

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мошуров Иван Петрович
Должность: Исполняющий обязанности ректора
Дата подписания: 13.02.2025 09:07:22
Уникальный программный ключ:
31a99dba44a8a7fda9b0f7f5aeddf5410eeaa2315

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

Факультет подготовки кадров высшей квалификации
Кафедра управления в здравоохранении

УТВЕРЖДАЮ
Декан ФПКВК
Ю.А. Котова
18.11.2025

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Организация и управление здравоохранением
наименование дисциплины

31.08.17 Детская эндокринология
код и наименование специальности

Врач - детский эндокринолог
квалификация выпускника

Фонд оценочных средств дисциплины «Организация и управление здравоохранением», является частью основной образовательной программы для специальности 31.08.17 Детская эндокринология подготовлен на кафедре управления в здравоохранении ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, авторским коллективом:

№	Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность	Основное место работы
1.	Нехаенко Наталия Евгеньевна	д.м.н., профессор	зав. кафедрой	ВГМУ им. Н.Н. Бурденко
2.	Сыч Галина Владимировна	к.м.н., доцент	доцент	ВГМУ им. Н.Н. Бурденко
3.	Чайкина Наталья Николаевна	к.м.н., доцент	доцент	ВГМУ им. Н.Н. Бурденко
4.	Анучина Наталья Николаевна	к.м.н.	доцент	ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Фонд оценочных средств дисциплины обсужден на заседании кафедры управления в здравоохранении ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России от 20.10.2025 г., протокол № 5

Фонд оценочных средств одобрен на заседании ЦМК по координации подготовки кадров высшей квалификации от 18.11.2025 г., протокол № 2

Нормативно-правовые основы разработки и реализации фонда оценочных средств дисциплины:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.17 Детская эндокринология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержден Приказом Министерства науки и высшего образования РФ от 2 февраля 2022 г. № 107.
- 2) Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 29.01.2019 N 49н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – детский эндокринолог».
- 3) Общая характеристика образовательной программы по специальности 31.08.17 Детская эндокринология.
- 4) Учебный план образовательной программы по специальности 31.08.17 Детская эндокринология.
- 5) Устав и локальные нормативные акты Университета.

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
<p>УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.</p>	<p>Знает: - методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации. Умеет: - критически и системно анализировать, а также определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте. Владеет: - методами и приемами системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применений в профессиональном контексте.</p>	<p>Текущий контроль: Опрос устный (ОУ) Тест (Т) Ситуационная задача (СЗ) Промежуточная аттестация: Тест (Т) Собеседование (С)</p>
<p>УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им</p>	<p>Знает: - основы проектного менеджмента и международные стандарты управления проектом. Умеет: - определять проблемное поле проекта в области медицины, критерии его эффективности, возможные риски с целью разработки превентивных мер по их минимизации, реализовывать, управлять проектом, осуществлять мониторинг и контроль над осуществлением проекта. Владеет: - управлять проектами в области, соответствующей профессиональной деятельности: распределять задания и побуждает других к достижению целей: разрабатывает техническое задание проекта, программу реализации проекта, управляет реализацией профильной проектной работы.</p>	
<p>УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению</p>	<p>Знает: - принципы организации процесса оказания медицинской помощи населению и методы руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала; основы конфликтологии. Умеет: - организовать процесс оказания медицинской помощи населению, руководить и контролировать работу команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, разрешать конфликты внутри команды, мотивировать и оценивать вклад каждого члена команды в результат коллективной деятельности. -Владеет: - разработкой стратегии командной работы; организует процесс оказания медицинской помощи населению, руководит и контролирует работу команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала</p>	<p>Текущий контроль: Опрос устный (ОУ) Тест (Т) Ситуационная задача (СЗ) Промежуточная аттестация: Тест (Т) Собеседование (С)</p>
<p>УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной</p>	<p>Знает: - основы социопсихологии и умеет выстраивать свое поведение в соответствии с учетом норм социокультурного взаимодействия. Умеет:</p>	<p>Текущий контроль: Опрос устный (ОУ) Тест (Т) Ситуационная задача (СЗ)</p>

<p>деятельности</p>	<p>- поддерживать профессиональные отношения с представителями различных этносов, религий, культур. Владеет: - приемами профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов</p>	<p>Промежуточная аттестация: Тест (Т) Собеседование (С)</p>
<p>ОПК-1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности</p>	<p>Знает: - современные информационно-коммуникационные технологии, применимые в научно-исследовательской, профессиональной деятельности и образовании. - основные принципы организации оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий и умеет применять их на практике. Умеет: - использовать современные информационно-коммуникационные технологии для повышения медицинской грамотности населения, медицинских работников. - планировать, организовывать и оценивать результативность коммуникативных программ, кампаний по пропаганде здорового образа жизни. - работать в медицинской информационной системе, вести электронную медицинскую карту. Владеет: - применять на практике основные принципы обеспечения информационной безопасности в медицинской организации.</p>	<p>Текущий контроль: Опрос устный (ОУ) Тест (Т) Ситуационная задача (СЗ) Промежуточная аттестация: Тест (Т) Собеседование (С)</p>
<p>ОПК-2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>Знает: - условия оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - прогнозы состояния популяционного здоровья с использованием современных индикаторов и с учетом социальных детерминант здоровья населения. - основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни Умеет: - применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей. - прогнозировать состояние популяционного здоровья с использованием современных индикаторов и с учетом социальных детерминант здоровья населения. - реализовывать основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни. - анализировать и оценивать качество оказания медицинской помощи с использованием современных подходов к управлению качеством медицинской помощи и основных медико-статистических показателей. Владеет: - основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки</p>	<p>Текущий контроль: Опрос устный (ОУ) Тест (Т) Ситуационная задача (СЗ) Промежуточная аттестация: Тест (Т) Собеседование (С)</p>

	<p>качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.</p> <ul style="list-style-type: none"> - прогнозами состояния популяционного здоровья с использованием современных индикаторов и с учетом социальных детерминант здоровья населения. - основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни. - анализом и оценкой качества оказания медицинской помощи с использованием современных подходов к управлению качеством медицинской помощи и основных медико-статистических показателей. 	
<p>ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организационно-правовые основы медицинской экспертизы; виды медицинской экспертизы, правила организации и деятельности врачебной комиссии, ведение документации; - принципы проведения экспертизы временной медико-социальной экспертизы; правила оформления и выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовать проведение медицинской экспертизы в отношении пациентов; оформляет документацию, необходимую для проведения медико-социальной экспертизы; - проводить экспертизу временной нетрудоспособности пациентов, нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, а также определение медицинских показаний к трудоустройству, переводу на облегченные условия труда, санаторно-курортное лечение. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами проведения медицинской экспертизы в отношении пациентов. 	<p>Текущий контроль: Опрос устный (ОУ) Тест (Т) Ситуационная задача (СЗ) Промежуточная аттестация: Тест (Т) Собеседование (С)</p>
<p>ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения - оценку и контроль эффективностью профилактической работы с населением <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения - оценивать и контролировать эффективность профилактической работы с населением <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами оценки и контроля эффективности профилактической работы с населением 	
<p>ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные методы проведения анализа медико-статистической информации; правила оформления медицинской документации, в том числе в электронном виде; должностные обязанности медицинских работников. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять план работы, отчет о своей работе, вести медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа; организовать работу и осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского 	<p>Текущий контроль: Опрос устный (ОУ) Тест (Т) Ситуационная задача (СЗ) Промежуточная аттестация: Тест (Т) Собеседование (С)</p>

	<p>персонала. Владеет - медико-статистическими методами расчета и анализа информации; методикой использования в своей работе информационных систем и сети «Интернет»; методами; ведет медицинскую документацию; методами соблюдения правил внутреннего трудового распорядка, требований противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности.</p>	
--	--	--

2. Оценочные средства освоения учебной дисциплины

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

Опрос (устный)

Раздел 1 «Теоретические основы и организационные принципы здравоохранения. Здоровье населения, методы изучения и оценки».

Тема 1 «Теоретические основы и организационные принципы здравоохранения. Здоровье населения, методы изучения и оценки».

Перечень вопросов по теме «Теоретические основы и организационные принципы здравоохранения. Здоровье населения, методы изучения и оценки»:

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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, 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.

Тема 2. Здоровье населения, методы изучения и оценки. (Часть 1)

Перечень вопросов по теме «Здоровье населения, методы изучения и оценки. (Часть 1)»

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

1. 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.

2. 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

3. 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.

4. 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.

5. Демография и медицинская демография. Статика населения. Значение показателей, характеризующие статистику населения, для практического здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Демография — наука о народонаселении, которая изучает законы воспроизводства населения в его общественно-исторической обусловленности, состав и расселение.

Медицинская демография — наука, изучающая взаимосвязь воспроизводства населения с медико-социальными факторами и разрабатывающая на этой основе меры медицинского, социального и организационного характера, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшение здоровья населения

Статика населения — раздел демографии, изучающий численность населения на определённую дату, его структуру по различным признакам (пол, возраст, семейное положение и др.), размещение по территории.

Значение показателей, характеризующих статику населения, для практического здравоохранения заключается в том, что они используются для:

- расчёта коэффициентов естественного движения населения;
- расчёта потребности в амбулаторно-поликлинической, стационарной и специализированных видах медицинской помощи, в том числе для расчёта ресурсов: кадров, больничных коек, других материальных ресурсов;
- определения необходимого объёма финансовых средств, выделяемых на здравоохранение;
- разработки целевых медико-социальных программ;
- расчёта показателей, характеризующих деятельность системы здравоохранения;
- организации профилактической работы и др.

6. 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.

7. Учётная 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

Тема 3 «Здоровье населения, методы изучения и оценки. (Часть 2)»

Перечень вопросов по теме «Здоровье населения, методы изучения и оценки. (Часть 2)»

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

1. Методика изучения общей заболеваемости (показатели, динамика).

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Методика изучения общей заболеваемости включает следующие этапы:

Определение метода изучения заболеваемости.

Определение вида заболеваемости.

Изучение структуры заболеваемости (показатели экстенсивности).

Изучение частоты заболеваний (показатели интенсивности) всего и по отдельным нозологическим единицам.

Изучение показателей заболеваемости в динамике.

Выяснение причин заболеваемости.

Изучение сезонных особенностей заболеваемости.

Изучение заболеваемости по полу, по отдельным возрастным группам, по отдельным профессиональным группам, по стажу работы.

Проведение анализа заболеваемости во взаимосвязи с факторами, её определяющими.

Разработка лечебно-оздоровительных и медико-организационных мероприятий и внедрение их в практику.

Оценка эффективности мероприятий.

Некоторые показатели, используемые для изучения общей заболеваемости:

Распространённость (болезненность). Количество всех зарегистрированных случаев заболеваний за отчётный год (сумма острых и хронических случаев) делится на среднюю численность населения.

Патологическая поражённость. Число больных, выявленных при проведении профосмотра, делится на число осмотренных лиц и умножается на 100.

Индекс здоровья. Число здоровых лиц, выявленных при проведении профосмотра, делится на число осмотренных лиц и умножается на 100.

Летальность. Число всех умерших за отчётный год делится на число зарегистрированных заболеваний (для поликлиники) или число выбывших из стационара (для стационара) и умножается на 100.

Динамика показателей заболеваемости заключается в сравнении однородных показателей, зарегистрированных в одних и тех же статистических группах в разные временные периоды. На основании полученных данных возможно прогнозирование динамики изучаемых явлений в будущем.

2. Заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями (показатели, динамика)

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Некоторые показатели заболеваемости важнейшими неэпидемическими болезнями:

Общий показатель заболеваемости (частота неэпидемических заболеваний). Рассчитывается как отношение числа случаев неэпидемической заболеваемости к средней численности населения, умноженное на 1000.

Распространённость важнейших неэпидемических заболеваний. Также рассчитывается как отношение числа случаев к средней численности населения, умноженное на 1000.

Показатель заболеваемости конкретным важнейшим неэпидемическим заболеванием. Рассчитывается как отношение числа случаев заболевания к средней численности населения, умноженное на 1000.

Структура заболеваемости важнейшими неэпидемическими заболеваниями может выглядеть следующим образом:

на первом месте — несчастные случаи, отравления и травмы (34,5%);

на втором месте — онкологические заболевания (29,2%);

на третьем месте — кожные заболевания (14,7%);

на четвёртом месте — туберкулёз (11,3%);

на пятом месте — венерические заболевания (8,6%);

на шестом месте — психические заболевания (1,6%).

Динамика заболеваемости оценивается по нозологическим формам и в динамике за ряд лет.

3. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (методика расчета показателей).

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Анализ показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) проводится по двум основным методикам:

Общепринятая методика на основании отчётов о случаях временной нетрудоспособности (форма №16-ВН).

Источником сведений для заполнения формы является «Книга регистрации листков нетрудоспособности» (форма №036/у). На основе данных формы №16-ВН рассчитывается ряд показателей:

Число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих (всего, по отдельным формам и группам заболеваний). Отношение числа случаев заболеваний (травм) к средней численности работающих, умноженное на 100.

Число дней заболеваемости с ВУТ на 100 работающих (всего, по отдельным формам и группам заболеваний). Отношение дней заболеваемости (травм) к численности работающих, умноженное на 100.

Средняя длительность одного случая заболеваемости с ВУТ (всего, по отдельным формам и группам заболеваний). Отношение общего числа дней нетрудоспособности к числу случаев нетрудоспособности.

Углублённая методика с помощью полицевого метода. На каждого работающего заполняется лицевая, или персональная, карта. Метод позволяет проводить углублённое изучение заболеваемости с временной утратой

трудоспособности в зависимости от возраста, пола, профессии и стажа работы. Единицей наблюдения при этой методике является работающий. Метод полицейского учёта даёт возможность вычислить такие показатели, как частота ни разу не болевших лиц (на 100 круглогодичных), частота больных лиц (на 100 круглогодичных), кратность (повторность) заболеваний у одного болеющего, удельный вес длительно и часто болеющих (по одному и тому же заболеванию соответственно 30 и более дней, 3 и более случая) и другие.

4. Заболеваемость по результатам медицинских осмотров.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Заболеваемость по результатам медицинских осмотров — это совокупность выявленных при осмотре случаев заболеваний среди прошедших медицинский осмотр.

Такие осмотры дают наиболее полную информацию обо всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях с клиническими проявлениями, а также о субклинических формах, протекающих без нарушений функций систем и органов.

В зависимости от поставленных задач и используемых организационных технологий медицинские осмотры подразделяют на предварительные, периодические и целевые.

Предварительные проводят при поступлении на работу или учёбу с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявления заболеваний, которые могут прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учёбы.

Цель периодических медицинских осмотров — динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих в условиях воздействия профессиональных вредностей, своевременное установление начальных признаков профессиональных заболеваний, выявление общих заболеваний, препятствующих продолжению работы с вредными и опасными веществами и производственными факторами.

При правильно организованных и проведённых медицинских осмотрах дополнительно выявляется около 1500–2000 случаев заболеваний на 1000 осмотренного населения, по поводу которых в течение года не было обращений за медицинской помощью в организации здравоохранения.

5. 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.

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.

Раздел 2. «Организационные основы здравоохранения. Организация лечебно-профилактической помощи населению. Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «эндокринология».

Тема 4. «Организационные основы здравоохранения.»

Перечень вопросов по теме «Организационные основы здравоохранения»

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

1. Виды профилактических медицинских осмотров и их характеристика.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Виды профилактических медицинских осмотров и их характеристика:

Предварительные. Проводятся при приёме на работу, их цель — определить профессиональную пригодность человека.

Периодические. Их проходят лица, занятые во вредных и опасных условиях труда. Чаще всего такой осмотр необходимо пройти раз в год или раз в два года.

Целевые. Проводятся для выявления заболеваний на ранней стадии — сахарного диабета, онкологии, сердечно-сосудистых заболеваний и других.

Углублённые. Организуются несколькими специалистами в комплексе для выявления определённых патологий организма, отклонений от нормы.

Ещё один вид профилактического медицинского осмотра — диспансеризация. Её проводят для различных групп пациентов бесплатно за счёт ОМС. Диспансеризация проводится в различные сроки: 1 раз в 3 года до 40 лет и 1 раз в год после 40 лет.

Также существует **профилактический осмотр детей** перед устройством в детский сад и по возрастным группам. В возрасте до 1 года профилактический осмотр детей проводится ежемесячно, после 1 года — ежегодно.

2. Классификация и характеристика видов медицинской помощи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи. К видам медицинской помощи относятся:

- 1) первичная медико-санитарная помощь (ПМСП);
- 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- 4) паллиативная медицинская помощь.

3. Классификация условий оказания медицинской помощи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

4. Классификация и характеристика форм оказания медицинской помощи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Формами оказания медицинской помощи являются:

- 1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- 2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- 3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

5. 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.

Тема 5. «Организация лечебно-профилактической помощи населению»

Перечень вопросов по теме «Организация лечебно-профилактической помощи населению»

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,

1. 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.

2. 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.

3. Роль участкового врача и врачей различных специальностей в организации диспансерного наблюдения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Роль участкового врача в организации диспансерного наблюдения включает:

определение группы наблюдения у больного;

ведение учёта пациентов, поставленных на наблюдение;

информирование больных об объёме и периодичности наблюдения, его порядке;

организацию диспансерных приёмов (профилактических и лечебных мероприятий, консультаций);

организацию осмотра и консультации больного, состоящего на учёте, если он в силу тяжести состояния не может сам посетить поликлинику;

контроль выполнения пациентом назначений и рекомендаций врачей-специалистов.

Роль врачей различных специальностей в организации диспансерного наблюдения включает:

Невролога, кардиолога, гастроэнтеролога, онколога, аллерголога, эндокринолога, акушера-гинеколога, ревматолога, нефролога, пульмонолога и других специалистов. Они проводят обследования, уточняют диагноз и при необходимости корректируют лечение.

Организацию консультаций врачами-специалистами по профильным болезням и состояниям. Если в поликлинике отсутствует нужный специалист, пациента направляют в другую медицинскую организацию. Если организовать такое наблюдение невозможно, врачи прибегают к телемедицинским технологиям и назначают удалённые консультации с профильными коллегами.

4. Отделение профилактики городской поликлиники, структура, функции.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Отделение профилактики городской поликлиники — это структурное подразделение, возглавляемое врачом или фельдшером, имеющим соответствующую подготовку по проблемам профилактики заболеваний и укреплению здоровья.

Структура отделения может включать:

Кабинет заведующего отделением.

Кабинеты медицинской профилактики.

Анамнестический кабинет. Предназначен для проведения анкетирования на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, а также для заполнения маршрутной карты диспансеризации, подготовки документов и направления пациентов на осмотры врачей-специалистов и лабораторно-инструментальные исследования.

Кабинет функциональных (инструментальных) исследований. В нём проводят антропометрию, измеряют артериальное давление, определяют экспресс-методом содержание в крови глюкозы и общего холестерина, измеряют внутриглазное давление бесконтактным методом, определяют суммарный сердечно-сосудистый риск.

Кабинет (учебный класс, аудитория) для проведения школ пациентов и пропаганды здорового образа жизни.

Кабинет централизованного учёта диспансеризации. В нём ведут карты учёта диспансеризации в поликлинике.

Кабинет медицинской помощи при отказе от курения. Формируется при обеспечении достаточного потока пациентов, желающих отказаться от курения.

Функции отделения профилактики включают:

организацию, координацию и оценку эффективности деятельности поликлиники по оказанию профилактических услуг населению;

выявление среди населения поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний и их коррекция; гигиеническое воспитание населения;

организацию и проведение совместно с территориальным центром медицинской профилактики обучения медицинских работников учреждения методам оказания медицинских профилактических услуг населению;

участие в информационном обеспечении специалистов и различных групп населения по вопросам профилактики заболеваний и укрепления здоровья;

проведение медико-социальных опросов медицинских работников и прикрепленного населения по вопросам профилактики заболеваний, удовлетворённости и потребности в профилактической помощи;

ведение учётной и отчётной документации.

5. Роль современных реформ здравоохранения в совершенствовании профилактической работы поликлиники.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Роль современных реформ здравоохранения в совершенствовании профилактической работы поликлиники заключается в следующем:

Формирование эффективной системы профилактики заболеваний. Она должна обеспечивать охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год.

Расширение спектра скрининговых анализов. Например, в последней редакции порядка по проведению диспансеризации взрослого населения заложен скрининг не только по сердечно-сосудистым заболеваниям и сахарному диабету, но и по семи локализациям рака.

Популяционная профилактика. В рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» проводится работа по снижению уровня потребления табака и алкоголя, увеличению числа людей, ведущих здоровый образ жизни.

Внедрение центров здоровья. Их задачи — комплексное медицинское обследование, динамическое наблюдение за пациентами группы высокого риска развития неинфекционных заболеваний, обучение их эффективным методам профилактики заболеваний с учётом возрастных особенностей.

Также в рамках реформ повышается роль среднего медицинского персонала в организации профилактических, лечебных, диагностических, реабилитационных мероприятий на всех уровнях медицинского обслуживания населения

Тема 6. «Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «детская эндокринология»

Перечень вопросов по теме «Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «детская эндокринология»

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

1. Современные технологии и подходы к организации медицинской помощи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Современные технологии и подходы к организации медицинской помощи включают:

Телемедицину и дистанционный мониторинг. Пациенты получают медицинское обслуживание удалённо, через интернет. Также развиваются системы дистанционного мониторинга состояния здоровья пациентов, которые позволяют врачам отслеживать их состояние и реагировать на изменения в реальном времени.

Искусственный интеллект и анализ данных. Эти технологии помогают врачам диагностировать заболевания, прогнозировать их развитие и выбирать оптимальные методы лечения на основе больших объёмов информации. Также они способствуют развитию персонализированной медицины, учитывающей индивидуальные особенности каждого пациента.

Виртуальную реальность в реабилитации. VR-технологии используются для восстановления функций у пациентов после травм, инсультов или хирургических вмешательств.

Геномную медицину и терапию генами. Технологии геномной редакции, такие как CRISPR-Cas9, позволяют вмешиваться в генетический код организма, исправлять дефектные гены и предотвращать развитие генетически обусловленных заболеваний.

3D-печать в медицине. Позволяет создавать индивидуальные протезы, имплантаты и модели органов для планирования хирургических вмешательств.

Базовые принципы организации первичного звена здравоохранения включают, например:

обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи;

приоритет интересов пациента при оказании данной медицинской помощи и соблюдение прав граждан при её оказании;

приоритет профилактики при оказании первичной медико-санитарной помощи;
ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан при организации первичной медико-санитарной помощи.

Передача функций между медицинским персоналом позволяет повысить доступность медицинской помощи без потери её качества в рамках имеющихся ресурсов, в том числе финансовых и трудовых. Такой подход даёт возможность высвободить время врача на работу с пациентом посредством передачи части функционала, не требующего глубоких знаний в области медицины, среднему и немедицинскому персоналу.

Применение бережливых технологий в медицинских организациях включает, например:

Системный анализ всех этапов пациентского пути — от первого визита до завершения лечения. Это позволяет выявить и устранить любые узкие места и избыточные шаги, которые могут замедлять процессы или вызывать неудобства для пациентов.

Внедрение технологий и цифровых инструментов для автоматизации и оптимизации различных процессов. Использование электронных медицинских записей, систем управления очередью и специализированных программ для анализа данных позволяет существенно сократить время на рутинные задачи, а также минимизировать ошибки, возникающие из-за человеческого фактора.

Эффективное использование ресурсов. Это включает в себя рациональное управление оборудованием, медикаментами и рабочим временем персонала.

