

федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
имени академика Е.Н. Мешалкина»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ
Заместитель генерального директора
по организационно-методической работе


Д.А. Астапов
«29» 02 2022 г.



МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

Б1.Б.5 ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

по программе ординатуры

Специальность:	31.08.56 Нейрохирургия
Квалификация:	Врач-нейрохирург
Форма обучения	Очная

Методические указания по освоению дисциплины являются частью основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.56 Нейрохирургия.

Методические указания по освоению дисциплины предназначены для реализации обязательных требований ФГОС ВО и могут быть использованы в учебном процессе по специальности 31.08.56 Нейрохирургия.

Методические указания разработал(и):

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание
Астапов Д.А.	Заместитель генерального директора по организационно-методической работе, доцент отдела высшего и дополнительного профессионального образования центра высшего и дополнительного профессионального образования, врач-сердечно-сосудистый хирург	Доктор медицинских наук

Рецензент(ы):

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Организация, кафедра
Пчелина И.В.	руководитель организационно-методической службы	к.м.н.	ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России

Методические указания рассмотрены и одобрены на заседании цикловой методической комиссии ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.
Протокол № 1 от 29 августа 2022г.

Оглавление

1. Цель и задачи дисциплины	4
2. Содержание основных видов занятий и особенности их проведения при изучении дисциплины.....	4
3. Задания для подготовки к занятиям	5
4. Критерии оценок деятельности обучающихся при освоении учебного материала	38
5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	39

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» является профессиональная подготовка ординаторов по основным вопросам общественного здоровья и здравоохранения, посредством углубленного освоения теоретических знаний и овладения практическими умениями и навыками в сфере охраны здоровья граждан.

Задачами освоения дисциплины является:

- изучение показателей общественного здоровья;
- исследование состояния здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления;
- организации медицинской и медико-профилактической помощи населению;
- использование и анализ информации о здоровье населения и деятельности медицинских организаций для предложения мероприятий по повышению качества и эффективности медицинской и медико-профилактической помощи;
- понимание процессов управления качеством медицинской помощи.

2. Содержание основных видов занятий и особенности их проведения при изучении дисциплины

Организация учебной деятельности обучающихся по дисциплине осуществляется в следующих формах:

Аудиторная (контактная с преподавателем) работа включает в себя:

- лекционные занятия под руководством преподавателя, включающие освоение теоретического материала по дисциплине;
- групповые семинарские занятия под руководством преподавателя, включающие аудиторную самостоятельную работу по заданию (под контролем) преподавателя.

Внеаудиторная (самостоятельная) работа обучающихся:

- заключается в работе с методическими указаниями по освоения дисциплины, конспектом лекций, с основной и дополнительной литературой, информационно-правовыми справочными системами, электронными образовательными ресурсами;
- сопровождается индивидуальными (групповыми) консультациями, собеседованием, приемом отработок пропущенных занятий.

При проведении занятий лекционного типа дается основной систематизированный материал. Отдельные темы дисциплины не разбираются на лекциях и рекомендуются для самостоятельного изучения по рекомендуемой учебной литературе и учебным пособиям. Содержание тем, отведенных на самостоятельное изучение, контролируются при проведении текущего и промежуточного контроля.

Работа с обучающимися на семинарском занятии представляет собой:

- текущий контроль и закрепление знаний, полученных на лекциях и в процессе самостоятельной работы в виде опроса-семинара, выступления по теме.

Самостоятельная работа представляет собой:

- анализ информации из различных источников,
- подготовку к ответам на вопросы для проверки и закрепления знаний,
- подготовку тезисов выступлений, презентаций к докладам.

Распределение часов контактной работы по видам учебной деятельности и самостоятельной работы по темам дисциплины и видам занятий приведено в разделе «Содержание дисциплины» рабочей программы дисциплины.

Изучение дисциплины завершается зачетом во 2 семестре.

3. Задания для подготовки к занятиям

3.1. Задания для подготовки к семинарским занятиям

2 семестр

Семинарское занятие № 1

Тема 1.1. «Общественное здоровье и здравоохранение, национальный проект «Здравоохранение».

Контрольные вопросы:

1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания (цель и задачи, разделы предмета). Теоретические и методологические основы.
2. Системы здравоохранения в России. Основные принципы отечественного здравоохранения.
3. Медицинское страхование: формы, задачи, источники финансирования.
4. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС): задачи, источники финансирования.
5. Субъекты и участники обязательного медицинского страхования.
6. Система социального страхования: структура, задачи, источники финансирования. Роль врача в системе социального страхования.
7. Система социальной защиты населения: структура, задачи, источники финансирования.
8. Роль врача в системе социальной защиты населения.
9. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ): цели, задачи, структура.
10. Основные принципы государственной политики в области здравоохранения на современном этапе. Национальные программы в области здравоохранения.

Темы докладов:

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ): цели, задачи, структура.
2. Основные принципы государственной политики в области здравоохранения на современном этапе. Национальные программы в области здравоохранения.
3. Система социальной защиты населения: структура, задачи, источники финансирования.
4. Здоровье населения: понятие индивидуального, группового, регионального, общественного здоровья. Ресурсы здоровья, потенциал здоровья, баланс здоровья.

Семинарское занятие № 2

Тема 1.2. «Демографический статус и состояние здоровья населения РФ».

Контрольные вопросы:

1. Демография как наука. Разделы демографии. Область применения демографических показателей. Теории народонаселения.
2. Статика населения, её основные характеристики.
3. Перепись населения, её виды, методика проведения.
4. Изучение состава населения по полу и возрасту
5. Уровень показателей в крае и их тенденции.
6. Механическое движение населения: виды, методика изучения. Значение для практического здравоохранения.

Темы докладов:

1. Разделы демографии. Область применения демографических показателей.
2. Механическое движение населения: виды, методика изучения.
3. Перепись населения, её виды, методика проведения.

Семинарское занятие №3**Тема 1.3. «Качество медицинской помощи».****Контрольные вопросы:**

1. Качество медицинской помощи. Факторы, влияющие на качество медицинской помощи. Методика оценки качества медицинской помощи. Медицинские стандарты, применяемые в здравоохранении и их значение.
2. Управление качеством медицинской помощью (МП). Характеристики качества. Основные принципы улучшения качества МП. Системы контроля качества медицинской помощи (ведомственная, вневедомственная).
3. Что относится к ведомственному (внутреннему) контролю оценки качества медицинской помощи? Какие элементы он включает?
4. Каким требованиям должна соответствовать экспертная оценка качества медицинской помощи?
5. Каким образом проводится экспертная оценка качества медицинской помощи?
6. Как изучается удовлетворенность пациентов медпомощью?
7. Какие показатели характеризуют объем деятельности и использование ресурсов в общей врачебной практике? Для каких целей они используются?
8. Какие показатели относятся к показателям конечных результатов деятельности первичного звена? Для чего они используются?
9. Какие показатели называют показателями результативности и качества лечения на первичном уровне? Для чего они используются?

Темы докладов:

1. Медицинские стандарты, применяемые в здравоохранении и их значение.
2. Ведомственный контроль оценки качества медицинской помощи.
3. Экспертная оценка качества медицинской помощи.

Семинарское занятие №4**Тема 1.4. «Информатизация и телемедицинские технологии в медицине».****Контрольные вопросы:**

1. Цифровое здравоохранение, определение, цели, задачи. Проблемы и перспективы в РФ.
2. Медицинские информационные технологии (МИС). Определение базовых понятий, классификация. МИС. Ключевые технологии в МИС.
3. Нормативно-правовые акты, регламентирующие применение информационных технологий в медицинских целях. Компоненты и структура медицинской информационной системы.
4. Единое информационное пространство медицинской организации.
5. Медицинские информационные аналитические центры (МИАЦ).
6. Информационные ресурсы в здравоохранении. Формирование базы данных медицинских организаций.
7. Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Принципы построения информационной системы.
8. Электронная подпись врача. Определение понятия, сущность, цели и задачи. Область применения в структуре медицинских информационных систем.

9. Нормативное регулирование телемедицинских технологий в практике врача.

Темы докладов:

1. Цели и задачи медицинских информационных аналитических центров.
2. Нормативные основы телемедицинских консультаций.
3. Цели и задачи единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.
4. Вертикально интегрированная медицинская информационная система – значение для здравоохранения.

Семинарское занятие №5

Тема 1.5. «Организация медицинской помощи населению Российской Федерации. Порядки и стандарты медицинской помощи».

Контрольные вопросы:

1. Изучение заболеваемости на основе регистрации причин смерти населения. Основные причины смерти населения РФ. Врачебное свидетельство о смерти. Правила его заполнения.
2. Анализ работы медицинских организаций. Учетная документация. Отчет медицинской организации. Его содержание. Основные показатели работы детской больницы (стационара и поликлиники).
3. Основные принципы охраны здоровья граждан в Федеральном законе "Об охране здоровья граждан" (2011г.). Права пациента. Врачебная тайна, ее юридические и моральные аспекты. Ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение профессиональных обязанностей.
4. Медицинские стандарты, применяемые в здравоохранении и их значение.
5. Реабилитация: принципы, задачи, виды, этапы. Отделение реабилитации (восстановительного лечения) территориальной поликлиники: задачи, структура, штаты, организация работы.

