (анализ частоты инфекций).
2. **Меры:** усиление контроля стерилизации, обучение персонала гигиене, внедрение чек-листов для операционных бригад.

Задача 7

Пациент пожаловался на ожидание приёма более 2 часов и отсутствие информации о задержке.

Вопросы:

1. Какой **компонент качества** нарушен?
2. Какие **управленческие решения** помогут исправить ситуацию?

Ответ:

1. **Нарушены:** доступность помощи и коммуникация с пациентом.
2. **Решения:** оптимизация расписания, электронная очередь с SMS-оповещениями, назначение ответственного за информирование.

Задача 8

В 30 % историй болезни отсутствуют записи о согласии пациента на лечение.

Вопросы:

1. Какое **нормативное требование** нарушено?
2. Какие **корректирующие действия** предпринять?

Ответ:

1. **Нарушение:** ст. 20 ФЗ № 323-ФЗ (информированное добровольное согласие).
2. **Действия:** обучение персонала, шаблоны документов, ежемесячный аудит, автоматизация процесса.

Задача 9

В поликлинике растёт число жалоб на некорректное общение врачей.

Вопросы:

1. Какой **критерий качества** страдает?
2. Предложите **3 меры** по улучшению коммуникации.

Ответ:

1. **Критерий:** удовлетворённость пациентов и межличностные отношения.
2. **Меры:** тренинги по этике, анонимные опросы, стандарты общения, разбор конфликтов.

Задача 10

В отделении реанимации зафиксирован случай смерти из-за ошибки в дозировке препарата.

Вопросы:

1. Какой **вид контроля** инициировать?
2. Какие **шаги расследования** обязательны?
3. Какие **профилактические меры** внедрить?

Ответ:

1. **Контроль:** целевая экспертиза качества медицинской помощи.
2. **Шаги:** анализ документации, опрос персонала, проверка системы хранения лекарств, соответствие стандартам.
3. **Меры:** двойные проверки доз, электронные системы поддержки решений, тестирование знаний по фармакологии.

Задача 11

Главный врач планирует оптимизировать коечный фонд стационара.

Вопросы:

1. Какие **показатели** проанализировать?
2. Какие **решения** принять?

Ответ:

1. **Показатели:** оборот койки, средняя длительность пребывания, простои коек, структура госпитализированных.
2. **Решения:** перераспределение потоков, сокращение сроков диагностики, развитие реабилитации, оптимизация расписания.

Задача 12

Бюджет поликлиники предусматривает расходы на медикаменты в размере 5 % от общего финансирования, но фактические затраты составили 8 %.

Вопросы:

1. Какие **меры контроля** применить?
2. Какие **корректирующие действия** предпринять?

Ответ:

1. **Меры:** аудит закупок, анализ расходования, мониторинг остатков.
2. **Действия:** оптимизация закупок, лимиты на медикаменты, обучение персонала экономному использованию.

Задача 13

В регионе планируется открытие центра ВМП. Требуется рассчитать **объём финансирования** на первый год.

Вопросы:

1. Какие **исходные данные** нужны?
2. Какая **формула расчёта**?

Ответ:

1. **Данные:** плановый объём услуг, тарифы ОМС, капитальные затраты, ФОТ, эксплуатационные расходы, резерв.
2. **Формула:**

Бюджет=(Объём услуг×Тариф)+Капитальные затраты+ФОТ+Эксплуатация+Резерв.

Задача 14

Поликлиника получила штраф от страховой компании за нарушение сроков оказания плановой помощи.

Вопросы:

1. Какие **элементы системы качества** нарушены?
2. Какие **корректирующие меры** предложить?

Ответ:

1. **Нарушены элементы:**
 - процессуальный контроль (несоблюдение сроков, установленных порядками оказания помощи);
 - мониторинг показателей (отсутствие отслеживания сроков ожидания);
 - обратная связь от пациентов (жалобы не были оперативно рассмотрены).
2. **Корректирующие меры:**
 - внедрение электронного реестра — автоматизированный контроль сроков направления на консультации/обследования;
 - обучение персонала — тренинги по стандартам маршрутизации пациентов;

- еженедельный аудит — разбор случаев превышения сроков с выявлением причин (дефицит кадров, сбои логистики);
- система мотивации — премирование за соблюдение сроков, дисциплинарные меры за нарушения.