Соблюдение преемственности между этапами оказания медицинской помощи обеспечивает непрерывность лечебного процесса и является одним из ключевых условий достижения положительного результата лечения. Наиболее частой причиной проблем, связанных с преемственностью помощи, является плохая коммуникация между медицинским персоналом: лечащими врачами и врачами-консультантами, медицинскими сёстрами и т. д.

2. Проведение диспансеризации, включая углублённую диспансеризацию и диспансеризацию граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Проведение диспансеризации, включая углублённую диспансеризацию и диспансеризацию граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, является одним из современных подходов к снижению смертности населения.

Диспансеризация организуется, в том числе, для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, которые формируют основные причины смертности населения. Также в рамках диспансеризации выявляют болезни эндокринной системы, органов пищеварения и другие заболевания.

Диспансеризация граждан репродуктивного возраста проводится поэтапно в зависимости от возрастных групп одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации. Цель таких мероприятий — выявление признаков и факторов риска заболеваний или состояний, способных негативно повлиять на беременность, течение беременности, родов и послеродового периода.

Использование выездных медицинских бригад позволяет приблизить профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию к месту жительства, работы или учёбы гражданина.

Диспансерное наблюдение работающих граждан направлено на профилактику развития профессиональных заболеваний или осложнений, обострений ранее сформированных хронических неинфекционных заболеваний.

В рамках этого подхода работодатель вправе организовать диспансерное наблюдение в отношении работников, а работающие застрахованные лица могут пройти его по месту работы.

Таким образом, реализация таких мер способствует сохранению и укреплению здоровья населения, увеличению продолжительности активной жизни, снижению уровня заболеваемости социально значимыми заболеваниями и улучшению качества жизни больных и инвалидов.

3. Современные подходы к снижению смертности населения

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Современные подходы к снижению смертности населения включают комплекс мер, направленных на профилактику заболеваний и предотвращение внешних причин смерти. Эти подходы реализуются в рамках государственной политики и федеральных программ.

Некоторые направления снижения смертности:

Профилактика заболеваний. Например, борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологией, ВИЧ/СПИДом и туберкулёзом.

Профилактика смертности от внешних причин. Включает меры по предотвращению самоубийств, дорожно-транспортных происшествий, пожаров, утоплений.

Формирование культуры здорового поведения. Ограничение доступности алкоголя, борьба против потребления табака, поддержка здорового питания и физической активности.

Методы и технологии

Для снижения смертности используются, например:

Скрининговые программы. Расширение охвата и внедрение современных методов скрининга рака прямой кишки, рака шейки матки, а также скрининга новорождённых.

Вакцинопрофилактика. Например, вакцинация против COVID-19, ВПЧ (вируса папилломы человека), людей

старших возрастов от пневмококка.

Повышение эффективности лечения заболеваний. Внедрение командных подходов к лечению и ведению пациентов с более активным вовлечением младшего медицинского персонала.

Некоторые примеры мер по снижению смертности:

Диспансерное наблюдение больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Исследования показывают, что правильный контроль и многофакторная профилактика дают устойчивый многолетний эффект снижения смертности.

Организация кабинетов высокого риска. В поликлиниках, обслуживающих малонаселённые районы, пациенты, подлежащие наблюдению у кардиолога, могут обслуживаться участковым врачом, прошедшим тематическое усовершенствование по кардиологии.

Телемедицинское консультирование. Например, в системе «кардиолог — врач-терапевт участковый» или «кардиолог — врач-терапевт участковый — пациент».

4. Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «детская эндокринология»

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «детская эндокринология» регламентируется. Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «эндокринология» регламентируется приказом Минздрава России от 29.10.2024 №583н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю „врач-детский эндокринолог“».

Медицинская помощь по профилю «детская эндокринология» оказывается в разных условиях:

Амбулаторно (не предусматривает круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника.

В дневном стационаре (предусматривает медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требует круглосуточного медицинского наблюдения и лечения).

Стационарно (обеспечивает круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

Медицинская помощь по профилю «эндокринология» оказывается в разных формах:

Экстренная (оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента).

Неотложная (оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента).

Плановая (оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи).

Первичная медико-санитарная помощь по профилю «детская эндокринология» включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению эндокринных заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачом-эндокринологом в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию

5. Современные технологии и подходы к организации медицинской помощи в детской эндокринологии

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Некоторые современные технологии и подходы к организации медицинской помощи в детской эндокринологии:

Цифровые технологии и телемедицина. Позволяют врачам-детским эндокринологам поддерживать связь с пациентами на любом расстоянии: проводить видео-консультации, корректировать схемы лечения и оперативно реагировать на изменения состояния больного. Это особенно важно для пациентов с сахарным диабетом, нуждающихся в регулярном контроле гликемии.

Непрерывный мониторинг глюкозы. Технологии, позволяющие измерять уровень глюкозы в режиме реального времени. Небольшие устройства-сенсоры, закреплённые на коже, отправляют показания непосредственно в приложение на мобильном телефоне.

Персонализированная медицина. За счёт расшифровки генома и понимания того, как гены влияют на метаболизм, специалисты могут рекомендовать персональные схемы лечения и профилактики.

Использование искусственного интеллекта и больших данных. Помогает врачам-эндокринологам обрабатывать большие массивы клинических данных и находить закономерности, которые не всегда очевидны при обычном исследовании.

Инновации в лечении заболеваний щитовидной железы. Новейшие методы лечения включают целевые препараты, воздействующие непосредственно на рецепторы тиреоидных гормонов или факторы, провоцирующие воспаление.

Регенеративная медицина и использование стволовых клеток. Возможность «восстанавливать» повреждённую

ткань и органы с помощью стволовых клеток или биоинженерных конструкций.

Электронные медицинские карты. Позволяют хранить данные о пациенте в цифровом формате, что упрощает доступ к информации и улучшает взаимодействие между различными медицинскими учреждениями.

Раздел 3. «Медицинская экспертиза: экспертиза временной и стойкой трудоспособности»

Тема 7. «Медицинская экспертиза: экспертиза временной и стойкой трудоспособности»

Печень вопросов по теме «Медицинская экспертиза: экспертиза временной и стойкой трудоспособности».

Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

1. Виды временной нетрудоспособности.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Виды временной нетрудоспособности:

Полная временная нетрудоспособность. Человек временно не может выполнять трудовые обязанности по причине плохого самочувствия (травма, интоксикация, повышенная температура тела).

Частичная нетрудоспособность. Допускается выполнение трудовых обязанностей в меньшем объёме.

Некоторые другие виды временной нетрудоспособности:

Уход за больным членом семьи. Также к этому виду нетрудоспособности относится отпуск по уходу за ребёнком в возрасте до 1,5 лет.

Карантин. Например, карантин работника или ребёнка младше 7 лет, если он посещает детский сад или ясли.

Протезирование по медицинским показаниям в стационаре, например, протезирование жизненно важных органов.

Реабилитация в санатории или профилактории.

2. Виды документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, в каких случаях они выдаются.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Виды документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность:

Листок нетрудоспособности (больничный лист). Выдаётся при заболеваниях, травмах, отравлениях и иных состояниях, связанных с временной потерей трудоспособности.

Справки, форма которых утверждается Минздравом Российской Федерации (например, для предоставления в детские сады, школы, студентам).

Листок нетрудоспособности выдаётся в случаях, когда сотрудник организации не может работать из-за:

утраты трудоспособности из-за беременности, заболевания или производственной травмы, а также в связи с операцией по искусственному прерыванию беременности или экстракорпоральным оплодотворением; осуществления ухода за больным членом семьи;

в связи с карантином (в том числе карантином ребёнка в возрасте до 7 лет, посещающего дошкольное образовательное учреждение, или другого члена семьи).

Справки выдаются в случае заболевания (травмы, отравления) обучающихся в профессиональных образовательных организациях, образовательных организациях высшего образования, образовательных организациях дополнительного профессионального образования и научных организациях для освобождения от учёбы.

3. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по заболеваниям и травмам.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах определён приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011 №624н:

При амбулаторном лечении заболеваний (травм) лечащий врач единолично выдаёт листок нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно.

При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдаётся и продлевается по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации.

Фельдшер или зубной врач выдаёт и продлевает листок нетрудоспособности на срок до 10 календарных дней включительно.

При заболеваниях и травмах, когда лечение осуществляется в амбулаторно-поликлинических условиях, листок нетрудоспособности выдаётся в день установления временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности, включая нерабочие праздничные и выходные дни.

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания рабочего времени (смены), по их желанию, дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности может быть указана со следующего календарного дня.

Гражданину, направленному в медицинскую организацию из здравпункта и признанному нетрудоспособным, листок нетрудоспособности выдаётся с момента обращения в здравпункт при наличии медицинских документов, подтверждающих его нетрудоспособность.

Выдача листка нетрудоспособности осуществляется медицинским работником после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

4. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи установлен приказом Министерства здравоохранения РФ от 23.11.2021 №1089н.

Листок нетрудоспособности выдаётся медицинским работником одному из членов семьи (опекуну, попечителю, иному родственнику), фактически осуществляющему уход.

Продолжительность выдачи листка зависит от возраста больного члена семьи:

До 7 лет — за весь период лечения ребёнка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребёнком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях.

От 7 до 15 лет — на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока.

Старше 15 лет — при амбулаторном лечении на срок до 3 дней, по решению врачебной комиссии — до 7 дней по каждому случаю заболевания.

При необходимости листок нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком может выдаваться попеременно разным членам семьи.

Листок нетрудоспособности не выдаётся за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении, за хроническими больными в период ремиссии, в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы, в период отпуска по беременности и родам, в период отпуска по уходу за ребёнком до достижения им возраста 3 лет, за исключением случаев выполнения работы в указанный период на условиях неполного рабочего времени или на дому.

5. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам определён приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011 №624н:

Выдача листка производится в 30 недель беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов).

При многоплодной беременности листок нетрудоспособности выдаётся в 28 недель беременности единовременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).

Если женщина при обращении в медицинскую организацию в установленный срок отказывается от получения листка, её отказ фиксируется в медицинской документации.

При повторном обращении женщины до родов за листком нетрудоспособности для оформления отпуска по беременности и родам листок выдаётся на 140 календарных дней (на 194 календарных дня — при многоплодной беременности) со срока, установленного первым или вторым абзацем.

Когда диагноз многоплодной беременности установлен в родах, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдаётся дополнительно на 54 календарных дня медицинской организацией, где произошли роды.

При осложнённых родах листок нетрудоспособности по беременности и родам выдаётся дополнительно на 16 календарных дней медицинской организацией, где произошли роды.

При родах, наступивших в период от 22 до 30 недель беременности, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдаётся медицинской организацией, где произошли роды, сроком на 156 календарных дней.

При прерывании беременности при сроке до 21 полной недели беременности листок нетрудоспособности выдаётся на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее трёх дней.

Листок нетрудоспособности формируется врачом акушером-гинекологом, при его отсутствии — врачом общей практики (семейным врачом), а при отсутствии врача — фельдшером.

6. Организация и порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности лечащим врачом.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация экспертизы временной нетрудоспособности возложена на главного врача и заместителя по клинико-экспертной работе. В медорганизации порядок проведения экспертизы должен быть закреплён соответствующим приказом главного врача.

Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности лечащим врачом включает следующие этапы:

Сбор и анализ жалоб, данных объективного обследования, постановка диагноза, определение признаков временной нетрудоспособности, назначение лечения.

Определение вида лечебно-охранительных мероприятий (режим домашний, амбулаторный, стационарный и др.).

Определение сроков нетрудоспособности с учётом основного и сопутствующих заболеваний.

Оформление и выдача листка нетрудоспособности (справки).

Повторное освидетельствование, коррекция лечебно-диагностических мероприятий, продление листка нетрудоспособности.

Направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

При проведении экспертизы лечащий врач устанавливает диагноз заболевания и степень функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений и степень их тяжести на основании сбора анамнеза и жалоб, внешнего осмотра гражданина. Также он рекомендует проведение профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, определяет режим лечения, назначает исследования и консультации врачей-специалистов.

При признании пациента временно нетрудоспособным врач оформляет листок нетрудоспособности согласно установленным правилам

7. Организация работы врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения: ее состав, основные задачи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация работы врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения регламентируется приказом Минздравсоцразвития России №502н от 2012 года «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

Состав комиссии согласно этому документу включает:

секретаря;

председателя;

членов комиссии;

заместителя председателя (до 2 человек).

Окончательный и поименный состав утверждается приказом организации здравоохранения и подписывается руководителем. В качестве членов приглашаются руководители подразделений и врачи-специалисты из числа работников медицинской организации.

Основные задачи врачебной комиссии:

улучшение организации оказания медицинской помощи в учреждении здравоохранения;

принятие решений в сложных и конфликтных ситуациях по вопросам диагностики, профилактики, медицинской реабилитации, лечения и определения трудоспособности и профессиональной пригодности граждан;

анализ качества, эффективности и обоснованности лечебно-диагностических мероприятий;

принятие решений по иным медицинским вопросам.

Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в неделю на основании планов-графиков, утверждаемых руководителем медицинской организации. Решение считается принятым, если его поддержало две трети членов. После этого его вносят в протокол по утверждённой форме и фиксируют в журнале учёта.

8. Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности. Основные задачи медико-социальных экспертных комиссий.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности включает в себя направление граждан, имеющих признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, на медико-социальную экспертизу (МСЭ). Это могут делать лечащие врачи амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений различных уровней и форм собственности.

Основные задачи МСЭ:

установление инвалидности, её степени, сроков, причины, времени наступления, меры потребности гражданина в социальной помощи;

определение меры нетрудоспособности обратившихся граждан;

разработка индивидуальных реабилитационных программ, а также общих программ реабилитации и социальной защиты инвалидов;

определение степени необходимости в медицинской, социальной или профессиональной реабилитации гражданина;

учёт граждан, прошедших МСЭ на подконтрольной территории;

изучение причин, факторов и условий, влияющих на возникновение, развитие и исход инвалидности, анализ распространённости и структуры инвалидности.

9. Инвалидность как показатель здоровья.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Инвалидность как показатель здоровья — это **важнейший медико-социальный критерий**, который отражает уровень общественного здоровья, качество проводимых лечебно-профилактических мероприятий, состояние социальной защиты человека с дефектом здоровья, а также уровень социально-экономического развития общества в целом.

Для характеристики составляющей инвалидности в интегральном показателе общественного здоровья используются два частных показателя:

численность лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, на 10 000 человек населения соответствующего возраста;

численность детей-инвалидов в возрасте 0 — 17 лет на 10 000 человек населения.

Масштаб инвалидности определяется множеством факторов, среди них — развитие системы здравоохранения, социально-экономическое развитие, состояние экологической среды, исторические и политические причины.

10. Виды профилактических медицинских осмотров. Организация и порядок проведения профилактических медицинских осмотров (название регламентирующего документа, его структура и содержание).

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Виды профилактических медицинских осмотров и их характеристика:

Предварительные. Проводятся при приёме на работу, их цель — определить профессиональную пригодность человека.

Периодические. Их проходят лица, занятые во вредных и опасных условиях труда. Чаще всего такой осмотр необходимо пройти раз в год или раз в два года.

Целевые. Проводятся для выявления заболеваний на ранней стадии — сахарного диабета, онкологии, сердечно-сосудистых заболеваний и других.

Углублённые. Организуются несколькими специалистами в комплексе для выявления определённых патологий организма, отклонений от нормы.

Ещё один вид профилактического медицинского осмотра — диспансеризация. Её проводят для различных групп пациентов бесплатно за счёт ОМС. Диспансеризация проводится в различные сроки: 1 раз в 3 года до 40 лет и 1 раз в год после 40 лет.

Также существует **профилактический осмотр детей** перед устройством в детский сад и по возрастным группам. В возрасте до 1 года профилактический осмотр детей проводится ежемесячно, после 1 года — ежегодно.

Приказ Минздрава России от 27.04.2021 N 404н (ред. от 19.07.2024) «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения».

Структура документа включает в себя, например, следующие приложения:

Приложение N 1. Перечни приёмов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определённые возрастные периоды.

Приложение N 2. Перечень мероприятий скрининга и методов исследований, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний.

Приложение N 3. Диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний.

Содержание документа регулирует вопросы, связанные с проведением в медицинских организациях профилактического медицинского осмотра и диспансеризации следующих групп взрослого населения (в возрасте от 18 лет и старше):

работающие граждане;

неработающие граждане;

обучающиеся в образовательных организациях по очной форме.

Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Раздел 4. «Теоретические основы управления здравоохранением. Экономика, планирование, финансирование здравоохранения»

Тема 8 «Теоретические основы управления здравоохранением.

Перечень вопросов по теме «Теоретические основы управления здравоохранением.

Компетенции: УК-3, ОПК-9

1. Понятие управления в здравоохранении.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Управление — это осознанная целенаправленная деятельность человека, с помощью которой он упорядочивает и подчиняет своим интересам элементы внешней среды — общества, живой и неживой природы, техники.

Управление в здравоохранении можно определить как **целенаправленный, поступательный процесс, обеспечивающий эффективное функционирование системы и её развитие в определённых условиях при имеющихся ресурсах.**

2. Принципы управления в системе здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Это совокупность циклических действий, связанных с выявлением проблем, поиском и организацией выполнения принятых решений.

Задача управления в здравоохранении — наиболее эффективное достижение цели путём повышения качества лечебно-профилактических мероприятий и рационального использования ресурсов здравоохранения.

Принципы управления — это основные правила, нормы, руководящие установки, на основе которых организуется процесс управления, научно обоснованная организация управленческих функций, выбор адекватных методов управления.

Некоторые общие принципы управления:

Социальная направленность. В ходе управления, выработки и реализации управленческих решений нужно учитывать интересы всего общества, отдельных социальных групп.

Законность. Управленческая деятельность регулируется нормами права, и любые акты управления должны опираться на требования закона вне зависимости от необходимости, местных условий, интересов дела и т. п..

Объективность. Требует знания и учёта объективных закономерностей взаимодействия субъекта и объекта управления, учёта имеющихся возможностей, реального состояния общественных процессов.

Системность. Субъект управления при выборе методов, форм воздействия на объект должен учитывать все те изменения, которые осуществляются в окружении системы управления, ограниченного пределами её функционирования и развития.

Комплексность. В каждом достаточно сложном явлении необходимо учитывать все его аспекты: технологические, экономические, социальные, идеологические, психологические, организационные, политические.

3. 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.

4. 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.).

5. Функция, стили и методы управления в здравоохранении.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Функции управления в здравоохранении:

прогнозирование; планирование; нормирование; стандартизация; организация; координация; мотивация; маркетинг; контроль и учёт.

Стили управления:

Авторитарный. Предусматривает наличие власти в одних руках и полное отрицание коллегиальности в принятии решений.

Либеральный. Руководитель минимально вмешивается в работу подчинённых и коллектива в целом, для него характерен низкий уровень требовательности к себе и сотрудникам.

Демократический. Децентрализация управления, коллегиальное принятие решений, инициатива сотрудников активно поддерживается и поощряется.

Динамичный. Для него характерны чёткая позиция руководителя по любым вопросам, творческий подход к решению проблем, готовность в разумных пределах идти на риск, деловитость и предприимчивость.

Методы управления в здравоохранении:

Организационно-распорядительные. Позволяют компенсировать просчёты в планировании, оперативно реагировать на изменяющуюся ситуацию и вносить коррективы путём директив, приказов, указаний, распоряжений, резолюций, предписаний.

Экономические. Включают в себя экономический анализ деятельности организации здравоохранения, методы планирования и прогнозирования, статистического анализа.

Социально-психологические. Совокупность средств воздействия на коллектив, на происходящие в нём процессы в целом и на отдельных работников в частности.

Общественные или коллективные. Подразумевают демократизацию управления, то есть расширение участия работников в выполнении управленческих функций.

Тема 9 «Экономика, планирование, финансирование здравоохранения»

Перечень вопросов по теме «Экономика, планирование, финансирование здравоохранения»

Компетенции: УК-3, ОПК-9

1. Экономика здравоохранения. Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Экономика здравоохранения — это отраслевая экономическая наука, изучающая экономические отношения, законы, влияющие на удовлетворение потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья населения при определённом уровне ресурсов.

Цель экономики здравоохранения — удовлетворение потребности населения в медицинской помощи, достижение максимального эффекта в оказании медицинской помощи при наименьших затратах.

Задачи экономики здравоохранения:

изучение экономических законов в системе здравоохранения;

определение роли здравоохранения в системе общественного производства;

расчёт потребности в необходимых ресурсах;

обеспечение эффективного и рационального использования имеющихся ресурсов и организации труда медперсонала;

оценка экономической эффективности деятельности медицинских организаций, эффективности медицинских технологий;
оценка эффективности систем оплаты труда работников здравоохранения, определение норм нагрузки на персонал;
подготовка кадров в сфере экономики здравоохранения.

2. Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения — это совокупность приёмов и методов оценивания и сравнительной характеристики показателей как лечебно-производственной, так и финансовой деятельности предприятий и органов здравоохранения.

Цель анализа — определить способы рационального и максимально эффективного использования ресурсов отрасли, местных условий и ресурсов.

Главные задачи экономического анализа деятельности здравоохранения:

контроль за выполнением плановых показателей и их оценка;
контроль эффективности использования материальных, финансовых, трудовых и управленческих ресурсов;
выявление и анализ факторов, обуславливающих полученные показатели;
поиск и выявление возможных скрытых резервов повышения эффективности функционирования медицинского учреждения и повышения его доходности;
анализ и оценка управленческой деятельности и управленческих решений.

Выделяют два основных направления анализа функционирования предприятий медицинской отрасли: это анализ финансового состояния медучреждения и анализ эффективности его производственной деятельности (уровень заболеваемости, качество лечения, ассортимент предоставляемых медицинских услуг).

5. Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба заключается в реализации мер по снижению заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

Различают прямой и косвенный экономический ущерб:

Прямой экономический ущерб — затраты материальных, финансовых, информационных и других ресурсов (в стоимостном выражении), которые используются в процессе оказания населению медицинской помощи.

Косвенный экономический ущерб — экономические потери, связанные с выплатами пособий по временной утрате трудоспособности, пенсий по инвалидности, числом непрожитых трудоспособных лет жизни (в стоимостном выражении), уменьшением производства внутреннего валового продукта (ВВП) и др..

Предотвращённый экономический ущерб — это разница между экономическим ущербом до и после проведения мероприятий, направленных на улучшение здоровья населения, снижение заболеваемости, травматизма, нетрудоспособности, предотвращение преждевременной смерти и т. д..

Эффективность здравоохранения оценивается по уменьшению общего экономического ущерба и рассчитывается путём разности общего экономического ущерба разных сравниваемых периодов

4. Планирование здравоохранения. Принципы, виды, методы планирования.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Планирование в здравоохранении — это комплекс мероприятий по определению необходимых ресурсов и механизмов их эффективного использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения.

Основные принципы планирования в здравоохранении:

Системный подход. Каждый объект при планировании рассматривается как сложная и большая система и, в то же время, в качестве отдельного элемента более крупной системы.

Сочетание территориального и отраслевого видов планирования. План развития здравоохранения представляется в качестве отрасли как части общего масштабного плана социально-экономического развития какого-либо отдельного территориального субъекта или муниципальных образований.

Выделение при планировании приоритетных направлений. Этот принцип приобретает особенно большое значение при планировании в условиях ограниченных ресурсов, которые должны быть оптимально распределены между приоритетными направлениями.

Директивность планов. Основные показатели плана, утверждённого на уровне, стоящем по иерархии выше, должны обязательно исполняться на всех нижестоящих уровнях управления здравоохранением.

Единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения.

Обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного.

Виды планирования в здравоохранении:

Стратегическое. Определяет цели, задачи, приоритеты, ресурсы и прогнозируемые результаты деятельности системы здравоохранения в целом и отдельных медицинских организаций на перспективу 10 и более лет.