Темы докладов:

1. Формы федерального статистического наблюдения – виды, особенности заполнения.
2. Основные принципы охраны здоровья граждан в Федеральном законе "Об охране здоровья граждан" (2011г.).
3. Медицинские стандарты и порядки оказания медицинской помощи, применяемые в здравоохранении и их значение.

Семинарское занятие № 6

Тема: Зачётное занятие в 2 семестре

Тестовые задания:

1. Укажите основные функции ВОЗ:
 - а) руководство и координация международной работы по здравоохранению, разработка и совершенствование международных стандартов, номенклатур и классификаторов;
 - б) помощь правительствам по их просьбе в укреплении служб здравоохранения;
 - в) поощрение и развитие работы по борьбе с эпидемическими, эндемическими и другими заболеваниями;
 - г) помощь в охране материнства и детства;
 - д) поощрение и проведение исследований в области здравоохранения;
 - е) предоставление информации, проведение консультаций и помощи в области здравоохранения;
 - ж) все вышеперечисленные.
2. Назовите главные организации, из которых состоит ВОЗ:

- а) Всемирная ассамблея здравоохранения, Исполнительный комитет, Секретариат;
- б) Секретариат, Совет по оказанию помощи развивающимся странам, Совет по международному сотрудничеству;
- в) Всемирная ассамблея здравоохранения, Совет по оказанию помощи развивающимся странам, Совет по международному сотрудничеству.

3. Назовите основной документ, которым регламентируется деятельность ВОЗ:

- а) Устав ВОЗ;
- б) Положение о деятельности ВОЗ;
- в) Международный договор о сотрудничестве стран, входящих в состав ВОЗ.

4. В каком документе ВОЗ дано определение понятия «здоровье»:

- а) в Уставе ВОЗ;
- б) в Положении о деятельности ВОЗ;
- в) в Международном договоре о сотрудничестве стран, входящих в состав ВОЗ.

5. Как часто созываются очередные сессии Ассамблеи ВОЗ:

- а) ежегодно;
- б) 1 раз в 3 года;
- в) 1 раз в 5 лет.

6. Перечислите основные направления деятельности ВОЗ:

- а) укрепление и совершенствование службы здравоохранения;
- б) предупреждение и борьба с инфекционными и неинфекционными заболеваниями;
- в) охрана и оздоровление окружающей среды;
- г) охрана здоровья матери и ребенка;
- д) подготовка медицинских кадров;
- е) санитарная статистика;
- ж) развитие медико-биологических исследований;
- з) все вышеперечисленное.

7. Дети считаются по ВОЗ подростками с:

- а) 15 до 18 лет;
- б) 12 до 16 лет;
- в) 15 до 24 лет;
- г) 10 до 18 лет.

8. ВОЗ является:

- а) частной, некоммерческой;
- б) правительственной;
- в) неправительственной;
- г) филантропической;
- д) коммерческой.

9. Общественное здоровье и здравоохранение - это:

- а) наука об организационных, экономических и правовых проблемах медицины и здравоохранения;
- б) общественная, научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения;

в) наука, изучающая комплекс социальных, правовых и организационных мероприятий, направленных на охрану здоровья населения.

10. Предмет изучения общественного здоровья и здравоохранения:

- а) общественное здоровье и факторы, его определяющие;
- б) системы, обеспечивающие охрану и восстановление здоровья населения;
- в) технологии лечения и оперативных вмешательств.

11. По определению ВОЗ, здоровье человека характеризуется состоянием:

- а) физического благополучия;
- б) физического и душевного благополучия;
- в) физического, душевного и социального благополучия; г) физического, душевного и социального благополучия при полной адаптации к условиям внешней среды.

12. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:

- а) генетические;
- б) природно-климатические;
- в) уровень, образ и качество жизни населения;
- г) уровень, качество и доступность медицинской помощи;
- д) все вышеперечисленное.

13. Укажите наиболее приоритетное направление развития здравоохранения:

- а) развитие первичной медико-санитарной помощи;
- б) развитие сети диспансеров;
- в) повышение роли стационаров;
- г) повышение роли санаторно-курортной помощи.

14. Охрана здоровья граждан – это:

- а) система мероприятий, направленных на обеспечение здоровых, безопасных условий труда и быта граждан, оказание им медицинской помощи в случае утраты здоровья, созданий условий для поддержания высокой трудовой и социальной активности;
- б) деятельность государства по обеспечению психического, физического и социального благополучия населения;
- в) совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

15. Укажите основные направления приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006-2007 гг.:

- а) развитие первичной медико-санитарной помощи;
- б) развитие профилактического направления в медицинской помощи;
- в) доступность высокотехнологичной помощи;
- г) введение родовых сертификатов;
- д) увеличение пособий матерям и детям;
- е) всё перечисленное верно.

16. В каких направлениях проводилось развитие приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2008-2010 гг.:

- а) совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП;

- б) совершенствование организации медицинской помощи при острых отравлениях (создание информационно-консультативных токсикологических центров в каждом федеральном округе);
- в) обновление диагностического и лечебного оборудования во всех стационарных учреждениях родовспоможения и строительство 20 новых перинатальных центров;
- г) совершенствование медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (создание центров малоинвазивной сердечно-сосудистой хирургии);
- д) оснащение федеральных специализированных медицинских учреждений ультрасовременным оборудованием;
- е) совершенствование медицинской помощи женщинам в период беременности, во время родов и послеродовом периоде;
- ж) внедрение «пилотных» проектов в субъектах РФ с целью повышения эффективности управления ресурсами здравоохранения;
- з) всё перечисленное верно.

17. Основные задачи демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года:

- а) сокращение уровня смертности в 1,6 раза, особенно в трудоспособном возрасте, от внешних причин;
- б) сокращение уровня материнской и младенческой смертности в 2 раза;
- в) укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков;
- г) увеличение продолжительности здоровой жизни;
- д) снижение уровня заболеваемости социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями;
- е) повышение уровня рождаемости в 1,5 раза за счёт рождения в семьях второго и последующих детей;
- ж) привлечение мигрантов в соответствии с потребностями демографического развития;
- з) верно всё.

18. Задачи по повышению уровня рождаемости, согласно демографической политики РФ до 2025 года, включают в себя:

- а) поддержку семей, имеющих детей;
- б) предоставление пособий в связи с рождением и воспитанием детей;
- в) усиление стимулирующей роли господдержки семей, имеющих детей, в форме предоставления материнского (семейного) капитала;
- г) развитие ипотечного кредитования;
- д) реализация региональных программ, обеспечение жильём молодых семей;
- е) верно всё.

19. Здоровье населения рассматривают (изучают) как: а) многофакторную проблему, включающую в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды;

- б) совокупность показателей, характеризующих здоровье общества как целостного функционирующего организма;
- в) все вышеперечисленное

20. Общественное здоровье-это:

- а) наука о социологии здоровья;
- б) система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья;
- в) наука о социальных проблемах медицины;
- г) наука о закономерностях изменения здоровья населения;
- д) система социально-экономических мероприятий по охране здоровья.

21. Здравоохранение – это:

- а) наука о социологии здоровья;
- б) система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья;
- в) наука о социальных проблемах медицины;
- г) наука о закономерностях здоровья населения;
- д) система социально-экономических мероприятий по охране здоровья.

22. Общественное здоровье характеризует здоровье:

- а) населения в целом;
- б) отдельных возрастно-половых групп населения;
- в) каждого жителя страны;
- г) каждого жителя региона;
- д) больных, страдающих каким - либо хроническим заболеванием;
- е) правильные ответы а, б, д;
- ж) все ответы правильные;
- з) все ответы неправильные.

23. Основными группами показателей общественного здоровья являются:

- а) показатели заболеваемости;
- б) обращения за медицинской помощью;
- в) показатели инвалидности;
- г) показатели физического развития;
- д) медико - демографические показатели;
- е) летальность;
- ж) все ответы правильные;
- з) верно а, в, г, д.

24. К группам факторов, определяющих общественное здоровье, относятся:

- а) биологические;
- б) природно-климатические;
- в) социально-экономические;
- г) образ жизни;
- д) уровень организации медицинской помощи;
- е) все ответы правильные;
- ж) все ответы неправильные.

25. Среди факторов, определяющих здоровье населения, лидируют:

- а) экологические;
- б) биологические;
- в) образ жизни;
- г) уровень организации медицинской помощи;
- д) качество медицинской помощи.

26. Основными задачами общественного здоровья и здравоохранения в нашей стране являются все, кроме:

- а) разработки мероприятий по сохранению и улучшению здоровья населения;
- б) изучения факторов социальной среды, оказывающих влияние на здоровье населения;
- в) изучения факторов, способствующих повышению качества медицинской помощи;
- г) разработки мероприятий по улучшению жилищных условий населения.

27. Демография – это наука, изучающая:

- а) здоровье населения;
- б) факторную обусловленность здоровья;

- в) численность, состав и воспроизводство населения в его общественном развитии;
- г) вопросы брачности и плодовитости;
- д) закономерности маятниковой миграции населения.

