Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
с курсом медико-социальной экспертизы

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«27» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 № 97 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-организатор здравоохранения и общественного здоровья».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-организатор

здравоохранения и общественного здоровья».

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	**УК-1.** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	**УК-2.** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
Командная работа и лидерство	**УК-3.** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
Коммуникация	**УК-4.** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	**УК-5.** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **общепрофессиональными компетенциями**:

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
Деятельность в сфере информационных технологий	**ОПК-1.** Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	**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
Педагогическая деятельность	**ОПК-3.** Способен осуществлять педагогическую деятельность
Административно-хозяйственная комплексная деятельность по обеспечению работы медицинской организации	**ОПК-4.** Способен управлять кадровыми, финансовыми, материально-техническими и информационными ресурсами организации здравоохранения
	ОПК-5. Способен к разработке, внедрению и совершенствованию системы менеджмента качества и безопасности деятельности медицинской организации
	ОПК-6. Способен к организационному лидерству, определению политики и стратегических целей деятельности организации здравоохранения или отдельных подразделений
	ОПК-7. Способен осуществлять деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации
Медицинская деятельность	**ОПК-8.** Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
ОТФ А Статистический учет в медицинской организации	**ПК-1.** Способен к проведению статистического учета в медицинской организации

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
ТФ A/01.	
ОТФ C Организация деятельности структурного подразделения медицинской организации **ТФ C/01.8**	**ПК-2.** Способен к организации деятельности структурного подразделения медицинской организации
ОТФ F Управление ресурсами медицинской организации, взаимодействие с другими организациями **ТФ F/01.8**	**ПК-3.** Способен к управлению ресурсами медицинской организации, взаимодействие с другими организациями
ОТФ F Стратегическое планирование, обеспечение развития медицинской организации **ТФ F/04.8**	**ПК-4.** Способен к стратегическому планированию, обеспечению развития медицинской организации
ОТФ F Оказание медицинской помощи в экстренной форме **ТФ F/05.8**	**ПК-5.** Способен к оказанию медицинской помощи в экстренной форме

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1 . Укажите определение здоровья, данное в уставе ВОЗ:

1) здоровье – это состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему наилучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции;

2) здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов;

3) здоровье – это состояние организма, при котором он функционирует оптимально без признаков заболевания или какого-либо нарушения.

2. Основными показателями общественного здоровья являются:

1) показатели заболеваемости;

2) показатели инвалидности;

3) показатели физического развития;

4) демографические показатели

5) все вышеперечисленное.

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

- контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;
- контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;
- ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье.

Примеры контрольных вопросов:

1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука о закономерностях общественного здоровья. Предпосылки возникновения науки. Определения «здоровье», «общественное здоровье», «качество жизни». Уровни оценки здоровья. Структура, методы изучения дисциплины, факторы определяющие общественное здоровье, показатели группы здоровья, обусловленность состояния здоровья (по Ю.П. Лисицыну).
2. Альтернативные источники финансирования. Кредит (условия срочности, возвратности, платности), виды кредитов, лизинг (оперативный и финансовый). Субъекты лизинговой сделки. Факторинг.

Примеры контрольных заданий:

1. Организация учета и сбора информации о состоянии здоровья населения и его отдельных групп.
2. Анализ состояния здоровья населения и его отдельных групп.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

В одном из районов города несколько лет работает крупное предприятие химической промышленности, выбросы которого загрязняют атмосферный воздух сернистым газом, парами серной кислоты и спирта. Для изучения влияния загрязнения воздуха на здоровье населения в исследуемом районе было обследовано 120 детей младшего школьного возраста. Из общего числа исследуемых тонзиллит диагностирован у 60 детей, конъюктивит обнаружен у 38, кариес – у 50, кожными болезнями страдали 12 человек. В контрольном районе обследовано 134 ребенка того же возраста, из них тонзиллитом страдали 16 человек, конъюктивитом – 8, кариесом – 12, кожные болезни не выявлены.

Задание:

1. Вычислите интенсивные и экстенсивные коэффициенты заболеваемости детей младшего школьного возраста тонзиллитом, конъюктивитом, кариесом зубов и кожными болезнями, проживающими в районе с загрязнением воздушного бассейна и в контрольном районе.

Ситуационная задача № 2.

В лечебно-профилактических учреждениях города за отчетный период было зарегистрировано 400 000 первичных обращений населения, в том числе по поводу болезней органов дыхания – 130 000; травм, отравлений и других последствий внешних причин – 65 000; болезней нервной системы – 25 000. среднегодовая численность населения в отчетном году составила 600 000 человек.

Задания:

1. На основании представленных абсолютных данных рассчитайте относительные показатели.
2. Укажите, к какому виду относительных величин они относятся.

3. Назовите 4 вида относительных величин и раскройте их сущность.

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Организации.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:
– от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
– от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
– от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
– менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Двойников С. И. Организационно-аналитическая деятельность: учебник / С. И. Двойников и др.; под ред. С. И. Двойникова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 480 с. – ISBN 978-5-9704-4069-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440698.html

2. Колосницына М. Г. Экономика здравоохранения / под ред. М. Г. Колосницыной, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4228-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442289.html

3. Царик Г. Н. Здравоохранение и общественное здоровье: учебник / под ред. Г. Н. Царик – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 912 с. – ISBN 978-5-9704-4327-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443279.html

4. Царик Г. Н. Информатика и медицинская статистика / под ред. Г. Н. Царик – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 304 с. – ISBN 978-5-9704-4243-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442432.html

5. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик. - 4-е изд. , перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-5737-5. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457375.html

Дополнительная литература:

1. Какорина Е. П. Алгоритмы расчета основных показателей деятельности медицинских организаций: метод. рекомендации / Е. П. Какорина [и др.] – Москва:

ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 400 с. – ISBN 978-5-9704-3880-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438800.html

2. Шипова В. М. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении / Шипова В. М. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 312 с. – ISBN 978-5-9704-4631-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446317.html

3. Татарников М. А. Делопроизводство в медицинских организациях / Татарников М. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-4871-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448717.html

4. Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семеновой Т. В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с. – ISBN 978-5-9704-4977-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449776.html

5. Шипова В. М. Нормы труда медицинских работников поликлиник / Шипова В. М. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 168 с. – ISBN 978-5-9704-4727-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447277.html

6. Шипова В. М. Современные проблемы планирования численности медицинских работников больничных учреждений / Шипова В. М. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 96 с. – ISBN 978-5-9704-4808-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448083.html

7. Шипова В. М. Средние и младшие медицинские работники: нормативы численности, методики расчетов / Шипова В. М., Берсенева Е. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-5403-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454039.html

8. Шипова В. М. Дополнительные материалы к изданию «Регулирование трудовых отношений в здравоохранении» / Шипова В. М. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – ISBN 978-5-9704-5649-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456491-EXT.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Организация здравоохранения и общественное здоровье /53	**1 . Укажите определение здоровья, данное в уставе ВОЗ:** 1) здоровье – это состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему наилучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции; 2) здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов; 3) здоровье – это состояние организма, при котором он функционирует оптимально без признаков заболевания или какого-либо нарушения. **2. Основными показателями общественного здоровья являются:** 1) показатели заболеваемости; 2) показатели инвалидности; 3) показатели физического развития; 4) демографические показатели 5) все вышеперечисленное. **3. Демография – это наука, изучающая:** 1) здоровье населения; 2) факторную обусловленность здоровья; 3) численность, состав и воспроизводство населения в его общественном развитии; 4) вопросы брачности и плодовитости; 5) закономерности. **4. Показателями естественного движения населения являются:** 1) смертность; 2) смертность по возрастным группам; 3) рождаемость; 4) суммарный коэффициент рождаемости; 5) естественный прирост. **5. Демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется:** 1) увеличением естественного прироста; 2) нулевым естественным приростом; 3) отрицательным естественным приростом; 4) демографическим взрывом; 5) волнообразностью демографического процесса. **6. Впервые в жизни установленный диагноз относится**