Перспективное. Заключается в разработке программ и планов развития здравоохранения в конкретных субъектах РФ и муниципальных образованиях в рамках уже утверждённых стратегических планов сроком обычно на 3–5 лет.

Текущее. При этом виде планирования разрабатываются ежегодные планы и программы деятельности системы здравоохранения в конкретных субъектах РФ, муниципальных образованиях и конкретных организациях здравоохранения в соответствии с уже принятыми перспективными программами и планами.

Основные методы планирования в здравоохранении:

Аналитический метод. Планирование на основании изучения показателей здоровья населения и результатов деятельности медицинских учреждений.

Нормативный метод. Используется в стратегическом, перспективном и текущем планировании на основе утверждённых нормативов.

Балансовый метод. Позволяет увязывать потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи с их ресурсным обеспечением.

Экономико-математический метод. Применяется при необходимости научно обосновать оптимальные варианты плана.

Программно-целевой метод планирования и управления позволяет решать сложные многоцелевые проблемы, предусматривает согласование и эффективное использование финансовых, материально-технических, кадровых ресурсов для достижения конкретных целей в определённые сроки.

Основная особенность программно-целевого управления — это нацеленность на конечный результат. Применительно к здравоохранению конечный результат выражается в широкой доступности и увеличении качества оказываемой медицинской помощи, как следствие — сокращение смертности, инвалидности и заболеваемости населения.

В здравоохранении программно-целевой метод реализуется через Национальную программу государственных гарантий и через федеральные целевые программы.

5. Финансирование здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Финансирование здравоохранения — предоставление финансовых ресурсов экономическим субъектам для осуществления программ или экономических и социальных мероприятий.

Основные источники финансирования здравоохранения в РФ:

средства бюджетов всех уровней;

средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование;

средства целевых фондов, предназначенные для охраны здоровья граждан;

средства государственных внебюджетных целевых фондов;

доходы организаций здравоохранения от осуществления в установленном законом порядке предпринимательской деятельности;

добровольные взносы и пожертвования граждан и юридических лиц;

другие источники, не запрещённые законодательством РФ.

К внешним источникам финансирования здравоохранения относятся:

различные уровни бюджета (федеральный, региональный, муниципальный);

средства ОМС;

средства ДМС;

средства благотворительных фондов;

кредиты, ссуды, лизинг, факторинг.

К внутренним источникам финансирования здравоохранения относятся:

рыночные источники — доходы медицинской организации, образующиеся в результате продажи медицинской услуги (по рыночным ценам);

нерыночные источники — доходы медицинской организации, образующиеся в результате перераспределения денежных доходов населения и организации в пользу данных организаций.

Тема 9 «Итоговое занятие»

Перечень вопросов по теме «Итоговое занятие»:

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-2

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, 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. Учётная 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. Современные подходы к снижению смертности населения

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Современные подходы к снижению смертности населения включают комплекс мер, направленных на профилактику заболеваний и предотвращение внешних причин смерти. Эти подходы реализуются в рамках государственной политики и федеральных программ.

Некоторые направления снижения смертности:

Профилактика заболеваний. Например, борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологией, ВИЧ/СПИДом и туберкулёзом.

Профилактика смертности от внешних причин. Включает меры по предотвращению самоубийств, дорожно-транспортных происшествий, пожаров, утоплений.

Формирование культуры здорового поведения. Ограничение доступности алкоголя, борьба против потребления табака, поддержка здорового питания и физической активности.

Методы и технологии

Для снижения смертности используются, например:

Скрининговые программы. Расширение охвата и внедрение современных методов скрининга рака прямой кишки, рака шейки матки, а также скрининга новорождённых.

Вакцинопрофилактика. Например, вакцинация против COVID-19, ВПЧ (вируса папилломы человека), людей старших возрастов от пневмококка.

Повышение эффективности лечения заболеваний. Внедрение командных подходов к лечению и ведению пациентов с более активным вовлечением младшего медицинского персонала.

Некоторые примеры мер по снижению смертности:

Диспансерное наблюдение больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Исследования показывают, что правильный контроль и многофакторная профилактика дают устойчивый многолетний эффект снижения смертности.

Организация кабинетов высокого риска. В поликлиниках, обслуживающих малонаселённые районы, пациенты, подлежащие наблюдению у кардиолога, могут обслуживаться участковым врачом, прошедшим тематическое усовершенствование по кардиологии.

Телемедицинское консультирование. Например, в системе «кардиолог — врач-терапевт участковый» или «кардиолог — врач-терапевт участковый — пациент».

18. Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «эндокринология»

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «эндокринология» регламентируется
Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «эндокринология» регламентируется приказом Минздрава России от 13.03.2023 №104н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому

населению по профилю „эндокринология“».

Медицинская помощь по профилю «эндокринология» оказывается в разных условиях:

Амбулаторно (не предусматривает круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника.

В дневном стационаре (предусматривает медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требует круглосуточного медицинского наблюдения и лечения).

Стационарно (обеспечивает круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

Медицинская помощь по профилю «эндокринология» оказывается в разных формах:

Экстренная (оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента).

Неотложная (оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента).

Плановая (оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи).

Первичная медико-санитарная помощь по профилю «эндокринология» включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению эндокринных заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачом-эндокринологом в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию

19. Современные технологии и подходы к организации медицинской помощи в детской эндокринологии

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Некоторые современные технологии и подходы к организации медицинской помощи в детской эндокринологии:

Цифровые технологии и телемедицина. Позволяют врачам-детским эндокринологам поддерживать связь с пациентами на любом расстоянии: проводить видео-консультации, корректировать схемы лечения и оперативно реагировать на изменения состояния больного. Это особенно важно для пациентов с сахарным диабетом, нуждающихся в регулярном контроле гликемии.

Непрерывный мониторинг глюкозы. Технологии, позволяющие замерять уровень глюкозы в режиме реального времени. Небольшие устройства-сенсоры, закреплённые на коже, отправляют показания непосредственно в приложение на мобильном телефоне.

Персонализированная медицина. За счёт расшифровки генома и понимания того, как гены влияют на метаболизм, специалисты могут рекомендовать персональные схемы лечения и профилактики.

Использование искусственного интеллекта и больших данных. Помогает врачам-эндокринологам обрабатывать большие массивы клинических данных и находить закономерности, которые не всегда очевидны при обычном исследовании.

Иновации в лечении заболеваний щитовидной железы. Новейшие методы лечения включают целевые препараты, воздействующие непосредственно на рецепторы тиреоидных гормонов или факторы, провоцирующие воспаление.

Регенеративная медицина и использование стволовых клеток. Возможность «восстанавливать» повреждённую ткань и органы с помощью стволовых клеток или биоинженерных конструкций.

Электронные медицинские карты. Позволяют хранить данные о пациенте в цифровом формате, что упрощает доступ к информации и улучшает взаимодействие между различными медицинскими учреждениями.

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 настроения.

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.

26. Роль участкового врача и врачей различных специальностей в организации диспансерного наблюдения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Роль участкового врача в организации диспансерного наблюдения включает:

определение группы наблюдения у больного;

ведение учёта пациентов, поставленных на наблюдение;

информирование больных об объёме и периодичности наблюдения, его порядке;

организацию диспансерных приёмов (профилактических и лечебных мероприятий, консультаций);

организацию осмотра и консультации больного, состоящего на учёте, если он в силу тяжести состояния не может сам посетить поликлинику;

контроль выполнения пациентом назначений и рекомендаций врачей-специалистов.

Роль врачей различных специальностей в организации диспансерного наблюдения включает:

Невролога, кардиолога, гастроэнтеролога, онколога, аллерголога, эндокринолога, акушера-гинеколога, ревматолога, нефролога, пульмонолога и других специалистов. Они проводят обследования, уточняют диагноз и при необходимости корректируют лечение.

Организацию консультаций врачами-специалистами по профильным болезням и состояниям. Если в поликлинике отсутствует нужный специалист, пациента направляют в другую медицинскую организацию. Если организовать такое наблюдение невозможно, врачи прибегают к телемедицинским технологиям и назначают удалённые консультации с профильными коллегами.

27. Отделение профилактики городской поликлиники, структура, функции.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Отделение профилактики городской поликлиники — это структурное подразделение, возглавляемое врачом или фельдшером, имеющим соответствующую подготовку по проблемам профилактики заболеваний и укреплению здоровья.

Структура отделения может включать:

Кабинет заведующего отделением.

Кабинеты медицинской профилактики.

Анамнестический кабинет. Предназначен для проведения анкетирования на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, а также для заполнения маршрутной карты диспансеризации, подготовки документов и направления пациентов на осмотры врачей-специалистов и лабораторно-инструментальные исследования.

Кабинет функциональных (инструментальных) исследований. В нём проводят антропометрию, измеряют артериальное давление, определяют экспресс-методом содержание в крови глюкозы и общего холестерина, измеряют внутриглазное давление бесконтактным методом, определяют суммарный сердечно-сосудистый риск.

Кабинет (учебный класс, аудитория) для проведения школ пациентов и пропаганды здорового образа жизни.

Кабинет централизованного учёта диспансеризации. В нём ведут карты учёта диспансеризации в поликлинике.

Кабинет медицинской помощи при отказе от курения. Формируется при обеспечении достаточного потока пациентов, желающих отказаться от курения.

Функции отделения профилактики включают:

организацию, координацию и оценку эффективности деятельности поликлиники по оказанию профилактических услуг населению;

выявление среди населения поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний и их коррекция;

гигиеническое воспитание населения;
организацию и проведение совместно с территориальным центром медицинской профилактики обучения медицинских работников учреждения методам оказания медицинских профилактических услуг населению;
участие в информационном обеспечении специалистов и различных групп населения по вопросам профилактики заболеваний и укрепления здоровья;
проведение медико-социальных опросов медицинских работников и прикрепленного населения по вопросам профилактики заболеваний, удовлетворенности и потребности в профилактической помощи;
ведение учётной и отчётной документации.

28. Роль современных реформ здравоохранения в совершенствовании профилактической работы поликлиники.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Роль современных реформ здравоохранения в совершенствовании профилактической работы поликлиники заключается в следующем:

Формирование эффективной системы профилактики заболеваний. Она должна обеспечивать охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год.

Расширение спектра скрининговых анализов. Например, в последней редакции порядка по проведению диспансеризации взрослого населения заложен скрининг не только по сердечно-сосудистым заболеваниям и сахарному диабету, но и по семи локализациям рака.

Популяционная профилактика. В рамках национального проекта «Здравоохранение» проводится работа по снижению уровня потребления табака и алкоголя, увеличению числа людей, ведущих здоровый образ жизни.

Внедрение центров здоровья. Их задачи — комплексное медицинское обследование, динамическое наблюдение за пациентами группы высокого риска развития неинфекционных заболеваний, обучение их эффективным методам профилактики заболеваний с учётом возрастных особенностей.

Также в рамках реформ повышается роль среднего медицинского персонала в организации профилактических, лечебных, диагностических, реабилитационных мероприятий на всех уровнях медицинского обслуживания населения

29. Демография и медицинская демография. Статика населения. Значение показателей, характеризующие статистику населения, для практического здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Демография — наука о народонаселении, которая изучает законы воспроизводства населения в его общественно-исторической обусловленности, состав и расселение. [2](#)

Медицинская демография — наука, изучающая взаимосвязь воспроизводства населения с медико-социальными факторами и разрабатывающая на этой основе меры медицинского, социального и организационного характера, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшение здоровья населения. [1](#)

Статика населения — раздел демографии, изучающий численность населения на определённую дату, его структуру по различным признакам (пол, возраст, семейное положение и др.), размещение по территории.

Значение показателей, характеризующих статистику населения, для практического

здравоохранения заключается в том, что они используются для:

расчёта коэффициентов естественного движения населения;

расчёта потребности в амбулаторно-поликлинической, стационарной и специализированных видах медицинской помощи, в том числе для расчёта ресурсов: кадров, больничных коек, других материальных ресурсов;

определения необходимого объёма финансовых средств, выделяемых на здравоохранение;

разработки целевых медико-социальных программ;

расчёта показателей, характеризующих деятельность системы здравоохранения;

организации профилактической работы и др.

30. Методика изучения общей заболеваемости (показатели, динамика).

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Методика изучения общей заболеваемости включает следующие этапы:

Определение метода изучения заболеваемости.

Определение вида заболеваемости.

Изучение структуры заболеваемости (показатели экстенсивности).

Изучение частоты заболеваний (показатели интенсивности) всего и по отдельным нозологическим единицам.

Изучение показателей заболеваемости в динамике.

Выяснение причин заболеваемости.

Изучение сезонных особенностей заболеваемости.

Изучение заболеваемости по полу, по отдельным возрастным группам, по отдельным профессиональным группам, по стажу работы.

Проведение анализа заболеваемости во взаимосвязи с факторами, её определяющими.
Разработка лечебно-оздоровительных и медико-организационных мероприятий и внедрение их в практику.
Оценка эффективности мероприятий.

Некоторые показатели, используемые для изучения общей заболеваемости:

Распространённость (болезненность). Количество всех зарегистрированных случаев заболеваний за отчётный год (сумма острых и хронических случаев) делится на среднюю численность населения.

Патологическая поражённость. Число больных, выявленных при проведении профосмотра, делится на число осмотренных лиц и умножается на 100.

Индекс здоровья. Число здоровых лиц, выявленных при проведении профосмотра, делится на число осмотренных лиц и умножается на 100.

Летальность. Число всех умерших за отчётный год делится на число зарегистрированных заболеваний (для поликлиники) или число выбывших из стационара (для стационара) и умножается на 100.

Динамика показателей заболеваемости заключается в сравнении однородных показателей, зарегистрированных в одних и тех же статистических группах в разные временные периоды. На основании полученных данных возможно прогнозирование динамики изучаемых явлений в будущем.

31. Заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями (показатели, динамика)

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Некоторые показатели заболеваемости важнейшими неэпидемическими болезнями:

Общий показатель заболеваемости (частота неэпидемических заболеваний). Рассчитывается как отношение числа случаев неэпидемической заболеваемости к средней численности населения, умноженное на 1000.

Распространённость важнейших неэпидемических заболеваний. Также рассчитывается как отношение числа случаев к средней численности населения, умноженное на 1000.

Показатель заболеваемости конкретным важнейшим неэпидемическим заболеванием. Рассчитывается как отношение числа случаев заболевания к средней численности населения, умноженное на 1000.

Структура заболеваемости важнейшими неэпидемическими заболеваниями может выглядеть следующим образом:

на первом месте — несчастные случаи, отравления и травмы (34,5%);

на втором месте — онкологические заболевания (29,2%);

на третьем месте — кожные заболевания (14,7%);

на четвёртом месте — туберкулёз (11,3%);

на пятом месте — венерические заболевания (8,6%);

на шестом месте — психические заболевания (1,6%).

Динамика заболеваемости оценивается по нозологическим формам и в динамике за ряд лет.

32. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (методика расчета показателей).

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Анализ показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) проводится по двум основным методикам:

Общепринятая методика на основании отчётов о случаях временной нетрудоспособности (форма №16-ВН). Источником сведений для заполнения формы является «Книга регистрации листков нетрудоспособности» (форма №036/у). На основе данных формы №16-ВН рассчитывается ряд показателей:

Число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих (всего, по отдельным формам и группам заболеваний). Отношение числа случаев заболеваний (травм) к средней численности работающих, умноженное на 100.

Число дней заболеваемости с ВУТ на 100 работающих (всего, по отдельным формам и группам заболеваний). Отношение дней заболеваемости (травм) к численности работающих, умноженное на 100.

Средняя длительность одного случая заболеваемости с ВУТ (всего, по отдельным формам и группам заболеваний). Отношение общего числа дней нетрудоспособности к числу случаев нетрудоспособности.

Углублённая методика с помощью полицевого метода. На каждого работающего заполняется лицевая, или персональная, карта. Метод позволяет проводить углублённое изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности в зависимости от возраста, пола, профессии и стажа работы. Единицей наблюдения при этой методике является работающий. Метод полицевого учёта даёт возможность вычислить такие показатели, как частота ни разу не болевших лиц (на 100 круглогодочных), частота больных лиц (на 100 круглогодочных), кратность (повторность) заболеваний у одного болеющего, удельный вес длительно и часто болеющих (по одному и тому же заболеванию соответственно 30 и более дней, 3 и более случая) и другие.

33. Заболеваемость по результатам медицинских осмотров.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Заболеваемость по результатам медицинских осмотров — это совокупность выявленных при осмотре случаев заболеваний среди прошедших медицинский осмотр.

Такие осмотры дают наиболее полную информацию обо всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях с клиническими проявлениями, а также о субклинических формах, протекающих без нарушений функций систем и органов.

В зависимости от поставленных задач и используемых организационных технологий медицинские осмотры подразделяют на предварительные, периодические и целевые.

Предварительные проводят при поступлении на работу или учёбу с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявления заболеваний, которые могут прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учёбы.

Цель периодических медицинских осмотров — динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих в условиях воздействия профессиональных вредностей, своевременное установление начальных признаков профессиональных заболеваний, выявление общих заболеваний, препятствующих продолжению работы с вредными и опасными веществами и производственными факторами.

При правильно организованных и проведённых медицинских осмотрах дополнительно выявляется около 1500–2000 случаев заболеваний на 1000 осмотренного населения, по поводу которых в течение года не было обращений за медицинской помощью в организации здравоохранения.

34. Организация лечебно-профилактической помощи сельскому населению.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация лечебно-профилактической помощи сельскому населению включает несколько этапов:

Первый этап — сельский врачебный участок. Включает в себя участковую больницу, врачебную амбулаторию, фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), медицинские профилактории, аптечные пункты, молочные кухни. Задачи участка — оказание населению общедоступной квалифицированной врачебной помощи, проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий, формирование у населения установок и навыков здорового образа жизни.

Второй этап — районные медицинские учреждения. К ним относятся центральная районная и расположенные на территории района зональные районные больницы с поликлиниками и отделениями скорой и неотложной медицинской помощи, районные диспансеры и другие медицинские учреждения.

Третий этап — областные медицинские учреждения. К ним относятся областная больница с консультативной поликлиникой и отделением санитарной авиации, диспансеры, стоматологическая поликлиника, психиатрическая больница и другие.

Такая этапность в оказании медицинской помощи сельским жителям направлена на наиболее полное удовлетворение потребностей населения не только в первичной медико-санитарной помощи, но и по основным видам её и по всем узким специальностям

35. Виды временной нетрудоспособности.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Виды временной нетрудоспособности:

Полная временная нетрудоспособность. Человек временно не может выполнять трудовые обязанности по причине плохого самочувствия (травма, интоксикация, повышенная температура тела).

Частичная нетрудоспособность. Допускается выполнение трудовых обязанностей в меньшем объёме.

Некоторые другие виды временной нетрудоспособности:

Уход за больным членом семьи. Также к этому виду нетрудоспособности относится отпуск по уходу за ребёнком в возрасте до 1,5 лет.

Карантин. Например, карантин работника или ребёнка младше 7 лет, если он посещает детский сад или ясли.

Протезирование по медицинским показаниям в стационаре, например, протезирование жизненно важных органов.

Реабилитация в санатории или профилактории.

36. Виды документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, в каких случаях они выдаются.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Виды документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность:

Листок нетрудоспособности (больничный лист). Выдаётся при заболеваниях, травмах, отравлениях и иных состояниях, связанных с временной потерей трудоспособности.

Справки, форма которых утверждается Минздравом Российской Федерации (например, для предоставления в детские сады, школы, студентам).

Листок нетрудоспособности выдаётся в случаях, когда сотрудник организации не может работать из-за: утраты трудоспособности из-за беременности, заболевания или производственной травмы, а также в связи с операцией по искусственному прерыванию беременности или экстракорпоральным оплодотворением; осуществления ухода за больным членом семьи;

в связи с карантином (в том числе карантином ребёнка в возрасте до 7 лет, посещающего дошкольное образовательное учреждение, или другого члена семьи).

Справки выдаются в случае заболевания (травмы, отравления) обучающихся в профессиональных образовательных организациях, образовательных организациях высшего образования, образовательных организациях дополнительного профессионального образования и научных организациях для освобождения от учёбы.

37. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по заболеваниям и травмам.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах определён приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011 №624н:

При амбулаторном лечении заболеваний (травм) лечащий врач единолично выдаёт листок нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно.

При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдаётся и продлевается по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации.

Фельдшер или зубной врач выдаёт и продлевает листок нетрудоспособности на срок до 10 календарных дней включительно.

При заболеваниях и травмах, когда лечение осуществляется в амбулаторно-поликлинических условиях, листок нетрудоспособности выдаётся в день установления временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности, включая нерабочие праздничные и выходные дни.

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания рабочего времени (смены), по их желанию, дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности может быть указана со следующего календарного дня.

Гражданину, направленному в медицинскую организацию из здравпункта и признанному нетрудоспособным, листок нетрудоспособности выдаётся с момента обращения в здравпункт при наличии медицинских документов, подтверждающих его нетрудоспособность.

Выдача листка нетрудоспособности осуществляется медицинским работником после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

38. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи установлен приказом Министерства здравоохранения РФ от 23.11.2021 №1089н.

Листок нетрудоспособности выдаётся медицинским работником одному из членов семьи (опекуну, попечителю, иному родственнику), фактически осуществляющему уход.

Продолжительность выдачи листка зависит от возраста больного члена семьи:

До 7 лет — за весь период лечения ребёнка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребёнком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях.

От 7 до 15 лет — на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока.

Старше 15 лет — при амбулаторном лечении на срок до 3 дней, по решению врачебной комиссии — до 7 дней по каждому случаю заболевания.

При необходимости листок нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком может выдаваться попеременно разным членам семьи.

Листок нетрудоспособности не выдаётся за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении, за хроническими больными в период ремиссии, в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы, в период отпуска по беременности и родам, в период отпуска по уходу за ребёнком до достижения им возраста 3 лет, за исключением случаев выполнения работы в указанный период на условиях неполного рабочего времени или на дому.

39. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам определён приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011 №624н:

Выдача листка производится в 30 недель беременности одновременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов).

При многоплодной беременности листок нетрудоспособности выдаётся в 28 недель беременности одновременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).

Если женщина при обращении в медицинскую организацию в установленный срок отказывается от получения листка, её отказ фиксируется в медицинской документации.

При повторном обращении женщины до родов за листком нетрудоспособности для оформления отпуска по беременности и родам листок выдаётся на 140 календарных дней (на 194 календарных дня — при многоплодной беременности) со срока, установленного первым или вторым абзацем.

Когда диагноз многоплодной беременности установлен в родах, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдаётся дополнительно на 54 календарных дня медицинской организацией, где произошли роды.

При осложнённых родах листок нетрудоспособности по беременности и родам выдаётся дополнительно на 16 календарных дней медицинской организацией, где произошли роды.

При родах, наступивших в период от 22 до 30 недель беременности, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдаётся медицинской организацией, где произошли роды, сроком на 156 календарных дней.

При прерывании беременности при сроке до 21 полной недели беременности листок нетрудоспособности выдаётся на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее трёх дней.

Листок нетрудоспособности формируется врачом акушером-гинекологом, при его отсутствии — врачом общей практики (семейным врачом), а при отсутствии врача — фельдшером.

40. Организация и порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности лечащим врачом.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация экспертизы временной нетрудоспособности возложена на главного врача и заместителя по клинико-экспертной работе. В медорганизации порядок проведения экспертизы должен быть закреплён соответствующим приказом главного врача.

Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности лечащим врачом включает следующие этапы:

Сбор и анализ жалоб, данных объективного обследования, постановка диагноза, определение признаков временной нетрудоспособности, назначение лечения.