28. Демографическая ситуация в Российской Федерации в настоящее время характеризуется:

- а) увеличением естественного прироста;
- б) нулевым естественным приростом;
- в) отрицательным естественным приростом;
- г) демографическим взрывом;
- д) волнообразностью демографического прогресса.

29. Лицензированию подлежат:

- а) только медицинские учреждения, обеспечивающие программы ОМС;
- б) все без исключения медицинские предприятия, учреждения, организации;
- в) это необязательная процедура.

30. Демографическая политика - это совокупность мероприятий, направленных на:

- а) повышение рождаемости;
- б) снижение рождаемости;
- в) стабилизацию рождаемости;
- г) оптимизацию естественного прироста населения;
- д) снижение смертности;
- е) все вышеперечисленное.

31. Охрана здоровья граждан - это:

- а) система мероприятий, направленных на обеспечение здоровых, безопасных условий труда и быта граждан, оказание им медицинской помощи в случае утраты здоровья, создание условий для поддержания высокой трудовой и социальной активности;
- б) деятельность государства по обеспечению психического, физического и социального благополучия населения;
- в) совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

32. Наибольшее влияние на здоровье населения оказывают:

- а) генетические факторы;
- б) экономические факторы;
- в) образ жизни;
- г) уровень развития здравоохранения.

33. К понятию эффективности здравоохранения относятся следующие составляющие:

- а) медицинская эффективность, социальная эффективность, статистическая эффективность;
- б) социальная эффективность, морально-психологическая эффективность, наглядная эффективность;
- в) медицинская эффективность, социальная эффективность, экономическая эффективность.

34. В понятие «децентрализация» управления здравоохранением в новых условиях входят следующие составляющие:

- а) сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикали, отсутствие нормативной базы в здравоохранении, децентрализация бюджетного

финансирования, поступление средств на обязательное медицинское страхование на территориальном уровне;

б) сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикали, децентрализация бюджетного финансирования, поступление средств на обязательное медицинское страхование на территориальном уровне, расширение прав полномочий руководителей медицинских учреждений.

35. Социальная эффективность здравоохранения выражается в:

а) достижении поставленных целей в области профилактики заболевания и улучшении состояния пациента;

б) улучшении состояния пациента и снижении уровня заболеваемости;

в) снижении уровня заболеваемости и увеличении продолжительности жизни;

г) увеличении продолжительности жизни и оцененном вкладе в рост производительности труда.

36. Пути развития здравоохранения на современном этапе:

а) государственная система;

б) бюджетно-страховая медицина;

в) частная практика.

37. Предметом изучения социальной гигиены (медицины) в обобщенном виде является:

а) здоровье индивидуума;

б) общественное здоровье и факторы, влияющие на него;

в) эпидемиология заболеваний;

г) здоровье работающего населения;

д) экономика здравоохранения.

38. Социально-экономические факторы, влияющие на здоровье:

а) условия жизни;

б) условия труда;

в) экономика и политическая ситуация;

г) организация и доступность медицинской помощи;

д) все вышеперечисленное.

39. Основным методом изучения образа жизни является:

а) наблюдение;

б) тестирование;

в) анкетирование;

г) эксперимент;

д) опрос-интервью.

40. Основные принципы охраны здоровья населения России:

а) соблюдение прав человека в области охраны здоровья;

б) приоритет профилактических мероприятий;

в) доступность медицинской помощи;

г) ответственность государства и органов управления здравоохранением за здоровье граждан;

д) все вышеперечисленное.

41. Основными задачами здравоохранения на современном этапе являются все нижеперечисленные, кроме:

а) недопущения снижения объемов медицинской и лекарственной помощи;

б) использования финансовых и иных ресурсов на приоритетных направлениях;

в) сохранения общественного сектора здравоохранения;

- г) увеличения кадрового потенциала;
- д) повышения эффективности использования ресурсов системы здравоохранения.

42. Здравоохранение России относится к системам управления:

- а) централизованным;
- б) децентрализованным;
- в) смешанным.

43. Структура здравоохранения включает уровни:

- а) федеральный, территориальный, муниципальный;
- б) территориальный, областной, сельский;
- в) городской, областной;
- г) муниципальный, сельский, городской;
- д) сельский, городской, областной.

44. Укажите страну, в которой наблюдается наибольшая разница в продолжительности жизни мужчин и женщин:

- а) Япония;
- б) Россия;
- в) Германия;
- г) Франция;
- д) США.

45. Для улучшения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению требуется:

- а) формировать лечебно-диагностические комплексы на базе ЦРБ;
- б) развивать передвижные формы лечебно-диагностической и консультативной помощи;
- в) создавать межрайонные клиничко-диагностические центры;
- г) укреплять материально-техническую базу узкоспециализированных служб в ЦРБ;
- д) все вышеперечисленное.

46. В основе планирования системы здравоохранения должны лежать:

- а) целевые программы развития здравоохранения;
- б) программы государственных гарантий по обеспечению бесплатной медицинской помощью;
- в) перспективные планы развития здравоохранения.

47. Укажите, какой вид медицинской помощи в настоящее время является наиболее ресурсоемким:

- а) стационарная;
- б) амбулаторно – поликлиническая;
- в) скорая медицинская;
- г) санаторно-курортная.

48. Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий:

- а) улучшении технологий оказания лечебно-профилактической помощи;
- б) обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях;
- в) участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества;
- г) всех вышеперечисленных.

49. Какие медицинские учреждения подлежат лицензированию:

- а) частные амбулаторно-поликлинические учреждения;
- б) научно-исследовательские институты;
- в) государственные больницы;
- г) все медицинские учреждения независимо от форм собственности.

50. Целью аккредитации является:

- а) изменение организационно-правовой формы медицинского учреждения;
- б) защита интересов потребителей на основе установления деятельности медицинского учреждения соответствующей профессиональным стандартам;
- в) оценка эффективности деятельности медицинского учреждения;
- г) определение объемов медицинской помощи.

51. Какой документ выдается медицинским учреждением после успешного прохождения аккредитации:

- а) диплом;
- б) свидетельство;
- в) лицензия;
- г) сертификат.

52. Источниками финансирования учреждений здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования являются:

- а) средства обязательного медицинского страхования;
- б) государственный бюджет, местные бюджеты;
- в) доходы от платных услуг населению;
- г) средства от добровольного медицинского страхования, коммерческая деятельность;
- д) все вышеперечисленные.

53. Разделом работы оргметодкабинета ЦРБ не является:

- а) обобщение статистических данных о состоянии здоровья населения и деятельности медицинских организаций района;
- б) разработка организационно-методических мероприятий медицинского обслуживания населения района;
- в) разработка санэпидмероприятий в районе.

54. Функции главных специалистов в органах управления здравоохранением включают следующее, кроме:

- а) административной функции;
- б) руководства специализированной медицинской помощью;
- в) консультативной;
- г) повышения квалификации медицинских кадров.

55. Главными задачами управления здравоохранением на уровне субъекта Российской Федерации являются:

- а) разработка законодательной и нормативной базы;
- б) развитие здравоохранения с учетом региональных особенностей;
- в) разработка и реализация территориальных целевых программ;
- г) подготовка специализированных врачебных кадров;
- д) развертывание госпиталей;
- е) верно б, в;
- ж) верно а, г;
- з) верно г, д.

56. Документы, дающие право заниматься медицинской или фармацевтической деятельностью в РФ:

- а) диплом об окончании высшего или среднего мед. (фарм.) учебного заведения;
- б) сертификат специалиста;
- в) лицензия;
- г) свидетельство об окончании интернатуры;
- д) свидетельство об окончании курсов повышения квалификации;
- е) а, б, в.

57. Социальная профилактика включает все перечисленные мероприятия, кроме:

- а) проведения прививок;
- б) улучшения условий труда и отдыха;
- в) повышения материального благосостояния.

58. Медицинская профилактика включает все перечисленные мероприятия, кроме:

- а) проведения прививок;
- б) проведения медицинских осмотров;
- в) лечения заболеваний.

59. Каким основным документом руководствуются территориальные органы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по субъекту Российской Федерации, осуществляя контрольно - надзорные функции в субъекте РФ:

- а) Декларацией Всемирной организации здравоохранения;
- б) Положением о территориальном органе Федеральной службы в сфере здравоохранения и социального развития;
- в) приказами Министерства здравоохранения РФ.

60. Что делают эксперты территориального органа Федеральной службы в сфере здравоохранения и социального развития по завершении проверки МО, фарморганизации:

- а) составляют протокол (предписание, постановление) об административном правонарушении;
- б) сообщают главе региона о выявленных недостатках;
- в) проводят совещание и требуют устранения выявленных нарушений.

61. Со специалистами каких территориальных структур осуществляют проверки территориальные органы Федеральной службы в сфере здравоохранения и социального развития в плане выполнения мероприятий, предусмотренных нацпроектом «Здоровье»:

- а) с сотрудниками министерства здравоохранения;
- б) с сотрудниками правоохранительных органов ;
- в) с сотрудниками министерства труда и социальной защиты населения.