		к понятию: 1) первичное посещение; 2) первичная заболеваемость; 3) болезненность; 4) обращаемость; 5) острые заболевания. **7. Совокупность всех первичных обращений в ЛПУ в течение года относится к понятию:** 1) заболеваемость; 2) болезненность; 3) патологическая пораженность; 4) обращаемость; 5) хроническая болезнь. **8. К методам изучения заболеваемости можно отнести данные, полученные:** 1) по обращаемости; 2) по медицинским осмотрам; 3) по причинам смерти; 4) все выше перечисленное. **9. Уровень общей заболеваемости населения характеризуется коэффициентом:** 1) экстенсивным; 2) соотношения; 3) интенсивным; 4) наглядности. **10. Основной учетный документ при изучении общей заболеваемости по обращаемости:** 1) амбулаторная карта; 2) листок нетрудоспособности; 3) экстренное извещение; 4) карта выбывшего больного из стационара; 5) талон амбулаторного пациента. **11. Индивидуальная оценка заболеваемости определяется критериями:** 1) уровнем заболеваемости; 2) структурой заболеваемости; 3) кратностью заболеваний в год; 4) средней длительностью одного заболевания; 5) общей длительностью всех заболеваний в год в расчете на одного больного. **12. Определенное число лиц, объединенное в группу для изучения какого-либо признака, называется:** 1) популяцией; 2) статистической совокупностью; 3) этносом; 4) объектом исследования; 5) единицей наблюдения. **13. Для оценки распространенности какого-либо явления или признака используется:** 1) интенсивный показатель; 2) мода; 3) экстенсивный показатель;

		4) показатель соотношения; 5) средняя арифметическая величина. **14. Для оценки обеспечения населения врачами используется:** 1) показатель инстенсивности; 2) показатель экстенсивности; 3) показатель соотношения; 4) средняя арифметическая величина; 5) любой относительный показатель. **15. Средняя ошибка средней арифметической величины и относительного показателя – это:** 1) мера достоверности результата; 2) разность между минимальным и максимальным значением признака; 3) число степеней свободы. **16. Листок нетрудоспособности при санаторно-курортном лечении выдается:** 1) на число дней, недостающих к очередному отпуску и дополнительному отпуску и время проезда; 2) на длительность санаторно-курортного лечения и время проезда; 3) на длительность отпуска. **17. При временном отстранении от работы лиц, контактировавших с инфекционными больными, или вследствие бактерионосительства листки нетрудоспособности выдаются:** 1) врачом-эпидемиологом или врачом-инфекционистом; 2) лечащим врачом или врачом-инфекционистом по представлению эпидемиолога. **18. Все из нижеперечисленного истинно относительно порядка выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам за исключением того, что:** 1) по беременности и родам листок нетрудоспособности выдается только врачом акушером-гинекологом; 2) по беременности и родам листок нетрудоспособности выдается врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии – врачом, ведущим общий режим; 3) выдача листка нетрудоспособности производится с 30 недель беременности (70 календарных дней до родов и 70 – после родов); 4) при многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается с 28 недель беременности, при этом общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет 180 дней. **19. Инвалидность 1 группы устанавливается во всех перечисленных случаях, кроме:** 1) лицам, у которых наступила полная постоянная или длительная потеря трудоспособности, нуждающимся в постоянном уходе (помощи или надзоре); 2) лицам, которые, несмотря на стойкие, резко выраженные функциональные нарушения и нуждаемость

		в постоянном уходе и помощи, могут работать в особо созданных, индивидуально организованных условиях (специальные цехи, работа на дому, рабочие приспособления и др.); 3) лицам, которым все виды труда на длительный период противопоказаны вследствие возможности ухудшения течения заболевания под влиянием трудовой деятельности. **20. Инвалидность II группы устанавливается во всех перечисленных случаях, кроме:** 1) лицам, которым все виды труда на длительный период противопоказаны вследствие возможности ухудшения течения заболевания под влиянием трудовой деятельности; 2) лицам, у которых наступила полная постоянная или длительная потеря трудоспособности, нуждающимся в постоянном уходе (помощи или надзоре); 3) лицам с тяжелыми хроническими заболеваниями, комбинированными дефектами опорно-двигательного аппарата и значительной потерей зрения, которым труд не противопоказан, но доступен лишь в специально созданных для них условиях; 4) лицам, которые, несмотря на стойкие, резко выраженные функциональные нарушения и нуждаемость в постоянном уходе или помощи, могут работать в особо созданных, индивидуально организованных условиях. **21. III группа инвалидности устанавливается во всех нижеперечисленных случаях, кроме:** 1) при необходимости перевода по состоянию здоровья на работу другой профессии более низкой квалификации вследствие невозможности продолжать работу в своей прежней профессии (специальности); 2) при необходимости по состоянию здоровья значительных изменений условий работы в своей профессии, которые приводят к значительному сокращению объема производственной деятельности и тем самым к снижению квалификации; 3) при значительном ограничении возможности трудового устройства вследствие выраженных функциональных нарушений у лиц малой квалификации или ранее не работавших; 4) независимо от выполняемой работы при анатомических дефектах или деформациях, влекущих за собой нарушение функций и значительные затруднения в выполнении профессионального труда; 5) лицам, у которых наступила полная постоянная или длительная потеря трудоспособности вследствие нарушения функций организма и нуждающихся в постоянном постороннем уходе. **22. Все из нижеперечисленного истинно, за исключением того, что:** 1) участникам ликвидации последствий аварии на

		Чернобыльской АЭС 1986-1987 гг. и приравненных к ним лиц, включая тех, которые в момент эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, листок нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения выдается при наличии медицинских показаний на весь срок путевки и дни проезда без вычета очередного и дополнительного отпусков; 2) работающим воинам - интернационалистам, инвалидам ВОВ листок нетрудоспособности выдается на весь срок действия путевки и дни проезда; 3) при направлении на санаторно-курортное лечение в санатории здравоохранения «мать и дитя» ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет при наличии медицинского заключения о необходимости индивидуального ухода за ним листок нетрудоспособности выдается одному из родителей (опекуну) на весь период санаторного лечения ребенка с учетом времени проезда; 4) работающим воинам-интернационалистам листок нетрудоспособности выдается на срок путевки и проезда за вычетом очередного и дополнительного отпусков. **23. Основными показателями работы врача-терапевта в поликлинике являются:** 1) нагрузка на врачебную должность; 2) заболеваемость населения; 3) охват населения предварительными при поступлении на работу медицинскими осмотрами; 4) полнота охвата больных диспансерным наблюдением и эффективность диспансеризации; 5) процент совпадения поликлинических и клинических диагнозов. **24. Для оценки организации лечебно-диагностического процесса в стационаре применяются показатели:** 1) средняя длительность пребывания больного в стационаре; 2) частота послеоперационных осложнений. **25. Какие виды медицинского страхования предусмотрены законом РФ «О медицинском страховании граждан РФ»:** 1) обязательное медицинское страхование; 2) добровольное медицинское страхование; 3) смешанное медицинское страхование; 4) дополнительное медицинское страхование. **26. Что определяет максимальную доступность врача общей (семейной) практики для населения?** 1) продолжительный амбулаторный прием и вызов врача на дом к больному; 2) универсальность знаний и практических навыков и высокая техническая оснащенность; 3) развитая система медицинского страхования; 4) все вышеперечисленное. **27. Какая максимальная численность населения для**