Определение вида лечебно-охранительных мероприятий (режим домашний, амбулаторный, стационарный и др.).

Определение сроков нетрудоспособности с учётом основного и сопутствующих заболеваний.

Оформление и выдача листка нетрудоспособности (справки).

Повторное освидетельствование, коррекция лечебно-диагностических мероприятий, продление листка нетрудоспособности.

Направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

При проведении экспертизы лечащий врач устанавливает диагноз заболевания и степень функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений и степень их тяжести на основании сбора анамнеза и жалоб, внешнего осмотра гражданина. Также он рекомендует проведение профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, определяет режим лечения, назначает исследования и консультации врачей-специалистов.

При признании пациента временно нетрудоспособным врач оформляет листок нетрудоспособности согласно установленным правилам

41. Организация работы врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения: ее состав, основные задачи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация работы врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения регламентируется приказом Минздравсоцразвития России №502н от 2012 года «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

Состав комиссии согласно этому документу включает:

секретаря;

председателя;

членов комиссии;

заместителя председателя (до 2 человек).

Окончательный и поименный состав утверждается приказом организации здравоохранения и подписывается руководителем. В качестве членов приглашаются руководители подразделений и врачи-специалисты из числа работников медицинской организации.

Основные задачи врачебной комиссии:

улучшение организации оказания медицинской помощи в учреждении здравоохранения;

принятие решений в сложных и конфликтных ситуациях по вопросам диагностики, профилактики,

медицинской реабилитации, лечения и определения трудоспособности и профессиональной пригодности граждан;

анализ качества, эффективности и обоснованности лечебно-диагностических мероприятий;

принятие решений по иным медицинским вопросам.

Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в неделю на основании планов-графиков, утверждаемых руководителем медицинской организации. Решение считается принятым, если его поддержало две трети членов. После этого его вносят в протокол по утверждённой форме и фиксируют в журнале учёта.

42. Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности. Основные задачи медико-социальных экспертных комиссий.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности включает в себя направление граждан, имеющих признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, на медико-социальную экспертизу (МСЭ). Это могут делать лечащие врачи амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений различных уровней и форм собственности.

Основные задачи МСЭ:

установление инвалидности, её степени, сроков, причины, времени наступления, меры потребности гражданина в социальной помощи;

определение меры нетрудоспособности обратившихся граждан;

разработка индивидуальных реабилитационных программ, а также общих программ реабилитации и социальной защиты инвалидов;

определение степени необходимости в медицинской, социальной или профессиональной реабилитации гражданина;

учёт граждан, прошедших МСЭ на подконтрольной территории;

изучение причин, факторов и условий, влияющих на возникновение, развитие и исход инвалидности, анализ распространённости и структуры инвалидности.

43. Инвалидность как показатель здоровья.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Инвалидность как показатель здоровья — это **важнейший медико-социальный критерий**, который отражает уровень общественного здоровья, качество проводимых лечебно-профилактических мероприятий, состояние социальной защиты человека с дефектом здоровья, а также уровень социально-экономического развития общества в целом.

Для характеристики составляющей инвалидности в интегральном показателе общественного здоровья используются два частных показателя:

численность лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, на 10 000 человек населения соответствующего возраста;

численность детей-инвалидов в возрасте 0 — 17 лет на 10 000 человек населения.

Масштаб инвалидности определяется множеством факторов, среди них — развитие системы здравоохранения, социально-экономическое развитие, состояние экологической среды, исторические и политические причины.

44. Организация и порядок проведения профилактических медицинских осмотров (название регламентирующего документа, его структура и содержание).

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Приказ Минздрава России от 27.04.2021 N 404н (ред. от 19.07.2024) «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения».

Структура документа включает в себя, например, следующие приложения:

Приложение N 1. Перечни приёмов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определённые возрастные периоды.

Приложение N 2. Перечень мероприятий скрининга и методов исследований, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний.

Приложение N 3. Диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний.

Содержание документа регулирует вопросы, связанные с проведением в медицинских организациях профилактического медицинского осмотра и диспансеризации следующих групп взрослого населения (в возрасте от 18 лет и старше):

работающие граждане;

неработающие граждане;

обучающиеся в образовательных организациях по очной форме.

Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

45. Виды профилактических медицинских осмотров и их характеристика.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Виды профилактических медицинских осмотров и их характеристика:

Предварительные. Проводятся при приёме на работу, их цель — определить профессиональную пригодность человека.

Периодические. Их проходят лица, занятые во вредных и опасных условиях труда. Чаще всего такой осмотр необходимо пройти раз в год или раз в два года.

Целевые. Проводятся для выявления заболеваний на ранней стадии — сахарного диабета, онкологии, сердечно-сосудистых заболеваний и других.

Углублённые. Организуются несколькими специалистами в комплексе для выявления определённых патологий организма, отклонений от нормы.

Ещё один вид профилактического медицинского осмотра — диспансеризация. Её проводят для различных групп пациентов бесплатно за счёт ОМС. Диспансеризация проводится в различные сроки: 1 раз в 3 года до 40 лет и 1 раз в год после 40 лет.

Также существует **профилактический осмотр детей** перед устройством в детский сад и по возрастным группам. В возрасте до 1 года профилактический осмотр детей проводится ежемесячно, после 1 года — ежегодно.

46. Понятие управления в здравоохранении.

Принципы управления.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Управление — это осознанная целенаправленная деятельность человека, с помощью которой он упорядочивает и подчиняет своим интересам элементы внешней среды — общества, живой и неживой природы, техники.

Управление в здравоохранении можно определить как **целенаправленный, поступательный процесс, обеспечивающий эффективное функционирование системы и её развитие в определённых условиях при имеющихся ресурсах.** [2](#)

Это совокупность циклических действий, связанных с выявлением проблем, поиском и организацией выполнения принятых решений.

Задача управления в здравоохранении — наиболее эффективное достижение цели путём повышения качества лечебно-профилактических мероприятий и рационального использования ресурсов здравоохранения.

47. Принципы управления.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Принципы управления — это основные правила, нормы, руководящие установки, на основе которых организуется процесс управления, научно обоснованная организация управленческих функций, выбор адекватных методов управления.

Некоторые общие принципы управления:

Социальная направленность. В ходе управления, выработки и реализации управленческих решений нужно учитывать интересы всего общества, отдельных социальных групп.

Законность. Управленческая деятельность регулируется нормами права, и любые акты управления должны опираться на требования закона вне зависимости от необходимости, местных условий, интересов дела и т. п..

Объективность. Требуется знания и учёта объективных закономерностей взаимодействия субъекта и объекта управления, учёта имеющихся возможностей, реального состояния общественных процессов.

Системность. Субъект управления при выборе методов, форм воздействия на объект должен учитывать все те изменения, которые осуществляются в окружении системы управления, ограниченного пределами её функционирования и развития.

Комплексность. В каждом достаточно сложном явлении необходимо учитывать все его аспекты: технологические, экономические, социальные, идеологические, психологические, организационные, политические.

48. Функция и стили управления в здравоохранении.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Функции управления в здравоохранении:

прогнозирование; планирование; нормирование; стандартизация; организация; координация; мотивация; маркетинг; контроль и учёт.

Стили управления:

Авторитарный. Предусматривает наличие власти в одних руках и полное отрицание коллегиальности в принятии решений.

Либеральный. Руководитель минимально вмешивается в работу подчинённых и коллектива в целом, для него характерен низкий уровень требовательности к себе и сотрудникам.

Демократический. Децентрализация управления, коллегиальное принятие решений, инициатива сотрудников активно поддерживается и поощряется.

Динамичный. Для него характерны чёткая позиция руководителя по любым вопросам, творческий подход к решению проблем, готовность в разумных пределах идти на риск, деловитость и предприимчивость.

Методы управления в здравоохранении:

Организационно-распорядительные. Позволяют компенсировать просчёты в планировании, оперативно реагировать на изменяющуюся ситуацию и вносить коррективы путём директив, приказов, указаний, распоряжений, резолюций, предписаний.

Экономические. Включают в себя экономический анализ деятельности организации здравоохранения, методы планирования и прогнозирования, статистического анализа.

Социально-психологические. Совокупность средств воздействия на коллектив, на происходящие в нём процессы в целом и на отдельных работников в частности.

Общественные или коллективные. Подразумевают демократизацию управления, то есть расширение участия работников в выполнении управленческих функций.

49. Методы управления в здравоохранении.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Методы управления в здравоохранении:

Организационно-распорядительные. Позволяют компенсировать просчёты в планировании, оперативно реагировать на изменяющуюся ситуацию и вносить коррективы путём директив, приказов, указаний, распоряжений, резолюций, предписаний.

Экономические. Включают в себя экономический анализ деятельности организации здравоохранения, методы планирования и прогнозирования, статистического анализа.

Социально-психологические. Совокупность средств воздействия на коллектив, на происходящие в нём процессы в целом и на отдельных работников в частности.

Общественные или коллективные. Подразумевают демократизацию управления, то есть расширение участия работников в выполнении управленческих функций.

50. Экономика здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Экономика здравоохранения — это отраслевая экономическая наука, изучающая экономические отношения, законы, влияющие на удовлетворение потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья населения при определённом уровне ресурсов.

Цель экономики здравоохранения — удовлетворение потребности населения в медицинской помощи, достижение максимального эффекта в оказании медицинской помощи при наименьших затратах.

Задачи экономики здравоохранения:

изучение экономических законов в системе здравоохранения;

определение роли здравоохранения в системе общественного производства;

расчёт потребности в необходимых ресурсах;

обеспечение эффективного и рационального использования имеющихся ресурсов и организации труда медперсонала;

оценка экономической эффективности деятельности медицинских организаций, эффективности медицинских технологий;

оценка эффективности систем оплаты труда работников здравоохранения, определение норм нагрузки на персонал;

подготовка кадров в сфере экономики здравоохранения.

51. Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения — это совокупность приёмов и методов оценивания и сравнительной характеристики показателей как лечебно-производственной, так и финансовой деятельности предприятий и органов здравоохранения.

Цель анализа — определить способы рационального и максимально эффективного использования ресурсов отрасли, местных условий и ресурсов.

Главные задачи экономического анализа деятельности здравоохранения:

контроль за выполнением плановых показателей и их оценка;

контроль эффективности использования материальных, финансовых, трудовых и управленческих ресурсов;

выявление и анализ факторов, обуславливающих полученные показатели;

поиск и выявление возможных скрытых резервов повышения эффективности функционирования медицинского учреждения и повышения его доходности;

анализ и оценка управленческой деятельности и управленческих решений.

Выделяют два основных направления анализа функционирования предприятий медицинской отрасли: это анализ финансового состояния медучреждения и анализ эффективности его производственной деятельности (уровень заболеваемости, качество лечения, ассортимент предоставляемых медицинских услуг).

52. Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба заключается в реализации мер по снижению заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

Различают прямой и косвенный экономический ущерб:

Прямой экономический ущерб — затраты материальных, финансовых, информационных и других ресурсов (в стоимостном выражении), которые используются в процессе оказания населению медицинской помощи.

Косвенный экономический ущерб — экономические потери, связанные с выплатами пособий по временной утрате трудоспособности, пенсий по инвалидности, числом непрожитых трудоспособных лет жизни (в стоимостном выражении), уменьшением производства внутреннего валового продукта (ВВП) и др..

Предотвращённый экономический ущерб — это разница между экономическим ущербом до и после проведения мероприятий, направленных на улучшение здоровья населения, снижение заболеваемости, травматизма, нетрудоспособности, предотвращение преждевременной смерти и т. д..

Эффективность здравоохранения оценивается по уменьшению общего экономического ущерба и рассчитывается путём разности общего экономического ущерба разных сравниваемых периодов

53. Планирование здравоохранения, основные принципы.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Планирование в здравоохранении — это комплекс мероприятий по определению необходимых ресурсов и механизмов их эффективного использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения.

Основные принципы планирования в здравоохранении:

Системный подход. Каждый объект при планировании рассматривается как сложная и большая система и, в то же время, в качестве отдельного элемента более крупной системы.

Сочетание территориального и отраслевого видов планирования. План развития здравоохранения представляется в качестве отрасли как части общего масштабного плана социально-экономического развития какого-либо отдельного территориального субъекта или муниципальных образований.

Выделение при планировании приоритетных направлений. Этот принцип приобретает особенно большое значение при планировании в условиях ограниченных ресурсов, которые должны быть оптимально распределены между приоритетными направлениями.

Директивность планов. Основные показатели плана, утверждённого на уровне, стоящем по иерархии выше, должны обязательно исполняться на всех нижестоящих уровнях управления здравоохранением.

Единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения.

Обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного.

54. Виды и методы планирования в здравоохранении.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Виды планирования в здравоохранении:

Стратегическое. Определяет цели, задачи, приоритеты, ресурсы и прогнозируемые результаты деятельности системы здравоохранения в целом и отдельных медицинских организаций на перспективу 10 и более лет.

Перспективное. Заключается в разработке программ и планов развития здравоохранения в конкретных субъектах РФ и муниципальных образованиях в рамках уже утверждённых стратегических планов сроком обычно на 3–5 лет.

Текущее. При этом виде планирования разрабатываются ежегодные планы и программы деятельности системы здравоохранения в конкретных субъектах РФ, муниципальных образованиях и конкретных организациях здравоохранения в соответствии с уже принятыми перспективными программами и планами.

Основные методы планирования в здравоохранении:

Аналитический метод. Планирование на основании изучения показателей здоровья населения и результатов деятельности медицинских учреждений.

Нормативный метод. Используется в стратегическом, перспективном и текущем планировании на основе утверждённых нормативов.

Балансовый метод. Позволяет увязывать потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи с их ресурсным обеспечением.

Экономико-математический метод. Применяется при необходимости научно обосновать оптимальные варианты плана.

Программно-целевой метод планирования и управления позволяет решать сложные многоцелевые проблемы, предусматривает согласование и эффективное использование финансовых, материально-технических, кадровых ресурсов для достижения конкретных целей в определённые сроки.

Основная особенность программно-целевого управления — это нацеленность на конечный результат.

Применительно к здравоохранению конечный результат выражается в широкой доступности и увеличении качества оказываемой медицинской помощи, как следствие — сокращение смертности, инвалидности и заболеваемости населения.

В здравоохранении программно-целевой метод реализуется через Национальную программу государственных гарантий и через федеральные целевые программы.

55. Финансирование здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Финансирование здравоохранения — предоставление финансовых ресурсов экономическим субъектам для осуществления программ или экономических и социальных мероприятий.

Основные источники финансирования здравоохранения в РФ:

средства бюджетов всех уровней;
средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование;
средства целевых фондов, предназначенные для охраны здоровья граждан;
средства государственных внебюджетных целевых фондов;
доходы организаций здравоохранения от осуществления в установленном законом порядке предпринимательской деятельности;
добровольные взносы и пожертвования граждан и юридических лиц;
другие источники, не запрещённые законодательством РФ.

К внешним источникам финансирования здравоохранения относятся:

различные уровни бюджета (федеральный, региональный, муниципальный);
средства ОМС;
средства ДМС;
средства благотворительных фондов;
кредиты, ссуды, лизинг, факторинг.

К внутренним источникам финансирования здравоохранения относятся:

рыночные источники — доходы медицинской организации, образующиеся в результате продажи медицинской услуги (по рыночным ценам);
нерыночные источники — доходы медицинской организации, образующиеся в результате перераспределения денежных доходов населения и организации в пользу данных организаций.

Порядок проведения устного опроса:

Опрос (устный) проводится на каждом практическом занятии. Предусматривает разбор материала занятия согласно его тематике, позволяет автоматизировать процедуру оценки уровня знаний и умений обучающегося при выполнении самостоятельной работы. Главным является определение проблемных мест в усвоении материала и фиксирование внимания обучающихся на сложных понятиях, явлениях, процессах.

Критерии оценивания устного опроса:

«Отлично» — всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» — полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» — знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» — обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Тест

Раздел 1 «Теоретические основы и организационные принципы здравоохранения. Здоровье населения, методы изучения и оценки.»

Выберите один правильный вариант ответа.

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3, УК-4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, УК-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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3, ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3

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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3, ОПК-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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3, ОПК-1

6. ВИДЫ ОТНОСИТЕЛЬНЫХ ВЕЛИЧИН ВСЕ, КРОМЕ:

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 5

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3,

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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3

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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3

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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3

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

Компетенции: ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-3, ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

13. УКАЖИТЕ ЕДИНЬИЙ 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

Компетенции: ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3, ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3, ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

Раздел 2 «Организационные основы здравоохранения. Организация лечебно-профилактической помощи населению. Система охраны материнства и детства.»

Выберите один правильный вариант ответа.

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

1. 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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

2. 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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

3. ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ СЛОЖНЫХ И (ИЛИ) УНИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ, А ТАКЖЕ РЕСУРСООЕМКИХ 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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

4. 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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

5. 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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

6. 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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

7. 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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

8. 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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

9. 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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

10. 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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

11. 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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

12. 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 ГРАЖДАНМ 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

Компетенции, ОПК-8, ОПК-9

13. 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

Компетенции: УК-2, ОПК-9

14. 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

Компетенции: УК-2, ОПК-8

15. 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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

Раздел 3 «Медицинская экспертиза: экспертиза временной и стойкой трудоспособности»

Выберите один правильный вариант ответа.

Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

1. 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

Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

2. 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

Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

3. УКАЖИТЕ, НА КАКОМ СРОКЕ 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

Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

4. 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

Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

5. 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
Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

6. 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
Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

7. 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
Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

8. 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
Компетенции: УК-1, ОПК-7

9. 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
Компетенции: УК-2, ОПК-7

10. УКАЖИТЕ СКАЛЬКО ГРУПП ИНВАЛИДНОСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ МОЖЕТ УСТАНОВИТЬ МСЭК:

- 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3
 - 4) 4
 - 5) 5
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3
Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

Раздел 4 Теоретические основы управления здравоохранением. Экономика, планирование, финансирование здравоохранения»

Выберите один правильный вариант ответа.

Компетенции: УК-1, ОПК-9

1. 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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

2. 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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

3. 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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

4. 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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

5. ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ КАДРОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 5

Компетенции: УК-1, ОПК-9

6. 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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

7. «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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

8. 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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

9. 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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

10 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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

Порядок проведения тестирования:

Тестирование предусматривает решение стандартизированных заданий и позволяет автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося. Проводится на каждом практическом занятии. Перед началом решения Тестов обучающиеся знакомятся с инструкцией по выполнению тестовых заданий.

Критерии оценивания устного опроса:

«Отлично» – количество положительных ответов 90% и более максимального балла теста.

«Хорошо» – количество положительных ответов от 80% до 89,9% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» – количество положительных ответов от 70% до 79,9% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» – количество положительных ответов 69,9% и менее максимального балла теста.

Перечень ситуационных задач

Раздел 1 «Теоретические основы и организационные принципы здравоохранения. Здоровье населения, методы изучения и оценки»

ЗАДАЧА № 1

Компетенции: ОПК-9

В городе Н. гражданка М. почувствовала недомогания: высокую температуру, кашель, сыпь, симптомы интоксикации. При этом гражданка М. была вынуждена обратиться за медицинской помощью.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Какие документы необходимо иметь на руках, кроме страхового медицинского полиса, для получения бесплатной медицинской помощи не по месту проживания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ ЗАДАЧИ № 1

Кроме страхового медицинского полиса, для получения бесплатной медицинской помощи не по месту проживания необходимо иметь на руках паспорт гражданина РФ.

ЗАДАЧА № 2

Компетенции: ОПК-9

Гражданка Ю., приехала к родственникам на несколько дней погостить, однако внезапно заболела, ей понадобилась медицинская помощь, за которой она, имея на руках полис ОМС, обратилась в районную поликлинику. Там ей было отказано в бесплатной медицинской помощи.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

В какую организацию необходимо было обратиться для защиты прав застрахованных?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС ЗАДАЧИ № 2

Для защиты прав застрахованных необходимо было обратиться в территориальный фонд ОМС того региона, где было отказано в медицинской помощи или страховую медицинскую организацию, где гражданка застрахована.

ЗАДАЧА № 3

Компетенции: ОПК-9

Отдыхавшей в городе Сочи гражданке К. была оказана медицинская помощь в связи с развитием ОРВИ в соответствии с ФЗ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Между какими участниками обязательного медицинского страхования будут произведены взаиморасчеты за медицинскую помощь, оказанную иногородним?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТА НА ВОПРОС ЗАДАЧИ № 3

Взаиморасчеты за медицинскую помощь, оказанную иногородним будут произведены между территориальными фондами ОМС.

ЗАДАЧА № 4

Компетенции: ОПК-9

В средней школе №100 во время проведения плановой вакцинации против гриппа школьнику была сделана прививка. Через 4 часа после возвращения домой из школы состояние его здоровья ухудшилось: поднялась температура тела до 38°C, появилась слабость, сонливость, уртикарная сыпь по всему телу. Мать была напугана этими проявлениями, т.к. знала, что в детстве у сына была аллергическая реакция на компоненты вакцины, поэтому согласия на вакцинацию не давала.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Можно ли было проводить вакцинацию детей без добровольного информированного согласия их законных представителей?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС ЗАДАЧИ № 4

Проводить вакцинацию детей без добровольного информированного согласия их законных представителей не разрешается.

ЗАДАЧА № 5

Компетенции: ОПК-9

В средней школе №14 во время проведения плановой вакцинации против гриппа обучающемуся в 8 классе Иванову Ф., 14 лет была сделана прививка. Через несколько часов после возвращения домой из школы у него была выявлена сыпь по всему телу. Ребенок не знал о том, что у него ранее была аллергическая реакция на компоненты вакцины, и согласился ее сделать без согласия на вакцинацию от родителей.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Имел ли право 14-летний ребенок дать информированное добровольное согласие?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС ЗАДАЧИ № 5

14-летний ребенок не имеет права давать информированное добровольное согласие.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Компетенции: ОПК-9

Пациент В., 10 лет, поступил из загородного оздоровительного лагеря в областную детскую клиническую больницу по скорой помощи с острой хирургической патологией. Состояние ребенка быстро ухудшалось. Но вместо того, чтобы немедленно оказать ребенку медицинскую помощь, врачи решили предварительно вызвать и дождаться родителя, чтобы тот приехал и поставил свою подпись в истории болезни, подтвердив свое согласие на медицинское вмешательство.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Правы ли врачи, ожидая решения родителя об оказании медицинской помощи ребенку?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ № 6

Врачи не правы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Компетенции: ОПК-9

В страховую медицинскую организацию СОГАЗ-Мед обратилась гр. К. с жалобой на ненадлежащее качество оказания медицинской помощи в областной стоматологической поликлинике: удалили здоровый зуб. Областная стоматологическая поликлиника имеет договорные отношения с СМО СОГАЗ-Мед, в которой застрахована гр. К.

ВОПРОСЫ (ЗАДАНИЕ):

1. Может ли страховая медицинская организация провести проверку в данной медицинской организации, если у них имеются договорные отношения?

2. Что будет являться предметом экспертизы?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ № 7

1. Страховая медицинская организация может провести проверку в данной медицинской организации, учитывая договорные отношения.

2. Предметом экспертизы будет внеплановая проверка качества оказания медицинской помощи.

Раздел 2 «Организационные основы здравоохранения. Организация лечебно-профилактической помощи населению. Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «детская эндокринология».

ЗАДАЧА № 1

Компетенции: ОПК-8

К жителю г. Славгорода в гости из Армении приехала старшая сестра. Ночью у нее случился гипертонический криз, по телефону родственниками была вызвана скорая медицинская помощь. Врач скорой медицинской помощи сообщил, что иностранным гражданам в Славгороде медицинская помощь бесплатно не предоставляется, поэтому за оказанную медицинскую помощь родственникам пациентки пришлось заплатить.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Верную ли информацию сообщил сотрудник скорой медицинской помощи?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС ЗАДАЧИ № 1

Сотрудник скорой медицинской помощи сообщил неверную информацию.