62. Основной документ, регламентирующий порядок лицензирования на территории РФ:

- а) Федеральный закон №323 от 21.11.2011г. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- б) Федеральный закон № 128 ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;
- в) приказ МЗ СР РФ № 205 от 22.11.04г.

63. Лицензирующие органы на территории Ставропольского края:

- а) Министерство здравоохранения по Ставропольскому краю;
- б) Управление Росздравнадзора по Ставропольскому краю;
- в) Комитет СК по торговле и лицензированию отдельных видов деятельности.

64.Сроки принятия решения о предоставлении или об отказе в предоставлении лицензии лицензирующим органом:

- а) не более 30 дней;
- б) не более 60 дней;
- в) не более 45 дней с момента подачи заявления.

65.Стаж работы руководителя соискателя лицензии на медицинскую деятельность:

- а) более 10 лет;
- б) более 5 лет;
- в) менее 5 лет.

66.Основанием отказа в предоставлении лицензии на медицинскую деятельность является:

- а) наличие в документах недостоверной или искаженной информации;
- б) объемы оказываемой медицинской помощи;
- в) несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям и условиям.

67. К видам медицинских профилактических услуг относится всё, кроме:

- а) профилактического консультирования (гигиеническое обучение и воспитание) отдельных индивидуумов;
- б) профилактического консультирования (гигиеническое обучение и воспитание) группового;
- в) профилактических медицинских осмотров с целью выявления ранних форм заболеваний и факторов риска, а также проведения оздоровительных мероприятий;
- г) иммунизации (вакцинопрофилактика);
- д) диспансеризации (диспансерное наблюдение и оздоровление);
- е) медицинского освидетельствования при прохождении военной службы.

68. Здоровое питание – это:

- а) питание, обеспечивающее удовлетворение научно обоснованных потребностей различных групп населения в рациональном питании с учетом традиций, привычек и основанное на потреблении разнообразных продуктов, способствующих укреплению здоровья и профилактике заболеваний;
- б) пищевые рационы и режим питания для людей с различными заболеваниями.

69. Основные принципы рационального питания – это всё, кроме:

- а) энергетического равновесия пищевого рациона (соответствие энергозатрат энергопотреблению);
- б) доступности пищи;
- в) сбалансированности пищевого рациона по основным компонентам (белки, жиры, углеводы, микроэлементы, витамины);
- г) режима и условий приема пищи.

70. Профилактика первичная - это:

- а) система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий;
- б) комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения и отдельных (региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных) групп и индивидуумов.

71. Профилактика вторичная – это:

- а) комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизацию и преждевременную смертность;
- б) процесс, позволяющий людям повысить контроль своего здоровья, а также улучшить его.

72. К факторам риска относятся все потенциально опасные для здоровья факторы, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход, кроме:

- а) поведенческих,
- б) политических,
- в) генетических,
- г) социальных.

73. К стратегиям профилактики относится:

- а) популяционная;
- б) видовая;
- в) возрастная.

74. К задачам медицинской профилактики относится всё, кроме:

- а) снижения потребления табака;
- б) снижения потребления алкоголя;
- в) снижения количества ДТП;
- г) поэтапного введения с 2015 года в календарь профилактических прививок вакцин против пневмококковой инфекции, ветряной оспы и др.

75. К первичной профилактике не относится:

- а) улучшение качества атмосферного воздуха и питьевой воды;
- б) улучшение структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха;
- в) адаптация инвалидов.

76. Вторичная профилактика включает всё, кроме:

- а) целевого санитарно-гигиенического воспитания;
- б) проведения диспансерных медицинских осмотров;
- в) проведения курсов профилактического лечения и целевого оздоровления;
- г) укрепления здоровья.

77. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» определяет, что диспансеризация проводится:

- а) раз в три года по определенным возрастным категориям;
- б) ежегодно;
- в) раз в 2 года.

78. Профилактический медицинский осмотр проводится:

- а) в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов;
- б) при поступлении на работу или учебу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, соответствия учащегося требованиям к обучению;

в) в установленное время в целях динамического наблюдения за состоянием здоровых работников, учащихся, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового, учебного процесса на состояние здоровья работников, учащихся, в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, продолжения учебы.

79. К задачам профилактики в первичном звене здравоохранения относится всё, кроме:

- а) выявления жителей своего участка, имеющих факторы риска заболеваний, а также пациентов с начальными стадиями заболевания;
- б) обеспечения лекарственной помощью жителей своего участка;
- в) обучения навыкам, сберегающим и укрепляющим здоровье, мерам личной и общественной профилактики основных заболеваний, рациональному питанию, физической активности, соблюдению правил эпидемиологического благополучия.

80. Комплексное обследование в Центре здоровья включает всё, кроме:

- а) измерения роста и веса;
- б) тестирования на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья функциональных и адаптивных резервов организма;
- в) скрининга сердца компьютеризированного (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей);
- г) денситометрии;
- д) флюорографии;
- е) экспресс-анализа для определения общего холестерина и глюкозы в крови.

81. Основные мероприятия медицинского скрининга - это:

- а) массовое обследование населения и выявление лиц с подозрением на заболевание или с начальными признаками заболеваний;
- б) предположительная идентификация нераспознанной болезни или дефекта с помощью набора тестов или диагностических процедур, имеющих высокую чувствительность и проводимых без большой затраты времени;
- в) анализ заболеваемости прикрепленного населения.

82. Здоровый образ жизни включает всё, кроме:

- а) воспитания с раннего детства здоровых привычек и навыков;
- б) полного отказа от употребления алкоголя;
- в) диетического питания;
- г) регулярного прохождения медицинских осмотров.

83. Оценить степень никотиновой зависимости позволяет тест:

- а) Бека;
- б) Фагенстрема;
- в) HADS.

84. Количество потребления алкоголя человеком (населением) измеряется в:

- а) международных алкогольных миллилитрах;
- б) алкогольных единицах;
- в) дринках.

85. Немедикаментозное лечение дислипидемий предусматривает назначение всего, кроме:

- а) диеты;

- б) коррекции веса;
- в) повышения физической активности;
- г) прекращения курения;
- д) назначения статинов.

86. Индекс Кетле (ИМТ), рассчитывается путем:

- а) деления массы тела в кг в квадрате на рост в метрах в квадрате;
- б) деления массы тела в кг на рост в метрах в квадрате;
- в) деления массы тела в кг в квадрате на рост в сантиметрах в квадрате.

87. Для оценки интенсивности физической активности используется: понятие:

- а) метаболический эквивалент;
- б) физический эквивалент;
- в) эквивалент активности.

88. Дополнительное медицинское обследование для разрешения заниматься интенсивной физической активностью необходимо провести всем, кроме:

- а) курящих;
- б) имеющих 2 или более из следующих факторов риска развития ишемической болезни сердца:
- в) имеющих сахарный диабет;
- г) имеющих герпес.

89. При расчете индивидуального сердечно-сосудистого риска используется шкала:

- а) HePro;
- б) PedQIS;
- д) SCORE.

90. Уровень рождаемости населения в среднем по России в последние годы находится в пределах (в ‰):

- а) 9-12;
- б) от 12 до 15;
- в) свыше 15.

91. Показатель материнской смертности вычисляется по формуле:

- а) $(\text{число умерших женщин в период беременности и в течение 42 дней после прекращения беременности} * 100000) / \text{число живорожденных}$;
- б) $(\text{число умерших беременных} * 1000 \text{ живорожденных}) / \text{суммарное число беременностей}$;
- в) $(\text{число умерших после 28 недель беременности} * 100000 \text{ живорожденных}) / \text{суммарное число беременностей}$;
- г) $(\text{число умерших беременных} * 100000 \text{ живорожденных и мертворожденных}) / \text{суммарное число беременных после 28 недель}$;
- д) $(\text{число умерших беременных после 28 недель} * 100000 \text{ живорожденных}) / \text{суммарное число беременностей после 28 недель}$.

92. Показатель общей смертности 16 ‰ оценивается как:

- а) низкий;
- б) средний;
- в) высокий.

93. Показатель рождаемости 18 ‰ оценивается как:

- а) низкий;
- б) средний;

в) высокий.

94. Показатель младенческой смертности 45 ‰ оценивается как:

- а) низкий;
- б) средний;
- в) высокий.

95. Если численность последующих поколений больше предыдущих, то воспроизводство населения:

- а) суженное;
- б) расширенное;
- в) простое;
- г) неопределенное.

96. Состояние популяционного здоровья оценивается по следующим группам показателей: а) уровень и структура заболеваемости и инвалидности; медико-демографические показатели; уровень физического развития; б) уровень и структура заболеваемости и инвалидности; показатели плодovitости; уровень физического развития; в) показатели плодovitости; медико-демографические показатели; показатели летальности по группам заболеваемости.

97. Для детей какой возрастной группы определяется показатель «Младенческая смертность»:

- а) на 2-4-й неделе жизни;
- б) старше 1 месяца;
- в) в первые 28 дней жизни;
- г) до 1-го года.

98. Показатель структуры смертности по причинам (от отдельных заболеваний) рассчитывается следующим образом:

- а) число умерших от данной патологии * 100/ общее число умерших;
- б) число умерших от данной патологии/общее число заболеваний * 100.