		работы врача общей (семейной) практики предусмотрена приказом МЗ РФ №237 от 1992 г.: 1) 2700 человек; 2) 1200 человек; 3) 800 человек. **28. Организация диспансерного наблюдения включает:** 1) активное выявление и взятие на учет больных, лиц с факторами риска; проведение лечебно-оздоровительных мероприятий; 2) активное динамическое наблюдение и лечение; 3) анализ качества и эффективности диспансерного наблюдения; 4) все выше изложенное. **29. Укажите основные показатели эффективности диспансерного наблюдения населения:** 1) летальность; 2) полнота и своевременность взятия на диспансерное наблюдение; 3) процент перевода по группам диспансерного наблюдения; 4) кратность заболеваний и обострений. **30. Все следующие учреждения относятся к лечебно-профилактическим, кроме:** 1) амбулаторно-поликлинические, диспансеры; 2) больничные, скорой и неотложной медицинской помощи; 3) санаторно-курортные и охраны материнства и детства; 4) судебно-медицинской экспертизы и аптечные. **31. Основные задачи врача при работе с семьей, где имеется больной:** 1) сформировать правильное представление о болезни и стимулировать реакцию приспособления; 2) помочь членам семьи реорганизовать свою жизнь в изменившихся условиях и разобраться в своих чувствах и чувствах остальных; 3) помочь избежать неправильного поведения и включить пациента в жизнь семьи; 4) все выше указанное верно. **32. Мощность стационара определяется:** 1) численностью обслуживаемого населения; 2) количеством коек; 3) количеством оказываемых медицинских услуг; 4) количеством работающих врачей; 5) все перечисленное верно. **33. Летальность определяется следующими основными факторами:** 1) тяжестью состояния, сложностью случая заболевания; 2) неудовлетворительным качеством диагностики, лечения и ухода за больными в приемном и (или) профильных специализированных отделениях; неудовлетворительной организацией службы

		реанимации; 3) несвоевременной и поздней госпитализацией; 4) неудовлетворительной материально-технической базой; 5) всем выше перечисленным. **34. В состав сельского врачебного участка входят перечисленные, кроме:** 1) фельдшерско-акушерских пунктов; 2) участковой больницы; 3) санаториев, располагающихся на территориях сельских населенных пунктов. **35. Основными задачами и функциями сельской участковой больницы являются все, кроме:** 1) оказание лечебно-профилактической помощи; 2) проведение лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья матери и ребенка; 3) организация диспансерного наблюдения; 4) проведение медико-социальной экспертизы. **36. В состав оргметодотдела областной клинической больницы входит ниже перечисленное, кроме:** 1) отделение консультативной помощи; 2) отделение врачей-методистов; 3) отделение экспертов. **37. Обязательное медицинское страхование регулируется:** 1) страховыми организациями; 2) фондами ОМС; 3) государством; 4) медицинскими учреждениями; 5) Министерством здравоохранения и социального развития. **38. Какой из ниже перечисленных субъектов не относится к субъектам обязательного медицинского страхования:** 1) гражданин (страхуемый); 2) страхователь (работодатель и местная администрация); 3) страховщик (страховая медицинская компания); 4) врачебные ассоциации; 5) территориальный фонд ОМС; 6) медицинские учреждения. **39. Система финансирования здравоохранения в России в настоящее время является:** 1) государственной; 2) страховой; 3) бюджетно-страховой; 4) частной. **40. На медицинские услуги по программе ОМС устанавливаются цены:** 1) договорные; 2) утвержденные администрацией территорий; 3) свободные; 4) бюджетные;

		5) альтернативные. **41. Бесплатная медицинская помощь в государственных учреждениях здравоохранения обеспечивается за счет средств:** 1) бюджета; 2) ОМС; 3) ДМС; 4) благотворительных взносов; 5) предприятий и организаций. **42. Документами, дающими право заниматься медицинской или фармацевтической деятельностью в РФ, являются:** 1) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) учебного заведения; 2) сертификат специалиста; 3) лицензия; 4) свидетельство об окончании интернатуры; 5) свидетельство об окончании курсов повышения квалификации. **43. В соответствии с Законом о медицинском страховании к субъектам медицинского страхования относятся:** 1) страхователи – работодатели; 2) страхователи - администрация территорий; 3) страховые медицинские организации; 4) медицинское учреждение; 5) застрахованные граждане. **44. Социальная профилактика включает:** 1) проведение прививок; 2) проведение медицинских осмотров; 3) выявление заболеваний; 4) улучшение условий труда и отдыха; 5) повышение материального благосостояния. **45. Медицинская профилактика включает:** 1) проведение прививок; 2) проведение медицинских осмотров; 3) выявление заболеваний; 4) улучшение условий труда и отдыха; 5) повышение материального благосостояния. **46. Первичная профилактика включает:** 1) проведение прививок; 2) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний; 3) выявление заболеваний; 4) мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболевания; 5) повышение материального благосостояния. **47. К методам и средствам первичной профилактики следует отнести:** 1) раннюю диагностику заболеваний;

		2) вакцинирование; 3) профилактическую госпитализацию; 4) оздоровление окружающей среды. **48. Целью вторичной профилактики является предупреждение возникновения:** 1) острых заболеваний; 2) осложнений заболеваний; 3) несчастных случаев; 4) хронических заболеваний. **49. Врачи поликлиники выполняют следующие виды работ:** 1) диагностика и лечение заболеваний; 2) профилактическая работа; 3) санитарно-просветительная работа; 4) противоэпидемическая работа; 5) ведение оперативно-учетной документации. **50. Организация диспансерного наблюдения включает:** 1) активное выявление и взятие на учет больных и лиц с факторами риска; 2) активное динамическое наблюдение и лечение; 3) проведение лечебно-оздоровительных мероприятий; 4) регулирование потока посетителей поликлиники; 5) анализ качества и эффективности диспансерного наблюдения. **51. Эффективность диспансерного наблюдения оценивается показателями:** 1) полноты взятия на диспансерное наблюдение; 2) своевременности взятия на диспансерное наблюдение; 3) летальности; 4) кратности обострений и заболеваний; 5) процента перевода по группам диспансерного наблюдения. **52. Для оценки качества диагностики в стационарных учреждениях используются показатели:** 1) частота осложнений; 2) средняя длительность лечения больного; 3) летальность; 4) частота рецидивов заболевания; 5) частота расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов. **53. Медико-экономическими стандартами называются:** 1) медицинская технология; 2) конечные результаты выполнения медицинской технологии; 3) стоимость выполнения медицинской технологии; 4) совокупность различных методов диагностики и лечения; 5) расчет стоимости выполнения определенного метода лечения.