ЗАДАЧА № 2

Компетенции: ОПК-1

Гражданка Р., проживающая в г. К., страдала рядом серьезных заболеваний. Проводимое местными врачами лечение пациентка посчитала как неэффективное и решила пройти полное обследование в г. М. Пациентка, имея страховой медицинский полис, оформленный в г. К. обратилась в медицинскую организацию г. М., находящуюся в реестре системы ОМС, за бесплатной консультацией. Гражданке Р. было отказано в бесплатной консультации специалиста на том основании, что у нее имеется только страховой полис, а одного этого документа для получения консультации недостаточно.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Какие документы необходимо иметь пациентам в случае обращения за медицинской помощью?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ ЗАДАЧИ № 2

В случае обращения за медицинской помощью необходимо иметь страховой медицинский полис; документ, удостоверяющий личность.

ЗАДАЧА № 3

Компетенции: ОПК-9

У осужденного, находящегося в местах лишения свободы за совершенное преступление, при плановом флюорографическом обследовании был установлен диагноз: туберкулез правого лёгкого под вопросом. При исследовании мокроты методом прямой микроскопии диагноз подтвердился (ВС+). Вместе с тем больной категорически отказался от госпитализации в противотуберкулёзное отделение тюремной больницы. Врач

разъяснил возможные последствия отказа от госпитализации и лечения, социальную опасность данного заболевания, а также правовые нормы по принудительной госпитализации. Однако пациент не изменил своего решения и написал заявление на имя начальника колонии о категорическом отказе от госпитализации в тюремную больницу.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Как следует поступить врачу в данной ситуации?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС ЗАДАЧИ № 3

В данной ситуации показана принудительная госпитализация.

ЗАДАЧА №4

Компетенции: ОПК-1

В г. Сургут на 1 января 2023 года было 2214 врачей (не считая зубных), а численность населения составила 340,845тыс. человек.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Определить обеспеченность населения г. Сургута врачами (на 10 тыс. населения)

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС ЗАДАЧИ № 4

Обеспеченность населения врачами определяется по формуле:

Число врачей физических лиц *10000/ Численность населения

и составляет $2214/340845*10000 = 64,96$

ЗАДАЧА №5

Компетенции: ОПК-1

Известно, что в женской консультации под наблюдением в течение года состояло 1598 женщин, среди которых у 240 женщин выявлены заболевания придатков матки, у 120-заболевания матки, у 564- заболевания шейки, влагалища и вульвы.

ВОПРОСЫ (ЗАДАНИЕ):

Рассчитайте показатели гинекологической заболеваемости женщин.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ ЗАДАЧИ № 5

Для расчета показателя заболеваемости необходимо применить формулу:

Выявленные гинекологические заболевания женщин x100/Численность женщин

$(240+120+564)/1598*100=57,8\%$

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Компетенции: ОПК-9

Врачи, обучающиеся в ординатуре по специальности отоларингология, в процессе подготовки к прохождению государственной аккредитации, заинтересовались поиском медико-правовой информации о видах, условиях, формах медицинской помощи, которые разрешено оказывать по закону медицинским организациям и врачам в Российской Федерации.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Каким Федеральным законом РФ регламентированы виды, условия, формы оказания медицинской помощи?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ № 6

Виды, условия, формы оказания медицинской помощи в РФ регламентированы правовыми нормами ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ» (глава 5 ст. 32-36), который является основополагающим законом в сфере здравоохранения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Компетенции: ОПК-9

У главного врача М. поликлиники № 4 г. Л. возникли сомнения в объеме правового статуса страховой медицинской организации, в частности в области контроля качества медицинской помощи, оказываемой в руководимой им поликлинике.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Каким Федеральным законом РФ регламентированы права и обязанности страховой медицинской организации.

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ № 7

Права и обязанности страховой медицинской организации регламентированы в ФЗ «Об обязательном медицинском страховании».

Раздел 5 «Медицинская экспертиза: экспертиза временной и стойкой трудоспособности»

ЗАДАЧА № 1

Компетенции: ОПК-9

В сельскую амбулаторию, не укомплектованную должностью врача, на прием к фельдшеру обратился гражданин по поводу острого респираторного заболевания.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Имеет ли право фельдшер в сельской амбулатории выдать листок нетрудоспособности?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС ЗАДАЧИ № 1

Фельдшер в сельской амбулатории имеет право выдать листок нетрудоспособности.

ЗАДАЧА №2

Компетенции: ОПК-9

Рабочий К. в состоянии алкогольного опьянения был избит неизвестными лицами и в тяжелом состоянии доставлен в реанимационное отделение травматологической больницы. Пребывание в стационаре по поводу лечения составило 2 месяца 11 дней. После чего рабочий К. был выписан из стационара для долечивания в поликлинике по месту жительства.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Каким документом оформляется временная нетрудоспособность?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС ЗАДАЧИ № 2

Необходимо оформить листок нетрудоспособности.

ЗАДАЧА №3

Компетенции: ОПК-9

Пребывание в стационаре по поводу лечения рабочего Р. составило 2 месяца 11 дней. После чего он был выписан из стационара для долечивания в поликлинике по месту жительства.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Кем и на какой срок и оформляется листок нетрудоспособности?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС ЗАДАЧИ № 3

Листок нетрудоспособности при сроке нетрудоспособности, превышающем 30 календарных дней, оформляется по решению врачебной комиссии.

По решению врачебной комиссии листок нетрудоспособности может быть оформлен на срок не более 10 месяцев, а в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) - на срок не более 12 месяцев, с периодичностью продления по решению врачебной комиссии не реже чем через 30 календарных дней.

ЗАДАЧА №4

Компетенции: ОПК-9

Больной К. 34 года, моторист шахты «Северная» 8.02. дома получил тяжелую травму правого коленного сустава по поводу чего обратился в травмпункт поликлиники №5 10.02., где был поставлен диагноз «ушиб правого коленного сустава», нетрудоспособен 12 дней.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Кем и на какой срок оформляется листок временной нетрудоспособности при амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности.

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС ЗАДАЧИ № 4

Листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, оформляется лечащим врачом единолично сроком до 15 календарных дней включительно.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Компетенции: ОПК-1

Женщина уволена с предприятия в связи с его ликвидацией 1 марта 2023 года. На учет в женской консультации по беременности встала 10 января 2024 года. Как безработная в службе занятости не зарегистрирована.

ВОПРОСЫ (ЗАДАНИЕ):

Положен ли листок нетрудоспособности по беременности и родам данной гражданке?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ № 5

Листок нетрудоспособности по беременности и родам данной гражданке положен.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Компетенции: ОПК-9.

Больной перенёс острый трансмуральный инфаркт миокарда. По истечении 4 месяцев временной нетрудоспособности был направлен на освидетельствование в бюро МСЭ для определения группы инвалидности. Освидетельствован в бюро МСЭ - инвалидом не признан. Трудоспособность больного не восстановлена.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Возможно ли в данном случае продление листка нетрудоспособности?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ № 6

В данном случае продление листка нетрудоспособности возможно.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Компетенции: ОПК-9.

Больной в течение 4 месяцев имел листок нетрудоспособности. По решению врачебной комиссии рекомендовано направить его на МСЭ. Больной от направления на МСЭ отказался.

Вопрос (задание):

Продлевается ли в данном случае продление листка нетрудоспособности?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ № 7

В данном случае продление листка нетрудоспособности не продлевается.

Раздел 4 «Теоретические основы управления здравоохранением. Экономика, планирование, финансирование здравоохранения»

ЗАДАЧА № 1

Компетенции: ОПК-9

Вы работаете в медицинской организации, которую возглавляет главный врач, считающий своим долгом каждое утро «заряжать» своих заместителей. Они в свою очередь создают напряженную обстановку в коллективе. Мотивация коллектива осуществляется посредством угроз, инициатива подчиненных остается без внимания, а решения руководства навязываются в категорической форме. В результате участились случаи увольнения сотрудников.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Определите стиль управления в данной медицинской организации, основываясь на наиболее распространенной классификации типов власти.

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС ЗАДАЧИ № 1

Стиль управления в данной медицинской организации, основываясь на наиболее распространенной классификации типов власти является авторитарным.

ЗАДАЧА № 2

Компетенции: ОПК-9

Вы приступили к работе в должности заведующего отделением. С коллективом Вы стараетесь быть доброжелательным, ненавязчиво давать советы, подчеркивая, что ждете от своих подчиненных предложений и ответной инициативы. Однако вместо ожидаемой активности и заинтересованности Вы сталкиваетесь с трудностями в установлении деловых контактов и неудовлетворительной исполнительской дисциплиной.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Определите стиль руководства.

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС ЗАДАЧИ № 2

Стиль руководства является демократическим.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Компетенции: ОПК-9

Крупная многопрофильная больница служит клинической базой научно-образовательных учреждений города. Многие годы показатели ее деятельности намного превосходят аналогичные показатели других медицинских учреждений. Однако, они могут быть еще лучше. Для повышения медицинской эффективности учреждения главный врач поручает своим заместителям разработать и внедрить систему контроля качества медицинской помощи.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Сколько основных этапов (фаз) процесса контроля Вы знаете.

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС ЗАДАЧИ № 3

4 основных этапов контроля:

- 1 этап. Разработка стандартов и критериев.
- 2 этап. Измерение достигнутых результатов.
- 3 этап. Сравнение полученных результатов с запланированными.
- 4 этап. Проведение корректирующих мероприятий.

ЗАДАЧА № 4

Компетенции: ОПК-9

В терапевтическом отделении крупной многопрофильной больницы в связи с трудными условиями работы и низкой оплатой труда снизилась исполнительская дисциплина медицинских работников, участились случаи опозданий на работу, уклонения от выполнения особо трудоемких и не престижных этапов работы с больными, увеличилось число осложнений, связанных с плохим сестринским уходом. Несколько врачей и медсестер уволились по собственному желанию. Опытная заведующая отделением с 20-летним стажем работы, формально выполняя свои обязанности, не стремится активно влиять на ситуацию.

Заместитель главного врача по лечебной работе, зная о том, что в отделении работает молодой врач, имеющий высшее образование по специальности «менеджмент», предложил ему разработать план совместных мероприятий по исправлению ситуации в отделении. В присутствии заведующей отделением заместитель главного врача пообещал, что в случае удачного исхода, будет ходатайствовать перед главным врачом о снятии

с должности действующей заведующей отделением и утверждении вместо нее молодого врача.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Как можно трактовать действия заместителя главного врача?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС ЗАДАЧИ № 4

Действия заместителя главного врача можно трактовать как делегирование полномочий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Компетенции: ОПК-9

Во время командировки в городе Г. гражданин Ш., 37 лет, был прооперирован по поводу острого аппендицита в городской больнице города Г. При госпитализации в стационар больной Ш. предъявил полис обязательного медицинского страхования надлежаще оформленный, выданный ему страховой медицинской компанией по месту его постоянного места жительства в г. Н.

Однако при выписке из стационара Ш. было предложено произвести оплату за проведенное ему лечение, так как его полис медицинского страхования имеет отношение к другой территории.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Правомочны ли действия медицинских работников больницы, и кто должен производить оплату лечения больного в данном случае?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ № 5

В данном случае действия медицинских работников больницы неправомерны, так как оплату лечения в данном случае должна произвести страховая медицинская организация, в которой застрахован пациент.

ЗАДАЧА № 6

Компетенции: ОПК-1

В течение месяца врачом оказывались платные медицинские услуги. Всего было оказано 400 услуг. Себестоимость одной услуги – 500 руб., цена услуги – 600 руб.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

1. Как рассчитывается величина прибыли одной услуги?
2. Рассчитайте величину прибыли, полученной медицинской организацией за месяц.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ ЗАДАЧИ № 6

1. Прибыль = цена – себестоимость
2. $600 - 500 = 100$ руб. (прибыль одной услуги)
 $400 * 100 = 40\ 000$ руб. (прибыль медицинской организации за месяц)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Компетенции: ОПК-9

Во время командировки в городе Г. гражданин Ш., 37 лет, был прооперирован по поводу острого аппендицита в городской больнице города Г. При госпитализации в стационар больной Ш. предъявил полис обязательного медицинского страхования надлежаще оформленный, выданный ему страховой медицинской компанией по месту его постоянного места жительства в г. Н.

Однако при выписке из стационара Ш. было предложено произвести оплату за проведенное ему лечение, так как его полис медицинского страхования имеет отношение к другой территории. Пациент не согласен с тем, что должен производить оплату за проведенное ему лечение.

ВОПРОС (ЗАДАНИЕ):

Куда в данном случае пациент имеет право обратиться с жалобой, если?

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ № 7

В данном случае пациент имеет право обратиться с жалобой к руководителю этой больницы, в органы управления здравоохранением данной территории, в территориальный фонд обязательного медицинского страхования и в суд.

Критерии оценивания решения ситуационных задач:

«Отлично» – обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи, объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.

«Хорошо» – обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи, объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.

«Удовлетворительно» – обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи, объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.

«Неудовлетворительно» – обучающимся дан неправильный ответ на вопрос задачи либо дан правильный ответ на вопрос задачи, но объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

Промежуточная аттестация проводится в форме тестирования и собеседования.

Содержание оценочных средств промежуточной аттестации:

Тест

Выберите один правильный вариант ответа.

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

Компетенции: УК-1, УК-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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3, ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3

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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3, ОПК-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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3, ОПК-1

6. ВИДЫ ОТНОСИТЕЛЬНЫХ ВЕЛИЧИН ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) интенсивных показателей

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 5

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3,

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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3

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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3

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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3

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

Компетенции: ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-3, ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3, ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, УК-2 УК-3, ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-2, ОПК-9

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

Компетенции: УК-2, ОПК-8

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

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

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

Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

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

Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

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

Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

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
Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

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
Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

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
Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

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
Компетенции: УК-1, ОПК-7

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
Компетенции: УК-2, ОПК-7

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

- 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3
 - 4) 4
 - 5) 5
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3
Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

45. ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ КАДРОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 5

Компетенции: УК-1, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

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

Компетенции: УК-1, ОПК-9

Вопросы для собеседования

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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, 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 №

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.

Перечень вопросов по теме «Здоровье населения, методы изучения и оценки. (Часть 1)»

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

1. 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.

2. 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

3. 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.

4. 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.

5. Демография и медицинская демография. Статика населения. Значение показателей, характеризующие статистику населения, для практического здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Демография — наука о народонаселении, которая изучает законы воспроизводства населения в его общественно-исторической обусловленности, состав и расселение.

Медицинская демография — наука, изучающая взаимосвязь воспроизводства населения с медико-социальными факторами и разрабатывающая на этой основе меры медицинского, социального и организационного характера, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшение здоровья населения

Статика населения — раздел демографии, изучающий численность населения на определённую дату, его структуру по различным признакам (пол, возраст, семейное положение и др.), размещение по территории.

Значение показателей, характеризующих статистику населения, для практического

здравоохранения заключается в том, что они используются для:

расчёта коэффициентов естественного движения населения;

расчёта потребности в амбулаторно-поликлинической, стационарной и специализированных видах

медицинской помощи, в том числе для расчёта ресурсов: кадров, больничных коек, других материальных ресурсов;

определения необходимого объёма финансовых средств, выделяемых на здравоохранение;

разработки целевых медико-социальных программ;

расчёта показателей, характеризующих деятельность системы здравоохранения;

организации профилактической работы и др.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

Тема 3 «Здоровье населения, методы изучения и оценки. (Часть 2)»

Перечень вопросов по теме «Здоровье населения, методы изучения и оценки. (Часть 2)»

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-1, ОПК-1, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

1. Методика изучения общей заболеваемости (показатели, динамика).

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Методика изучения общей заболеваемости включает следующие этапы:

Определение метода изучения заболеваемости.

Определение вида заболеваемости.

Изучение структуры заболеваемости (показатели экстенсивности).

Изучение частоты заболеваний (показатели интенсивности) всего и по отдельным нозологическим единицам.

Изучение показателей заболеваемости в динамике.

Выяснение причин заболеваемости.

Изучение сезонных особенностей заболеваемости.

Изучение заболеваемости по полу, по отдельным возрастным группам, по отдельным профессиональным группам, по стажу работы.

Проведение анализа заболеваемости во взаимосвязи с факторами, её определяющими.

Разработка лечебно-оздоровительных и медико-организационных мероприятий и внедрение их в практику.

Оценка эффективности мероприятий.

Некоторые показатели, используемые для изучения общей заболеваемости:

Распространённость (болезненность). Количество всех зарегистрированных случаев заболеваний за отчётный год (сумма острых и хронических случаев) делится на среднюю численность населения.

Патологическая поражённость. Число больных, выявленных при проведении профосмотра, делится на число осматриваемых лиц и умножается на 100.

Индекс здоровья. Число здоровых лиц, выявленных при проведении профосмотра, делится на число осматриваемых лиц и умножается на 100.

Летальность. Число всех умерших за отчётный год делится на число зарегистрированных заболеваний (для поликлиники) или число выбывших из стационара (для стационара) и умножается на 100.

Динамика показателей заболеваемости заключается в сравнении однородных показателей, зарегистрированных в одних и тех же статистических группах в разные временные периоды. На основании полученных данных возможно прогнозирование динамики изучаемых явлений в будущем.

2. Заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями (показатели, динамика)

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Некоторые показатели заболеваемости важнейшими неэпидемическими болезнями:

Общий показатель заболеваемости (частота неэпидемических заболеваний). Рассчитывается как отношение числа случаев неэпидемической заболеваемости к средней численности населения, умноженное на 1000.

Распространённость важнейших неэпидемических заболеваний. Также рассчитывается как отношение числа случаев к средней численности населения, умноженное на 1000.

Показатель заболеваемости конкретным важнейшим неэпидемическим заболеванием. Рассчитывается как отношение числа случаев заболевания к средней численности населения, умноженное на 1000.

Структура заболеваемости важнейшими неэпидемическими заболеваниями может выглядеть следующим образом:

на первом месте — несчастные случаи, отравления и травмы (34,5%);

на втором месте — онкологические заболевания (29,2%);

на третьем месте — кожные заболевания (14,7%);

на четвёртом месте — туберкулёз (11,3%);

на пятом месте — венерические заболевания (8,6%);

на шестом месте — психические заболевания (1,6%).

Динамика заболеваемости оценивается по нозологическим формам и в динамике за ряд лет.

3. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (методика расчета показателей).

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Анализ показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) проводится по двум основным методикам:

Общепринятая методика на основании отчётов о случаях временной нетрудоспособности (форма №16-ВН). Источником сведений для заполнения формы является «Книга регистрации листков нетрудоспособности» (форма №036/у). На основе данных формы №16-ВН рассчитывается ряд показателей:

Число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих (всего, по отдельным формам и группам заболеваний). Отношение числа случаев заболеваний (травм) к средней численности работающих, умноженное на 100.

Число дней заболеваемости с ВУТ на 100 работающих (всего, по отдельным формам и группам заболеваний). Отношение дней заболеваемости (травм) к численности работающих, умноженное на 100.

Средняя длительность одного случая заболеваемости с ВУТ (всего, по отдельным формам и группам заболеваний). Отношение общего числа дней нетрудоспособности к числу случаев нетрудоспособности.

Углублённая методика с помощью полицевого метода. На каждого работающего заполняется личная, или персональная, карта. Метод позволяет проводить углублённое изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности в зависимости от возраста, пола, профессии и стажа работы. Единицей наблюдения при этой методике является работающий. Метод полицевого учёта даёт возможность вычислить такие показатели, как частота ни разу не болевших лиц (на 100 круглогодичных), частота больных лиц (на 100 круглогодичных), кратность (повторность) заболеваний у одного болеющего, удельный вес длительно и часто болеющих (по одному и тому же заболеванию соответственно 30 и более дней, 3 и более случая) и другие.

4. Заболеваемость по результатам медицинских осмотров.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Заболеваемость по результатам медицинских осмотров — это совокупность выявленных при осмотре случаев заболеваний среди прошедших медицинский осмотр.

Такие осмотры дают наиболее полную информацию обо всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях с клиническими проявлениями, а также о субклинических формах, протекающих без нарушений функций систем и органов.

В зависимости от поставленных задач и используемых организационных технологий медицинские осмотры подразделяют на предварительные, периодические и целевые.

Предварительные проводят при поступлении на работу или учёбу с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявления заболеваний, которые могут прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учёбы.

Цель периодических медицинских осмотров — динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих в условиях воздействия профессиональных вредностей, своевременное установление начальных признаков профессиональных заболеваний, выявление общих заболеваний, препятствующих продолжению работы с вредными и опасными веществами и производственными факторами.

При правильно организованных и проведённых медицинских осмотрах дополнительно выявляется около 1500–2000 случаев заболеваний на 1000 осмотренного населения, по поводу которых в течение года не было обращений за медицинской помощью в организации здравоохранения.

5. 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.

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.

Раздел 2. «Организационные основы здравоохранения. Организация лечебно-профилактической помощи населению. Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «детская эндокринология».

Тема 4. «Организационные основы здравоохранения

Перечень вопросов по теме «Организационные основы здравоохранения»

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

1. Виды профилактических медицинских осмотров и их характеристика.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Виды профилактических медицинских осмотров и их характеристика:

Предварительные. Проводятся при приёме на работу, их цель — определить профессиональную пригодность человека.

Периодические. Их проходят лица, занятые во вредных и опасных условиях труда. Чаще всего такой осмотр необходимо пройти раз в год или раз в два года.

Целевые. Проводятся для выявления заболеваний на ранней стадии — сахарного диабета, онкологии, сердечно-сосудистых заболеваний и других.

Углублённые. Организуются несколькими специалистами в комплексе для выявления определённых патологий организма, отклонений от нормы.

Ещё один вид профилактического медицинского осмотра — диспансеризация. Её проводят для различных групп пациентов бесплатно за счёт ОМС. Диспансеризация проводится в различные сроки: 1 раз в 3 года до 40 лет и 1 раз в год после 40 лет.

Также существует **профилактический осмотр детей** перед устройством в детский сад и по возрастным группам. В возрасте до 1 года профилактический осмотр детей проводится ежемесячно, после 1 года — ежегодно.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

Тема 5. «Организация лечебно-профилактической помощи населению.

Перечень вопросов по теме «Организация лечебно-профилактической помощи населению»

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

1. 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.

2. 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.

3. Роль участкового врача и врачей различных специальностей в организации диспансерного наблюдения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Роль участкового врача в организации диспансерного наблюдения включает:

определение группы наблюдения у больного;

ведение учёта пациентов, поставленных на наблюдение;

информирование больных об объёме и периодичности наблюдения, его порядке;

организацию диспансерных приёмов (профилактических и лечебных мероприятий, консультаций);

организацию осмотра и консультации больного, состоящего на учёте, если он в силу тяжести состояния не может сам посетить поликлинику;

контроль выполнения пациентом назначений и рекомендаций врачей-специалистов.

Роль врачей различных специальностей в организации диспансерного наблюдения включает:

Невролога, кардиолога, гастроэнтеролога, онколога, аллерголога, эндокринолога, акушера-гинеколога, ревматолога, нефролога, пульмонолога и других специалистов. Они проводят обследования, уточняют диагноз и при необходимости корректируют лечение.

Организацию консультаций врачами-специалистами по профильным болезням и состояниям. Если в поликлинике отсутствует нужный специалист, пациента направляют в другую медицинскую организацию. Если организовать такое наблюдение невозможно, врачи прибегают к телемедицинским технологиям и назначают удалённые консультации с профильными коллегами.

4. Отделение профилактики городской поликлиники, структура, функции.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Отделение профилактики городской поликлиники — это структурное подразделение, возглавляемое врачом или фельдшером, имеющим соответствующую подготовку по проблемам профилактики заболеваний и укреплению здоровья.