Задача 15

В регионе отмечается рост заболеваемости туберкулёзом. Требуется разработать **программу профилактики**.

Вопросы:

1. Какие **источники данных** понадобятся для анализа ситуации?
2. Какие **мероприятия** включить в программу?

Ответ:

1. Источники данных:

- статистика заболеваемости и смертности по туберкулёзу (форма № 025/у);
- результаты флюорографических осмотров;
- данные о контингентах диспансерного наблюдения;
- социально-демографические показатели (миграция, уровень жизни);
- отчёты о вакцинации БЦЖ.

2. Мероприятия программы:

- усиление активного выявления больных (массовые осмотры, скрининг групп риска);
- повышение охвата вакцинацией новорождённых;
- улучшение условий пребывания в противотуберкулёзных учреждениях;
- социальная поддержка пациентов (питание, жильё, трудоустройство);
- информационно-просветительская работа (СМИ, школы, предприятия).

Задача 16

В сельской местности наблюдается низкая доступность специализированной помощи из-за удалённости больниц.

Вопросы:

1. Какие **организационные решения** могут улучшить ситуацию?
2. Какие **технологии** помогут компенсировать дефицит кадров?

Ответ:

1. Организационные решения:

- создание мобильных бригад (врачи-специалисты с выездными приёмами);
- организация дневных стационаров при ФАПах;
- маршрутизация пациентов в межрайонные центры;
- развитие санитарной авиации для экстренных случаев.

2. Технологии:

- телемедицинские консультации (онлайн-приёмы, передача данных ЭКГ, рентгена);
- дистанционные образовательные программы для среднего медперсонала;
- электронные системы поддержки решений (алгоритмы диагностики, назначения лечения).

Задача 17

В городе планируется строительство новой поликлиники. Требуется обосновать **мощность и профиль** учреждения.

Вопросы:

1. Какие **показатели** учесть при расчёте?
2. Как **определить приоритетные специальности**?

Ответ:

1. Показатели для расчёта:

- численность и возрастная структура прикрепленного населения;
- уровень и структура заболеваемости (по профилям);
- доступность существующих ЛПУ (радиус обслуживания, транспортная логистика);
- прогноз демографических изменений на 5–10 лет.

2. Определение специальностей:

- анализ частоты обращений по профилям (терапия, педиатрия, хирургия и др.);
- учёт региональных особенностей (например, рост онкопатологии → онкологический кабинет);
- оценка кадровой обеспеченности (дефицит врачей-специалистов → приоритет в штатном расписании).

Задача 18

В стационаре выявлен рост послеоперационных осложнений. Требуется провести **анализ причин**.

Вопросы:

1. Какие **методы исследования** применить?
2. Какие **факторы** оценить?

Ответ:

1. Методы:

- ретроспективный анализ медицинских карт (выборка случаев с осложнениями);
- анкетирование хирургов и медсестёр;
- аудит соблюдения протоколов стерилизации и асептики;
- сравнение с бенчмарками (показатели других стационаров).

2. Факторы:

- квалификация персонала (стаж, обучение);
- состояние оборудования (ремонт, калибровка);
- логистика (время доставки пациента в операционную);
- антибиотикопрофилактика (своевременность, дозы);
- послеоперационный уход (контроль дренажей, ран).

Задача 19

В поликлинике внедряют **электронную медицинскую карту (ЭМК)**.
Какие **риски** возможны и как их минимизировать?

Вопросы:

1. Перечислите **3–4 ключевых риска**.
2. Предложите **меры профилактики**.

Ответ:

1. Риски:

- утечка персональных данных (кибератаки, несанкционированный доступ);
- технические сбои (потеря данных, простои системы);
- сопротивление персонала (нежелание осваивать новый инструмент);
- ошибки ввода (некорректные записи, дублирование).

2. Меры профилактики:

- шифрование данных и двухфакторная аутентификация;
- регулярное резервное копирование и тестирование восстановления;
- поэтапное обучение сотрудников с кураторами;
- введение шаблонов и валидаторов для минимизации ошибок.

Задача 20

В регионе растёт доля пожилых людей. Какие **изменения в системе здравоохранения** необходимы?