2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. Количественной характеристикой конкретной информации в здравоохранении является** а) медиана б) вариация в) показатель г) модуль **2. Инвалидом признается лицо, имеющее ____ нарушение здоровья, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость ___** а) обратимое; его санаторно-курортного лечения б) незначительное; его стационарного лечения в) временное; выдачи ему листка нетрудоспособности г) стойкое; его социальной защиты **3. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи включает** а) порядки оказания медицинской помощи б) объемы соответствующих видов медицинской помощи в) стандарты медицинской помощи г) протоколы ведения пациентов **4. Применение клинических рекомендаций, стандартов и порядков медицинской помощи способствует** а) выработке единых подходов к оказанию медицинской помощи б) повышению укомплектованности медицинскими кадрами в) реорганизации медицинских организаций г) увеличению расходов финансовых средств **5. В основе организации оказания первичной медико-санитарной помощи лежит ____ принцип** а) гендерно-возрастной б) этапный в) индивидуальный г) территориально-участковый
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине**

		учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций /5	**1. К задачам медицинской экспертизы продовольствия относится всё, кроме:** 1) оценка товарных качеств продовольствия, его соответствие сертификатам, санитарным нормам, срокам реализации; 2) выявление признаков и оценка степени испорченности продуктов с целью предотвращения пищевых отравлений, инфекционных заболеваний с пищевым механизмом передачи, гельминтозов (плановая, периодическая, спорадичная экспертиза); 3) витаминизация основных и дополнительных пайков; 4) экстренная медицинская экспертиза продовольствия при расследовании причин пищевых отравлений, инфекционных заболеваний, в условиях катастроф, других чрезвычайных ситуаций, при применении неприятелем средств массового поражения во время войны; 5) с целью выявления заражения или отравления отступающим неприятелем продовольствия с диверсионной целью. **2. При расчете потребности формирований (и/или потерпевшего населения при чрезвычайной ситуации) в воде учитывают:** 1) оперативную обстановку; 2) время года; 3) наличие пригодной для использования воды; 4) наличие технических средств для ее добычи, хранения и перевозки; 5) всё верно. **3. Землетрясение относится к одному из видов**

		катастроф: 1) природных; 2) техногенных; 3) антропогенных; 4) социальных. **4. В качестве табельных средств для обеззараживания воды используются:** 1) таблетки Пантоцид; 2) таблетки Аквасепт; 3) таблетки Рапосепт. **5. Способы хлорирования воды**: 1) хлорирование нормальными дозами; 2) гиперхлорирование; 3) хлорирование с преаммонизацией гипохлорирование.
5.	Медицинские информационные технологии /5	**1. Комплекс методологических, программных, технических, информационных и организационных средств, поддерживающих процессы функционирования информатизируемой организации, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **2. Совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в лечебно-профилактическом учреждении, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **3. Свойство информации отвечать запросам потребителей** а) ценность б) релевантность в) доступность г) эргономичность **4. Медицинская информация это** а) любая информация о человеке б) информация о социальном статусе человека в) информация, относящаяся к человеку как пациенту г) совокупность средств лечения **5. Автоматизированные медицинские информационные системы постоянного интенсивного наблюдения относятся к классу** а) ресурсных информационных медицинских систем б) технологических информационных медицинских систем в) статистико-аналитических информационных медицинских систем г) образовательных информационных медицинских систем

6.	Основы персонифицированной медицины /10	**1. Генетические особенности пациента, влияющие на фармакологический ответ, представляют собой:** 1) хромосомные перестройки; 2) хромосомные транслокации; 3) однонуклеотидные полиморфизмы (SNP). **2. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9*3 активность изофермента цитохрома Р450 2С9:** 1) высокая; 2) нормальная; 3) низкая. **3. При выявлении у больного с постоянной формой фибрилляции предсердий гетерозиготного носительства «медленного» аллельного варианта гена CYP2C9 необходимо:** 1) воздержаться от применения непрямых антикоагулянтов; 2) воздержаться от применения варфарина, назначить аценокумарол; 3) воздержаться от назначения аценокумарола, назначить варфарин; 4) назначить варфарин или аценокумарол в минимальной начальной дозе; **4. У больного с болевым синдромом, у которого выявляется дубликация гена CYP2D6, обезболивающий эффект при применении трамадола будет:** 1) слабым; 2) выраженным; 3) средним. **5. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом:** 1) иммуноферментного анализа; 2) иммунофлюоресцентного анализа; 3) полимеразной цепной реакцией; 4) высокоэффективной жидкостной хроматографии. **6. Неонатальный скрининг предполагает:** 1) обследование детей из учреждений для слабовидящих; 2) исследование крови новорожденных на гликозаминогликаны; 3) обследование новорожденных с целью выявления определенных форм наследственной патологии в доклинической стадии. **7. Для проведения цитогенетического анализа используется:** 1) клетки костного мозга; 2) клетки печени; 3) лимфоциты периферической крови; 4) биоптат семенника. **8. В РФ регламентирован неонатальны скрининг на заболевания:** 1) адреногенитальный синдром;

		2) муковисцидоз; 3) фенилкетонурия; 4) гипотиреоз; 5) галактоземия; 6) все вышеперечисленные. **9. Для клинико-генеалогического метода применяют:** 1) составление родословной с последующим обследованием пробанда; 2) составление родословных; 3) прослеживание передачи наследственных признаков среди родственников одного поколения; 4) прослеживание передачи наследственных признаков среди родственников больного в ряду поколений. **10. Пробанд – это:** 1) больной, обратившийся к врачу; 2) здоровый человек, обратившийся в медико-генетическую консультацию; 3) человек, впервые попавший под наблюдение врача-генетика; 4) больной или носитель, изучаемого признака; 5) индивидуум, с которого начинается сбор родословной.
7.	Организация паллиативной помощи /11	**1. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на:** 1) избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан; 2) предупреждение возникновения, распространение заболевания и снижение риска его развития; 3) и то и другое верно. **2. Основными принципами лечения разных видов острой боли являются:** 1) целесообразность монотерапии наркотическими анальгетиками; б) адекватность средства терапии интенсивности боли и безопасность для пациента; 2) лечение острой боли должно быть этиопатогенетическим; 3) соответствие доз наркотических средств установленным нормам; 4) продолжительность назначения наркотических средств определяется врачом индивидуально для каждого пациента. **3. При остром болевом синдроме умеренной интенсивности для обезболивания в послеоперационном периоде следует применять:** 1) клонидин; 2) трамадол; 3) промедол. **4. Правила послеоперационного обезболивания при остром болевом синдроме умеренной интенсивности предусматривают:**

		1) использование одного из опиоидов средней потенции в сочетании с неопиоидным анальгетиком; 2) длительность применения промедола и просидола не более 3-5 суток; 3) после отмены промедола и просидола, в зависимости от индивидуальной выраженности болевого синдрома, сохранение терапии только неопиоидным анальгетиком или сочетания его с трамадолом; 4) преимущественное использование регионарной или проводниковой анестезии; 5) лимитирование терапии трамадолом. **5. При остром болевом синдроме сильной интенсивности для обезболивания в послеоперационном периоде в качестве основных мер применяют:** 1) регионарные блокады зоны болевой импульсации; 2) промедол, морфин или просидол в сочетании с неопиоидным анальгетиком; 3) клофелин; 4) буторфанол или налбуфин в сочетании с неопиоидным анальгетиком; 5) платифилин. **6. При хирургическом лечении или при сильном остром болевом синдроме другого генеза у пациента, имеющего зависимость от наркотических средств:** 1) наркотический анальгетик должен быть назначен в достаточных дозах; 2) наркотический анальгетик назначается на весь период, необходимый для устранения острого болевого синдрома и предотвращения синдрома отмены; 3) целесообразно сочетание наркотического анальгетика с клофелином; 4) допускается ограничение дозы и одномоментное прекращение введения наркотического анальгетика; 5) тактика терапии наркотиками может определяться без участия нарколога. **7. К основным характеристикам фентанила трансдермального (дюрогезик) относятся:** 1) начальная доза дюрогезика назначается без учета предшествующей терапии, ставшей неэффективной; 2) анальгетический эффект дюрогезика мощнее и длительнее, чем оральных форм морфина продленного действия; 3) длительность аналгезии при аппликации на кожу пластыря с фентанилом составляет 72 часа; 4) действие фентанила трансдермального начинает проявляться через 10-12 часов; 5) титрование окончательной анальгетической дозы чаще всего занимает 2-3 дня. **8. К преимуществам просидола в защечных таблетках 20 мг относятся:** 1) продолжительность анальгетического эффекта в