99. Показатель смертности детей в первые 28 дней жизни называется:

- а) неонатальной смертностью;
- б) перинатальной смертностью;
- в) постнеонатальной смертностью;
- г) детской смертностью.

100. Уровень общей смертности населения в среднем по России в последние 5 лет находился в пределах (в ‰):

- а) от 5 до 10;
- б) от 11 до 17;
- в) от 18 до 20.

101. Показатель рождаемости 45 ‰ оценивается как:

- а) низкий;
- б) средний;
- в) высокий.

102. Показатель младенческой смертности 25 ‰ оценивается как:

- а) низкий;
- б) средний;
- в) высокий.

103. Естественное движение населения включает в себя:

- а) рождаемость, общую смертность населения (в т.ч. младенческую), естественный прирост;
- б) рождаемость, миграцию наличного населения, естественный прирост;
- в) общую смертность (в т. ч. младенческую), внешнюю миграцию, естественный прирост.

104. Высокий уровень рождаемости характерен для:

- а) высокоразвитых стран;
- б) стран «третьего» мира;
- в) развивающихся стран.

105. Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются показатели:

- а) заболеваемости;
- б) инвалидности;
- в) физического развития;
- г) медико-демографические;
- д) все вышеперечисленные.

106. При вычислении показателя рождаемости учитывают число родившихся за год:

- а) живыми;
- б) мертвыми;
- в) живыми и мертвыми.

107. Демографическая политика - совокупность мероприятий, направленных на:

- а) повышение рождаемости;
- б) снижение рождаемости;
- в) стабилизацию рождаемости;
- г) оптимизацию показателей естественного прироста населения;
- д) снижение смертности;
- е) все вышеперечисленное.

108. Основным документом для гражданской регистрации смерти ребенка в роддоме в возрасте 0-6 дней в России является:

- а) свидетельство о рождении и свидетельство о перинатальной смерти;
- б) свидетельство о браке;
- в) заявление 2 свидетелей;
- г) справка из родильного дома о рождении ребенка;
- д) все вышеперечисленное.

109. Основным документом для гражданской регистрации смерти в России является:

- а) свидетельство о рождении;
- б) паспорт;
- в) заявление 2 свидетелей;
- г) заключение патологоанатома;
- д) медицинское свидетельство о перинатальной смерти;
- е) медицинское свидетельство о смерти;

ж) все вышеперечисленное.

110. Первое место в структуре общей смертности по Российской Федерации занимают:

- а) травмы;
- б) болезни органов кровообращения;
- в) болезни органов дыхания.

111. Какие виды движения населения необходимо учитывать при разработке стратегии демографической политики в регионе:

- а) механическое;
- б) механическое и естественное;
- в) механическое, естественное и социальное;
- г) механическое, естественное, социальное, возрастное.

112. Укажите, какие факторы, регулирующие рождаемость, необходимо учитывать при оценке демографической ситуации:

- а) миграцию населения;
- б) охват населения контрацепцией;
- в) возраст вступления в брак;
- г) социально-экономические условия;
- д) состояние здоровья родителей;
- е) все вышеперечисленное.

113. Показатель общей смертности 10 % оценивается как:

- а) низкий;
- б) средний;
- в) высокий.

114. Показатель рождаемости 28 % оценивается как:

- а) низкий;
- б) средний;
- в) высокий.

115. Показатель младенческой смертности 15‰ оценивается как:

- а) низкий;
- б) средний;
- в) высокий.

116. Основными показателями естественного движения населения являются:

- а) рождаемость;
- б) смертность;
- в) инвалидность;
- г) заболеваемость;
- д) все вышеперечисленные.

117. Обобщающим показателем естественного движения населения является:

- а) рождаемость;
- б) смертность;
- в) естественный прирост.

118. К общим показателям воспроизводства (естественного движения) населения не относится:

- а) рождаемость;
- б) смертность;
- в) естественный прирост;
- г) средняя продолжительность жизни.

119. Повозрастные показатели смертности рассчитываются путем:

- а) соотношения численности умерших в каждой возрастной группе к численности данной возрастной группы;
- б) вычитания родившихся и умерших на 1000 населения в каждой пятилетней возрастной группе;
- в) соотношения численности умерших в каждой возрастной группе к среднегодовой численности населения территории.

120. В структуре смертности экономически развитых стран ведущие места занимают:

- а) инфекционные и паразитарные заболевания; болезни системы пищеварения; психические заболевания;
- б) болезни системы кровообращения; новообразования; травмы и отравления;
- в) новообразования; травмы и отравления; болезни органов дыхания.

121. Средняя продолжительность предстоящей жизни - это число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся при условии, что на протяжении всей жизни останутся неизменными:

- а) повозрастные показатели рождаемости;
- б) повозрастные показатели смертности;
- в) все вышеперечисленное.

122. В общей структуре смертности населения в России травмы занимают место:

- а) третье;
- б) первое;
- в) второе.

123. В общей структуре смертности населения в России злокачественные новообразования занимают место:

- а) второе;
- б) первое;
- в) третье.

124. В общей структуре смертности населения в России сердечно-сосудистые заболевания занимают место:

- а) первое;
- б) второе.

125. Коэффициент естественного прироста – это отношение:

- а) годового числа родившихся к годовому числу умерших;
- б) годового числа умерших к годовому числу родившихся;
- в) годового числа родившихся - годового числа умерших *1000 к среднегодовой численности населения.

126. Какие явления в жизни общества отражает показатель младенческой смертности:

- а) уровень медицинской помощи населению;
- б) ВВП на душу населения;
- в) уровень жизни населения.

127. Показатели младенческой смертности в России в настоящее время находятся в пределах (%0):

- а) до 15;
- б) 15-20;
- в) выше 20.

128. Показатель материнской смертности (на 100000 живорождений) в России в последние годы находится в пределах:

- а) 30-40;
- б) 20-30;
- в) 300-400.

129. К показателям статистики населения относятся такие показатели как:

- а) численность населения;
- б) рождаемость;
- в) распределение населения по полу;
- г) повозрастные коэффициенты смертности;
- д) распределение населения по месту жительства;
- е) верно а, в, д;
- ж) верно б, г, д;
- з) верно а, в, г.

130. Численность населения России в последние годы имеет тенденцию к:

- а) стабилизации;
- б) сокращению;
- в) росту.

131. Основными показателями естественного движения населения являются:

- а) смертность;
- б) смертность по возрастным группам;
- в) рождаемость;
- г) суммарный коэффициент рождаемости;
- д) естественный прирост;
- е) верно а, в, д;
- ж) верно б, г, д;
- з) верно а, б, в.

132. Численность населения в РФ, по данным переписи 2012 года, составила (в млн):

- а) 150,0;
- б) 140,0;
- в) 157,5;
- г) 145,3.

133. На первом месте в структуре общей смертности находятся:

- а) травмы;
- б) болезни системы кровообращения;
- в) болезни органов дыхания;
- г) онкологические заболевания.

134. Отрицательные значения естественного прироста населения в России регистрируются с:

- а) 1970 года;
- б) 1980 года;
- в) 1992 года;
- г) 1995 года.

135. В России доля лиц старше трудоспособного возраста:

- а) увеличивается;
- б) уменьшается;
- в) стабильна.

136. Разница в средней продолжительности предстоящей жизни у мужчин и женщин в России в последние годы составляет:

- а) 2-3 года;
- б) 5-7 лет;
- в) 8-10 лет;
- г) 13-15 лет.

137. Величина показателя младенческой смертности зависит от:

- а) социально-экономических условий;
- б) обеспеченности детей педиатрами;
- в) состояния здоровья матери;
- г) наличия аборт в анамнезе матери;
- д) все ответы правильные;
- е) все ответы неправильные.

138. Неонатальная смертность - это число умерших детей из 1000 родившихся живыми на:

- а) первой неделе жизни;
- б) первом месяце жизни;
- в) первом году жизни;
- г) втором-двенадцатом месяце жизни.

139. Ранняя неонатальная смертность - это смертность детей на:

- а) первой неделе жизни или в первые 168 часов жизни;
- б) первом месяце жизни;
- в) первом году жизни;
- г) втором-двенадцатом месяце жизни.

140. Сложившийся в России в последние годы уровень суммарной рождаемости обеспечивает воспроизводство населения (численное замещение поколений родителей их детьми):

- а) на 50-60 % ;
- б) на 60-65 % ;
- в) на 80-90 % ;
- г) практически обеспечивает простое воспроизводство на 95-105 % ;
- д) обеспечивает слегка расширенное воспроизводство на 105-110 % .

141. Какую часть в структуре материнской смертности занимают аборты:

- а) около 10 %;
- б) около 15 %;
- в) около 25 %;
- г) около 35 %;
- д) около 40 %.

142. Какие виды контроля качества медицинской помощи Вы знаете:

- а) государственный контроль;
- б) ведомственный контроль;
- г) внутренний контроль.
- д) все выше перечисленное верно.

143. Кто осуществляет ведомственный контроль качества медицинской помощи:

- а) Министерство здравоохранения Ставропольского края;
- б) страховые компании;
- в) ФОМС;
- г) Управление Росздравнадзора.