Структура отделения может включать:

Кабинет заведующего отделением.

Кабинеты медицинской профилактики.

Анамнестический кабинет. Предназначен для проведения анкетирования на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, а также для заполнения маршрутной карты диспансеризации, подготовки документов и направления пациентов на осмотры врачей-специалистов и лабораторно-инструментальные исследования.

Кабинет функциональных (инструментальных) исследований. В нём проводят антропометрию, измеряют артериальное давление, определяют экспресс-методом содержание в крови глюкозы и общего холестерина, измеряют внутриглазное давление бесконтактным методом, определяют суммарный сердечно-сосудистый риск.

Кабинет (учебный класс, аудитория) для проведения школ пациентов и пропаганды здорового образа жизни.

Кабинет централизованного учёта диспансеризации. В нём ведут карты учёта диспансеризации в поликлинике.

Кабинет медицинской помощи при отказе от курения. Формируется при обеспечении достаточного потока пациентов, желающих отказаться от курения.

Функции отделения профилактики включают:

организацию, координацию и оценку эффективности деятельности поликлиники по оказанию профилактических услуг населению;

выявление среди населения поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний и их коррекция; гигиеническое воспитание населения;

организацию и проведение совместно с территориальным центром медицинской профилактики обучения медицинских работников учреждения методам оказания медицинских профилактических услуг населению; участие в информационном обеспечении специалистов и различных групп населения по вопросам профилактики заболеваний и укрепления здоровья;

проведение медико-социальных опросов медицинских работников и прикрепленного населения по вопросам профилактики заболеваний, удовлетворённости и потребности в профилактической помощи;

ведение учётной и отчётной документации.

5. Роль современных реформ здравоохранения в совершенствовании профилактической работы поликлиники.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Роль современных реформ здравоохранения в совершенствовании профилактической работы поликлиники заключается в следующем:

Формирование эффективной системы профилактики заболеваний. Она должна обеспечивать охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год.

Расширение спектра скрининговых анализов. Например, в последней редакции порядка по проведению диспансеризации взрослого населения заложен скрининг не только по сердечно-сосудистым заболеваниям и сахарному диабету, но и по семи локализациям рака.

Популяционная профилактика. В рамках национального проекта «Здравоохранение» проводится работа по снижению уровня потребления табака и алкоголя, увеличению числа людей, ведущих здоровый образ жизни.

Внедрение центров здоровья. Их задачи — комплексное медицинское обследование, динамическое наблюдение за пациентами группы высокого риска развития неинфекционных заболеваний, обучение их эффективным методам профилактики заболеваний с учётом возрастных особенностей.

Также в рамках реформ повышается роль среднего медицинского персонала в организации профилактических, лечебных, диагностических, реабилитационных мероприятий на всех уровнях медицинского обслуживания населения

Тема 6. «Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «детская эндокринология»

Перечень вопросов по теме «Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «детская эндокринология»

Компетенции: УК-2, ОПК-8, ОПК-9

1. Современные технологии и подходы к организации медицинской помощи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Современные технологии и подходы к организации медицинской помощи включают:

Телемедицину и дистанционный мониторинг. Пациенты получают медицинское обслуживание удалённо, через интернет. Также развиваются системы дистанционного мониторинга состояния здоровья пациентов, которые позволяют врачам отслеживать их состояние и реагировать на изменения в реальном времени.

Искусственный интеллект и анализ данных. Эти технологии помогают врачам диагностировать заболевания, прогнозировать их развитие и выбирать оптимальные методы лечения на основе больших объёмов информации. Также они способствуют развитию персонализированной медицины, учитывающей индивидуальные особенности каждого пациента.

Виртуальную реальность в реабилитации. VR-технологии используются для восстановления функций у пациентов после травм, инсультов или хирургических вмешательств.

Геномную медицину и терапию генами. Технологии генной редакции, такие как CRISPR-Cas9, позволяют вмешиваться в генетический код организма, исправлять дефектные гены и предотвращать развитие генетически обусловленных заболеваний.

3D-печать в медицине. Позволяет создавать индивидуальные протезы, имплантаты и модели органов для планирования хирургических вмешательств.

Базовые принципы организации первичного звена здравоохранения включают, например:

обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи;

приоритет интересов пациента при оказании данной медицинской помощи и соблюдение прав граждан при её оказании;

приоритет профилактики при оказании первичной медико-санитарной помощи;

ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан при организации первичной медико-санитарной помощи.

Передача функций между медицинским персоналом позволяет повысить доступность медицинской помощи без потери её качества в рамках имеющихся ресурсов, в том числе финансовых и трудовых. Такой подход даёт возможность высвободить время врача на работу с пациентом посредством передачи части функционала, не требующего глубоких знаний в области медицины, среднему и немедицинскому персоналу.

Применение бережливых технологий в медицинских организациях включает, например:

Системный анализ всех этапов пациентского пути — от первого визита до завершения лечения. Это позволяет выявить и устранить любые узкие места и избыточные шаги, которые могут замедлять процессы или вызывать неудобства для пациентов.

Внедрение технологий и цифровых инструментов для автоматизации и оптимизации различных процессов.

Использование электронных медицинских записей, систем управления очередью и специализированных программ для анализа данных позволяет существенно сократить время на рутинные задачи, а также минимизировать ошибки, возникающие из-за человеческого фактора.

Эффективное использование ресурсов. Это включает в себя рациональное управление оборудованием, медикаментами и рабочим временем персонала.

Соблюдение преемственности между этапами оказания медицинской помощи обеспечивает непрерывность лечебного процесса и является одним из ключевых условий достижения положительного результата лечения.

Наиболее частой причиной проблем, связанных с преемственностью помощи, является плохая коммуникация между медицинскими работниками: лечащими врачами и врачами-консультантами, медицинскими сёстрами и т. д..

2. Проведение диспансеризации, включая углублённую диспансеризацию и диспансеризацию граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Проведение диспансеризации, включая углублённую диспансеризацию и диспансеризацию граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, является одним из современных подходов к снижению смертности населения.

Диспансеризация организуется, в том числе, для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, которые формируют основные причины смертности населения. Также в рамках диспансеризации выявляют болезни эндокринной системы, органов пищеварения и другие заболевания.

Диспансеризация граждан репродуктивного возраста проводится поэтапно в зависимости от возрастных групп одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации. Цель таких мероприятий — выявление признаков и факторов риска заболеваний или состояний, способных негативно повлиять на беременность, течение беременности, родов и послеродового периода.

Использование выездных медицинских бригад позволяет приблизить профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию к месту жительства, работы или учёбы гражданина.

Диспансерное наблюдение работающих граждан направлено на профилактику развития профессиональных заболеваний или осложнений, обострений ранее сформированных хронических неинфекционных заболеваний.

В рамках этого подхода работодатель вправе организовать диспансерное наблюдение в отношении работников, а работающие застрахованные лица могут пройти его по месту работы.

Таким образом, реализация таких мер способствует сохранению и укреплению здоровья населения, увеличению продолжительности активной жизни, снижению уровня заболеваемости социально значимыми заболеваниями и улучшению качества жизни больных и инвалидов.

3. Современные подходы к снижению смертности населения

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Современные подходы к снижению смертности населения включают комплекс мер, направленных на профилактику заболеваний и предотвращение внешних причин смерти. Эти подходы реализуются в рамках государственной политики и федеральных программ.

Некоторые направления снижения смертности:

Профилактика заболеваний. Например, борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологией, ВИЧ/СПИДом и туберкулёзом.

Профилактика смертности от внешних причин. Включает меры по предотвращению самоубийств, дорожно-транспортных происшествий, пожаров, утоплений.

Формирование культуры здорового поведения. Ограничение доступности алкоголя, борьба против потребления табака, поддержка здорового питания и физической активности.

Методы и технологии

Для снижения смертности используются, например:

Скрининговые программы. Расширение охвата и внедрение современных методов скрининга рака прямой кишки, рака шейки матки, а также скрининга новорождённых.

Вакцинопрофилактика. Например, вакцинация против COVID-19, ВПЧ (вируса папилломы человека), людей старших возрастов от пневмококка.

Повышение эффективности лечения заболеваний. Внедрение командных подходов к лечению и ведению пациентов с более активным вовлечением младшего медицинского персонала.

Некоторые примеры мер по снижению смертности:

Диспансерное наблюдение больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Исследования показывают, что правильный контроль и многофакторная профилактика дают устойчивый многолетний эффект снижения смертности.

Организация кабинетов высокого риска. В поликлиниках, обслуживающих малонаселённые районы, пациенты, подлежащие наблюдению у кардиолога, могут обслуживаться участковым врачом, прошедшим тематическое усовершенствование по кардиологии.

Телемедицинское консультирование. Например, в системе «кардиолог — врач-терапевт участковый» или «кардиолог — врач-терапевт участковый — пациент».

4. Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «детская эндокринология»

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «эндокринология» регламентируется Организацией лечебно-профилактической помощи по профилю «эндокринология» регламентируется приказом Минздрава России от 13.03.2023 №104н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю „эндокринология“».

Медицинская помощь по профилю «эндокринология» оказывается в разных условиях:

Амбулаторно (не предусматривает круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника.

В дневном стационаре (предусматривает медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требует круглосуточного медицинского наблюдения и лечения).

Стационарно (обеспечивает круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

Медицинская помощь по профилю «эндокринология» оказывается в разных формах:

Экстренная (оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента).

Неотложная (оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента).

Плановая (оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи).

Первичная медико-санитарная помощь по профилю «эндокринология» включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению эндокринных заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачом-эндокринологом в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию

5. Современные технологии и подходы к организации медицинской помощи в детской эндокринологии

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Некоторые современные технологии и подходы к организации медицинской помощи в детской эндокринологии:

Цифровые технологии и телемедицина. Позволяют врачам-эндокринологам поддерживать связь с пациентами на любом расстоянии: проводить видео-консультации, корректировать схемы лечения и оперативно реагировать на изменения состояния больного. Это особенно важно для пациентов с сахарным диабетом, нуждающихся в регулярном контроле гликемии.

Непрерывный мониторинг глюкозы. Технологии, позволяющие измерять уровень глюкозы в режиме реального времени. Небольшие устройства-сенсоры, закреплённые на коже, отправляют показания непосредственно в приложение на мобильном телефоне.

Персонализированная медицина. За счёт расшифровки генома и понимания того, как гены влияют на метаболизм, специалисты могут рекомендовать персональные схемы лечения и профилактики.

Использование искусственного интеллекта и больших данных. Помогает врачам-эндокринологам обрабатывать большие массивы клинических данных и находить закономерности, которые не всегда очевидны при обычном исследовании.

Инновации в лечении заболеваний щитовидной железы. Новейшие методы лечения включают целевые препараты, воздействующие непосредственно на рецепторы тиреоидных гормонов или факторы, провоцирующие воспаление.

Регенеративная медицина и использование стволовых клеток. Возможность «восстанавливать» повреждённую ткань и органы с помощью стволовых клеток или биоинженерных конструкций.

Электронные медицинские карты. Позволяют хранить данные о пациенте в цифровом формате, что упрощает доступ к информации и улучшает взаимодействие между различными медицинскими учреждениями.

Раздел 3. «Медицинская экспертиза: экспертиза временной и стойкой трудоспособности»

Тема 7. «Медицинская экспертиза: экспертиза временной и стойкой трудоспособности»

Печень вопросов по теме «Медицинская экспертиза: экспертиза временной и стойкой трудоспособности»

Компетенции: УК-1, УК-2, ОПК-7

1. Виды временной нетрудоспособности.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Виды временной нетрудоспособности:

Полная временная нетрудоспособность. Человек временно не может выполнять трудовые обязанности по причине плохого самочувствия (травма, интоксикация, повышенная температура тела).

Частичная нетрудоспособность. Допускается выполнение трудовых обязанностей в меньшем объёме.

Некоторые другие виды временной нетрудоспособности:

Уход за больным членом семьи. Также к этому виду нетрудоспособности относится отпуск по уходу за ребёнком в возрасте до 1,5 лет.

Карантин. Например, карантин работника или ребёнка младше 7 лет, если он посещает детский сад или ясли.

Протезирование по медицинским показаниям в стационаре, например, протезирование жизненно важных органов.

Реабилитация в санатории или профилактории.

2. Виды документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, в каких случаях они выдаются.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Виды документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность:

Листок нетрудоспособности (больничный лист). Выдаётся при заболеваниях, травмах, отравлениях и иных состояниях, связанных с временной потерей трудоспособности.

Справки, форма которых утверждается Минздравом Российской Федерации (например, для предоставления в детские сады, школы, студентам).

Листок нетрудоспособности выдаётся в случаях, когда сотрудник организации не может работать из-за: утраты трудоспособности из-за беременности, заболевания или производственной травмы, а также в связи с операцией по искусственному прерыванию беременности или экстракорпоральным оплодотворением; осуществления ухода за больным членом семьи;

в связи с карантином (в том числе карантином ребёнка в возрасте до 7 лет, посещающего дошкольное образовательное учреждение, или другого члена семьи).

Справки выдаются в случае заболевания (травмы, отравления) обучающихся в профессиональных образовательных организациях, образовательных организациях высшего образования, образовательных организациях дополнительного профессионального образования и научных организациях для освобождения от учёбы.

3. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по заболеваниям и травмам.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах определён приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011 №624н:

При амбулаторном лечении заболеваний (травм) лечащий врач единолично выдаёт листок нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно.

При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдаётся и продлевается по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации.

Фельдшер или зубной врач выдаёт и продлевает листок нетрудоспособности на срок до 10 календарных дней включительно.

При заболеваниях и травмах, когда лечение осуществляется в амбулаторно-поликлинических условиях, листок нетрудоспособности выдаётся в день установления временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности, включая нерабочие праздничные и выходные дни.

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания рабочего времени (смены), по их желанию, дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности может быть указана со следующего календарного дня.

Гражданину, направленному в медицинскую организацию из здравпункта и признанному нетрудоспособным, листок нетрудоспособности выдаётся с момента обращения в здравпункт при наличии медицинских документов, подтверждающих его нетрудоспособность.

Выдача листка нетрудоспособности осуществляется медицинским работником после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

4. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи установлен приказом Министрства здравоохранения РФ от 23.11.2021 №1089н.

Листок нетрудоспособности выдаётся медицинским работником одному из членов семьи (опекуну, попечителю, иному родственнику), фактически осуществляющему уход.

Продолжительность выдачи листка зависит от возраста больного члена семьи:

До 7 лет — за весь период лечения ребёнка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребёнком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях.

От 7 до 15 лет — на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока.

Старше 15 лет — при амбулаторном лечении на срок до 3 дней, по решению врачебной комиссии — до 7 дней по каждому случаю заболевания.

При необходимости листок нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком может выдаваться попеременно разным членам семьи.

Листок нетрудоспособности не выдаётся за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении, за хроническими больными в период ремиссии, в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы, в период отпуска по беременности и родам, в период отпуска по уходу за ребёнком до достижения им возраста 3 лет, за исключением случаев выполнения работы в указанный период на условиях неполного рабочего времени или на дому.

5. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам определён приказом Минздрава РФ от 29.06.2011 №624н:

Выдача листка производится в 30 недель беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов).

При многоплодной беременности листок нетрудоспособности выдаётся в 28 недель беременности единовременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).

Если женщина при обращении в медицинскую организацию в установленный срок отказывается от получения листка, её отказ фиксируется в медицинской документации.

При повторном обращении женщины до родов за листком нетрудоспособности для оформления отпуска по беременности и родам листок выдаётся на 140 календарных дней (на 194 календарных дня — при многоплодной беременности) со срока, установленного первым или вторым абзацем.

Когда диагноз многоплодной беременности установлен в родах, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдаётся дополнительно на 54 календарных дня медицинской организацией, где произошли роды.

При осложнённых родах листок нетрудоспособности по беременности и родам выдаётся дополнительно на 16 календарных дней медицинской организацией, где произошли роды.

При родах, наступивших в период от 22 до 30 недель беременности, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдаётся медицинской организацией, где произошли роды, сроком на 156 календарных дней.

При прерывании беременности при сроке до 21 полной недели беременности листок нетрудоспособности выдаётся на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее трёх дней.

Листок нетрудоспособности формируется врачом акушером-гинекологом, при его отсутствии — врачом общей практики (семейным врачом), а при отсутствии врача — фельдшером.

6. Организация и порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности лечащим врачом.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация экспертизы временной нетрудоспособности возложена на главного врача и заместителя по клинко-экспертной работе. В медорганизации порядок проведения экспертизы должен быть закреплён соответствующим приказом главного врача.

Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности лечащим врачом включает следующие этапы:

Сбор и анализ жалоб, данных объективного обследования, постановка диагноза, определение признаков временной нетрудоспособности, назначение лечения.

Определение вида лечебно-охранительных мероприятий (режим домашний, амбулаторный, стационарный и др.).

Определение сроков нетрудоспособности с учётом основного и сопутствующих заболеваний.

Оформление и выдача листка нетрудоспособности (справки).

Повторное освидетельствование, коррекция лечебно-диагностических мероприятий, продление листка нетрудоспособности.

Направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

При проведении экспертизы лечащий врач устанавливает диагноз заболевания и степень функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений и степень их тяжести на основании сбора анамнеза и жалоб, внешнего осмотра гражданина. Также он рекомендует проведение профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, определяет режим лечения, назначает исследования и консультации врачей-специалистов.

При признании пациента временно нетрудоспособным врач оформляет листок нетрудоспособности согласно установленным правилам

7. Организация работы врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения: ее состав, основные задачи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация работы врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения регламентируется приказом Минздравсоцразвития России №502н от 2012 года «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

Состав комиссии согласно этому документу включает:

секретаря;

председателя;

членов комиссии;

заместителя председателя (до 2 человек).

Окончательный и поименный состав утверждается приказом организации здравоохранения и подписывается руководителем. В качестве членов приглашаются руководители подразделений и врачи-специалисты из числа работников медицинской организации.

Основные задачи врачебной комиссии:

улучшение организации оказания медицинской помощи в учреждении здравоохранения;

принятие решений в сложных и конфликтных ситуациях по вопросам диагностики, профилактики, медицинской реабилитации, лечения и определения трудоспособности и профессиональной пригодности граждан;

анализ качества, эффективности и обоснованности лечебно-диагностических мероприятий;

принятие решений по иным медицинским вопросам.

Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в неделю на основании планов-графиков, утверждаемых руководителем медицинской организации. Решение считается принятым, если его поддержало две трети членов. После этого его вносят в протокол по утверждённой форме и фиксируют в журнале учёта.

8. Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности. Основные задачи медико-социальных экспертных комиссий.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности включает в себя направление граждан, имеющих признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, на медико-социальную экспертизу (МСЭ). Это могут делать лечащие врачи амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений различных уровней и форм собственности.

Основные задачи МСЭ:

установление инвалидности, её степени, сроков, причины, времени наступления, меры потребности гражданина в социальной помощи;

определение меры нетрудоспособности обратившихся граждан;

разработка индивидуальных реабилитационных программ, а также общих программ реабилитации и социальной защиты инвалидов;

определение степени необходимости в медицинской, социальной или профессиональной реабилитации гражданина;

учёт граждан, прошедших МСЭ на подконтрольной территории;

изучение причин, факторов и условий, влияющих на возникновение, развитие и исход инвалидности, анализ распространённости и структуры инвалидности.

9. Инвалидность как показатель здоровья.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Инвалидность как показатель здоровья — это **важнейший медико-социальный критерий**, который отражает уровень общественного здоровья, качество проводимых лечебно-профилактических мероприятий, состояние социальной защиты человека с дефектом здоровья, а также уровень социально-экономического развития общества в целом.

Для характеристики составляющей инвалидности в интегральном показателе общественного здоровья используются два частных показателя:

численность лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, на 10 000 человек населения соответствующего возраста;

численность детей-инвалидов в возрасте 0 — 17 лет на 10 000 человек населения.

Масштаб инвалидности определяется множеством факторов, среди них — развитие системы здравоохранения, социально-экономическое развитие, состояние экологической среды, исторические и политические причины.

10. Виды профилактических медицинских осмотров. Организация и порядок проведения профилактических медицинских осмотров (название регламентирующего документа, его структура и содержание).

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Виды профилактических медицинских осмотров и их характеристика:

Предварительные. Проводятся при приёме на работу, их цель — определить профессиональную пригодность человека.

Периодические. Их проходят лица, занятые во вредных и опасных условиях труда. Чаще всего такой осмотр необходимо пройти раз в год или раз в два года.

Целевые. Проводятся для выявления заболеваний на ранней стадии — сахарного диабета, онкологии, сердечно-сосудистых заболеваний и других.

Углублённые. Организуются несколькими специалистами в комплексе для выявления определённых патологий организма, отклонений от нормы.

Ещё один вид профилактического медицинского осмотра — диспансеризация. Её проводят для различных групп пациентов бесплатно за счёт ОМС. Диспансеризация проводится в различные сроки: 1 раз в 3 года до 40 лет и 1 раз в год после 40 лет.

Также существует **профилактический осмотр детей** перед устройством в детский сад и по возрастным группам. В возрасте до 1 года профилактический осмотр детей проводится ежемесячно, после 1 года — ежегодно.

Приказ Минздрава России от 27.04.2021 N 404н (ред. от 19.07.2024) «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения».

Структура документа включает в себя, например, следующие приложения:

Приложение N 1. Перечни приёмов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определённые возрастные периоды.

Приложение N 2. Перечень мероприятий скрининга и методов исследований, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний.

Приложение N 3. Диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний.

Содержание документа регулирует вопросы, связанные с проведением в медицинских организациях профилактического медицинского осмотра и диспансеризации следующих групп взрослого населения (в возрасте от 18 лет и старше):

работающие граждане;

неработающие граждане;

обучающиеся в образовательных организациях по очной форме.

Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Раздел 4. «Теоретические основы управления здравоохранением. Экономика, планирование, финансирование здравоохранения»

Тема 8 «Теоретические основы управления здравоохранением.

Перечень вопросов по теме «Теоретические основы управления здравоохранением.

Компетенции: УК-3, ОПК-9

1. Понятие управления в здравоохранении.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Управление — это осознанная целенаправленная деятельность человека, с помощью которой он упорядочивает и подчиняет своим интересам элементы внешней среды — общества, живой и неживой природы, техники.

Управление в здравоохранении можно определить как **целенаправленный, поступательный процесс, обеспечивающий эффективное функционирование системы и её развитие в определённых условиях при имеющихся ресурсах.**

2. Принципы управления в системе здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Это совокупность циклических действий, связанных с выявлением проблем, поиском и организацией выполнения принятых решений.

Задача управления в здравоохранении — наиболее эффективное достижение цели путём повышения качества лечебно-профилактических мероприятий и рационального использования ресурсов здравоохранения.

Принципы управления — это основные правила, нормы, руководящие установки, на основе которых организуется процесс управления, научно обоснованная организация управленческих функций, выбор адекватных методов управления.

Некоторые общие принципы управления:

Социальная направленность. В ходе управления, выработки и реализации управленческих решений нужно учитывать интересы всего общества, отдельных социальных групп.

Законность. Управленческая деятельность регулируется нормами права, и любые акты управления должны опираться на требования закона вне зависимости от необходимости, местных условий, интересов дела и т. п..

Объективность. Требуется знания и учёта объективных закономерностей взаимодействия субъекта и объекта управления, учёта имеющихся возможностей, реального состояния общественных процессов.

Системность. Субъект управления при выборе методов, форм воздействия на объект должен учитывать все те изменения, которые осуществляются в окружении системы управления, ограниченного пределами её функционирования и развития.