		среднем 4 часа; 2) продолжительность успешной терапии до нескольких месяцев; 3) использование при «прорывах боли»; 4. колебание суточной дозы от 60 до 240 мг; 4) титрование анальгетической дозы в течение нескольких дней. **9. При терапии хронического болевого синдрома следует придерживаться следующих правил:** 1) вопрос о назначении опиоидной терапии или выборе другой тактики лечения должен решаться путем консилиума специалистов; 2) применение опиоидов начинается со 2-й ступени (умеренная боль); 3) наркотики чаще всего назначаются в сочетании с ненаркотическими анальгетиками, адъювантными и симптоматическими средствами; 4) препаратами «выбора» являются опиоиды класса агонистов-антагонистов; 5) лечение опиоидами 3-й ступени по продолжительности и дозам проводится согласно установленным нормам. **10. Фармакотерапия нейропатической боли прежде всего должна быть направлена на:** 1) ликвидацию нарушений чувствительности 2) устранение симпатических и вазомоторных расстройств; 3) снижение периферической и центральной сенситизации и проведения импульсов; 4) уменьшение эктопической нейрональной активности; 5) усиление центрального торможения. **11. Эффективными ингибиторами простагландино-кининогенеза на уровне периферического очага боли являются:** 1) ибупрофен; 2) диклофенак; 3) кетопрофен; 4) парацетамол; 5) кеторолак.
8.	Основы маркетинга в здравоохранении /6	**1. Под маркетингом понимают (по основному определению Ф. Котлер, 1991):** 1) вид деятельности, направленный на увеличение производственных мощностей предприятия; 2) вид деятельности, направленный на удовлетворение нужд и потребностей посредством обмена; 3) вид деятельности, направленный на увеличение производства продукции; 4) вид деятельности, направленный на улучшение состояния здоровья населения. **2. Предметом изучения медицинского маркетинга является информация:** 1) о заболеваемости населения;

		2) о здоровом образе жизни; 3) о рынке медицинских услуг; 4) о ценовой политике в здравоохранении; 5) об интенсивных показателях. **3. Основными принципами сегментирования рынка являются:** 1) прибыльность; 2) возрастной принцип; 3) профессиональный принцип; 4) экономический принцип. **4. Услуга, которая относится к элементу комплекса маркетинга:** 1) продукт; 2) цена; 3) продвижение; 4) распределение. **5. Комплекс маркетинга разрабатывается для каждого:** 1) товара; 2) сегмента рынка; 3) рынка в целом; 4) непосредственного конкурента 5) посредника. **6. Основным комплексом маркетинга является:** 1) макросреда; 2) микросреда; 3) модель 4Р; 4) субъекты маркетинга.

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука о закономерностях общественного здоровья. Предпосылки возникновения науки. Определения «здоровье», «общественное здоровье», «качество жизни». Уровни оценки здоровья. Структура, методы изучения дисциплины, факторы определяющие общественное здоровье, показатели группы здоровья, обусловленность состояния здоровья (по Ю.П.Лисицыну).

2. Альтернативные источники финансирования. Кредит (условия срочности, возвратности, платности), виды кредитов, Лизинг (оперативный и финансовый). Субъекты лизинговой сделки. Факторинг.

3. Современная медико-социальная ситуация в РФ. Политика отечественного здравоохранения, принципы, законодательная база отрасли.

4. Финансирование здравоохранения, источники. Дополнительные источники финансирования ЛПУ. Распределение потоков финансирования здравоохранения. Основные направления развития системы здравоохранения. Реформа здравоохранения. Врачебная этика. Деонтология. Биоэтика.

5. Маркетинг в здравоохранении. Особенности медицинской услуги. Определение, характеристик, отличие от медицинской помощи. Особенности рынка в сфере медицинских услуг.

6. Организация охраны здоровья граждан в РФ. Проблемы здравоохранения в важнейших государственных документах. Врачебная тайна. Права пациента. Врачебные

ошибки. Законодательная база отрасли. Принципы отечественного здравоохранения. Права пациента. Ятрогении. Врачебная тайна.

7. Определение медицинской статистики, её теоретические и научные основы. Главная задача статистики, собственные методы исследования. Этапы статистического исследования. Характер и объект исследования, статистическая совокупность, её виды. Методы расчёта относительных величин. Понятие об относительных величинах, типы относительных величин, способы вычисления. Методы расчета средних величин. Математическая основа вариационной статистики.

8. Профилактическая работа поликлиники. Диспансерный метод в работе поликлиники, его элементы. Критерии постановки больных на диспансерный учёт. Отделение профилактики поликлиники, структура, предназначение.

9. Методы оценки достоверности результатов исследования. Определение средней ошибки средней арифметической величины (ошибка репрезентативности). Средняя ошибка разности. Методы оценки взаимодействия факторов. Понятие о функциональной и корреляционной зависимости. Прямая и обратная связь. Коэффициент корреляции, его оценка.

10. Медицинская демография. Статистика населения. Оптимизация демографических процессов. Возрастные типы населения. Геронтологическая классификация. Степени демографической старости населения.

11. Методы анализа динамики явления, динамический ряд, определение, типы. Графическое изображение в статистике. Виды графических изображений. Диаграмма, её виды. Индивидуальное здоровье. Групповое здоровье. Общественное здоровье. Определение, критерии, показатели, группы здоровья населения.

12. Маркетинг в здравоохранении. Рыночный механизм и его основные элементы. Характеристика основных элементов. Основные элементы маркетинга. Сделка, рынок, цена, конкуренция. Сегментация рынка по группам пациентов.

13. Медико-социальные аспекты демографии. Основные определения, направления изучения, значения показателей для здравоохранения. Динамика населения. Механическое движение населения. Миграция населения, виды. Расчеты показателей миграционных процессов.

14. Маркетинг в здравоохранении. Определение. Основные элементы маркетинга. Виды товаров в здравоохранении. Разновидности рынков. Медицинская услуга. Определение, характеристика. Предпосылки возникновения маркетинга в здравоохранении. Элементы маркетинга – потребность, запрос, товар, обмен, сделка. Характеристика.

15. Динамика населения. Воспроизводство (естественное движение) населения. Рождаемость. Расчёты коэффициентов рождаемости, общей плодовитости, брачной плодовитости. Естественный прирост. Коэффициент (расчёт). Смертность населения. Младенческая смертность. Перинатальная смертность, периоды. Основные причины. Расчёты показателей.

16. Понятие эффективности здравоохранения. Виды эффективности. Определение, способы расчёта показателей. Основные понятия заболеваемости. Определение ВОЗ «заболевание». Определение по А.Д. Степанову «норма», «болезнь». Третье состояние (промежуточное состояние) по И.В. Давыдовскому (К. Гален). Методики изучения заболеваемости населения.

17. Менеджмент и его использование в здравоохранении. Цель, задачи, виды менеджмента. Три уровня системы управления. Управленческий цикл (этапы). Управленческое решение (степени, требования). Проведения контроля (виды). Власть (типы) и ответственность. Стиль управления.

18. Виды заболеваемости по обращаемости. Группы показателей заболеваемости. Профилактические медицинские осмотры, виды. Современное состояние и тенденции

заболеваемости населения. Посещаемость ЛПУ в РФ в год, уровень госпитализации. Международная классификация болезней (МКБ), принципы построения.