Вопросы:

1. Какие **новые услуги** потребуются?
2. Какие **кадровые решения** актуальны?

Ответ:

1. Услуги:

- гериатрические кабинеты с комплексной оценкой здоровья;
- службы долговременного ухода (патронаж, хосписы);
- реабилитация после инсультов, переломов;
- профилактика падений и когнитивных нарушений (школы здоровья).

2. Кадровые решения:

- подготовка врачей-гериатров и медсестёр по уходу;
- междисциплинарные команды (врач, психолог, социальный работник);
- волонтёрские программы для помощи одиноким пожилым.

Задача 21

В школе зарегистрирована вспышка ОРВИ. Какие **противоэпидемические меры** предпринять?

Вопросы:

1. Какие **действия** обязательны?
2. Как **оценить эффективность** мер?

Ответ:

1. Действия:

- изоляция заболевших (отстранение от занятий);
- дезинфекция помещений и контактных поверхностей;
- масочный режим для персонала;
- информирование родителей о симптомах и профилактике;
- усиление проветривания и УФ-обработки классов.

2. Оценка эффективности:

- динамика числа новых случаев (снижение через 7–10 дней);
- охват профилактическими мероприятиями (доля привитых, проведённых уборок);
- отзывы педагогов и родителей о соблюдении мер.

Задача 22

В больнице внедряют **систему менеджмента качества (СМК)**.
Какие **этапы** включает процесс?

Вопросы:

1. Перечислите **основные этапы**.
2. Какие **документы** разработать?

Ответ:

1. Этапы:

- диагностика текущего состояния (аудит процессов);
- разработка политики и целей качества;
- проектирование процессов и процедур;
- обучение персонала;
- пилотное внедрение и корректировка;
- сертификация и мониторинг.

2. Документы:

- руководство по качеству;
- стандартные операционные процедуры (СОПы);
- формы контроля и отчётности;
- журналы регистрации несоответствий.

Задача 23

В регионе низкая приверженность вакцинации против гриппа. Как **повысить охват**?

Вопросы:

1. Какие **барьеры** мешают вакцинации?
2. Какие **стратегии** эффективны?

Ответ:

1. Барьеры:

- недоверие к вакцинам (мифы, негативный опыт);
- неудобство получения услуги (очереди, график работы);
- недостаток информации о пользе и безопасности.

2. Стратегии:

- разъяснительные кампании в СМИ и соцсетях;
- мобильные пункты вакцинации (торговые центры, предприятия);
- мотивационные программы (скидки, лотереи);
- обучение врачей навыкам коммуникации с сомневающимися.

Задача 24

В поликлинике внедряют **бережливые технологии**.
Какие **процессы** оптимизировать в первую очередь?

Вопросы:

1. Назовите **3–4 ключевых процесса**, наиболее подверженных потерям времени и ресурсов.
2. Предложите **конкретные меры** оптимизации для каждого из них.

Ответ:

1. **Процессы-кандидаты на оптимизацию:**
 - запись на приём к врачу (длительные очереди, дублирующие звонки, ошибки расписания);
 - ожидание в очереди у кабинета (несинхронизированность графиков, задержки приёма);
 - оформление медицинской документации (избыточные формы, ручной ввод данных);
 - логистика анализов и исследований (потеря направлений, задержки и доставки результатов).
2. **Меры оптимизации:**
 - **Запись на приём:** внедрение онлайн-записи через портал госуслуг/сайт поликлиники, SMS-напоминания о визите, автоматизированное распределение слотов с учётом нагрузки врача.
 - **Ожидание у кабинета:** организация «электронной очереди» с таблицей номеров, стандартизация времени приёма (например, 15 мин. на пациента), выделение «окна» для экстренных случаев.
 - **Документация:** переход на электронные медицинские карты (ЭМК) с шаблонами и автозаполнением, интеграция с лабораториями для прямого импорта результатов.
 - **Логистика анализов:** штрихкодирование пробирок и направлений, автоматизированная передача данных в ЭМК, настройка уведомлений о готовности результатов в личный кабинет пациента.

Задача 25

В регионе фиксируется рост смертности от внешних причин (травмы, отравления, суициды). Требуется разработать **комплексную программу профилактики**.