Комплексность. В каждом достаточно сложном явлении необходимо учитывать все его аспекты: технологические, экономические, социальные, идеологические, психологические, организационные, политические.

3. 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.

4. 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.).

5. Функция, стили и методы управления в здравоохранении.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Функции управления в здравоохранении:

прогнозирование; планирование; нормирование; стандартизация; организация; координация; мотивация; маркетинг; контроль и учёт.

Стили управления:

Авторитарный. Предусматривает наличие власти в одних руках и полное отрицание коллегиальности в принятии решений.

Либеральный. Руководитель минимально вмешивается в работу подчинённых и коллектива в целом, для него характерен низкий уровень требовательности к себе и сотрудникам.

Демократический. Децентрализация управления, коллегиальное принятие решений, инициатива сотрудников активно поддерживается и поощряется.

Динамичный. Для него характерны чёткая позиция руководителя по любым вопросам, творческий подход к решению проблем, готовность в разумных пределах идти на риск, деловитость и предприимчивость.

Методы управления в здравоохранении:

Организационно-распорядительные. Позволяют компенсировать просчёты в планировании, оперативно реагировать на изменяющуюся ситуацию и вносить коррективы путём директив, приказов, указаний, распоряжений, резолюций, предписаний.

Экономические. Включают в себя экономический анализ деятельности организации здравоохранения, методы планирования и прогнозирования, статистического анализа.

Социально-психологические. Совокупность средств воздействия на коллектив, на происходящие в нём процессы в целом и на отдельных работников в частности.

Общественные или коллективные. Подразумевают демократизацию управления, то есть расширение участия работников в выполнении управленческих функций.

Тема 9 «Экономика, планирование, финансирование здравоохранения»

Перечень вопросов по теме «Экономика, планирование, финансирование здравоохранения»

Компетенции: УК-3, ОПК-9

1. Экономика здравоохранения. Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Экономика здравоохранения — это отраслевая экономическая наука, изучающая экономические отношения, законы, влияющие на удовлетворение потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья населения при определённом уровне ресурсов.

Цель экономики здравоохранения — удовлетворение потребности населения в медицинской помощи, достижение максимального эффекта в оказании медицинской помощи при наименьших затратах.

Задачи экономики здравоохранения:

изучение экономических законов в системе здравоохранения;

определение роли здравоохранения в системе общественного производства;

расчёт потребности в необходимых ресурсах;
обеспечение эффективного и рационального использования имеющихся ресурсов и организации труда медперсонала;
оценка экономической эффективности деятельности медицинских организаций, эффективности медицинских технологий;
оценка эффективности систем оплаты труда работников здравоохранения, определение норм нагрузки на персонал;
подготовка кадров в сфере экономики здравоохранения.

2. Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения — это совокупность приёмов и методов оценивания и сравнительной характеристики показателей как лечебно-производственной, так и финансовой деятельности предприятий и органов здравоохранения.

Цель анализа — определить способы рационального и максимально эффективного использования ресурсов отрасли, местных условий и ресурсов.

Главные задачи экономического анализа деятельности здравоохранения:

контроль за выполнением плановых показателей и их оценка;
контроль эффективности использования материальных, финансовых, трудовых и управленческих ресурсов;
выявление и анализ факторов, обуславливающих полученные показатели;
поиск и выявление возможных скрытых резервов повышения эффективности функционирования медицинского учреждения и повышения его доходности;
анализ и оценка управленческой деятельности и управленческих решений.

Выделяют два основных направления анализа функционирования предприятий медицинской отрасли: это анализ финансового состояния медучреждения и анализ эффективности его производственной деятельности (уровень заболеваемости, качество лечения, ассортимент предоставляемых медицинских услуг).

6. Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба заключается в реализации мер по снижению заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

Различают прямой и косвенный экономический ущерб:

Прямой экономический ущерб — затраты материальных, финансовых, информационных и других ресурсов (в стоимостном выражении), которые используются в процессе оказания населению медицинской помощи.

Косвенный экономический ущерб — экономические потери, связанные с выплатами пособий по временной утрате трудоспособности, пенсий по инвалидности, числом непрожитых трудоспособных лет жизни (в стоимостном выражении), уменьшением производства внутреннего валового продукта (ВВП) и др..

Предотвращённый экономический ущерб — это разница между экономическим ущербом до и после проведения мероприятий, направленных на улучшение здоровья населения, снижение заболеваемости, травматизма, нетрудоспособности, предотвращение преждевременной смерти и т. д..

Эффективность здравоохранения оценивается по уменьшению общего экономического ущерба и рассчитывается путём разности общего экономического ущерба разных сравниваемых периодов

4. Планирование здравоохранения. Принципы, виды, методы планирования.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Планирование в здравоохранении — это комплекс мероприятий по определению необходимых ресурсов и механизмов их эффективного использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения.

Основные принципы планирования в здравоохранении:

Системный подход. Каждый объект при планировании рассматривается как сложная и большая система и, в то же время, в качестве отдельного элемента более крупной системы.

Сочетание территориального и отраслевого видов планирования. План развития здравоохранения представляется в качестве отрасли как части общего масштабного плана социально-экономического развития какого-либо отдельного территориального субъекта или муниципальных образований.

Выделение при планировании приоритетных направлений. Этот принцип приобретает особенно большое значение при планировании в условиях ограниченных ресурсов, которые должны быть оптимально распределены между приоритетными направлениями.

Директивность планов. Основные показатели плана, утверждённого на уровне, стоящем по иерархии выше, должны обязательно исполняться на всех нижестоящих уровнях управления здравоохранением.

Единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения.

Обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного.

Виды планирования в здравоохранении:

Стратегическое. Определяет цели, задачи, приоритеты, ресурсы и прогнозируемые результаты деятельности системы здравоохранения в целом и отдельных медицинских организаций на перспективу 10 и более лет.

Перспективное. Заключается в разработке программ и планов развития здравоохранения в конкретных субъектах РФ и муниципальных образованиях в рамках уже утверждённых стратегических планов сроком обычно на 3–5 лет.

Текущее. При этом виде планирования разрабатываются ежегодные планы и программы деятельности системы здравоохранения в конкретных субъектах РФ, муниципальных образованиях и конкретных организациях здравоохранения в соответствии с уже принятыми перспективными программами и планами.

Основные методы планирования в здравоохранении:

Аналитический метод. Планирование на основании изучения показателей здоровья населения и результатов деятельности медицинских учреждений.

Нормативный метод. Используется в стратегическом, перспективном и текущем планировании на основе утверждённых нормативов.

Балансовый метод. Позволяет увязывать потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи с их ресурсным обеспечением.

Экономико-математический метод. Применяется при необходимости научно обосновать оптимальные варианты плана.

Программно-целевой метод планирования и управления позволяет решать сложные многоцелевые проблемы, предусматривает согласование и эффективное использование финансовых, материально-технических, кадровых ресурсов для достижения конкретных целей в определённые сроки.

Основная особенность программно-целевого управления — это нацеленность на конечный результат.

Применительно к здравоохранению конечный результат выражается в широкой доступности и увеличении качества оказываемой медицинской помощи, как следствие — сокращение смертности, инвалидности и заболеваемости населения.

В здравоохранении программно-целевой метод реализуется через Национальную программу государственных гарантий и через федеральные целевые программы.

5. Финансирование здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Финансирование здравоохранения — предоставление финансовых ресурсов экономическим субъектам для осуществления программ или экономических и социальных мероприятий.

Основные источники финансирования здравоохранения в РФ:

средства бюджетов всех уровней;

средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование;

средства целевых фондов, предназначенные для охраны здоровья граждан;

средства государственных внебюджетных целевых фондов;

доходы организаций здравоохранения от осуществления в установленном законом порядке предпринимательской деятельности;

добровольные взносы и пожертвования граждан и юридических лиц;

другие источники, не запрещённые законодательством РФ.

К внешним источникам финансирования здравоохранения относятся:

различные уровни бюджета (федеральный, региональный, муниципальный);

средства ОМС;

средства ДМС;

средства благотворительных фондов;

кредиты, ссуды, лизинг, факторинг.

К внутренним источникам финансирования здравоохранения относятся:

рыночные источники — доходы медицинской организации, образующиеся в результате продажи медицинской услуги (по рыночным ценам);

нерыночные источники — доходы медицинской организации, образующиеся в результате перераспределения денежных доходов населения и организации в пользу данных организаций.

Тема 9 «Итоговое занятие»

Перечень вопросов по теме «Итоговое занятие»:

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9

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, 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, подьёмные 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 гипертензии.

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.

26. Роль участкового врача и врачей различных специальностей в организации диспансерного наблюдения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Роль участкового врача в организации диспансерного наблюдения включает:

определение группы наблюдения у больного;
ведение учёта пациентов, поставленных на наблюдение;
информирование больных об объёме и периодичности наблюдения, его порядке;
организацию диспансерных приёмов (профилактических и лечебных мероприятий, консультаций);
организацию осмотра и консультации больного, состоящего на учёте, если он в силу тяжести состояния не может сам посетить поликлинику;

контроль выполнения пациентом назначений и рекомендаций врачей-специалистов.

Роль врачей различных специальностей в организации диспансерного наблюдения включает:

Невролога, кардиолога, гастроэнтеролога, онколога, аллерголога, эндокринолога, акушера-гинеколога, ревматолога, нефролога, пульмонолога и других специалистов. Они проводят обследования, уточняют диагноз и при необходимости корректируют лечение.

Организацию консультаций врачами-специалистами по профильным болезням и состояниям. Если в поликлинике отсутствует нужный специалист, пациента направляют в другую медицинскую организацию. Если организовать такое наблюдение невозможно, врачи прибегают к телемедицинским технологиям и назначают удалённые консультации с профильными коллегами.

27. Отделение профилактики городской поликлиники, структура, функции.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Отделение профилактики городской поликлиники — это структурное подразделение, возглавляемое врачом или фельдшером, имеющим соответствующую подготовку по проблемам профилактики заболеваний и укреплению здоровья.

Структура отделения может включать:

Кабинет заведующего отделением.

Кабинеты медицинской профилактики.

Анамнестический кабинет. Предназначен для проведения анкетирования на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, а также для заполнения маршрутной карты диспансеризации, подготовки документов и направления пациентов на осмотры врачей-специалистов и лабораторно-инструментальные исследования.

Кабинет функциональных (инструментальных) исследований. В нём проводят антропометрию, измеряют артериальное давление, определяют экспресс-методом содержание в крови глюкозы и общего холестерина, измеряют внутриглазное давление бесконтактным методом, определяют суммарный сердечно-сосудистый риск.

Кабинет (учебный класс, аудитория) для проведения школ пациентов и пропаганды здорового образа жизни.

Кабинет централизованного учёта диспансеризации. В нём ведут карты учёта диспансеризации в поликлинике.

Кабинет медицинской помощи при отказе от курения. Формируется при обеспечении достаточного потока пациентов, желающих отказаться от курения.

Функции отделения профилактики включают:

организацию, координацию и оценку эффективности деятельности поликлиники по оказанию профилактических услуг населению;
выявление среди населения поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний и их коррекция;
гигиеническое воспитание населения;
организацию и проведение совместно с территориальным центром медицинской профилактики обучения медицинских работников учреждений методам оказания медицинских профилактических услуг населению;
участие в информационном обеспечении специалистов и различных групп населения по вопросам профилактики заболеваний и укрепления здоровья;
проведение медико-социальных опросов медицинских работников и прикрепленного населения по вопросам профилактики заболеваний, удовлетворённости и потребности в профилактической помощи;
ведение учётной и отчётной документации.

28. Роль современных реформ здравоохранения в совершенствовании профилактической работы поликлиники.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Роль современных реформ здравоохранения в совершенствовании профилактической работы поликлиники заключается в следующем:

Формирование эффективной системы профилактики заболеваний. Она должна обеспечивать охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год.

Расширение спектра скрининговых анализов. Например, в последней редакции порядка по проведению диспансеризации взрослого населения заложен скрининг не только по сердечно-сосудистым заболеваниям и сахарному диабету, но и по семи локализациям рака.

Популяционная профилактика. В рамках национального проекта «Здравоохранение» проводится работа по снижению уровня потребления табака и алкоголя, увеличению числа людей, ведущих здоровый образ жизни.

Внедрение центров здоровья. Их задачи — комплексное медицинское обследование, динамическое наблюдение за пациентами группы высокого риска развития неинфекционных заболеваний, обучение их эффективным методам профилактики заболеваний с учётом возрастных особенностей.

Также в рамках реформ повышается роль среднего медицинского персонала в организации профилактических, лечебных, диагностических, реабилитационных мероприятий на всех уровнях медицинского обслуживания населения

29. Демография и медицинская демография. Статика населения. Значение показателей, характеризующие статику населения, для практического здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Демография — наука о народонаселении, которая изучает законы воспроизводства населения в его общественно-исторической обусловленности, состав и расселение. [2](#)

Медицинская демография — наука, изучающая взаимосвязь воспроизводства населения с медико-социальными факторами и разрабатывающая на этой основе меры медицинского, социального и организационного характера, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшение здоровья населения. [1](#)

Статика населения — раздел демографии, изучающий численность населения на определённую дату, его структуру по различным признакам (пол, возраст, семейное положение и др.), размещение по территории.

Значение показателей, характеризующих статику населения, для практического здравоохранения заключается в том, что они используются для:

расчёта коэффициентов естественного движения населения;

расчёта потребности в амбулаторно-поликлинической, стационарной и специализированных видах медицинской помощи, в том числе для расчёта ресурсов: кадров, больничных коек, других материальных ресурсов;

определения необходимого объёма финансовых средств, выделяемых на здравоохранение;

разработки целевых медико-социальных программ;

расчёта показателей, характеризующих деятельность системы здравоохранения;

организации профилактической работы и др.

30. Методика изучения общей заболеваемости (показатели, динамика).

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Методика изучения общей заболеваемости включает следующие этапы:

Определение метода изучения заболеваемости.

Определение вида заболеваемости.

Изучение структуры заболеваемости (показатели экстенсивности).

Изучение частоты заболеваний (показатели интенсивности) всего и по отдельным нозологическим единицам.

Изучение показателей заболеваемости в динамике.

Выяснение причин заболеваемости.

Изучение сезонных особенностей заболеваемости.

Изучение заболеваемости по полу, по отдельным возрастным группам, по отдельным профессиональным группам, по стажу работы.

Проведение анализа заболеваемости во взаимосвязи с факторами, её определяющими.

Разработка лечебно-оздоровительных и медико-организационных мероприятий и внедрение их в практику.

Оценка эффективности мероприятий.

Некоторые показатели, используемые для изучения общей заболеваемости:

Распространённость (болезненность). Количество всех зарегистрированных случаев заболеваний за отчётный год (сумма острых и хронических случаев) делится на среднюю численность населения.

Патологическая поражённость. Число больных, выявленных при проведении профосмотра, делится на число осматриваемых лиц и умножается на 100.

Индекс здоровья. Число здоровых лиц, выявленных при проведении профосмотра, делится на число осматриваемых лиц и умножается на 100.

Летальность. Число всех умерших за отчётный год делится на число зарегистрированных заболеваний (для поликлиники) или число выбывших из стационара (для стационара) и умножается на 100.

Динамика показателей заболеваемости заключается в сравнении однородных показателей, зарегистрированных в одних и тех же статистических группах в разные временные периоды. На основании полученных данных возможно прогнозирование динамики изучаемых явлений в будущем.

31. Заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями (показатели, динамика)

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Некоторые показатели заболеваемости важнейшими неэпидемическими болезнями:

Общий показатель заболеваемости (частота неэпидемических заболеваний). Рассчитывается как отношение числа случаев неэпидемической заболеваемости к средней численности населения, умноженное на 1000.

Распространённость важнейших неэпидемических заболеваний. Также рассчитывается как отношение числа случаев к средней численности населения, умноженное на 1000.

Показатель заболеваемости конкретным важнейшим неэпидемическим заболеванием. Рассчитывается как отношение числа случаев заболевания к средней численности населения, умноженное на 1000.

Структура заболеваемости важнейшими неэпидемическими заболеваниями может выглядеть следующим образом:

на первом месте — несчастные случаи, отравления и травмы (34,5%);

на втором месте — онкологические заболевания (29,2%);

на третьем месте — кожные заболевания (14,7%);

на четвёртом месте — туберкулёз (11,3%);

на пятом месте — венерические заболевания (8,6%);

на шестом месте — психические заболевания (1,6%).

Динамика заболеваемости оценивается по нозологическим формам и в динамике за ряд лет.

32. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (методика расчета показателей).

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Анализ показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) проводится по двум основным методикам:

Общепринятая методика на основании отчётов о случаях временной нетрудоспособности (форма №16-ВН). Источником сведений для заполнения формы является «Книга регистрации листков нетрудоспособности» (форма №036/у). На основе данных формы №16-ВН рассчитывается ряд показателей:

Число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих (всего, по отдельным формам и группам заболеваний). Отношение числа случаев заболеваний (травм) к средней численности работающих, умноженное на 100.

Число дней заболеваемости с ВУТ на 100 работающих (всего, по отдельным формам и группам заболеваний). Отношение дней заболеваемости (травм) к численности работающих, умноженное на 100.

Средняя длительность одного случая заболеваемости с ВУТ (всего, по отдельным формам и группам заболеваний). Отношение общего числа дней нетрудоспособности к числу случаев нетрудоспособности.

Углублённая методика с помощью полицевого метода. На каждого работающего заполняется лицевая, или персональная, карта. Метод позволяет проводить углублённое изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности в зависимости от возраста, пола, профессии и стажа работы. Единицей наблюдения при этой методике является работающий. Метод полицевого учёта даёт возможность вычислить такие показатели, как частота ни разу не болевших лиц (на 100 круглогодовых), частота больных лиц (на 100 круглогодовых), кратность (повторность) заболеваний у одного болеющего, удельный вес длительно и часто болеющих (по одному и тому же заболеванию соответственно 30 и более дней, 3 и более случая) и другие.

33. Заболеваемость по результатам медицинских осмотров.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Заболеваемость по результатам медицинских осмотров — это совокупность выявленных при осмотре случаев заболеваний среди прошедших медицинский осмотр.

Такие осмотры дают наиболее полную информацию обо всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях с клиническими проявлениями, а также о субклинических формах, протекающих без нарушений функций систем и органов.

В зависимости от поставленных задач и используемых организационных технологий медицинские осмотры подразделяют на предварительные, периодические и целевые.

Предварительные проводят при поступлении на работу или учёбу с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявления заболеваний, которые могут прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учёбы.

Цель периодических медицинских осмотров — динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих в условиях воздействия профессиональных вредностей, своевременное установление начальных признаков профессиональных заболеваний, выявление общих заболеваний, препятствующих продолжению работы с вредными и опасными веществами и производственными факторами. При правильно организованных и проведённых медицинских осмотрах дополнительно выявляется около 1500–2000 случаев заболеваний на 1000 осмотренного населения, по поводу которых в течение года не было обращений за медицинской помощью в организации здравоохранения.

34. Организация лечебно-профилактической помощи сельскому населению.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация лечебно-профилактической помощи сельскому населению включает несколько этапов:

Первый этап — сельский врачебный участок. Включает в себя участковую больницу, врачебную амбулаторию, фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), медицинские профилактории, аптечные пункты, молочные кухни. Задачи участка — оказание населению общедоступной квалифицированной врачебной помощи, проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий, формирование у населения установок и навыков здорового образа жизни.

Второй этап — районные медицинские учреждения. К ним относятся центральная районная и расположенные на территории района зональные районные больницы с поликлиниками и отделениями скорой и неотложной медицинской помощи, районные диспансеры и другие медицинские учреждения.

Третий этап — областные медицинские учреждения. К ним относятся областная больница с консультативной поликлиникой и отделением санитарной авиации, диспансеры, стоматологическая поликлиника, психиатрическая больница и другие.

Такая этапность в оказании медицинской помощи сельским жителям направлена на наиболее полное удовлетворение потребностей населения не только в первичной медико-санитарной помощи, но и по основным видам её и по всем узким специальностям

35. Виды временной нетрудоспособности.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Виды временной нетрудоспособности:

Полная временная нетрудоспособность. Человек временно не может выполнять трудовые обязанности по причине плохого самочувствия (травма, интоксикация, повышенная температура тела).

Частичная нетрудоспособность. Допускается выполнение трудовых обязанностей в меньшем объёме.

Некоторые другие виды временной нетрудоспособности:

Уход за больным членом семьи. Также к этому виду нетрудоспособности относится отпуск по уходу за ребёнком в возрасте до 1,5 лет.

Карантин. Например, карантин работника или ребёнка младше 7 лет, если он посещает детский сад или ясли.

Протезирование по медицинским показаниям в стационаре, например, протезирование жизненно важных органов.

Реабилитация в санатории или профилактории.

36. Виды документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, в каких случаях они выдаются.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Виды документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность:

Листок нетрудоспособности (больничный лист). Выдаётся при заболеваниях, травмах, отравлениях и иных состояниях, связанных с временной потерей трудоспособности.

Справки, форма которых утверждается Минздравом Российской Федерации (например, для предоставления в детские сады, школы, студентам).

Листок нетрудоспособности выдаётся в случаях, когда сотрудник организации не может работать из-за:

утраты трудоспособности из-за беременности, заболевания или производственной травмы, а также в связи с операцией по искусственному прерыванию беременности или экстракорпоральным оплодотворением; осуществления ухода за больным членом семьи;

в связи с карантином (в том числе карантином ребёнка в возрасте до 7 лет, посещающего дошкольное образовательное учреждение, или другого члена семьи).

Справки выдаются в случае заболевания (травмы, отравления) обучающихся в профессиональных образовательных организациях, образовательных организациях высшего образования, образовательных организациях дополнительного профессионального образования и научных организациях для освобождения от учёбы.

37. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по заболеваниям и травмам.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах определён приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011 №624н:

При амбулаторном лечении заболеваний (травм) лечащий врач единолично выдаёт листок нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно.

При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдаётся и продлевается по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации.

Фельдшер или зубной врач выдаёт и продлевает листок нетрудоспособности на срок до 10 календарных дней включительно.

При заболеваниях и травмах, когда лечение осуществляется в амбулаторно-поликлинических условиях, листок нетрудоспособности выдаётся в день установления временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности, включая нерабочие праздничные и выходные дни.

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания рабочего времени (смены), по их желанию, дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности может быть указана со следующего календарного дня.

Гражданину, направленному в медицинскую организацию из здравпункта и признанному нетрудоспособным, листок нетрудоспособности выдаётся с момента обращения в здравпункт при наличии медицинских документов, подтверждающих его нетрудоспособность.

Выдача листка нетрудоспособности осуществляется медицинским работником после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

38. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи установлен приказом Министерства здравоохранения РФ от 23.11.2021 №1089н.

Листок нетрудоспособности выдаётся медицинским работником одному из членов семьи (опекуну, попечителю, иному родственнику), фактически осуществляющему уход.

Продолжительность выдачи листка зависит от возраста больного члена семьи:

До 7 лет — за весь период лечения ребёнка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребёнком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях.

От 7 до 15 лет — на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока.

Старше 15 лет — при амбулаторном лечении на срок до 3 дней, по решению врачебной комиссии — до 7 дней по каждому случаю заболевания.

При необходимости листок нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком может выдаваться попеременно разным членам семьи.

Листок нетрудоспособности не выдаётся за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении, за хроническими больными в период ремиссии, в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы, в период отпуска по беременности и родам, в период отпуска по уходу за ребёнком до достижения им возраста 3 лет, за исключением случаев выполнения работы в указанный период на условиях неполного рабочего времени или на дому.

39. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам определён приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011 №624н:

Выдача листка производится в 30 недель беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов).

При многоплодной беременности листок нетрудоспособности выдаётся в 28 недель беременности единовременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).