144. Кто осуществляет контроль порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности в Ставропольском крае:

- а) Министерство здравоохранения Ставропольского края;
- б) Региональное отделение федерального фонда социального страхования;
- в) Региональное отделение управления Росздравнадзора;
- г) все вышеуказанные.

145. Кто осуществляет контроль порядка проведения медико-социальной экспертизы:

- а) Министерство здравоохранения РФ;
- б) Федеральный фонд социального страхования РФ;
- в) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения РФ.

146. Куда может обратиться пациент с жалобой на качество медицинской помощи:

- а) к руководителю МО;
- б) к другому должностному лицу МО;
- в) в орган управления здравоохранением;
- г) в страховую медицинскую организацию;
- д) в профессиональную медицинскую ассоциацию;
- е) в лицензионно - аккредитационную комиссию;
- ж) в общество по защите прав потребителей;
- з) в суд;
- и) в любую из названных выше инстанций.

147. При оказании медико-социальной помощи пациент имеет право на:

- а) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- б) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- в) отказ от медицинского вмешательства;
- г) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- д) возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- е) допуск к нему адвоката или иного законного представителя, допуск к нему священнослужителя;
- ж) все вышеперечисленное.

148. Качественную оценку работы стационара могут характеризовать следующие показатели:

- а) структура проведенных операций (состав операций);

- б) показатель частоты осложнений при операциях;
- в) показатель частоты применения различных видов наркоза;
- г) сроки до - и послеоперационного лечения больных;
- д) показатель послеоперационной летальности;
- е) все вышеперечисленное верно.

149. Показатель качества врачебной диагностики в стационаре определяется по:

- а) показателю летальности;
- б) показателю совпадения (или расхождения) диагнозов;
- в) средней длительности пребывания больного в стационаре;
- г) правильного ответа нет.

150. В качестве критериев дефектов деятельности врачей амбулаторно-поликлинического звена могут служить следующие показатели:

- а) количество обоснованных жалоб;
- б) рост впервые выявленных заболеваний;
- в) рост заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
- г) детский травматизм.

151. Что из перечисленного относится к характеристикам качества медицинской помощи:

- а) доступность;
- б) экономичность;
- в) результативность.

152. Эффективность медицинской деятельности - это:

- а) улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий;
- б) степень достижения конкретных результатов при оказании лечебно-диагностической или профилактической помощи при соответствующих затратах финансовых, материальных и трудовых ресурсов;
- в) степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи.

153. Субъектами внутриведомственного контроля качества являются все, кроме:

- а) заведующего отделением;
- б) заместителя главного врача по клинико-экспертной работе;
- в) главного специалиста района;
- г) эксперта страховой медицинской организации.

154. Текущий контроль предусматривает:

- а) обнаружение невыполнения процедуры, операции;
- б) установление причины невыполнения процедуры, операции;
- в) определение пути разрешения ситуации (проблемы);
- г) обеспечение условий выполнения процедуры, операции.

155. Кто должен проводить первый уровень контроля качества медицинской помощи в МО:

- а) главный врач;
- б) заместитель главного врача по лечебной работе;
- в) заместитель главного врача по клинико-экспертной работе;
- г) заведующий отделением.

156. Кто осуществляет второй уровень ККМП в МО:

- а) лечащий врач;
- б) заведующий отделением;
- в) зам. главного врача по медицинской работе;
- г) зам. главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности.

157. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи изучается методом:

- а) анализа заявлений и жалоб;
- б) социологического исследования ;
- в) тестирования;
- г) прямого наблюдения;
- д) все вышеперечисленное верно.

158. Какие методы социологического исследования используются для оценки удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи:

- а) анкетирования;
- б) анализа заявлений и жалоб;
- в) тестирования.

159. В процессе текущего контроля качества медицинской помощи контролируется:

- а) объем медицинской помощи, оказанной пациенту в соответствии с диагнозом и протоколом лечения;
- б) ведение медицинской документации;
- в) удовлетворенность пациента.

160. Контроль можно разделить на:

- а) предварительный;
- б) текущий;
- в) заключительный.

161. Медико-экономический стандарт - это документ определяющий ...

- а) механизм ценообразования в системе медицинского страхования для лиц, учреждений и их подразделений, основывающийся на диагностических и лечебно-технологических стандартах;
- б) объем лечебно-диагностических процедур и технологию их выполнения;
- в) результативность лечения и стоимостные показатели.

162. Лидерство - это:

- а) способность оказывать влияние на отдельных людей и группы и направлять их усилия на достижение целей организации;
- б) поведение отдельного человека, которое может вносить изменения в поведение, отношения, ощущения и т.п. другого человека;
- в) возможность влиять на поведение людей;
- г) обычная манера поведения руководителя, который оказывает влияние на подчиненных и побуждает их к достижению целей организации.

163. Основными направлениями реструктуризации здравоохранения являются:

- а) увеличение коечного фонда;
- б) реорганизация коечного фонда по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса;
- в) расширение стационар-замещающих форм оказания медицинской помощи;
- г) приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи.

164. Реорганизация стационарной помощи на современном этапе подразумевает:

- а) увеличение длительности госпитального этапа;
- б) применение дневных форм пребывания пациентов в стационарах;
- в) преобладание коек восстановительного лечения;
- г) преобладание коек интенсивного лечения;
- д) преобладание коек, предназначенных для длительного лечения хронических больных.

165. Маркетинг в здравоохранении - это:

- а) предпринимательская деятельность, которая управляется передвижением товаров и услуг от производителя к потребителю или пользователю;
- б) вид человеческой деятельности, направленный на удовлетворение нужд и потребностей путем обмена;
- в) это система принципов, методов и мер, базирующихся на комплексном изучении спроса потребителя и целенаправленном формировании предложения медицинских услуг производителем.

166. Стратегия маркетинга - это:

- а) формирование достижения целей и решение задач МО по каждому отдельному рынку;
- б) решение задач МО в конкретный период на основе стратегии маркетинга при постоянной корректировке задач;
- в) решение задач МО на каждом сегменте рынка с учетом обострения конкурентной борьбы, сезонного падения спроса, уменьшение интереса покупателей к конкретным услугам.

167. К основным функциям менеджмента относятся:

- а). планирование и организация деятельности;
- б). координация и мотивация деятельности;
- в). информационный анализ;
- г). принятие управленческих решений;
- д). контроль.

168. Осуществлять экспертизу временной нетрудоспособности имеют право следующие медицинские организации и учреждения здравоохранения:

- а) только государственные (муниципальные);
- б) медицинская организация с любой формой собственности;
- в) медицинская организация любого уровня, профиля, ведомственной принадлежности;
- г) любая медицинская организация, в том числе частно практикующий врач, имеющий лицензию на осуществление медицинской деятельности включая работу по экспертизе временной нетрудоспособности.

169. Кому непосредственно подчиняется заместитель главного врача многопрофильной больницы по ЭВН:

- а) главному врачу медицинской организации;
- б) заместителю главного врача по медицинскому обслуживанию населения;
- в) заместителю главного врача по организационно-методической работе.

170. При каком условии в учреждении здравоохранения создаётся ВК:

- а) при наличии поликлиники (поликлинического отделения);
- б) при наличии 20 и более врачебных должностей;
- в) при наличии 25 и более врачебных должностей по приказу руководителя учреждения.

171. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдаётся:

- а) с 1-го дня нетрудоспособности;
- б) с 3-го дня нетрудоспособности;
- в) с 6-го дня нетрудоспособности;

- г) с 10-го дня нетрудоспособности;
- д) по окончании отпуска без сохранения содержания при сохранении ВН.

172. В каком случае в городской больнице (поликлинике) устанавливается должность заместителя главного врача по клинко-экспертной работе:

- а) при наличии поликлиники (поликлинического отделения);
- б) при наличии 30 и более врачебных должностей;
- в) при наличии 20 и более врачебных должностей амбулаторного приёма;
- г) при наличии не менее 25 врачебных должностей амбулаторного приёма.

173. На кого возлагается ответственность за всю постановку работы по экспертизе трудоспособности, выдаче, хранению и учёту листа нетрудоспособности:

- а) на главного врача;
- б) на главного врача и главную (старшую) медсестру;
- в) на заместителя главного врача по клинко-экспертной работе (при отсутствии – на главного врача).

174. Может ли быть выдан листок нетрудоспособности больному, обратившемуся за неотложной помощью в приёмное отделение стационара, но не госпитализированному в стационар:

- а) листок нетрудоспособности не выдаётся, делается только запись об оказанной помощи, при необходимости выдаётся справка произвольной формы;
- б) выдаётся справка установленной формы;
- в) может быть выдан листок нетрудоспособности на срок до 3-х дней.

175. В каком случае листок нетрудоспособности выдаётся за всё время пребывания в санатории:

- а) во всех случаях направления больного в санаторий;
- б) при направлении на долечивание в санаторий после стационарного лечения (но не более 24 дн);
- в) во всех случаях санаторного лечения листок нетрудоспособности выдаётся только на недостающие дни трудового отпуска.