Вопросы:

1. Какие **факторы риска** следует проанализировать?
2. Какие **межсекторальные меры** включить в программу?

Ответ:

1. Факторы риска для анализа:

- социально-экономические (безработица, низкий доход, алкоголизация);
- инфраструктурные (безопасность дорог, доступность экстренной помощи);
- психологические (распространённость депрессии, стрессовых состояний);
- поведенческие (употребление алкоголя/наркотиков, рискованные виды досуга);
- экологические (загрязнение среды, промышленные травмы).

2. Межсекторальные меры:

- **Здравоохранение:** скрининг факторов риска на приёмах, обучение врачей выявлению суицидальных намерений, развитие наркологической помощи.
- **Образование:** программы профилактики травматизма и зависимостей в школах, тренинги по стрессоустойчивости.
- **МВД и ГИБДД:** усиление контроля за дорожным движением, профилактика ДТП, борьба с нелегальным алкоголем.
- **Соцзащита:** поддержка уязвимых групп (бездомные, пенсионеры, безработные), кризисные центры для жертв насилия.
- **СМИ и культура:** информационные кампании о безопасном поведении, дестигматизация психических расстройств, популяризация ЗОЖ.
- **Градостроительство:** улучшение освещения улиц, организация безопасных зон отдыха, снижение доступности средств самоповреждения (например, ограничение продажи высокотоксичных веществ).

Критерии оценивания тестовых заданий и пересчет полученных результатов в 5-балльную систему:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов 70% и менее максимального балла теста

Оценивание заданий закрытого типа с одним правильным ответом: Выбран правильный ответ - 1 балл. Неправильный ответ - 0 баллов.

Критерии по оценке письменных и устных ответов обучающихся. С целью контроля и подготовки обучающихся к изучению новой темы в начале каждого занятия педагогическим работником проводится устный опрос по выполненным заданиям предыдущей темы.

Критерии оценки:

правильность ответа по содержанию задания (учитывается количество и характер ошибок при ответе);

полнота и глубина ответа (учитывается количество усвоенных фактов, понятий и т.п.);

осознанность ответа (учитывается понимание излагаемого материала);

логика изложения материала (учитывается умение строить целостный, последовательный рассказ, грамотно пользоваться специальной терминологией);

рациональность использованных приемов и способов решения поставленной учебной задачи (учитывается умение использовать наиболее прогрессивные и эффективные способы достижения цели);

своевременность и эффективность использования наглядных пособий и технических средств при ответе (учитывается способность грамотно и с пользой применять наглядность и демонстрационный опыт при устном ответе);

использование дополнительного материала;

рациональность использования времени, отведенного на задание (не одобряется затянутость устного ответа во времени).

Оценка «отлично» выставляется, если обучающийся:

полно и аргументировано отвечает по содержанию задания; демонстрирует понимание материала, может обосновать свои суждения,

применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные;

излагает материал последовательно и правильно.

Оценка «хорошо» выставляется, если обучающийся дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «отлично», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающийся демонстрирует знание и понимание основных положений данного задания, но:

излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил;

не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры;

излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающийся демонстрирует незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал. Оценка «неудовлетворительно» отмечает такие недостатки в подготовке обучающегося, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.

Билеты для промежуточной аттестации

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Общественное здоровье и здравоохранение
31.08.13 Детская кардиология

Билет к зачёту № 1

1. Вопрос для проверки уровня сформированности знаниевого компонента компетенции (ЗНАТЬ) Компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Определение медицинской демографии, разделы, демографические показатели. Основные проблемы. Применение демографических показателей в здравоохранении.

2. Вопрос для проверки уровня сформированности деятельностного компонента компетенции (УМЕТЬ) Компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Статика населения: важнейшие показатели, значение в практике здравоохранения.

3. Задача для проверки уровня сформированности деятельностного и мотивационного компонента компетенции (ВЛАДЕТЬ)

Компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Бюджет поликлиники предусматривает расходы на медикаменты в размере 5 % от общего финансирования, но фактические затраты составили 8 %.

Вопросы:

1. Какие **меры контроля** применить?
2. Какие **корректирующие действия** предпринять?

Заведующая кафедрой управления в здравоохранении

_____ Нехаенко Н.Е.