Если женщина при обращении в медицинскую организацию в установленный срок отказывается от получения листка, её отказ фиксируется в медицинской документации.

При повторном обращении женщины до родов за листком нетрудоспособности для оформления отпуска по беременности и родам листок выдаётся на 140 календарных дней (на 194 календарных дня — при многоплодной беременности) со срока, установленного первым или вторым абзацем.

Когда диагноз многоплодной беременности установлен в родах, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдаётся дополнительно на 54 календарных дня медицинской организацией, где произошли роды.

При осложнённых родах листок нетрудоспособности по беременности и родам выдаётся дополнительно на 16 календарных дней медицинской организацией, где произошли роды.

При родах, наступивших в период от 22 до 30 недель беременности, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдаётся медицинской организацией, где произошли роды, сроком на 156 календарных дней.

При прерывании беременности при сроке до 21 полной недели беременности листок нетрудоспособности выдаётся на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее трёх дней.

Листок нетрудоспособности формируется врачом акушером-гинекологом, при его отсутствии — врачом общей практики (семейным врачом), а при отсутствии врача — фельдшером.

40. Организация и порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности лечащим врачом.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация экспертизы временной нетрудоспособности возложена на главного врача и заместителя по клинико-экспертной работе. В медорганизации порядок проведения экспертизы должен быть закреплён соответствующим приказом главного врача.

Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности лечащим врачом включает следующие этапы:

Сбор и анализ жалоб, данных объективного обследования, постановка диагноза, определение признаков временной нетрудоспособности, назначение лечения.

Определение вида лечебно-охранительных мероприятий (режим домашний, амбулаторный, стационарный и др.).

Определение сроков нетрудоспособности с учётом основного и сопутствующих заболеваний.

Оформление и выдача листка нетрудоспособности (справки).

Повторное освидетельствование, коррекция лечебно-диагностических мероприятий, продление листка нетрудоспособности.

Направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

При проведении экспертизы лечащий врач устанавливает диагноз заболевания и степень функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений и степень их тяжести на основании сбора анамнеза и жалоб, внешнего осмотра гражданина. Также он рекомендует проведение профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, определяет режим лечения, назначает исследования и консультации врачей-специалистов.

При признании пациента временно нетрудоспособным врач оформляет листок нетрудоспособности согласно установленным правилам

41. Организация работы врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения: ее состав, основные задачи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация работы врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения регламентируется приказом Минздравсоцразвития России №502н от 2012 года «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

Состав комиссии согласно этому документу включает:

секретаря;

председателя;

членов комиссии;

заместителя председателя (до 2 человек).

Окончательный и поименный состав утверждается приказом организации здравоохранения и подписывается руководителем. В качестве членов приглашаются руководители подразделений и врачи-специалисты из числа работников медицинской организации.

Основные задачи врачебной комиссии:

улучшение организации оказания медицинской помощи в учреждении здравоохранения;

принятие решений в сложных и конфликтных ситуациях по вопросам диагностики, профилактики, медицинской реабилитации, лечения и определения трудоспособности и профессиональной пригодности граждан;

анализ качества, эффективности и обоснованности лечебно-диагностических мероприятий;

принятие решений по иным медицинским вопросам.

Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в неделю на основании планов-графиков, утверждаемых руководителем медицинской организации. Решение считается принятым, если его поддержало две трети членов. После этого его вносят в протокол по утверждённой форме и фиксируют в журнале учёта.

42. Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности. Основные задачи медико-социальных экспертных комиссий.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности включает в себя направление граждан, имеющих признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, на медико-социальную экспертизу (МСЭ). Это могут делать лечащие врачи амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений различных уровней и форм собственности.

Основные задачи МСЭ:

установление инвалидности, её степени, сроков, причины, времени наступления, меры потребности гражданина в социальной помощи;
определение меры нетрудоспособности обратившихся граждан;
разработка индивидуальных реабилитационных программ, а также общих программ реабилитации и социальной защиты инвалидов;
определение степени необходимости в медицинской, социальной или профессиональной реабилитации гражданина;
учёт граждан, прошедших МСЭ на подконтрольной территории;
изучение причин, факторов и условий, влияющих на возникновение, развитие и исход инвалидности, анализ распространённости и структуры инвалидности.

43. Инвалидность как показатель здоровья.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Инвалидность как показатель здоровья — это **важнейший медико-социальный критерий**, который отражает уровень общественного здоровья, качество проводимых лечебно-профилактических мероприятий, состояние социальной защиты человека с дефектом здоровья, а также уровень социально-экономического развития общества в целом.

Для характеристики составляющей инвалидности в интегральном показателе общественного здоровья используются два частных показателя:

численность лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, на 10 000 человек населения соответствующего возраста;

численность детей-инвалидов в возрасте 0 — 17 лет на 10 000 человек населения.

Масштаб инвалидности определяется множеством факторов, среди них — развитие системы здравоохранения, социально-экономическое развитие, состояние экологической среды, исторические и политические причины.

44. Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «детская эндокринология»

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «детская эндокринология» регламентируется Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «детская эндокринология» регламентируется приказом Минздрава России от 13.10.2024 №558н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детскому населению по профилю „детская эндокринология“».

Медицинская помощь по профилю «эндокринология» оказывается в разных условиях:

Амбулаторно (не предусматривает круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника.

В дневном стационаре (предусматривает медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требует круглосуточного медицинского наблюдения и лечения).

Стационарно (обеспечивает круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

Медицинская помощь по профилю «эндокринология» оказывается в разных формах:

Экстренная (оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента).

Неотложная (оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента).

Плановая (оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи).

Первичная медико-санитарная помощь по профилю «эндокринология» включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению эндокринных заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачом-эндокринологом в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию

45. Современные технологии и подходы к организации медицинской помощи в детской эндокринологии

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Некоторые современные технологии и подходы к организации медицинской помощи в детской эндокринологии:

Цифровые технологии и телемедицина. Позволяют врачам-детским эндокринологам поддерживать связь с пациентами на любом расстоянии: проводить видео-консультации, корректировать схемы лечения и оперативно реагировать на изменения состояния больного. Это особенно важно для пациентов с сахарным

диабетом, нуждающихся в регулярном контроле гликемии.

Непрерывный мониторинг глюкозы. Технологии, позволяющие измерять уровень глюкозы в режиме реального времени. Небольшие устройства-сенсоры, закреплённые на коже, отправляют показания непосредственно в приложение на мобильном телефоне.

Персонализированная медицина. За счёт расшифровки генома и понимания того, как гены влияют на метаболизм, специалисты могут рекомендовать персональные схемы лечения и профилактики.

Использование искусственного интеллекта и больших данных. Помогает врачам-эндокринологам обрабатывать большие массивы клинических данных и находить закономерности, которые не всегда очевидны при обычном исследовании.

Инновации в лечении заболеваний щитовидной железы. Новейшие методы лечения включают целевые препараты, воздействующие непосредственно на рецепторы тиреоидных гормонов или факторы, провоцирующие воспаление.

Регенеративная медицина и использование стволовых клеток. Возможность «восстанавливать» повреждённую ткань и органы с помощью стволовых клеток или биоинженерных конструкций.

Электронные медицинские карты. Позволяют хранить данные о пациенте в цифровом формате, что упрощает доступ к информации и улучшает взаимодействие между различными медицинскими учреждениями.

46. Понятие управления в здравоохранении.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Управление — это осознанная целенаправленная деятельность человека, с помощью которой он упорядочивает и подчиняет своим интересам элементы внешней среды — общества, живой и неживой природы, техники.

Управление в здравоохранении можно определить как **целенаправленный, поступательный процесс, обеспечивающий эффективное функционирование системы и её развитие в определённых условиях при имеющихся ресурсах.** [2](#)

Это совокупность циклических действий, связанных с выявлением проблем, поиском и организацией выполнения принятых решений.

Задача управления в здравоохранении — наиболее эффективное достижение цели путём повышения качества лечебно-профилактических мероприятий и рационального использования ресурсов здравоохранения.

47. Принципы управления.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Принципы управления — это основные правила, нормы, руководящие установки, на основе которых организуется процесс управления, научно обоснованная организация управленческих функций, выбор адекватных методов управления.

Некоторые общие принципы управления:

Социальная направленность. В ходе управления, выработки и реализации управленческих решений нужно учитывать интересы всего общества, отдельных социальных групп.

Законность. Управленческая деятельность регулируется нормами права, и любые акты управления должны опираться на требования закона вне зависимости от необходимости, местных условий, интересов дела и т. п..

Объективность. Требуется знания и учёта объективных закономерностей взаимодействия субъекта и объекта управления, учёта имеющихся возможностей, реального состояния общественных процессов.

Системность. Субъект управления при выборе методов, форм воздействия на объект должен учитывать все те изменения, которые осуществляются в окружении системы управления, ограниченного пределами её функционирования и развития.

Комплексность. В каждом достаточно сложном явлении необходимо учитывать все его аспекты: технологические, экономические, социальные, идеологические, психологические, организационные, политические.

48. Функция и стили управления в здравоохранении.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Функции управления в здравоохранении:

прогнозирование; планирование; нормирование; стандартизация; организация; координация; мотивация; маркетинг; контроль и учёт.

Стили управления:

Авторитарный. Предусматривает наличие власти в одних руках и полное отрицание коллегиальности в принятии решений.

Либеральный. Руководитель минимально вмешивается в работу подчинённых и коллектива в целом, для него характерен низкий уровень требовательности к себе и сотрудникам.

Демократический. Децентрализация управления, коллегиальное принятие решений, инициатива сотрудников активно поддерживается и поощряется.

Динамичный. Для него характерны чёткая позиция руководителя по любым вопросам, творческий подход к решению проблем, готовность в разумных пределах идти на риск, деловитость и предприимчивость.

Методы управления в здравоохранении:

Организационно-распорядительные. Позволяют компенсировать просчёты в планировании, оперативно реагировать на изменяющуюся ситуацию и вносить коррективы путём директив, приказов, указаний, распоряжений, резолюций, предписаний.

Экономические. Включают в себя экономический анализ деятельности организации здравоохранения, методы планирования и прогнозирования, статистического анализа.

Социально-психологические. Совокупность средств воздействия на коллектив, на происходящие в нём процессы в целом и на отдельных работников в частности.

Общественные или коллективные. Подразумевают демократизацию управления, то есть расширение участия работников в выполнении управленческих функций.

49. Методы управления в здравоохранении.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Методы управления в здравоохранении:

Организационно-распорядительные. Позволяют компенсировать просчёты в планировании, оперативно реагировать на изменяющуюся ситуацию и вносить коррективы путём директив, приказов, указаний, распоряжений, резолюций, предписаний.

Экономические. Включают в себя экономический анализ деятельности организации здравоохранения, методы планирования и прогнозирования, статистического анализа.

Социально-психологические. Совокупность средств воздействия на коллектив, на происходящие в нём процессы в целом и на отдельных работников в частности.

Общественные или коллективные. Подразумевают демократизацию управления, то есть расширение участия работников в выполнении управленческих функций.

50. Экономика здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Экономика здравоохранения — это отраслевая экономическая наука, изучающая экономические отношения, законы, влияющие на удовлетворение потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья населения при определённом уровне ресурсов.

Цель экономики здравоохранения — удовлетворение потребности населения в медицинской помощи, достижение максимального эффекта в оказании медицинской помощи при наименьших затратах.

Задачи экономики здравоохранения:

изучение экономических законов в системе здравоохранения;

определение роли здравоохранения в системе общественного производства;

расчёт потребности в необходимых ресурсах;

обеспечение эффективного и рационального использования имеющихся ресурсов и организации труда медперсонала;

оценка экономической эффективности деятельности медицинских организаций, эффективности медицинских технологий;

оценка эффективности систем оплаты труда работников здравоохранения, определение норм нагрузки на персонал;

подготовка кадров в сфере экономики здравоохранения.

51. Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения — это совокупность приёмов и методов оценивания и сравнительной характеристики показателей как лечебно-производственной, так и финансовой деятельности предприятий и органов здравоохранения.

Цель анализа — определить способы рационального и максимально эффективного использования ресурсов отрасли, местных условий и ресурсов.

Главные задачи экономического анализа деятельности здравоохранения:

контроль за выполнением плановых показателей и их оценка;

контроль эффективности использования материальных, финансовых, трудовых и управленческих ресурсов;

выявление и анализ факторов, обуславливающих полученные показатели;

поиск и выявление возможных скрытых резервов повышения эффективности функционирования медицинского учреждения и повышения его доходности;

анализ и оценка управленческой деятельности и управленческих решений.

Выделяют два основных направления анализа функционирования предприятий медицинской отрасли: это анализ финансового состояния медучреждения и анализ эффективности его производственной деятельности (уровень заболеваемости, качество лечения, ассортимент предоставляемых медицинских услуг).

52. Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба заключается в реализации мер по снижению заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

Различают прямой и косвенный экономический ущерб:

Прямой экономический ущерб — затраты материальных, финансовых, информационных и других ресурсов (в стоимостном выражении), которые используются в процессе оказания населению медицинской помощи.

Косвенный экономический ущерб — экономические потери, связанные с выплатами пособий по временной утрате трудоспособности, пенсий по инвалидности, числом непрожитых трудоспособных лет жизни (в стоимостном выражении), уменьшением производства внутреннего валового продукта (ВВП) и др..

Предотвращённый экономический ущерб — это разница между экономическим ущербом до и после проведения мероприятий, направленных на улучшение здоровья населения, снижение заболеваемости, травматизма, нетрудоспособности, предотвращение преждевременной смерти и т. д..

Эффективность здравоохранения оценивается по уменьшению общего экономического ущерба и рассчитывается путём разности общего экономического ущерба разных сравниваемых периодов

53. Планирование здравоохранения, основные принципы.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Планирование в здравоохранении — это комплекс мероприятий по определению необходимых ресурсов и механизмов их эффективного использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения.

Основные принципы планирования в здравоохранении:

Системный подход. Каждый объект при планировании рассматривается как сложная и большая система и, в то же время, в качестве отдельного элемента более крупной системы.

Сочетание территориального и отраслевого видов планирования. План развития здравоохранения представляется в качестве отрасли как части общего масштабного плана социально-экономического развития какого-либо отдельного территориального субъекта или муниципальных образований.

Выделение при планировании приоритетных направлений. Этот принцип приобретает особенно большое значение при планировании в условиях ограниченных ресурсов, которые должны быть оптимально распределены между приоритетными направлениями.

Директивность планов. Основные показатели плана, утверждённого на уровне, стоящем по иерархии выше, должны обязательно исполняться на всех нижестоящих уровнях управления здравоохранением.

Единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения.

Обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного.

54. Виды и методы планирования в здравоохранении.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Виды планирования в здравоохранении:

Стратегическое. Определяет цели, задачи, приоритеты, ресурсы и прогнозируемые результаты деятельности системы здравоохранения в целом и отдельных медицинских организаций на перспективу 10 и более лет.

Перспективное. Заключается в разработке программ и планов развития здравоохранения в конкретных субъектах РФ и муниципальных образованиях в рамках уже утверждённых стратегических планов сроком обычно на 3–5 лет.

Текущее. При этом виде планирования разрабатываются ежегодные планы и программы деятельности системы здравоохранения в конкретных субъектах РФ, муниципальных образованиях и конкретных организациях здравоохранения в соответствии с уже принятыми перспективными программами и планами.

Основные методы планирования в здравоохранении:

Аналитический метод. Планирование на основании изучения показателей здоровья населения и результатов деятельности медицинских учреждений.

Нормативный метод. Используется в стратегическом, перспективном и текущем планировании на основе утверждённых нормативов.

Балансовый метод. Позволяет увязывать потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи с их ресурсным обеспечением.

Экономико-математический метод. Применяется при необходимости научно обосновать оптимальные варианты плана.

Программно-целевой метод планирования и управления позволяет решать сложные многоцелевые проблемы, предусматривает согласование и эффективное использование финансовых, материально-технических, кадровых ресурсов для достижения конкретных целей в определённые сроки.

Основная особенность программно-целевого управления — это нацеленность на конечный результат.

Применительно к здравоохранению конечный результат выражается в широкой доступности и увеличении качества оказываемой медицинской помощи, как следствие — сокращение смертности, инвалидности и заболеваемости населения.

В здравоохранении программно-целевой метод реализуется через Национальную программу государственных гарантий и через федеральные целевые программы.

55. Финансирование здравоохранения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Финансирование здравоохранения — предоставление финансовых ресурсов экономическим субъектам для осуществления программ или экономических и социальных мероприятий.

Основные источники финансирования здравоохранения в РФ:

средства бюджетов всех уровней;
средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование;
средства целевых фондов, предназначенные для охраны здоровья граждан;
средства государственных внебюджетных целевых фондов;
доходы организаций здравоохранения от осуществления в установленном законом порядке предпринимательской деятельности;
добровольные взносы и пожертвования граждан и юридических лиц;
другие источники, не запрещённые законодательством РФ.

К внешним источникам финансирования здравоохранения относятся:

различные уровни бюджета (федеральный, региональный, муниципальный);
средства ОМС;
средства ДМС;
средства благотворительных фондов;
кредиты, ссуды, лизинг, факторинг.

К внутренним источникам финансирования здравоохранения относятся:

рыночные источники — доходы медицинской организации, образующиеся в результате продажи медицинской услуги (по рыночным ценам);
нерыночные источники — доходы медицинской организации, образующиеся в результате перераспределения денежных доходов населения и организации в пользу данных организаций.

Порядок проведения промежуточной аттестации:

Тестирование проводится в течение 30-ти минут в СДО Moodle и включает 50 вопросов из базы тестов. Собеседование проводится по билету, включающему 2 вопроса.

Критерии оценивания:

Структура рейтинга обучающегося на зачёте включает 2 раздела, по которым, выставляются рейтинговые оценки:

Рейтинговая оценка	Вес рейтинговой оценки
Тестирование	0,2
Собеседование по билету	0,8

Трансформация рейтинговых баллов по результатам тестирования в СДО Moodle в 10-балльную шкалу оценки знаний

Рейтинговые баллы	10-балльная шкала оценки знаний
90-100	10
80-89,9	8
70-79,9	6
Менее 70	0

Оценка собеседования по билету:

оценка «отлично» («5») выставляется обучающемуся, который продемонстрировал исчерпывающие знания по всем вопросам билета с учётом данных дополнительной литературы;

оценка «хорошо» («4») выставляется обучающемуся, который продемонстрировал наличие прочных знаний, допустил непринципиальные неточности при ответе;

оценка «удовлетворительно» («3») выставляется обучающемуся, который продемонстрировал достаточные знания по дисциплине, допускал ошибки при ответе;

оценка «неудовлетворительно» («2») выставляется обучающемуся, который не продемонстрировал знания по дисциплине и допускал многочисленные принципиальные ошибки.

В зачетную книжку выставляется «оценка» за промежуточную аттестацию исходя из следующих

рейтинговых баллов:

Оценки по 5-ти балльной шкале переводятся в рейтинговые баллы по 10-ти балльной шкале:

5-ти балльная шкала	10-ти балльная шкала
5	10
4	8
3	6
2	0

Соответствие рейтинговых баллов и оценок

Рейтинговые баллы	Оценки за промежуточную аттестацию
90-100	отлично
70-89,9	хорошо
60-69,9	удовлетворительно
Менее 60	неудовлетворительно

Максимально возможный успех по дисциплине – «отлично», что равно 100%.

Билеты для промежуточной аттестации

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 1

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

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 2

1. Основные законодательные и нормативные акты, регулирующие охрану здоровья граждан и медицинское страхование в Российской Федерации.
2. Виды и методы планирования в здравоохранении.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 3

1. Программа Государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи: понятие минимального государственного социального стандарта, основная цель, задачи, финансирование.
2. Планирование здравоохранения, основные принципы.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 4

1. Виды медицинской помощи, предоставляемые гражданам Российской Федерации в рамках Программы Государственных гарантий.
2. Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением

31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 5

1. Основные принципы охраны здоровья.
2. Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 6

1. Качество медицинской помощи и его составляющие.
2. Экономика здравоохранения

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 7

1. Диспансерный метод в работе поликлиники, основные задачи, методика, контингенты
2. Методы управления в здравоохранении.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 8

1. Профилактика (определение, виды).
2. Функция и стили управления в здравоохранении.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 9

1. Образ жизни и здоровье.
2. Понятие управления в здравоохранении..

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 10

1. Факторы риска и здоровье.
2. Принципы управления.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 11

1. Первичная медико-санитарная помощь: содержание понятия, права граждан при ее получении.
2. Виды профилактических медицинских осмотров детского населения и их характеристика..

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 12

1. Социальная и правовая защита медицинских работников.
2. Организация и порядок проведения профилактических медицинских осмотров детского населения (название регламентирующего документа, его структура и содержание).

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 13

1. Проведение диспансеризации, включая углублённую диспансеризацию и диспансеризацию граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья
2. Инвалидность как показатель здоровья детского населения.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении

Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 14

1. Современные технологии и подходы к организации медицинской помощи детям.
- 2 Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности. Основные задачи медико-социальных экспертных комиссий.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 15

1. Современные подходы к снижению смертности детского населения
- 2 . Организация работы врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения: ее состав, основные задачи..

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 16

1. Инвалидность как один из критериев здоровья населения. Источники информации. Показатели, методика их вычисления и оценки. Факторы, влияющие на показатели инвалидности.
- 2 . Организация и порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности лечащим врачом

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 17

1. Факторы, влияющие на динамику заболеваемости населения
- 2 . Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 18

1. Методы изучения заболеваемости населения, их сравнительная характеристика. Показатели заболеваемости.
2. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 19

1. Учетная документация, используемая для сбора и анализа информации о заболеваемости. Оценка заболеваемости с позиций доказательной медицины.
2. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по заболеваниям и травмам.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 20

1. Определение понятия заболеваемости, источники информации. Виды заболеваемости. Значение изучения заболеваемости.
2. Виды документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, в каких случаях они выдаются.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 21

1. Статика населения: важнейшие показатели, значение в практике здравоохранения.
2. Виды временной нетрудоспособности.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 22

1. Определение медицинской демографии, разделы, демографические показатели. Основные проблемы. Применение демографических показателей в здравоохранении.
2. Организация лечебно-профилактической помощи сельскому населению.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 23

1. Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «детская эндокринология»
2. Заболеваемость по результатам медицинских осмотров.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 24

1. Общественное здоровье, определение, уровни. Критерии общественного здоровья. Факторы, влияющие на общественное здоровье.
2. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (методика расчета показателей).

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 25

1. Основные средства контроля качества медицинской помощи.
2. Заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями (показатели, динамика)

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 26

1. Качество медицинской помощи и его составляющие.
2. Методика изучения общей заболеваемости (показатели, динамика).

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением

31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 27

1. Виды медицинской помощи, предоставляемые гражданам Российской Федерации в рамках Программы Государственных гарантий.
2. Организация лечебно-профилактической помощи по профилю «детская эндокринология».

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 28

1. Программа Государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи: понятие минимального государственного социального стандарта, основная цель, задачи, финансирование.
2. Роль современных реформ здравоохранения в совершенствовании профилактической работы поликлиники.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 29

1. Основные законодательные и нормативные акты, регулирующие охрану здоровья граждан и медицинское страхование в Российской Федерации
2. Современные технологии и подходы к организации медицинской помощи в детской эндокринологии

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра управления в здравоохранении
Организация и управление здравоохранением
31.08.17 Детская эндокринология

Билет к зачёту № 30

1. Понятие здоровья, здравоохранения. Основные методы изучения общественного здоровья.
2. Роль участкового врача и врачей различных специальностей в организации диспансерного наблюдения.

Заведующий кафедрой _____ /Н.Е. Нехаенко/