176. Укажите сроки направления на медико-социальную экспертизу болеющих (кроме туберкулёза):

- а) не позднее 4 месяцев при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе;
- б) не позднее 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе;
- в) вне зависимости от срока работающих инвалидов в случае ухудшения клинического и трудового прогноза;
- г) все вышеперечисленное верно;
- д) нет правильного ответа.

177. Может ли быть проведено переосвидетельствование лиц, которым инвалидность установлена без срока переосвидетельствования (бессрочно):

- а) не может быть ни при каких условиях;
- б) может быть проведено по ходатайству инвалида;
- в) может быть проведено по требованию вышестоящих органов;
- г) может быть проведено по требованию органов суда и прокуратуры;
- д) по направлению медицинской организации и заявлению пациента при изменении состояния здоровья и трудоспособности или при выявлении факта необоснованного решения МСЭК.

178. В каких случаях выдаётся листок нетрудоспособности по уходу за ребенком на весь срок пребывания его стационаре:

- а) при госпитализации детей в возрасте 7 до 15 лет;
- б) при госпитализации в возрасте до 7 лет, а также тяжелобольных детей старших возрастов, нуждающихся по заключению ВК в уходе, по уходу за ребенком -инвалидом, ВИЧ -инфицированным ребенком, при онкозаболеваниях у детей.

179. Кто не имеет права на выдачу листков нетрудоспособности:

- а) лечащие врачи государственной системы здравоохранения;
- б) лечащие врачи муниципальной системы здравоохранения;
- в) лечащие врачи частной системы здравоохранения;
- г) главные врачи и их заместители.

180. До какого срока может единолично продлить листок нетрудоспособности лечащий врач:

- а) до 15 дней (включительно);
- б) до 30 дней;
- в) до 45 дней;
- г) до 60 дней.

181. На какой максимальный срок может продлить ВК листок нетрудоспособности:

- а) до 2 месяцев;
- б) до 3 месяцев;
- в) до 6 месяцев;
- г) до 10-12 месяцев;
- д) до 4 месяцев.

182. В каких случаях ВК может продлить листок нетрудоспособности до 12 месяцев:

- а) после инфаркта миокарда;
- б) после инсульта;
- в) при онкозаболеваниях;
- г) при туберкулёзе, травмах, реконструктивных операциях.

183. Кто имеет право направлять граждан на медико-социальную экспертизу:

- а) руководители МО;
- б) лечащий врач с утверждением зав. отделением;
- в) лечащий врач;
- г) лечащий врач с утверждением направления ВК.

184. Кто выдаёт листок нетрудоспособности для санаторно-курортного долечивания:

- а) отраслевые профсоюзы;
- б) фонд социального страхования;
- в) орган управления здравоохранения;
- г) медицинская организация;
- д) комиссия МСЭК.

185. С какого срока беременности выдаётся листок нетрудоспособности на дородовой и послеродовой отпуск:

- а) с 26 недель беременности;
- б) с 30 недель беременности;
- в) с 32 недель беременности;
- г) с 28 недель беременности .

186. Какие льготы предоставляются работающим родителям детей-инвалидов по уходу за ними до возраста 18 лет:

- а) ежемесячные компенсации к заработной плате;
- б) дополнительный месячный оплачиваемый отпуск;
- в) сокращённый рабочий день;
- г) 4 дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц.

187. Сроком переосвидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы инвалидов III группы (за исключением случаев установления инвалидности без указания срока переосвидетельствования) является

- а) 6 месяцев;
- б) 1 год;
- в) 2 года;
- г) 3 года.

188. При обращении в поликлинику гражданина Украины, проживающего и работающего в России на предприятии, был установлен факт его нетрудоспособности, удостоверенный

- а) справкой установленной формы;
- б) листком нетрудоспособности;
- в) выпиской из амбулаторной карты .

189. Учащийся строительного колледжа в период прохождения оплачиваемой производственной практики обратился к врачу по поводу острого бронхита. Какой документ должен выдать врач:

- а) справку установленной формы;
- б) листок нетрудоспособности;
- в) никакой документ.

190. Мать находится в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет до 19.02. 15.02 обращается с ребёнком к педиатру. Диагноз ОРЗ. Какой документ по уходу будет выдан матери и с какого числа:

- а) никакого документа;
- б) больничный листок с 15.02 до выздоровления ребёнка;
- в) больничный листок по уходу с 20.02 при необходимости ухода при обращении к врачу 20.02.

191. Работник уволен с предприятия по собственному желанию. В 18 часов того же дня обращается в поликлинику. Врач констатирует временную нетрудоспособность. Какой документ должен выдать врач:

- а) листок нетрудоспособности;
- б) справку произвольной формы;
- в) не выдаёт ничего.

192. При операции «подсадка эмбриона» листок нетрудоспособности выдаётся

- а) лечащим врачом;
- б) заведующим отделением;
- в) главным врачом.

193. Стратегической целью управления качеством медицинской помощи в ЛПУ являются:

- а) внедрение новых технологий;
- б) непрерывное и тотальное улучшение качества;
- в) увеличение числа пациентов, удовлетворенных медицинской помощью.

194. Медицинская документация содержит сведения о:

- а) коммерческой деятельности медицинского учреждения;

- б) состоянии здоровья населения и отдельных лиц, объемах и качестве оказываемой медицинской помощи;
- в) хозяйственной деятельности медицинского учреждения;
- г) перспективах развития служб здравоохранения;
- д) финансовых ресурсах медицинского учреждения.

195. Медицинская документация необходима для:

- а) определения потребности населения в медицинской помощи и ее планировании, организации и управлении службами здравоохранения;
- б) бюрократизации здравоохранения;
- в) определения потребностей медицинского учреждения;
- г) ведения финансово-коммерческой деятельности медицинского учреждения;
- д) администрирования и контроля исполнения поручений.

196. Медицинская отчетность – это:

- а) любой документ в здравоохранении;
- б) документы, предоставляемые по любому запросу;
- в) бланки статистических форм;
- г) система отчетных документов установленной формы, представляемых учреждениями и органами здравоохранения вышестоящим органам здравоохранения;
- д) порядок представления отчетов.

197. Какой из перечисленных документов можно назвать «учётно-статистическим»

- а) «Талон амбулаторного пациента»;
- б) «Книга вызова врача на дом»;
- в) «Выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного»;
- г) «Медицинская карта стационарного больного»;
- д) «Талон на прием к врачу».

198. Какой из перечисленных документов можно назвать «передаточным»:

- а) «Талон амбулаторного пациента» (025-1 0/уТ-03);
- б) «Книга вызова врача на дом» (031/у);
- в) «Выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного» (027/у).

199. Основные функции территориальных фондов ОМС – это:

- а) распределение финансов между МО и аккумуляция средств обязательного медицинского страхования;
- б) экспертиза счетов МО и выравнивание финансовых ресурсов ОМС городов и районов;
- в) аккумуляция финансовых средств ОМС и выравнивание финансовых ресурсов ОМС городов и районов.

200. Страховая медицинская организация в системе ОМС вправе:

- а) устанавливать тарифы на медицинские услуги;
- б) принимать участие в разработке тарифов на медицинские услуги;
- в) индексировать тарифы.

201. Взносы на ОМС работающего населения:

- а) изымаются из заработной платы;
- б) отчисляются в структуре подоходного налога;
- в) являются отдельным самостоятельным налогом;
- г) входят в состав единого социального налога.

202. Источниками средств ОМС являются:

- а) единый социальный налог в части, подлежащей зачислению в территориальный фонд ОМС, и личные средства граждан;
- б) бюджеты соответствующего уровня для неработающего населения и средства предприятий, учреждений, организаций в составе прибыли;
- в) единый социальный налог на заработную плату для работающего населения и бюджеты соответствующего уровня для неработающего населения.

203. Территориальная программа ОМС:

- а) является составной частью территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- б) включает в себя территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- в) является самостоятельным документом.

204. Программа государственных гарантий оказания населению РФ бесплатной медицинской помощи утверждается:

- а) Правительством РФ;
- б) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения;
- в) Государственной Думой;
- г) совместно Федеральным фондом ОМС и Министерством здравоохранения РФ.

205. Программа государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи утверждается:

- а) ежегодно на предстоящий год;
- б) один раз в три года;
- в) с кратностью, устанавливаемой субъектом РФ.

206. Программа государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи регламентирует:

- а) виды медицинской помощи;
- б) источники финансирования медицинской помощи;
- в) нормативы объема медицинской помощи;
- г) условия и порядок обязательного медицинского страхования;
- д) финансовые нормативы затрат на единицу объема медицинской помощи;
- е) нормы нагрузки медицинского персонала;
- ж) контрольные показатели достижения результата.

207. В рамках государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи регламентируются следующие нормативы объемов медицинской помощи:

- а) количество амбулаторных посещений на 1 жителя (1000 жителей) в год;
- б) количество населения, прикрепленного к участковому терапевту (педиатру);
- в) количество вызовов скорой помощи на 1 жителя (1000 жителей) в год;
- г) количество средств на дополнительное лекарственное обеспечение на 1 жителя (1000 жителей) в год;
- д) количество коек соответствующего профиля на 1 жителя (1000 жителей).