19. Экономика здравоохранения. Причины выделения экономики здравоохранения в самостоятельную науку. Цель, задачи, методы экономики здравоохранения. Инвалидность, определение понятия, причины. Источники информации о инвалидности населения. Показатели первичной инвалидности. Понятие определения «социальная недостаточность».

20. Планирование здравоохранения. Определения, принципы, задачи, виды. Разделы сметы ЛПУ. Источники доходов ЛПУ. Исходные данные для формирования плана ЛПУ. Методы планирования. Основные разделы плана здравоохранения территории. Планирование амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи населению.

21. Медико-социальная экспертиза. Группы инвалидности. Основные причины, приводящие к инвалидности взрослых. Детская инвалидность. Показатели, структура, медико-социальные причины.

22. Здоровый образ жизни, определение, механизм его формирования. Классификация населения по группам риска предрасположенности к различным заболеваниям. Гигиеническое обучение и воспитание населения, цели, принципы, методы, формы, средства. Основные компоненты первичной профилактики. Основные направления пропаганды ЗОЖ.

23. Реабилитация инвалидов, цель, виды. Индивидуальный план реабилитации (ИПР).

24. Современные проблемы профилактики. Определение понятия «профилактика заболеваний», «медицинская профилактика». Виды (стадии) профилактики. Факторы риска важнейших неинфекционных заболеваний. Первичные и вторичные большие факторы риска здоровью (классификация). Физическое развитие как один из критериев оценки состояния здоровья населения. Признаки физического развития. Акселерация, определение, причины.

25. Профилактика как одно из приобретенных направлений охраны здоровья населения. Укрепление здоровья населения, основные принципы. Охрана здоровья населения.

Первичная медико-санитарная помощь, основные учреждения. Основные направления (элементы) ПМСП, задачи, принципы. Принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи населения. Основные задачи городской поликлиники. Деление поликлиник по номенклатуре.

26. Организация работы медицинских учреждений в условиях медицинского страхования. Организационно-финансовые модели ОМС.

27. Участковый принцип поликлинического обслуживания. Расчётные нормы времени в работе поликлиники на медицинский персонал и больных. Плановая функция врачебной должности в год. Расчёт численности среднего и младшего медперсонала на врачебную должность.

28. Базовая программа обязательного медицинского страхования. Виды медицинской помощи, входящие в состав Базовой программы ОМС. Предназначение фондов ОМС. Уровни организации ОМС. Способы оплаты медицинских услуг ЛПУ (стационар, поликлиника).

29. Лечебно-диагностическая деятельность поликлиники. Организация неотложной медицинской помощи. Неотложные состояния. Основные показатели деятельности поликлиники. Документация участкового врача.

30. Социальная защита, виды. Социальное и медицинское страхование. Субъекты медицинского страхования. Правовые и экономические основы медицинского страхования. Источники финансирования охраны здоровья граждан.

31. Скорая медицинская помощь: определение, принципы организации службы, основные задачи. Этапы скорой медицинской помощи. Факторы, влияющие на эффективность работы станций скорой медицинской помощи.

32. Центры санитарно-эпидемиологического надзора, функции, права должностных лиц. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения. Предупредительный и текущий государственный санитарный эпидемиологический надзор. Должностные лица государственной санитарно-эпидемиологической службы, права, обязанности. Нарушение санитарного законодательства, виды ответственности. Стационарная помощь, определение. Характеристика стационарной помощи в РФ – количество коек, обеспеченность населения, процент отбора на койку, среднее число дней занятости койки. Задачи городской больницы. Стационар: функции, организационная структура, основные отделения стационара. Особенности организации работы стационара в условиях медицинского страхования (ОМС и ДМС).

33. Структура, функции и задачи государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ. Уровни управления. Основные законодательные акты.

34. Основные показатели деятельности стационарных лечебно-профилактических учреждений. Ориентировочные показатели среднегодовой занятости койки для различных ЛПУ. Альтернативные формы стационарной помощи. Достоинства и недостатки. Реорганизация стационарной помощи.

35. Медико-социальные экспертные комиссии (МСЭК). Классификация. МСЭК общего профиля и специализированные. Состав, функции. Причины инвалидности. Структура причин инвалидности. Уровень первичный инвалидности в РФ. Порядок выдачи листка временной нетрудоспособности при производственной травме.

36. Медико-санитарная часть, задачи, структура, функции. Основные элементы работы цехового врача. Особенности работы цехового врача. Здравпункты промышленных предприятий – врачебные, фельдшерские. Цели, нормативы организации здравпунктов. Функции врача, фельдшера здравпункта.

37. Медико-социальная экспертная комиссия (МСЭК). Определение, структура, организация работы, функции. МСЭК первичные, высшие. МСЭК общего профиля и специализированные. Состав указанных МСЭК. Критерии определения групп инвалидности. Переосвидетельствование. Заболевание и состояние, дающие право на установление группы инвалидности бессрочно.

38. Особенности и проблемы медицинской помощи сельскому населению. Сельский врачебный участок. Сельская участковая больница, категории. Особенности в организации амбулаторной и стационарной помощи сельской участковой больницы. Фельдшерско-акушерский пункт, критерии организации ФАП. Обязанности фельдшера ФАП.

39. Общие и теоретические основы экспертизы. Определение, принципы, практические задачи. Медицинские и социальные критерии экспертизы нетрудоспособности по беременности и родам. Экспертиза временной нетрудоспособности. Определение. Уровни. Задачи клинико-экспертной комиссии ЛПУ. Порядок выдачи листка временной нетрудоспособности лечащим врачом. Центральная районная больница, категории, задачи, функции. Средняя коечная мощность ЦРБ расположенных в посёлках городского типа, сельских посёлках. Областная больница, категории, количество коек. Основные функции. Основные направления совершенствования медицинской помощи сельскому населению.

40. Стандартизация в медицине и здравоохранении. (Определение). По административно-территориальному делению. По объектам стандартизации. По механизму использования. Виды медицинских стандартов. Достоинства и недостатки медицинских стандартов. Лицензирование и аккредитация ЛПУ. Показатели оценки качества медицинской помощи в стационаре – прямые, косвенные.

41. Акушерско-гинекологические учреждения. Женская консультация, цели, задачи, структура, принципы работы. Участковый врач-гинеколог, основные разделы работы. Перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности. Наблюдение за состоянием здоровья беременной. Родильный дом, его задачи, структура. Репродуктивные потери. Показания к госпитализации в обсервационное отделение, отделение патологии. Родовой блок, структура. Количество акушерских коек на 1 круглосуточный пост.

42. Качество медицинской помощи, определение, компоненты (ВОЗ, 1991 г.), составляющие. Совершенствование контроля качества медицинской помощи в РФ (приказ МЗ и ФФОМС). Концепция контроля качества в здравоохранении. Целесообразность рассмотрения контроля качества как проблемы маркетинга. Группы «товаров» в здравоохранении. Характеристики медицинской услуги.