208. В рамках программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи регламентируются следующие финансовые нормативы:

- а) финансовые затраты на 1 вызов скорой медицинской помощи;
- б) финансовые затраты на содержание одной бюджетной койки в год;
- в) финансовые затраты на содержание одного места в дневных стационарах всех типов;

- г) финансовые затраты на одно посещение амбулаторно-поликлинических учреждений;
- д) финансовые затраты на содержание одной койки по ОМС.

209. Источниками финансирования территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи являются:

- а) средства системы ОМС (ТФОМС, ФФОМС);
- б) средства муниципальных бюджетов;
- в) средства учредителей предприятий;
- г) средства бюджетов РФ;
- д) средства фонда социального страхования;
- е) средства фондов социальной защиты населения.

210. К сторонам, участвующим в заключении Генерального тарифного соглашения на территории субъекта РФ, относят:

- а) Территориальный фонд обязательного медицинского страхования;
- б) орган управления здравоохранением территории;
- в) министерство финансов края;
- г) ассоциацию медицинских страховых организаций;
- д) профессиональную медицинскую ассоциацию;
- е) главных врачей МО.

211. В структуру территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи обязательно должны входить следующие составляющие:

- а) перечень видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно за счет средств бюджетов всех уровней;
- б) структура коечного фонда по профилям;
- в) структура профилей амбулаторных приемов;
- г) перечень видов медицинской помощи, финансируемой из средств ОМС;
- д) перечень страховых медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы;
- е) утвержденная стоимость территориальной программы по источникам финансирования.

212. Кто является страхователем неработающего населения в системе ОМС:

- а) администрация субъекта РФ;
- б) орган социальной защиты;
- в) страховая медицинская организация;
- г) лечебное учреждение.

213. Научная дисциплина, занимающаяся исследованием процессов получения, передачи, обработки, хранения, распространения и представления информации с использованием информационной техники и технологий в медицине и здравоохранении:

- а) медицинская кибернетика;
- б) медицинская информатика;
- в) общая информатика;
- г) медицинская биофизика.

214. Предмет изучения медицинской информатики:

- а) медицинская информация;
- б) медицинские информационные технологии;
- в) автоматизированные информационные системы;
- г) лечебный процесс.

215. Объект изучения медицинской информатики:

- а) медицинская информация;
- б) медицинские информационные технологии;
- в) автоматизированные информационные системы;
- г) лечебный процесс.

216. Свойство информации отвечать запросам потребителей:

- а) ценность;
- б) релевантность;
- в) доступность;
- г) эргономичность.

217. Свойство информации, отражающее удобство формы или объема с точки зрения данного потребителя:

- а) ценность;
- б) релевантность;
- в) доступность;
- г) эргономичность.

218. 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.

219. Рентгенограмму относят к следующему виду медицинской информации:

- а) визуальная статическая;
- б) звуковая;
- в) алфавитно-цифровая;
- г) динамическая.

220. Доплеровские сигналы кровотока при ЭхоКГ относят к следующему виду медицинской информации:

- а) визуальная статическая;
- б) звуковая;
- в) алфавитно-цифровая;
- г) динамическая.

221. Стандарт телемедицины Health Level 7 (HL7) – это:

- а) рекомендательный стандарт для обмена медицинской информацией;
- б) индустриальный стандарт для передачи изображений;
- в) стандарт на передачу и хранение медицинской информации;
- г) индустриальный стандарт для передачи радиологических и других медицинских изображений.

222. Стандарт телемедицины DICOM – это:

- а) рекомендательный стандарт для обмена медицинской информацией;
- б) индустриальный стандарт для передачи изображений;
- в) стандарт на передачу и хранение медицинской информации;
- г) индустриальный стандарт для передачи радиологических и других медицинских изображений.

3.2. Задания для подготовки к практическим занятиям

Практические занятия учебным планом не предусмотрены.

3.3. Задания для подготовки к экзамену

Экзамен учебным планом не предусмотрен.

4. Критерии оценок деятельности обучающихся при освоении учебного материала

Виды контроля	Формы проведения	Вид контрольно-диагностической (оценочной) процедуры	Система оценивания	Критерии оценивания
Текущий контроль	Опрос. Демонстрация сообщений, докладов, презентаций.	Опрос по контрольным вопросам для самостоятельной подготовки к занятию. Обсуждение сообщений, докладов, презентаций.	Пятибалльная система	<u>Критерии оценки при опросе:</u> «Отлично» - вопрос раскрыт в полном объеме, обучающийся умеет систематизировать, обобщать и применять знания в смежных дисциплинах. «Хорошо» - вопрос раскрыт практически в полном объеме, имеются небольшие недочеты. «Удовлетворительно» - вопрос раскрыт частично, имеются значительные недочеты. «Неудовлетворительно» - вопрос не раскрыт, имеются грубые ошибки. <u>Критерии оценок сообщений и докладов:</u> «Отлично» - учебный материал освоен обучающимся в полном объеме, легко ориентируется в материале, полно и аргументировано отвечает на дополнительные вопросы, излагает материал логически последовательно, делает самостоятельные выводы, умозаключения, демонстрирует кругозор, использует материал из дополнительных источников, интернет ресурсы. Сообщение носит исследовательский характер. Речь характеризуется эмоциональной выразительностью, четкой дикцией, стилистической и орфоэпической грамотностью. Использует наглядный материал (раздаточный материал, презентация). «Хорошо» - по своим характеристикам сообщение соответствует характеристикам отличного ответа, но обучающийся может испытывать некоторые затруднения в ответах на дополнительные вопросы, допускать некоторые погрешности в речи. «Удовлетворительно» - обучающийся испытывал трудности в подборе материала, его структурировании. Пользовался, в основном, учебной литературой, не использовал дополнительные источники информации. Не может ответить на дополнительные вопросы по теме сообщения. Материал излагает не последовательно, не устанавливает логические связи, затрудняется в формулировке выводов. Допускает стилистические и орфоэпические ошибки. «Неудовлетворительно» - сообщение

				обучающимся не подготовлено либо подготовлено по одному источнику
Промежуточная аттестация	Зачет во 2 семестре	1 этап – тестирование (компьютерное тестирование / письменный вариант)	Дихотомическая шкала	<u>При тестировании:</u> «Зачтено» - 70% и более правильных ответов, «Не зачтено» - 69% и менее правильных ответов

5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

Методические указания по освоению дисциплины размещены в ИЭОС ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.

Список основной и дополнительной литературы

Основная литература

1. Улумбекова, Г. Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019-2024 гг. / Улумбекова Г. Э. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-5417-6. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454176.html> (дата обращения: 02.04.2021). - Режим доступа: по подписке.
2. Здоровоохранение и общественное здоровье: учебник [Электронный ресурс] / под ред. Г. Н. Царик - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443279.html>
3. Здоровье и здравоохранение: учебное пособие / А.А. Шабунова, К.Н. Калашников, М.В. Морев и др.; Российская академия наук, Институт социально-экономического развития территорий РАН, Филиал Санкт-Петербургского государственного инженерно-экономического университета в городе Вологде. - Вологда: ИСЭРТ РАН, 2014. - 153 с.: схем, табл., ил. - ISBN 978-5-93299-254-8; [Электронный ресурс]. - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=499754> (30.07.2019).
4. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / под ред. М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442289.html>

Дополнительная литература

1. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-3325-6. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433256.html> (дата обращения: 02.04.2021). - Режим доступа: по подписке.
2. Стародубов, В. И. Общественное здоровье и здравоохранение: Национальное руководство / под ред. В. И. Стародубова, О. П. Щепина и др. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 624 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-2909-9. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970429099.html> (дата обращения: 02.04.2021). - Режим доступа: по подписке.
3. Владзимирский А.В., Телемедицина [Электронный ресурс] / А.В. Владзимирский, Г.С. Лебедев - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 576 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4195-4 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441954.html>

4. Старчиков М. Ю., Правовой минимум медицинского работника (врача) [Электронный ресурс] / М. Ю. Старчиков - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-4285-2 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442852.html>
5. Линденбрaten А.Л., Здоровье и здравоохранение: мысли серьезные и не очень [Электронный ресурс] / А.Л. Линденбрaten - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4155-8 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441558.html>
6. Филатов В.Б., Философия развития здравоохранения: методология прогнозирования [Электронный ресурс] / В.Б. Филатов [и др.] - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4109-1 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441091.html>
7. Какорина Е.П., Алгоритмы расчета основных показателей деятельности медицинских организаций: метод. рекомендации [Электронный ресурс] / Е.П. Какорина [и др.] - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-3880-0 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438800.html>
8. Лисицын Ю.П., Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3291-4 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html>
9. Журнал «Здравоохранение», электронная версия на портале <http://www.action-mcfr.ru/>
10. Все необходимые нормативно-правовые документы (законы, приказы и т.д.) можно давать в программе со ссылкой на «КонсультантПлюс».

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы

1. Электронно-библиотечная система «Консультант врача» www.rosmedlib.ru
2. Электронно-библиотечная система «Университетская библиотека онлайн» <http://biblioclub.ru/>