1.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Организация учета и сбора информации о состоянии здоровья населения и его отдельных групп.
2. Анализ состояния здоровья населения и его отдельных групп.
3. Выявление и анализ факторов, определяющих здоровье населения и его отдельных групп.
4. Прогнозирование показателей общественного здоровья.
5. Организация учета и сбора информации о деятельности медицинской организации.
6. Оценка деятельности медицинских организаций, производственных подразделений, отдельных работников.
7. Оценка результатов и эффективности программ профилактики и укрепления здоровья.
8. Оценка эффективности использования ресурсов.
9. Прогноз результатов деятельности медицинских организаций.
10. Анализ результатов хозяйственно-финансовой деятельности медицинских организаций.
11. Определение целей и задач деятельности медицинских организаций.
12. Определение целей и задач программ профилактики и укрепления здоровья.
13. Выявление приоритетных проблем общественного здравоохранения.
14. Осуществление стратегического и текущего планирования деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений.
15. Определение факторов риска и групп риска.
16. Формирование целевых программ развития здравоохранения территории.
17. Формирование приоритетных проблем профилактики и программ профилактики.
18. Определение потребности населения в медицинской и профилактической помощи (виды, объемы).
19. Составление программ вмешательства в определенной целевой группе (группе риска) или на популяционном уровне.
20. Составление плана размещения организаций здравоохранения на территории района, области, края, республики.
21. Формирование бизнес-планов в сфере здравоохранения.
22. Координация межсекторальной деятельности в области общественного здоровья и общественного здравоохранения.
23. Анализ нормативно-правовой базы здравоохранения.
24. Анализ рынка медицинских услуг (фармацевтических, профилактических), выбор целевого сегмента на рынке.
25. Разработка плана маркетинга, определение стратегии маркетинга.

26. Разработка плана маркетингового исследования для медицинских организаций и служб фармацевтического обеспечения (аптек, складов, баз, дистрибьютеров и т.п.).

27. Прогноз изменения состояния рынка медицинских услуг.

28. Определение организационной структуры медицинских организаций разных категорий.

29. Определение категорий медицинских организаций.

30. Распределение функций между структурными подразделениями и отдельными работниками.

31. Составление уставов и положений о деятельности медицинских организаций.

32. Осуществление подбора кадров и составление штатного расписания.

33. Внедрение рациональной организации труда в работу медицинских организаций.

34. Проведение и внедрение результатов научно-практических исследований по проблемам общественного здоровья, организации, управлению и экономике здравоохранения.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

В одном из районов города несколько лет работает крупное предприятие химической промышленности, выбросы которого загрязняют атмосферный воздух сернистым газом, парами серной кислоты и спирта. Для изучения влияния загрязнения воздуха на здоровье населения в исследуемом районе было обследовано 120 детей младшего школьного возраста. Из общего числа исследуемых тонзиллит диагностирован у 60 детей, конъюктивит обнаружен у 38, кариес – у 50, кожными болезнями страдали 12 человек. В контрольном районе обследовано 134 ребенка того же возраста, из них тонзиллитом страдали 16 человек, конъюктивитом – 8, кариесом – 12, кожные болезни не выявлены.

Задание:

1. Вычислите интенсивные и экстенсивные коэффициенты заболеваемости детей младшего школьного возраста тонзиллитом, конъюктивитом, кариесом зубов и кожными болезнями, проживающими в районе с загрязнением воздушного бассейна и в контрольном районе.

Задача 2.

В лечебно-профилактических учреждениях города за отчетный период было зарегистрировано 400 000 первичных обращений населения, в том числе по поводу болезней органов дыхания – 130 000; травм, отравлений и других последствий внешних причин – 65 000; болезней нервной системы – 25 000. среднегодовая численность населения в отчетном году составила 600 000 человек.

Задания:

1. На основании представленных абсолютных данных рассчитайте относительные показатели.

2. Укажите, к какому виду относительных величин они относятся.

3. Назовите 4 вида относительных величин и раскройте их сущность.

Задача 3.

Наименование заболевания	*Число заболеваний*
Дизентерия острая	100
Токсическая диспепсия	500
Колит	400
Всего	1000

Задание:

1. Вычислите структуру заболеваемости детей болезнями желудочно-кишечного тракта и изобразите ее графически

Задача 4.

В двух районах города за отчетный период были зарегистрированы инфекционные заболевания. В районе А с численностью населения 175 000 человек число заболевших составило: дифтирией – 6, скарлатиной – 505, полиемиелитом – 3, корью – 720, коклюшем – 632, цереброспинальным менингитом – 1, эпидемическим паротитом – 422, ветряной оспой – 304, вирусным гепатитом – 48. в районе Б с численностью населения 120 000 человек дифтирией заболели 4, скарлатиной – 410, полиемиелитом – 2, корью – 603, коклюшем – 541, цереброспинальным менингитом -2, эпидемическим паротитом – 348, ветряной оспой – 275, вирусным гепатитом -35 человек.

Задания:

1. Определите уровень инфекционной заболеваемости населения в районах А и Б, а также в городе в целом.

2. Укажите, к какому виду относительных величин относятся рассчитанные показатели.

3. Установите наличие (или отсутствие) различий в уровне инфекционной заболеваемости населения, проживающего в разных районах данного города.

4. Какие относительные показатели, исходя из имеющихся сведений, могут быть рассчитаны дополнительно.

Задача 5.

В городском населенном пункте за отчетный период среднегодовая численность детского населения составила 10 000 человек. За прошедший год в лечебно-профилактических учреждениях города были зарегистрированы случаи острых инфекционных заболеваний у детей: в январе – 220, феврале – 230, марте – 180, апреле – 260, мае – 350, июне -600, июле -650, августе – 750, сентябре – 600, октябре – 440, ноябре – 350, декабре -250.

Задания:

1. Рассчитайте ежемесячные и годовой уровни инфекционной заболеваемости детского населения города.

2. Полученные данные представьте графически.

3. Укажите, какие относительные показатели могут быть рассчитаны дополнительно.

Задача 6.

Численность населения в сельском районе 20 000 человек, родилось за 2011 год 200 детей, умерло 376 человек

Задания:

1. Вычислите показатель рождаемости в сельском районе и дайте ему оценку.

2. Вычислите показатель общей смертности в районе и дайте ему оценку.

Задача 7.

В течение года в стационарных учреждениях системы здравоохранения было пролечено 4 487 человек. Из общего числа госпитализированных работающие составили 2 169, неработающие – 2 318, в том числе лица пенсионного возраста – 1 046, инвалиды – 501, безработные граждане – 452, учащиеся – 310 человек. Общая численность населения составила 21 995 человек, из них работающих – 8798.

Задания:

1. На основании имеющихся данных рассчитайте интенсивные и экстенсивные показатели госпитализированной заболеваемости с учетом занятости населения.

2. Полученные данные представьте графически.

Задача 8.

В лечебно-профилактических учреждениях города «стажированные» медицинские сестры (со стажем работы свыше 10 лет) составили 619 человек, из них только 214 специалистов имели квалификационные. Распределение аттестованных медицинских сестер по стажу работы в специальности представлено в таблице:

Стаж работы, годы	*Всего медсестер*	*Из них аттестовано*
11-20	367	118
21-30	194	76
31 и более	58	20
Всего	619	214

Задания:

1. Рассчитайте уровень и структуру аттестованности «стажированных» медицинских сестер в зависимости от стажа их работы в специальности.

2. Полученные данные представьте графически.

Задача 9.

Динамика общей заболеваемости по данным обращаемости в поликлинические учреждения на 1000 человек населения:

Годы	*1998*	*1999*	*2000*	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*
обращае-мость	860,0	840,0	930,0	920,0	850,0	830,0	890,0	950,0	1220,0

Задание:

1. Проведите выравнивание динамического ряда и сделайте заключение.

Задача 10.

За отчетный период среднегодовая численность специалистов со средним медицинским образованием, работающих в сельских медицинских учреждениях, составила 1001 человек, из них только 240 специалистов были аттестованы и имели соответствующие квалификационные категории. Распределение состава аттестованных специалистов по типам сельских медицинских учреждений представлено в таблице:

Типы медицинских учреждений	*Всего специалистов*	*Из них аттестовано*
Центральные районные больницы	634	191
Участковые больницы	290	36
Врачебные амбулатории	77	13
Всего	1001	240

Задания:

1. На основании имеющихся сведений определите уровень и структуру аттестованности специалистов со средним медицинским образованием сельского звена здравоохранения в зависимости от места работы.

2. Полученные показатели представьте графически.

Задача 11.

В системе сельского здравоохранения функционирует 95 больниц разной мощности. В основном они размещены в деревянных строениях. Каменные здания имеют только 25,3% больниц. Они преимущественно построены по типовым проектам. Размещенные в приспособленных помещениях больницы имеют, как правило, несколько корпусов: чаще на одно, реже – на два отделения. Распределение сельских больниц разной мощности по давности постройки их основных корпусов представлено в таблице:

Мощность больницы (число коек)	*Число больниц*	*Из них с давностью постройки основного корпуса свыше 20 лет*
10-50	64	46
55-100	12	6
101-200	14	5
201-500	5	3
Всего	95	60

Задания:

1. Рассчитайте экстенсивные и интенсивные показатели.
2. Определите степень давности постройки основных корпусов сельских больниц разной мощности.
3. Полученные данные представьте графически.

Задача 12.

В городе проживает 120 000 человек. За последние годы отмечается устойчивая тенденция к росту смертности населения, чем обусловлено формирование регрессивного типа структуры населения. За отчетный год в городе родилось 1 550 детей, из них на первом году жизни умерло 15 человек, в том числе 8 – от состояний, возникших в перинатальном периоде, 5 – от врожденных аномалий, 2 – от пневмонии.

Задания:

1. Объясните, на каком основании специалисты делают вывод о регрессивном типе структуры населения.
2. Исходя из имеющихся данных, рассчитайте показатели, характеризующие демографическую ситуацию в городе.
3. Полученные данные представьте графически.

Задача 13.

Представлены следующие данные:

Год	*Смертность на 1000 жителей*
2001	14,7
2002	15,7
2003	15,3
2004	16,0
2005	16,1
2006	16,3

Задание:

1. Изобразите графически динамику смертности населения за 6 лет.

Задача 14.

Заболеваемость пищевыми токсикоинфекциями среди населения города Шадринска в 2007 году (по месяцам года):

январь	3	апрель	3	июль	10	октябрь	4
февраль	2	май	4	август	12	ноябрь	2
март	2	июнь	6	сентябрь	11	декабрь	1

Задание:

1.Изобразите графически сезонность заболеваемости пищевыми токсикоинфекциями.

Задача 15.

По результатам профосмотра в школе медсестрой получены следующие данные массы тела 16-летних юношей:

V (кг)	***P***
59	3
60	6
61	8
62	4
63	2
64	1

Задание:

1. Вычислите среднюю массу 16-летних юношей.

Задача 16.

В городе Соликамске в 2006 году проживало лиц в возрасте:

до 15 лет	8 500
от15 до 49 лет	15 000
50 лет и старше	6 500
при общей численности населения	30 000

Задание:

1. Определите экстенсивный показатель и оцените тип возрастной структуры населения.

Задача 17.

Поликлиника обслуживает 20 000 жителей. В 2006 году было заполнено 6 000 талонов амбулаторного пациента для больных с заболеваниями органов дыхания, в том числе 5 500 талонов заполнено со знаком (+) на больных, у которых в 2005 году эти заболевания выявлены впервые. Известно, что в 2005 году заболеваемость болезнями органов дыхания составила 200,0‰, а их распространенность – 215, 0‰.

Задание:

1. Вычислите показатели заболеваемости и распространенности болезней органов дыхания и оцените их динамику.

Задача 18.

Медсестра С., находясь в отпуске без сохранения содержания с 19августа по 28 августа, заболела гриппом. 29 августа продолжала болеть.

Вопрос:

1. Как оформить документы, удостоверяющие ее нетрудоспособность?

Задача 19.

Известно, что число физических лиц врачей – 70, число физических лиц среднего медицинского персонала – 140.

Задания:

1. Определите соотношение врачей и среднего медицинского персонала больницы.

2. Оцените полученные данные.

Задача 20.

Известно, что в ЦРБ города Нефтегорска число умерших в целом по больнице составило 66, в хирургическом отделении – 6, число выписанных в целом по больнице – 5 323, в хирургическом отделении – 617.

Задания:

1. Определите уровень больничной летальности.
2. Сделайте вывод.

Задача 21.

Известно, что число поступивших под наблюдение женской консультации ЦРБ Кинель-Черкасского района со сроком беременности до 12 недель составило 330, а всего беременных, поступивших под наблюдение женской консультации – 427.

Задания:

1. Определите своевременность взятия беременных под наблюдение в ранние сроки – до 3 месяцев.
2. Оцените данный показатель.

Задача 22.

Численность населения города Б. за отчетный период составила 56 000 человек. Детей до 14 лет 13 975.

Демографические показатели за год (абс. величины):

Рождаемость	698
Смертность (общая)	860
Детская смертность (до 14 лет)	13

Задания:

1. Рассчитайте демографические показатели
2. Изобразите полученные результаты графически.

Задача 23.

В отчетном году было зарегистрировано 595 случаев травм. Структура травм по годам:

ушибы	200
раны	197
ожоги	25
переломы	82
сотрясения головного мозга	19
прочие	72

Задания:

1. Рассчитайте структуру травматизма
2. Полученные результаты изобразите графически

Задача 24.

Население – 186 000. Зарегистрировано в поликлинике 4 520 случаев гипертонической болезни, из них впервые выявлено в данном году 1 860. Умерло от гипертонической болезни 68 человек.

Задание:

1. Рассчитайте показатели впервые выявленной заболеваемости, смертности и летальности в городе Д.

Задача 25.

В области проживает 138 000 человек. Родилось в отчетном периоде 900 детей. Умерло 1 100 человек.

Задание:

1. Рассчитайте показатели естественного движения населения (рождаемость, смертность, естественный прирост).

Задача 26.

Число родившихся детей в городе Н. за отчетный период – 1 200. Число мертворожденных детей – 10, число детей, умерших на 1-й неделе жизни – 8.

Задание:

1. Рассчитайте показатель перинатальной смертности.

Задача 27.

Население – 168 000 человек. Зарегистрировано в поликлинике 3 862 случая язвенной болезни желудка. Умерло от язвенной болезни желудка 32 человека.

Задания:

1. Рассчитайте показатели смертности
2. Рассчитайте показатели летальности

Задача 28.

При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи случая стационарного оказания медицинской помощи врачом-экспертом установлено следующее:

1. Выявлено проведение платных диагностических исследований в виде взимания платы с застрахованного лица за оказанные услуги, входящие в территориальную программу ОМС;

2. Несвоевременное выполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий в соответствии со стандартами медицинской помощи, приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных;

3. Результат лечения: - Выписан с улучшением.

Вопросы:

1. Какие из приведенных экспертом положений можно отнести к дефектам оказания медицинской помощи?

2. Какие из приведенных экспертом положений можно отнести к нарушениям, ограничивающим доступность медицинской помощи для застрахованных лиц?

3. Какие выводы по результатам целевой экспертизы качества медицинской помощи сделает врач-эксперт?

4. Какие финансовые санкции СМО предъявит к медицинской организации за медицинскую помощь ненадлежащего качества, в соответствии с принятым в системе ОМС перечнем оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты медицинской помощи)?

Задача 29.

Задание:

1. Вычислить экономическую эффективность от снижения средней длительности пребывания больного на один день в стационаре с числом коек 400. Оборот больничной койки в отчетном году составил 21.